

Jaargang 1 | dec 2019 | zesmaandelijks tijdschrift

2

PRIMA azine

#samensterkinzorg

Neem mij
gratis mee

Een opname in het ziekenhuis...

Wat kost dat nu eigenlijk?

 az Rivierenland



Deze editie...

De juiste revalidatie

waar ook ter wereld...



az Rivierenland

30

COLOFON

PRIMAgazine
nr. 2 - december 2019

Verantwoordelijke uitgever:

AZ Rivierenland vzw
's Herenbaan 172 | Rumst

Hoofd- en eindredactie:

dienst communicatie AZ Rivierenland vzw
's Herenbaan 172 | Rumst

Vormgeving:

Evelyne Paniez, grafisch vormgever
www.secretdartiste.be

Foto's en illustraties

Adobe stock, shutterstock & eigen foto's.

Drukwerk:

Drukkerij Baeté, Puurs

Volg ons op sociale media



AZRivierenland



azrivierenland



azrivierenland

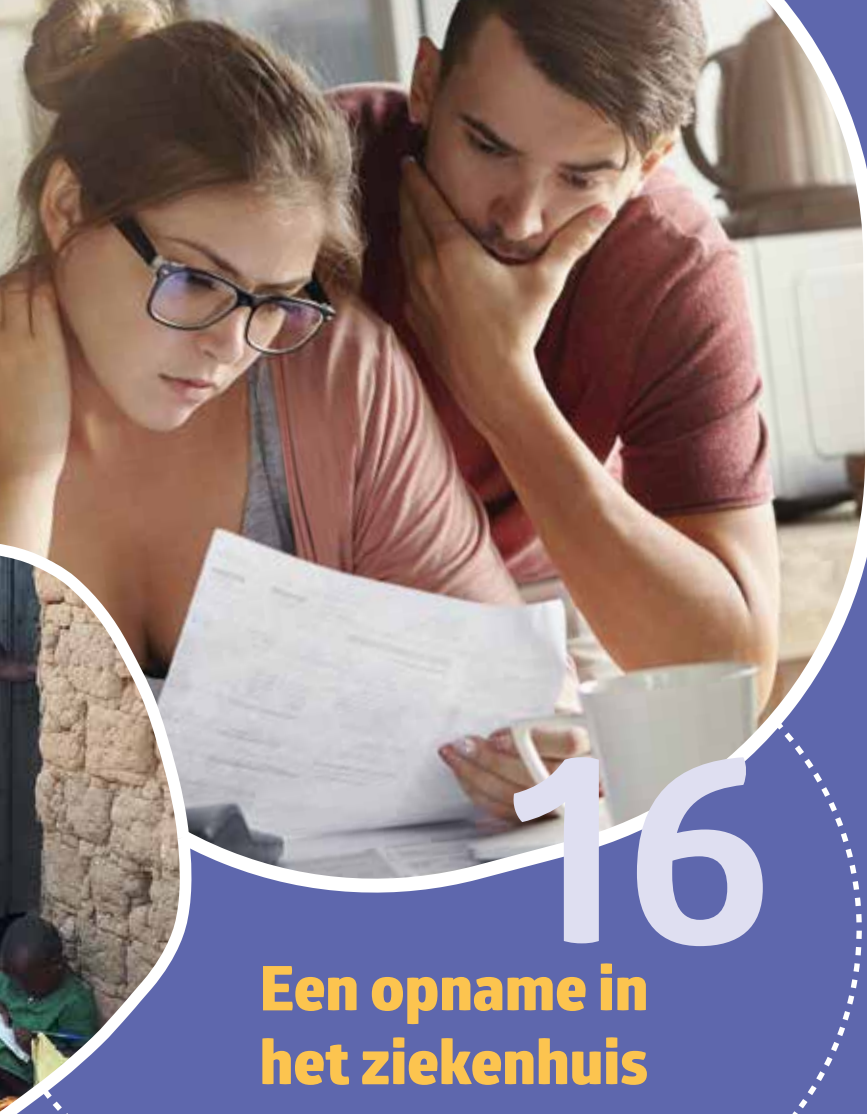


azrivierenland



10

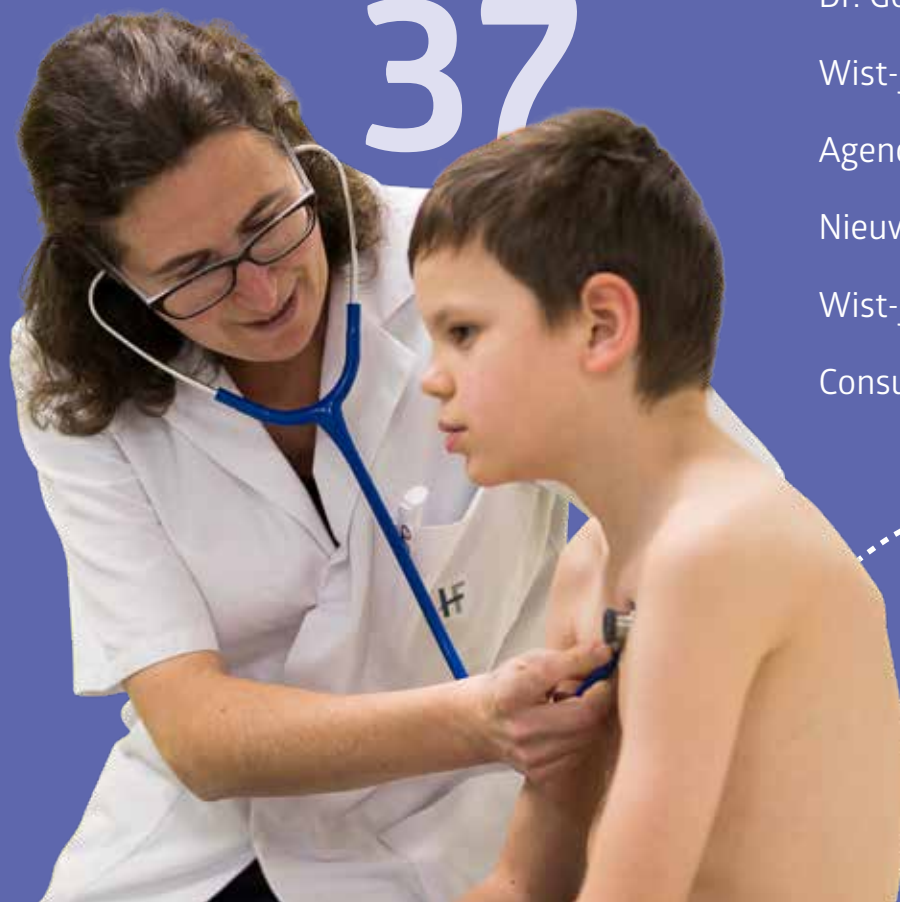
Reconstructie na
mondkanker



Een opname in het ziekenhuis

Wat kost dat nu eigenlijk?

37



Consultatie kinderartsen

campus Willebroek

INHOUD

Voorwoord	4
Bariatric	6
Nieuw pijncentrum	10
Reconstructie na mondkanker	12
Behandeling van hersentumoren	14
Een opname in het ziekenhuis, wat kost dat nu eigenlijk?	18
Project Hand Over	24
Dossier: snurken	26
Uitwisseling van jouw gegevens	29
Dr. Google	30
Wist-je-datje: dr. De Groote	30
Agenda	35
Nieuwe artsen	35
Wist-je-datje: CCT	36
Consultatie kinderartsen	39

Een woordje van de redactie

Beste lezer,

Als er op de dag van vandaag 1 woord bovendrijft als meest populaire woord in de gezondheidszorg, dan is het **netwerk(en)**. Netwerk is zowel het toverwoord dat alle problemen in een handomdraai oplost, als de baarlijke duivel die ons dagelijks de kast opjaagt. De waarheid zal - zoals steeds - ergens in het midden liggen.

Intussen zijn we 1 jaar verder in de fusie. Ons beleidsplan voor de komende jaren krijgt vorm en wordt nu afgetoetst bij alle belanghebbenden. Naast de inzet op het aantrekken van nieuwe specialisten en de uitbouw van de medische disciplines blijven we ook belangrijke middelen uittrekken voor de verdere vernieuwing van de infrastructuur op onze 3 campussen in Bornem, Rumst en Willebroek.

Samen met jou willen wij ons ziekenhuis verder uitbouwen met de nodige dynamiek en met sterke fundamenten rond kwaliteit, veiligheid en innovatie.

We blijven jou graag oproepen om met ons in communicatie te treden: zo kunnen we onze band nóg versterken om de zorg zo vlot mogelijk te laten verlopen.

Dit is tegelijkertijd het belang van dit magazine. We informeren je graag maximaal over de evoluties binnen AZ Rivierenland en roepen je op om ons jouw verwachtingen en verzuchtingen te laten weten.

Herman De Coninck schreef ooit in zijn gedicht 'Winter': 'zolang er sneeuw is, is er hoop'. Die hoop willen we samen met jou uitstralen naar het nieuwe jaar. Hoop en overtuiging om met elkaar in verbinding te blijven om zo de zorg voor onze patiënten te blijven verbeteren.

**We wensen jullie allen namens
AZ Rivierenland een zeer aangenaam
jaareinde en een hoopvol nieuw begin
van 2020!**

Het managementteam







Zwaarlijvigheid of obesitas komt steeds vaker voor in zowat de hele wereld. In België alleen al heeft ruim de helft van de bevolking te kampen met overgewicht. Sommige personen worden zelfs ziekelijk zwaar en zo komt hun gezondheid ernstig in het gedrang. Denk aan hart- en vaatziekten, diabetes type 2, hoge bloeddruk, slaapstoornissen, gewrichtsproblemen,...

Het is echter nog steeds niet geweten waarom de ene persoon neiging heeft om zwaarlijvig te worden en de andere dan weer niet. Wat we zeker weten is dat ziekelijke zwaarlijvigheid niet alleen het gevolg is van zomaar "te veel eten": een dieet met meer beweging heeft bij een aantal mensen onvoldoende resultaat, met steeds hervallen tot gevolg: het gekende jojo-effect.

Obesitas en vooral ziekelijke obesitas worden eindelijk ook meer en meer beschouwd als een chronische, ongeneeslijke ziekte. Ze is wel behandelbaar, maar soms is ingrijpende chirurgie noodzakelijk. Voor ziekelijke zwaarlijvigheid is chirurgie momenteel nog de enige optie die werkt op lange termijn. Echter ook na chirurgie zullen de aspecten van voeding en beweging dienen aangepakt te worden om obesitas onder controle te houden.

Zwaarlijvigheid: een ziekte mét goede behandelresultaten!

Zwaarlijvigheid: een complex probleem

Er zijn meerdere factoren die overgewicht kunnen veroorzaken: voeding, beweging, erfelijkheid, omgeving,... Obesitas is dus niet zo maar het gevolg van "te veel eten". Een goede behandeling van obesitas vraagt daarom een gespecialiseerde, multidisciplinaire aanpak. Laat dat nu net de aanpak zijn die wij hier binnen AZ Rivierenland jou kunnen bieden met ons obesitascentrum! We beschikken sinds kort over een aparte dienst **bariatrie** (de leer van obesitas), uniek in Vlaanderen en ver daarbuiten.

Of je nu voor een chirurgische of niet-chirurgische behandeling kiest, wij zorgen voor een traject op maat, met zeer veel aandacht voor persoonlijke opvolging en nazorg.

We werken binnen ons team samen met bariatrische chirurgen, endocrinologen, gespecialiseerde verpleegkundigen, psychologen, diëtisten, kinesisten en maagdarmspecialisten. Zo krijg je de best mogelijke zorg.

Behandeltrajecten

1. vermagering via voeding en beweging

Onze diëtisten en kinesisten werken met jou een op maat gemaakt programma uit dat haalbaar is en werkt.

2. vermagering via bariatrische heelkunde (vermageringsoperatie)

De arts zal je uitgebreid informeren over de mogelijkheden binnen dit de traject, de voor- en nadelen van elk type operatie, het kostenplaatje,... Na-dien word je stap voor stap door het hele team begeleid tot aan je ingreep.

Onze artsen voeren volgende ingrepen uit:

- gastric bypass
- mini/omega gastric bypass
- banded gastric bypass
- sleeve gastrectomie
- banded sleeve gastrectomie
- endoscopische gastroplastie (sleeve)

Daarnaast voeren we tegenwoordig ook vaak redo-operaties of ombouwoperaties uit, na vroegere ingrepen met complicaties of bij nieuwe gewichtstoename.

1

Voortraject

Eerst gaan we na of je in aanmerking komt voor een operatie. Ook willen we nagaan wat obesitas al van schade heeft toegebracht op je lichaam. Voor zulke ingreep zijn er immers enkele voorwaarden aan verbonden. Alvorens we dus kunnen overgaan tot een operatie, worden er een aantal consultaties en onderzoeken ingepland.

- een bloedafname
- een 24 uren urinecollectie
- een gastroscopie en eventueel echo van de lever
- een gesprek met de psycholoog
- een consultatie bij de diëtiste
- een consultatie bij de endocrinoloog (een arts die zich bezighoudt met de klieren die hormonen afscheiden)
- eventueel een slaaponderzoek bij vermoeden van slaapapnoe (ademstilstand tijdens de slaap)
- (een orale glucosetolerantietest (OGTT))

De chirurg bespreekt de resultaten van deze onderzoeken samen met jou. Deze bepalen immers mee of je in aanmerking komt voor obesitas-chirurgie. Als dat het geval is, dan stel je samen met de chirurg een plan van aanpak op.

Kom je niet in aanmerking voor een vermageringsoperatie? Dan kan je altijd terecht bij de diëtiste/coördinator om je gewicht aan te pakken. Deze helpt je stapsgewijs op weg naar een gezonde levensstijl die haalbaar is én blijft op lange termijn.

Of je daarnaast in aanmerking komt voor terugbetaling wordt nog steeds bepaald aan de hand van de BMI of Body Mass Index. In België kom je in aanmerking voor terugbetaling vanaf:

- een BMI van 40 of hoger
- een BMI van 35 in geval van comorbiditeit. We bedoelen hiermee een bijkomende aandoening te wijten aan je overgewicht, zoals suikerziekte, slaapapnoe of een moeilijk behandelbare hoge bloeddruk
- een redo-operatie na een vorige vermageringsingreep met onvoldoende resultaat of nieuwe gewichtstoename

2

Hospitalisatie

Tijdens de hospitalisatie word je opgevolgd door de chirurg, diëtiste en kinesist en uiteraard ook door de verpleegkundigen. Na je operatie doe je een sliktest om te kijken of er geen lekkage optreedt. Is deze goed? Dan start je met water drinken en een yoghurt of bouillonsoepje (vloeibare voeding). Samen met de kinesist doe je ook ademhalingsoefeningen.

Na 1 tot 2 nachten in het ziekenhuis mag je terug huiswaarts keren. Uiteraard kan je steeds terecht bij je chirurg als je vragen hebt. We hebben onze eigen wachtdienst, zodat jij als patiënt steeds terecht kan bij een gespecialiseerd chirurg in geval van problemen na de operatie.

Bereken hier jouw BMI:



Scan de QR-code en surf rechtstreeks naar de website van gezondleven.be.

3

Natraject

Na de operatie zal je niet alleen gewicht verliezen, maar zullen ook je gezondheidsklachten verminderen of zelfs verdwijnen. Om een succesvol gewichtsverlies op lange termijn te bereiken, kom je regelmatig op controle.

Zo bekijken we of alles goed geneest en of er klachten of vragen zijn. Levenslange opvolging van vitamine- en voedingsstatus zijn evenwel noodzakelijk. Je komt nog 6 keer op vaste tijdstippen terug op controle bij de chirurg en dit over een periode van 2 jaar. Nadien blijft het nuttig jaarlijks op controle te komen.

De diëtiste, kinesist en psycholoog staan steeds ter beschikking om jou extra te begeleiden. Bovendien kunnen patiënten in het ziekenhuis een bewegingsprogramma volgen, aangepast aan hun wensen en mogelijkheden.

Welk traject je ook kiest: wij blijven jouw partner in je strijd tegen de kilo's zolang jij dat wil. Samen gaan we voor een positief verhaal en een blijvend resultaat!



dr. Joachim Van Gucht



dr. Luc Lemmens



dr. Jasper Van Herck



Het verhaal van Asmaë Lamrani

"Al heel mijn leven heb ik te kampen met overgewicht, de ene periode al wat meer dan de andere. Ondanks heel wat diëten kwam ik toch telkens terug bij. Na mijn eerste 2 zwangerschappen in 2007 en 2009 liep mijn gewicht helemaal uit de hand. Op een bepaald moment zat ik aan 107 kg met een lengte van 163 cm: zwaar obees dus," zo start Asmaë haar verhaal.

"Met de gedachte in mijn achterhoofd dat er in mijn familie veel suikerziekte, hoge cholesterol en hartproblemen zijn, mijn gewrichten die blokkeerden door de ballast die ze elke dag moesten dragen én ik door mijn gewicht belemmerd werd in eenvoudige fysieke activiteiten met mijn kindjes leek het me in 2012 tijd voor verbetering."

"Dr. Luc Lemmens stelde me tijdens de consultatie meteen op mijn gemak en gaf me alle informatie over de ingreep en begeleiding rond de nodige onderzoeken die voorafgaan aan een gastric bypass. 12 september werd mijn grote dag: het begin van een nieuw leven!

Dr. Lemmens:
"Sinds 2 jaar heb ik, als pionier van de zwaarlijvigheidsoperaties in België, de mooie bariatrische dienst van dr. Joachim Van Gucht kunnen uitbreiden. Sinds meer dan een jaar versterkt dr. Jasper Van Herck onze dienst en ik ben er van overtuigd dat hij met zijn enthousiasme en kunde onze dienst verder zal doen groeien."

"Na de operatie voelde ik me eerlijk gezegd beroerd, het leek alsof mijn ribben gebroken waren, het enige nadeel aan de fijne microscopische gaatjes die bij deze operatie gebruikt worden. Er blijft steeds een minieme hoeveelheid lucht in de buik na de operatie die deze pijn veroorzaakt gedurende enkele dagen. Maar dit is dan ook de enige pijn die ik heb ervaren... Na 3 dagen mocht ik het ziekenhuis verlaten en moest ik gedurende enkele weken mijn voeding opbouwen, gaande van vloeibaar naar gemixt, gepureerd en normaal."

"De operatie heeft men leven drastisch veranderd, niet alleen esthetisch, maar ook psychisch en fysiek! In ben in totaal 47 kg afgevallen. Eigenlijk heb ik mijn hele leven een 2^{de} mens meegedragen en is die nu

pas van mijn rug gegaan. Winkelen is nu een openbaring in plaats van een hel. Ik kan meespelen met mijn kinderen alsof ik zelf nog een kind ben en de kans op vaatziektes is nu ook drastisch gedaald," lacht Asmaë opgelucht. "Af en toe heb ik periodes dat ik moet overgeven, vooral tijdens stresserende periodes of als ik te snel eet, maar na deze operatie is het normaal dat de maag gevoeliger is. Wat ook belangrijk is na een bypass is om geregeld je bloedwaarden eens te laten nakijken."

"Ik kan nu, 7 jaar na mijn operatie, enkel concluderen dat ik alleen spijt heb dat ik deze operatie niet vroeger heb laten uitvoeren, want mijn leven nu is zoveel beter," concludeert Asmaë. "Ik ben 32 jaar oud: mijn leven bestaat écht uit een pre- en postoperatiefase. Na mijn operatie heb ik zelfs nog 2 gezonde zwangerschappen gehad waarbij ik zonder moeite te doen snel terug op mijn normale gewicht stond."

"Wat ik ten slotte zeker nog appreciateer," concludeert Asmaë, "is dat ik de chirurg nog steeds persoonlijk aan de lijn krijg. Zelfs jaren na de operatie kan ik nog bij hem terecht. Zo had ik recent nog een vraag en kon hij me onmiddellijk verder helpen."





Het verhaal van Martine Brijns

“Bijna 10 jaar geleden was ik al eens op consultatie geweest bij dr. Joachim Van Gucht,” zo start Martine (53) haar verhaal. “Ik kampte wel al enkele jaren met wat overgewicht, maar kwam toen nog niet in aanmerking voor een vermageringsoperatie. Ik kreeg dieetadvies en heb de jaren daarop wel wat diëten gevolgd, waarvan het ene al beter lukte dan het andere.”

“In 2013 onderging ik een rugoperatie. Als gevolg hiervan zat ik meer stil en met de jaren vlogen de kilo's er verder aan. Ik kreeg pijn aan mijn gewrichten, was kort van adem, de hele dag moe,... Ik kreeg last van slaapapnoe en een botscan toonde aan dat ik artrose had. Zo kon het dus niet verder! Na gesprekken met 2 vriendinnen die intussen ook door dr. Van Gucht waren geopereerd was ik overtuigd van mijn beslissing en klopte ik opnieuw bij de dokter aan.”

Martine doorliep het hele traject aan voorbereidende onderzoeken en gesprekken met de diëtiste en psycholoog. Op 8 augustus 2019 werd ze geopereerd: die dag was de eerste dag van haar nieuwe leven. “Vlak voor de operatie kwam dr. Van Gucht nog even langs voor een praatje. Hij vroeg of ik nog zeker was van mijn beslissing en stelde me gerust.

Lees verder op pagina 28.

Obesitaschirurgie zonder snijden

Sinds begin 2019 ben ik werkzaam als bariatrisch chirurg in AZ Rivierenland en vervoeg ik het team van dr. Joachim van Gucht en dr. Luc Lemmens.

Al tijdens mijn opleiding kwam ik vaak in contact met gespecialiseerde obesitaschirurgie. Ik heb me na mijn opleiding nog verder kunnen specialiseren in deze chirurgie samen met ervaren collega's. Obesitasproblematiek blijft nog een zeker taboe, zowel onder artsen als onder patiënten. Maar de risico's, complicaties en kosten die met obesitas gepaard gaan zijn niet te onderschatten. Nood aan een goede behandeling is van levensbelang!

Voor ziekelijke zwaarlijvigheid is chirurgie momenteel nog steeds de enige optie die op lange termijn succes biedt. Het aantal behandelingsopties en -technieken wordt gelukkig steeds groter. Momenteel winnen de endoscopische technieken wereldwijd aan terrein: bij een aantal patiënten kunnen we voortaan via een endoscoop (een camera via de mond zoals bij een maagonderzoek) de maag verkleinen en verkorten. De ingreep gebeurt dus volledig via de mond. Er zijn bijna geen risico's aan verbonden en er zijn uiteraard geen littekens. De procedure kan in dagziekenhuis worden uitgevoerd en is volledig omkeerbaar.

Deze techniek is minder effectief dan een gewone maagverkleining of darmomleiding. Maar het betreft een belangrijk middel om mensen te behandelen die niet in aanmerking komen voor klassieke obesitaschirurgie. Het idee hierachter is mensen sneller te kunnen behandelen vóór ze ziekelijk zwaarlijvig worden, met alle gerelateerde gezondheidsproblemen die hieraan zijn verbonden. Vergelijk deze nieuwe endoscopische techniek met de vroegere grote hartoperaties: deze operaties zijn nu minder nodig omdat patiënten al vroegtijdig behandeld worden door een ingreep via een katheter in de lies.

Ook bij deze techniek verdienen een gezonde voeding en beweging zeker de nodige aandacht!

Auteur: dr. Jasper Van Herck



campus Rumst

Een nieuw pijncentrum en
een nieuwe verpleegafdeling
geneeskunde 2

patiëntenkamer



Elke dag werken wij aan de verbetering van de zorg voor onze patiënten. Niet alleen onze medische en verpleegkundige zorg, maar ook de infrastructuur krijgt daarbij de nodige aandacht. Wij bouwen daarom op campus Rumst van oktober 2019 tot augustus 2020 een gloednieuw pijncentrum en een verpleegafdeling geneeskunde 2.

Sinds 1 oktober zijn we op campus Rumst gestart met de bouw van een volledig nieuw pijncentrum en nieuwe verpleegafdeling geneeskunde 2. Alle ruimten en kamers worden ingericht met nieuwe technische snufjes en volgens het principe van **healing environment**: een aangename en rustgevende omgeving helpt onze patiënten alvast vlotter te herstellen.



pijncentrum:
zetelposities



geneeskunde 2:
verpleegpost



pijncentrum:
onthaal/wacht-
ruimte

Bij een **healing environment** wordt er maximaal rekening gehouden met een aantal omgevingsfactoren waarvan is bewezen dat ze een positieve invloed hebben op het genezingsproces:

- veel direct daglicht en een open zicht vanuit het patiëntenbed naar buiten toe
- zicht op natuur en werken met natuurlijke materialen
- zo min mogelijk geluidsoverlast
- veel ruimte
- maximale rolstoeltoegankelijkheid

Het nieuwe pijncentrum zal vanaf maart 2020 haar eerste patiënten ontvangen. Op de nieuwe afdeling geneeskunde 2 verwelkomen we onze eerste patiënten rond augustus 2020.



**dr. Wouter De Vos, chirurg mond-,
kaak- en aangezichtsheelkunde
AZ Rivierenland en UZA**

Mond-, kaak- en aangezichtsheelkunde

Reconstructie na mondkanker: 'Een mooi resultaat is voor ons een erezaak'

Kanker in de mond is een hard verdict. Maar dankzij 3D-technologie en verfijnde operatietechnieken hebben ook patiënten met een gevorderde tumor een goede kans op genezing én een normaal leven achteraf.

Bron: maguza

Een 66-jarige man heeft al een hele tijd pijn in zijn mond en eetproblemen, maar blijft een doktersbezoek maar uitstellen. Bij een controle bij de tandarts gaan de alarmbellen rinkelen. Die merkt een vreemde verharding in zijn tong op en verwijst hem door naar de dienst mond-, kaak- en aangezichtsheelkunde (MKA). Een biopsie, een analyse van een klein stukje weefsel, bevestigt zijn vermoeden: er worden kwaadaardige cellen gevonden. "Op dat moment willen we vooral weten met welke kanker we te maken

hebben en in welk stadium die zich bevindt", zegt dr. Maarten Van Genechten, MKA-chirurg in het UZA en collega van dr. Wouter De Vos. "De patiënt ondergaat daarvoor een CT-scan, een PET-scan en een MRI-scan. Bij deze patiënt blijkt het om een gezwell in de tong te gaan, dat doorgegroeid is in de onderkaak. Daarmee zit de kanker in stadium vier, het meest gevorderde stadium."(...)



Waarom ik?

MKA-chirurg dr. Wouter De Vos, werkzaam in zowel AZ Rivierenland als UZA, brengt de patiënt het slechte nieuws. Al is er meteen ook een lichtpuntje: er zijn geen uitzaaiingen elders in het lichaam. “Zelfs gevorderde hoofd-halstumoren zaaien niet gemakkelijk uit. Dat maakt dat ook die patiënten een behoorlijke kans op genezing hebben,” zegt dr. De Vos. De diagnose komt hard aan bij de patiënt: waarom moet net mij dit overkomen? “Deze kanker hangt heel vaak samen met roken en drinken,” zegt dr. Van Genechten. ‘Het is niet fijn om dat te moeten vertellen, maar je kan niet anders. Stoppen met roken is immers een absolute voorwaarde om te kunnen genezen.’ De patiënt stemt in met de voorgestelde behandeling. De chirurgen prikken een datum voor de operatie, die zo snel mogelijk wordt ingepland. Het is een ingrijpende operatie: ze zullen een deel van de tong en de mondbodem, een groot stuk van de onderkaak en een klein deel van de wang moeten verwijderen. De reconstructie zal tijdens diezelfde ingreep gebeuren. “Voor die reconstructie moet je bot, spieren en huid op een andere plaats van het lichaam weghalen, de zogenaamde donorplaats,” legt dr. De Vos uit. “Dat kan in theorie op vier plaatsen: het kuitbeen, het schouderblad, de onderarm en de bekkenkam.”(...)

Beste optie kiezen

Welke techniek de voorkeur geniet, hangt af van de patiënt. Dr. Van Genechten: “Veel oudere patiënten hebben bijvoorbeeld last van vernauwde aders in de onderbenen.

Dan is het kuitbeen geen optie, want je hebt ook de ader en de slagader nodig. Als dat de enige techniek is die je kan aanbieden, sta je met je rug tegen de muur. Daarom is het een groot voordeel om alle technieken te beheersen: zo kun je elke patiënt de beste optie aanbieden, met optimale genezingskansen. Bij deze patiënt hebben we gekozen voor het schouderblad.” De chirurgen plannen elke operatie aan de hand van digitale 3D-modellen, gemaakt op basis van de eerder gemaakte scans. Dr. De Vos: “We willen vooral heel precies weten waar de tumor ligt. En ook de reconstructie plannen we vooraf. Zo verliezen we minder tijd tijdens de operatie zelf, die hoe dan ook zwaar is.” Met de 3D-beelden kunnen ze de patiënt vooraf het verwachte resultaat van de ingreep laten zien. “Meestal kunnen we onze patiënten geruststellen,” zegt dr. De Vos. “Zelfs als we een stuk huid moeten wegsnijden, zie je daar na de reconstructie nog relatief weinig van. Als aangezichtschirurg maken we daar een erezaak van.”

Elf uur opereren

De uiteindelijke operatie duurt zo’n elf uur. Niet uitzonderlijk voor zo’n complexe ingreep. Zoals vaak bij een tumor in de mond worden ook de halsklieren preventief weggehaald. De eerste week na de operatie krijgt de patiënt sondevoeding om de naden in de mond te ontzien. Daarna leert hij onder begeleiding van de diëtist en de logopedist weer normaal eten en slikken en komt de kinesitherapeut langs voor de revalidatie. Ook de verpleegkundigen en de wondzorgverpleegkundige spelen een belangrijke rol. Twee weken na de operatie mag de

patiënt naar huis. Daarmee is de behandeling nog niet voorbij: zes weken na de ingreep start de bestraling. En in een latere fase worden er tand-implantaten geplaatst. De meeste patiënten blijven vijf jaar op controle komen: de kans op herval is helaas groot. “65% van de patiënten met mondtumoren is 5 jaar na de diagnose nog in leven, maar wij hebben met onze patiënten de ervaring dat die kansen nog een stuk beter liggen, zolang je het gezwel maar breed genoeg wegsnijdt. In die zin is dit dankbaar werk,” zegt dr. De Vos.

De patiënt in kwestie herstelde goed. “Na verloop van tijd kon hij weer normaal eten en drinken. En ook aan zijn spraak hoor je niets meer. Hij heeft nog altijd zijn vertrouwde Antwerpse accent,” lacht dr. De Vos.

Bloedvaatjes van nog geen millimeter

Een delicate fase tijdens de mondreconstructie is de micro-chirurgie: de chirurg verbindt dan de ader en de slagader van het elders weggehaalde weefsel met de grote halsvaten. “Met de hand naaien we dan bloedvaatjes aan elkaar die soms nog geen millimeter doorsnede hebben. Daarvoor gebruiken we draadjes die niet met het blote oog te zien zijn. Dat alles gebeurt onder een microscoop. Uiteraard is dat een erg delicate taak,” legt dr. Wouter De Vos uit.

Neuro- chirurgie: de behandeling van hersentumoren

De dienst neurochirurgie van AZ Rivierenland kent verscheidene speerpunten: de operaties van hersentumoren en rugtumoren en de minimaal invasieve rugchirurgie voor rug- en zenuwklachten. In dit artikel leggen we nadruk op de behandeling van hersentumoren.

Behandeling van hersen- en rugtumoren

In de dienst neurochirurgie van AZ Rivierenland kunnen patiënten met goedaardige en kwaadaardige hersen- en rugtumoren behandeld worden. Meestal worden deze patiënten doorverwezen door de huisarts, neuroloog of andere specialisten. Afhankelijk van het type tumor wordt dan een behandelplan in multidisciplinair overleg opgesteld en met de patiënt besproken.

Deze vaak complexe operaties gebeuren in de referentiecentra waarmee de neurochirurgen van AZ Rivierenland verbonden zijn (AZ Nikolaas, ZNA Middelheim en UZA). Hierbij wordt maximale kwaliteit gegarandeerd door het gebruik van de laatste nieuwe technologieën en gespecialiseerde neuro-intensieve zorgen. De verdere verzorging en opvolging kan dan gebeuren in onze campussen in Bornem en Rumst.





Wat is een gezwel of tumor?

Een gezwel is een woekering van cellen, in dit geval in de hersenen of hersenvliezen, maar deze kunnen ook in de rug voorkomen. Normaal mogen deze cellen niet te snel delen of andere cellen beschadigen. Een gezwel (goed- of kwaadaardig) volgt deze regels echter niet meer en kan dus voor schade en ziekte zorgen. Een "kwaadaardig" gezwel is eerder agressief, groeit vaak snel, groeit makkelijk in het omliggende gezonde (hersenvliezen)weefsel en kan uitzaaien naar andere delen van het lichaam. Een "goedaardig" gezwel groeit eerder traag, groeit minder vaak in het omliggende weefsel en zaait niet uit. Een goedaardig gezwel kan wel door druk of irritatie van de hersenen (of ruggenmerg) ernstige neurologische problemen veroorzaken en zelfs levensgevaarlijk zijn. "Goedaardige" gezwellen kunnen zich in de hersenen in bepaalde gevallen dus "kwaadaardig" gedragen en moeten vaak behandeld worden.

Patiënten met primaire hersentumoren (dus tumoren die vanuit de hersenen of hersenvliezen zelf komen) worden meestal naar de dienst neurochirurgie doorverwezen door de neuroloog of de huisarts. Elke donderdag zijn wij aanwezig op het multidisciplinaire oncologische consult (MOC) van AZ Rivierenland: een overlegmoment met specialisten vanuit verschillende disciplines. Indien er een patiënt met uitzaaiingen (metastasen) ter hoogte van de hersenen of ruggenwervels voorgesteld wordt, bekijken we ook of deze patiënt in

aanmerking komt voor een operatie of bestraling. Vervolgens worden - zo nodig - een aantal nieuwe onderzoeken aangevraagd en zien we de patiënt op raadpleging om alles uitgebreid te bespreken en de eventuele operatie te plannen.

De keuze van de behandeling wordt besproken op het MOC met de betrokken specialiteiten (bijvoorbeeld longartsen voor uitzaaiing van de longtumor naar de hersenen of rug). De behandeling is afhankelijk van welk type tumor, hoeveelheid uitzaaiingen in de hersenen en/of rug, leeftijd en conditie van de patiënt, verspreiding van de kanker, maar ook hoe de kanker reageert op bestraling en chemotherapie. Elk type kanker reageert zeer verschillend op verschillende soorten behandelingen. Indien het bijvoorbeeld om een klein gezwel in de hersenen gaat (kleiner dan 2,5 à 3 cm) kunnen we ervoor kiezen dit niet te opereren, maar met een speciale techniek te bestralen: de zogenaamde radiochirurgie. Deze behandeling wordt vaak ook uitgevoerd indien het te gevaarlijk is om de tumor te verwijderen.

Indien mogelijk proberen we altijd om de hooggradige tumoren of metastasen operatief te verwijderen. Ook meningeomen (goedaardige gezwellen van 1 van de hersenvliezen) die klachten geven of snel aan het groeien zijn worden het liefst operatief verwijderd.

Verschillende technieken en technologieën worden gebruikt om dit zo veilig mogelijk te doen, zodat het gezonde hersenweefsel niet beschadigd wordt en de patiënt zoveel mogelijk hersenfunctie blijft behouden.



neuronavigatie:

de precieze bepaling met de computer waar het gezwel zich exact bevindt.



de fluorescentietechniek:

met een speciale stof die ingenomen wordt door de patiënt kan met de microscoop het verschil gezien worden tussen normaal en tumorale hersenweefsel (vooral bij de hooggradige hersenkankers kunnen we dit toepassen).



peroperatieve neuro-echografie:

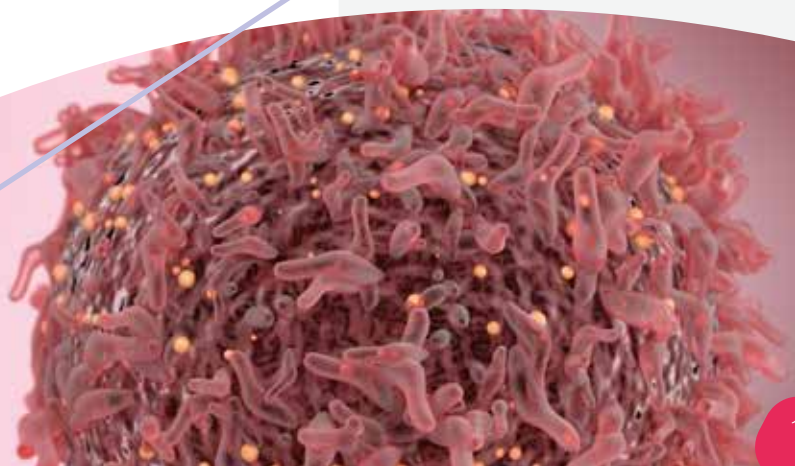
verdere verbetering van de precisie van de operatie. Hierin proberen wij voorlopers te zijn, met het regelmatig volgen van opleidingen en internationale cursussen om ons hierin verder te bekwamen.



ultrasone aspiratie:

een speciaal toestel, welk met hogere precisie het tumorweefsel kan verwijderen.

Auteur: dr. Eno Lavrysen





Indien het echter om een kanker gaat die zeer gevoelig is aan bestraling/chemotherapie of er zijn te veel uitzaaiingen in de hersenen die niet allemaal geopereerd kunnen worden, wordt een operatie soms afgeraden. Ook indien de tumor op een zeer moeilijk te bereiken plaatst ligt of te hard is ingegroeid in belangrijke hersendelen die bijvoorbeeld voor de spraak instaan, kiezen we soms om niet te opereren om de kwaliteit van leven te kunnen blijven garanderen. Dan wordt er gekozen om enkel bestraling en/of chemotherapie te starten. Dit geeft toch nog vaak adequate resultaten. Opereren indien mogelijk blijft echter onze voorkeur genieten, maar dus enkel als dit veilig kan gebeuren voor de patiënt. Daarvoor gebruiken we de bovenstaande technieken.

Hoe verloopt een hersenoperatie?

Afhankelijk van waar de tumor zich bevindt, wordt een snede gemaakt in de schedelhuid (liefst in de haarlijn, zodat dit onzichtbaar is) en proberen we zo weinig mogelijk haar weg te scheren. Vervolgens gebruiken we een neuronavigatiesysteem (een soort GPS voor de hersenen) om de exacte plaats van de tumor te bepalen. Zo kunnen we een zo klein mogelijke opening in de schedel maken met een speciaal schedelzaagje en voeren we een craniotomie uit (het "openen van de schedel"). Hierbij wordt na de operatie het schedelluikje met titanium schroefjes teruggeplaatst.

Om deze navigatie te kunnen gebruiken voeren we de dag vóór de ingreep een extra MRI- of CT-scan van de schedel uit, welke dan wordt ingelezen in het navigatiesysteem. Via een speciale techniek met een infraroodsysteem en speciale pen worden bepaalde punten op het hoofd van de patiënt aangeduid; het camerasysteem van de neuronavigatiecomputer maakt dan

een perfect 3D-model van de schedel en hersenen. Zo kan de chirurg tijdens de operatie constant controleren waar hij zich bevindt. Dit verhoogt de veiligheid van de ingreep gevoelig. De tumor kan dan na het openen van de schedel en hersenvliezen verder opgezocht worden. Ook echografie wordt hierbij gebruikt, omdat dit vaak zeer snel ons de juiste locatie van het gezwel helpt te bepalen.

Bij hooggradige hersentumoren wordt meestal gebruik gemaakt van de fluorescentietechniek. Hier wordt 4 uur voor de start van de operatie een product (5-ALA) aan de patiënt gegeven als drankje. Deze stof zal zich dan vooral in deze kwaadaardige tumorcellen opstapelen. Als tijdens de operatie een speciaal UV-licht in de microscoop wordt opgezet, beginnen deze tumorcellen onder dit licht van kleur te veranderen (fluoresceren) en kan er een veel beter onderscheid gemaakt worden tussen normale hersencellen en tumorcellen. Dit gecombineerd met de echotechniek zorgt ervoor dat verwijdering van de tumor veel veiliger en vollediger plaats kan vinden. Vooral in het gebruik van echografie tijdens de operaties proberen wij ons te onderscheiden, omdat deze vaak superieure resultaten bieden.

Wakkere hersenchirurgie

Bij tumoren die in een belangrijk hersengebied liggen, zoals voor spraak of beweging van de armen en benen, kiezen we er in bepaalde gevallen voor om de patiënt tijdens de ingreep wakker te maken en verschillende testen uit te laten voeren, zodat we zeer veilig kunnen bepalen welke delen van de tumor we kunnen verwijderen zonder bij de patiënt neurologische problemen te veroorzaken of ten minste de kans hierop gevoelig te verminderen.

Niet elke tumor noch iedere patiënt komt hiervoor in aanmerking. Dit wordt dus voor elke patiënt apart bekeken. Wakkere chirurgie is mogelijk omdat de hersenen zelf geen pijn voelen. De patiënt wordt in slaap gedaan, in een relatief comfortabele houding geplaatst op de operatietafel en met het hoofd vastgemaakt in een speciaal soort hoofdklem, waarbij de hoofdhuid en schedel op voorhand verdoofd worden. De huid, schedel en hersenvliezen worden op voorhand geopend terwijl de patiënt slaapt. Dan wordt hij of zij rustig wakker gemaakt. Hierbij mag de patiënt geen pijn voelen. Als de patiënt wakker is, wordt met een speciaal toestel regelmatig gecontroleerd en nagekeken of bepaalde hersengebieden belangrijk blijken te zijn voor spraak en/of beweging. Terwijl de patiënt dus wakker is en getest wordt door de logopedist wordt de tumor door de neurochirurg verwijderd. Wanneer er spraakproblemen of problemen met beweging dreigen, kunnen we op tijd stoppen en onze operatie aanpassen. Indien we een voldoende verwijdering van de tumor hebben bereikt, wordt de patiënt terug in slaap gedaan en de schedel terug dichtgemaakt.

Na de operatie

Na de operatie verblijft de patiënt minstens 1 dag op de dienst intensieve zorgen om alles goed in het oog te houden en de patiënt in zo veilig mogelijke omstandigheden van de operatie te laten herstellen. Na uitgebreide controle of alles in orde is kan de patiënt vervolgens naar de gewone afdeling komen, soms met een tussenstop op een zogenaamde "medium care"-afdeling. Dit kan gebeuren in het ziekenhuis van de operatie zelf (AZ Nikolaas, AZ Middelheim of UZA) of indien gewenst kan de patiënt terug getransfereerd worden naar campus Bornem of Rumst voor verdere behandeling en opvolging.

Voorstelling dr. Eno Lavrysen

Dr. Eno Lavrysen behaalde zijn diploma van arts aan de Universiteit Antwerpen in 2012 met grote onderscheiding. Hij specialiseerde zich daarna in de neurochirurgie aan het UZA bij prof. dr. Menovsky, UZ Gent bij prof. dr. Van Roost en het ZNA Middelheim te Antwerpen bij dr. Dua, waar hij zich verder bekwaamde in de wervelkolomheelkunde en de hersentumorchirurgie.

Sinds 2019 is hij werkzaam als staflid op de dienst neurochirurgie van AZ Rivierenland en verbonden aan de dienst neurochirurgie van AZ Nikolaas. Hij houdt consultaties in Bornem, Willebroek en Edegem.

Dr. Lavrysen beoefent de algemene neurochirurgie, met bijzondere interesse voor:

- neuro-oncologie (hersenen- en spinale tumoren)
- minimaal invasieve rugchirurgie
- algemene wervelkolomheelkunde (nek- en rughernia's, kanaalstenose van de wervelkolom, acute en chronische rug- en nekpijn)
- neurotraumatologie (hoofd- en rugtrauma, hersenbloedingen)

Hij heeft ook een specifieke expertise in het uitvoeren van transcraniële dopplermetingen van de hersenbloedvaten en bekwaamt zich verder in de echografie tijdens hersenen- en rugoperaties. Hiervoor werd hij recent aangesteld als teacher op de internationale "Ultrasound In Neurosurgery Training Course" aan de NHS University Hospitals te Birmingham, UK.

Dr. Eno Lavrysen is getrouwd met Barbara Blokland en is vader van twee kinderen: Johanna (5 jaar) en Elliot (7 maanden).





Een opname in het ziekenhuis...

**Wat kost dat nu
eigenlijk?**



Win voorafgaand aan je ziekenhuisopname bij je behandelend arts, je ziekenfonds en eventueel je hospitalisatieverzekering informatie in over de te verwachten kosten. Dit voorkomt verrassingen wanneer je uiteindelijk je factuur in de bus krijgt.

Elke opname in het ziekenhuis brengt kosten met zich mee. Je kan als patiënt wél een aantal keuzes maken die een belangrijke invloed hebben op het uiteindelijke kostenplaatje.

De kostprijs van je opname wordt bepaald door een aantal parameters:

- € de manier waarop je verzekerd bent
- € het type kamer waarvoor je kiest
- € de duur van de opname
- € de kosten voor apotheek
- € de honoraria die de artsen en paramedici aanrekenen
- € de kosten van eventuele bijkomende diensten en producten

Via het formulier **opnameverklaring en toelichtingsdocument** dat je krijgt bij inschrijving aan het onthaal informeren we je grondig over deze parameters, zodat je een weloverwogen keuze kan maken.

az Rivierenland

Verzamelstaat: 01012019
Mutualiteit: 00000
Inschr. nr.: 0000000000000000
Fact. periode: 26/06/2019 tot 27/06/2019
Opname van: 26/06/2019 om 10:17
Tot: 27/06/2019 om 14:45

Verzenddatum: 07/10/2019
Factuurnr.: 0123456789
Datum factuur: 07/10/2019
Contact Nr.: 9876543210
Naam: FICTIEVE PATIENT
RIZV-nr.: 9999999999
Telefoonnummer: 03 890 16 11
Betalingsfactuur: 03 890 16 14

Totaal Blz.: 3
Dossier: 1111111
KBO nr.: 888888888

PATIENTENFACTUUR SAMENVATTING VAN DE KOSTEN euros

1. Verblijfskosten	
Uw aandeel voor het ziekenhuisverblijf	43,52
Kamersupplement omdat u koos voor een eenpersoonskamer	80,00
2. Forfaitaire aangerekende kosten (2)	31,28
3. Apotheek - geneesmiddelen, parafarmacie, implantaten, medische hulpmiddelen	94,52
4. Honoraria van zorgverleners (artsen en andere verstrekkers)	
Uw aandeel voor honoraria	0,00
Supplementen omdat u koos voor een eenpersoonskamer	1339,70
Totaal van de kosten ten laste van de patiënt	1589,02

Aan uw ziekenfonds wordt 1623,86 euro aangerekend.

Te storten op rekening van het ziekenhuis: BE90417704866132 BIC: KREDBEBB 1589,02

Maatschappelijke zetel: vzw AZ Rivierenland | % Herenbaan 172 | 2840 Rumst | vzw RPR 0416 851 659 | Erkenningsnummer 104

Handtekening(en): _____ **OVERSCHRIJVINGSDRACHT**

Bij invulling met de hand, één HOOFDLETTER of cijfer in zwart (of blauw) per vakje

Overstort uitsluitend in de bankrekening

Rekening opdrachtgever (IBAN): _____

Naam en adres opdrachtgever: _____

Rekening begunstigde (IBAN): BE 9 0 4 1 7 7 0 4 8 6 6 1 3 2 _____

BIC begunstigde: K R E D B E B B _____

Naam en adres begunstigde: AZ RIVIERENLAND
% HERENBAAN 172
2840 RUMST _____

Mededeling: _____

Daarnaast vind je op de eerste pagina het te betalen bedrag en eventueel het voorschot dat je betaalde. Dit bedrag wordt afgetrokken van het totaalbedrag dat je moet betalen.

Je factuur

Ongeveer 6 weken na je opname ontvang je van het ziekenhuis een factuur. De factuur vermeldt welk bedrag je zelf betaalt en welk bedrag je ziekenfonds op zich neemt. De ziekenhuisfactuur moet volgens een vast stramien worden opgemaakt. Ze omvat zowel een globaal overzicht van de kosten (pagina 1) als een gedetailleerd overzicht (pagina 2). De factuur bevat 8 wettelijk vastgelegde rubrieken. Enkel de rubrieken die voor jou van toepassing zijn, worden vermeld. Mogelijk staan dus niet alle rubrieken op je factuur.

1. Verblijfskosten

Kosten voor je verblijf zoals gebruik van kamer en bed, maaltijden en verpleegkundige hulp. Je betaalt slechts een klein persoonlijk aandeel in de ligdagprijs. Maar als je een eenpersoonskamer koos, wordt je ook een kamersupplement aangerekend.

2. Forfaitaire kosten

Per opname mag het ziekenhuis een deel van de kosten aanrekenen met een vast bedrag.

3. Apotheek

Kosten aangerekend door de apotheek van het ziekenhuis, bijvoorbeeld voor geneesmiddelen, implantaten en medische hulpmiddelen.

4. Honoraria

De honoraria voor artsen en andere zorgverleners waarvoor je een persoonlijk aandeel of supplement moet betalen. Het supplement mag enkel worden aangerekend als je een eenpersoonskamer koos.

5. Andere leveringen

Leveringen van bloed, bloedplasma, bloederivaten, gipsverbanden en ander gipsmateriaal vallen onder deze rubriek. Sommige zijn volledig ten laste van de patiënt, andere kunnen gedeeltelijk worden terugbetaald.

6. Ziekenvervoer

Voor vervoerskosten die ten laste zijn van de patiënt krijg je meestal een factuur van de vervoersmaatschappij, al dan niet met tussenkomst van de mutualiteit.

7. Diverse kosten

Dit zijn verbruikskosten die niets te maken hebben met de medische of verpleegkundige zorg en waarvoor geen tussenkomst is voorzien door het ziekenfonds. Denk hierbij bijvoorbeeld aan shampoo, tandpasta,... Een overzichtslijst van deze kosten vind je in de opnameverklaring die je ontvangt bij opname.

8. Btw op esthetische ingrepen

Btw voor esthetische (plastische) verstrekkingen zoals een borstvergroting.

Je kamerkeuze

De kamerkeuze beïnvloedt de kostprijs van je hospitalisatie

Het type kamer waarvoor je kiest voor je verblijf in het ziekenhuis heeft een belangrijke invloed op de totale kostprijs van je opname. Deze kamerkeuze maak je aan het onthaal en wordt vastgelegd in de opname-verklaring.

Je hebt de keuze uit:

- een meerpersoonskamer
- een eenpersoonskamer
- een luxekamer (op de materniteit in campus Bornem)

Honorariumsupplementen

Enkel bij hospitalisatie in een eenpersoons- of luxekamer mag de specialist honorariumsupplementen aanrekenen van maximaal 200%. Deze supplementen worden niet terugbetaald door je ziekenfonds.

Concreet: Als een ingreep 1.000 euro kost (wat grotendeels ten laste van de mutualiteit valt), dan moet je als patiënt 2.000 euro extra betalen. Daarbovenop komt nog een kamersupplement per dag. Kijk op voorhand goed jouw hospitalisatie-verzekering na of vraag aan jouw verzekeringsmaatschappij of deze extra kosten gedekt zijn.

Het is vanzelfsprekend dat in alle kamers - de meerpersoons-, eenpersoons- en luxekamers - zowel de geneeskundige en verpleegkundige zorgen als andere dienstverlening (maaltijden, schoonmaak,...) absoluut dezelfde zijn!

Conventiestatus... wat is dat?

Wat is een geconventioneerd arts?

De artsenorganisaties en ziekenfondsen sluiten - meestal voor een periode van 2 jaar - een akkoord over de tarieven van de erelonen die artsen mogen aanrekenen. Een geconventioneerd arts verbindt zich ertoe dat akkoord te respecteren. Hij is dus niet vrij om eigen tarieven toe te passen.

Het bedrag dat je ziekenfonds terugbetaalt voor medische zorgen blijft hetzelfde, ongeacht je arts geconventioneerd is of niet. Dit betekent dat je het extra ereloon dat een niet-geconventioneerd arts aanrekent zelf moet betalen.

In ons ziekenhuis werken geconventioneerde, gedeeltelijk geconventioneerde en niet-geconventioneerde artsen. Bij elke arts of paramedicus in ons ziekenhuis vermelden we op onze website in zijn/haar personalia of deze al dan niet geconventioneerd is. Je kan deze informatie ook terugvinden op de website van het RIZIV.



Scan de QR-code en surf rechtstreeks naar de website van het RIZIV.

Tarieven bij een ziekenhuisopname

Tarieven van veel voorkomende ingrepen of behandelingen

Op onze website www.azrivierenland.be vind je per medische dienst de prijsindicatie voor een aantal veel voorkomende ingrepen in AZ Rivierenland. De weergegeven kostprijs omvat alle verblijfskosten (ligdagen en forfaits), erelonen van specialisten, anesthesisten en eventuele paramedici (kinesitherapeuten, logopedisten, psychologen,...), apotheekkosten, leveringen (implantaten) en gebruikte materialen. Ook de kosten van alle onderzoeken (klinische biologie, medische beeldvorming,...) zijn opgenomen.

De kostprijs is een indicatie...

Deze kostprijs wordt je louter ter informatieve titel verstrekt, zonder dat de berekening enige verbintenis in hoofde van het ziekenhuis creëert. De werkelijke kostprijs kan immers nog in grote mate verschillen van de berekening. De kostprijs van je ingreep of behandeling wordt immers mee bepaald door een aantal variabele factoren waarmee we in de simulatie geen rekening kunnen houden: de algemene toestand van de patiënt, bijkomende medicatie en materialen, implantaten, verzorgingsproducten, extra onderzoeken,... Ook diverse kosten zoals telefoonkosten, huur TV, verblijf tweede persoon,... worden niet opgenomen in de raming van de kostprijs, aangezien deze erg kunnen verschillen.



Scan de QR-code en surf rechtstreeks naar onze website www.azrivierenland.be.



Heb je **vragen** over je factuur?

campus Rumst

03 880 91 55

facturatie.rumst@azr.be

campus Bornem

03 890 16 14

facturatie.bornem@azr.be





Optimalisatie op onze dienst spoedgevallen
campus Rumst:

Het project Hand Over



“Wij beseffen dat de nieuwe overdrachtsmethode geen antwoord biedt op alle complexe zorgprocessen bij een opname via spoedgevallen, maar dit project verhoogt alvast sterk de patiëntveiligheid. En dat blijft steeds het belangrijkste doel dat we voor ogen moeten houden.”

Een duidelijke en volledige overdracht van patiënteninformatie is een complex proces waar elke dienst in een ziekenhuis blijvend de nodige aandacht aan moet schenken. Gestructureerde briefingmomenten zijn immers cruciaal om patiënten de juiste zorg te verlenen. De dienst spoedgevallen van campus Rumst ging nog een stapje verder en startte het project Hand Over op. **Edwig Teck, adjunct hoofdverpleegkundige**, vertelt.

“We zijn ongeveer 1 jaar geleden gestart met dit project. Een aantal verpleegkundigen gaf aan dat er soms bepaalde informatie ontbrak bij de transfers van patiënten van spoedgevallen naar hun afdeling. Ook onze eigen bevindingen maakten het ons duidelijk dat er wat moest veranderen,” aldus Edwig. “Ook in andere ziekenhuizen zijn de overdrachtsmomenten een gekend probleem. Nochtans is dit onderdeel van de zorg zó belangrijk om fouten te vermijden.”

Ondersteuning door experts

Een team van de Universiteit Hasselt, onder leiding van prof. dr. Jochen Bergs, heeft de dienst spoedgevallen begeleid in de uitwerking van wat we een geslaagd project mogen noemen. Dr. Jochen Bergs doctoreerde aan de UHasselt met zijn proefschrift **Patient safety in hospitals: implementation of the surgical safety checklist** en kan zich een expert noemen op het gebied van patiëntveiligheid.

Een ploeg van 8 personen - zowel verpleegkundigen, hoofdverpleegkundigen, directie als artsen - heeft op basis van de door dr. Jochen Bergs en zijn team ontwikkelde implementatiestrategie de problemen rond de overdracht gedetecteerd, geanalyseerd en aanpassingen uitgewerkt. Daarmee gingen ze dan verder aan de slag en ontwikkelden een handige tool: project 'Hand Over' had vorm gekregen.

"Een nulmeting leerde ons waar de knelpunten zaten," aldus Edwig. "Ik som er graag enkele op. Eerst en vooral de locatie waar de overdracht plaatsvond: onze overdrachten gebeurden in de verpleegpost op spoedgevallen zelf. Het is er vaak druk en er zijn best wel wat afleidende factoren. Hierdoor bleef de informatie die verteld werd - en zo cruciaal is - niet altijd hangen. Deze informatie bleek ook vaak niet volledig of soms zelfs foutief te zijn... Ook de structuur van de overdracht bleek een belangrijke tekortkoming. De collega's van de volgende shift klaagden erover dat ze na de overdracht geen hulp kregen bij het verbedden van de patiënt."

1 oplossing met een dubbele functie

De tool die de dienst spoedgevallen heeft ontwikkeld om bovengenoemde problemen aan te pakken is tweezijdig. Enerzijds is er voortaan een **handoverdocument** opgebouwd uit de informatie van het medisch dossier van de patiënt. We gebruiken hiervoor de gestandaardiseerde overdrachtsmethode **SBAR**, welke reeds in ons ziekenhuis gekend is om patiënteninformatie door te geven. Naast medische en sociale gegevens van de patiënt heeft dit document ook een verpleegkundig luik mét een controlelijst om de volledigheid van de informatie te checken.

Dit overdrachtsdocument zorgt alvast voor een betere structuur en gedetailleerde informatie tijdens de briefing. Een controlefunctie herinnert de ontvangende verpleegkundige eraan welke informatie zeker doorgegeven moet zijn voor de patiënt naar de afdeling vertrekt.

Het tweede deel van het project bestaat uit **bedside briefing**: de briefing wordt gegeven aan het bed van de patiënt, al dan niet in aanwezigheid van de familie. De patiënt heeft zo de mogelijkheid om te corrigeren of aan te vullen waar nodig. Bovendien krijgt de patiënt en eventueel familie een overzicht van de reeds gestelde en nog

te gebeuren handelingen. De locatie in de verzorgingsbox is véél rustiger, professioneler en nodigt meer uit tot geconcentreerd luisteren van alle partijen.

Deze 2 tools bieden een antwoord op een aantal problemen waarmee onze spoedgevallendienst geconfronteerd werd met betrekking tot de overdracht van patiënten. "De nieuwe techniek heeft medewerking en inspanning gevraagd van velen. Alle betrokken afdelingen volgden plichtsbewust een vormingstraject. De informaticadienst hielp mee aan de ontwikkeling van het transferblad. Ook de steun vanuit het managementteam en de dienst kwaliteit bij de uitwerking en de implementatie was een grote hulp. Het heeft ons een jaar gekost om dit uiteindelijk vlot te laten lopen. Toch heeft de nameting aangetoond dat het de moeite was," zegt Edwig dankbaar. "Dank voor al diegene die mee hielpen aan het welslagen van dit project!"

Een geslaagd project

Na de proefperiode met de afdeling geneeskunde 1 werd het project Hand Over uitgebreid naar het volledige ziekenhuis. Nadien deed het ziekenhuis een nameting: deze toonde een gigantische verbetering van hoe de overdracht van patiënten naar de afdeling toe ervaren wordt. "Niet alleen onze eigen collega's, maar ook de patiënten geven aan blij te zijn met de nieuwe werkwijze en informatie die ze op deze manier te horen krijgen," zegt Edwig fier.



Om informatie op een efficiënte manier van de ene zorgverlener tot de andere te briefen, introduceerden we de SBAR-methode (Situation, Background, Assessment, Recommendation). De SBAR-methode is een gemakkelijk te onthouden en concrete communicatiemethode waarbij op een gestructureerde en eenduidige manier essentiële informatie wordt gecommuniceerd én waarbij tevens de nadruk gelegd wordt op de te ondernemen acties en opvolgafspraken.

Snurken, een onderschat probleem!

Auteur: dr. Annelies Verbruggen



Snurken ontstaat door vernauwing van de bovenste luchtweg tijdens de slaap. De ingeademde luchtstroom brengt de slijmvliezen in de keel zo aan het trillen, waardoor het karakteristieke geluid optreedt.

Tot 40% van de bevolking snurkt. Het is echter niet altijd een even onschuldige kwaal die alleen maar hinderlijk is voor de partner! Wanneer snurken gepaard gaat met ademstilstanden spreken we over **slaapapnoe**, wat een medisch risico inhoudt voor de patiënt.

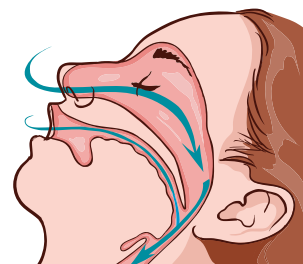
Meestal worden ademstilstanden veroorzaakt door het dichtklappen van de bovenste luchtweg: we spreken dan over **obstructief slaapapnoe syndroom (OSAS)**. Doordat de bovenste luchtweg volledig dichtklapt, wordt de ingeademde luchtstroom volledig geblokkeerd. OSAS is een frequent voorkomende aandoening (9 tot 38% van de algemene bevolking) en komt meer voor bij mannen dan bij vrouwen, bij zwaarlijvige en oudere personen. Bij een **hypopnoe** treedt er een vernauwing op van de bovenste luchtweg, wat gepaard gaat met minstens 50% afname van de ingeademde luchtstroom.

Wat zijn de gevolgen?

Apnoes en hypopnoes leiden tot een vermindering van het zuurstofgehalte in het bloed tijdens de slaap, schommelingen van bloeddruk en hartritme én ze geven aanleiding tot een gestoord

slaappatroon. De meest voorkomende klachten zijn snurken, nachtelijk wakker worden met verstikkingsgevoel, vermoeidheid, overmatige slaperigheid overdag, concentratiestoornissen en prikkelbaarheid. Wanneer de aandoening langdurig onbehandeld blijft, ontstaat er een verhoogd risico op hart- en vaataandoeningen (hoge bloeddruk, hartinfarct, onregelmatigheden van het hartritme, hersenbloeding) en op werk- en verkeersongevallen. Niet zo onschuldig, dus!

Normale
ademhaling





Het onderzoek

De diagnose van slaapapnoe wordt gesteld via een **polysomnografie (PSG)**: dit is een slaaponderzoek in het slaapcentrum. We bevestigen hiervoor een aantal elektroden aan de patiënt, waardoor we tijdens de slaap allerlei informatie krijgen over de hersenen en spieractiviteit, oogbewegingen, ademhaling, zuurstofniveau in het bloed, slaaphouding, snurkgeluiden en hartslag.

Op deze manier worden de ademstilstanden geregistreerd en kunnen we de apnoe-hypopnoe index (AHI) berekenen. Deze index drukt het aantal apnoes en hypopnoes per uur slaap uit en geeft zo de ernst van het probleem weer:



AHI minder dan 5 per uur
= normaal



AHI van 5 tot 15 per uur
= licht slaapapnoe



AHI van 15 tot 30 per uur
= matig ernstig slaapapnoe



AHI hoger dan 30 per uur
= ernstig slaapapnoe

Het behandelplan van snurken en slaapapnoe is enerzijds afhankelijk van de ernst van de pathologie, maar daarnaast speelt de **slaapendoscopie** hier ook een belangrijke rol in. Dit is een onderzoek waarbij het juiste niveau van dichtklappen van de bovenste luchtweg (huig/ghemelte, amandelen, tongbasis, strottenklepje) en van trillen van structuren tijdens de slaap in kaart wordt gebracht. De patiënt wordt hiervoor in een kunstmatige slaap gebracht in de operatiekamer, waarbij dan tijdens de slaap een flexibele camera via de neus wordt ingebracht en de bovenste luchtweg wordt geëvalueerd.

Hoe kunnen we snurken behandelen?

Er bestaan verscheidene behandelingen voor snurken en OSAS. In eerste instantie moet de patiënt zelf een aantal algemene maatregelen in acht nemen. In geval van overgewicht (BMI > 25) raden we gewichtsverlies aan en raden we tegelijkertijd avondlijk alcoholgebruik en slaapmedicatie ten stelligste af.



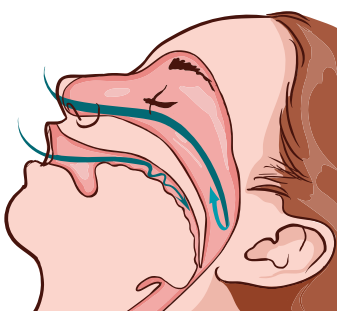
Dr. Annelies Verbruggen

volgde haar basisopleiding geneeskunde aan de Universiteit Antwerpen, evenals haar vervolgopleiding tot specialist binnen de neus-, keel- en oorziekten.

Tijdens deze specialisatieopleiding was zij werkzaam in het Universitair Ziekenhuis te Antwerpen, GZA Sint-Vincentius te Antwerpen en AZ Maria Middelaars te Gent. Zij legde zich wetenschappelijk toe op Mandibulair Repositie Apparaat (MRA) behandeling bij obstructief slaapapnoe patiënten, wat zich vertaalde in het afleggen van een PhD in januari 2017. In augustus 2019 werd zij erkend als neus-, keel- en oorarts.

Aansluitend volgde zij nog gedurende 1 jaar een fellowship rhinologie in het UZ te Gent.

Dr. Verbruggen is werkzaam op onze campussen in Bornem en Willebroek. Zij biedt algemene zorg binnen de neus-, keel- en oorziekten, met bijzondere interesse voor snurken en slaapstoornissen, rhinologie, allergologie en kinder-NKO.



Snurken met een gedeeltelijke obstructie van de luchtweg

Vervolg dossier snurken

Verder bestaan er een aantal chirurgische en niet-chirurgische behandelingen:

CPAP (continuous positive airway pressure) is de eerste keuze in de behandeling van ernstig slaapapnoe. Dit is een masker dat continu lucht in de bovenste luchtweg blaast en zo de luchtweg open houdt.

Het **mandibulair repositieapparaat (MRA)** is een op maat gemaakte mondprothese die op de tanden wordt geplaatst. Het apparaat trekt de onderkaak en zo ook de tongbasis en het verhemelte naar voren, met als doel meer ademruimte te creëren.

Een **uvulopalatopharyngoplastie (UPPP)** is de meest voorkomende heelkundige ingreep. Dit is de klassieke anti-snurkoperatie, waarbij de keel ruimer wordt gemaakt door de huid, een deel van het weke gehemelte en de amandelen te verwijderen.

Radiofrequentiebehandeling van het verhemelte is ook een optie. Het weke verhemelte wordt met temperatuur gecontroleerde radiofrequente golven behandeld onder lokale verdoving, waardoor een gecontroleerde littekenvorming onder het slijmvlies ontstaat. Het slijmvlies wordt zo stijver, zal minder trillen en er wordt meer ruimte gemaakt in de keelholte.

Wanneer het OSAS of snurken voornamelijk in ruglig voorkomt, kan een **slaappositietrainer** worden gebruikt. Vroeger werd hiervoor een tennisbal ingenaaid op de rugzijde van de pyjama, maar tegenwoordig bestaan hier elegantere oplossingen voor, zoals een ergonomische band die rond de borstkas wordt gedragen en waarin een klein toestelletje vervat zit dat continu de slaappositie meet en de patiënt met lichte vibraties geleidelijk traint om niet op de rug te slapen, zonder dat die wakker wordt.

Vervolg obesitaschirurgie en patiëntenverhaal Martine Brijs

Dit was een zeer fijn gevoel," zo vertelt Martine. De operatie was complexer dan verwacht: zo bleek dat een grote maaghernia was vastgegroeid aan haar slokdarm en long. "De dag na mijn operatie is dr. Van Gucht uitvoerig de complexere ingreep komen toelichten in eenvoudige woorden. Hij nam er echt de tijd voor. Gelukkig heb ik er tijdens de operatie niets van gemerkt. Ook de dagen na de operatie voelde ik me prima. Er waren wel wat kleine ongemakken, maar ik had gelukkig geen pijn - een geruststelling, want daar had ik wel wat schrik voor."

Dr. Van Gucht:

"Dit type van operaties vraagt veel van het artsenteam. Jasper Van Herck brengt hierin extra dynamiek."

Martine kreeg van diëtiste Sanne heel wat tips rond voeding en zij volgt deze nauwgezet op. "Ik hoor soms dat mensen die geopereerd zijn daarna last hebben met eten. Het is natuurlijk wel een aanpassing, maar ik ben gemotiveerd en ik voel me prima in mijn nieuwe leven."

Intussen is Martine 3 maanden verder. Ze verloor na haar operatie al zo'n 20 kilogram. "Letterlijk en figuurlijk een verademing!", lacht Martine, "ik heb 2 jonge kleinkinderen en ben nu een veel actievere 'omi' voor hen. Mocht ik jaren geleden weten hoe ik me nu voel, dan had ik dit veel eerder laten doen. Op controle bij dr. Van Gucht heb ik het hem nog verteld: "Dokter, jij hebt mijn leven gered!"





Betere zorg door uitwisseling van jouw medische gegevens

bron: Christiaan Polet,
Universitair Ziekenhuis Gent
Illustratie: RIZIV

Wist-je-datje



Je zoekt de beste zorg

Je wil dat alle zorgverleners die je behandelen de juiste informatie over jouw gezondheidstoestand hebben: onderzoeksresultaten, resultaten van medische beeldvorming, ontslagbrieven en operatieverslagen,... Maar die gegevens worden vaak in dossiers bij verschillende zorgverleners bewaard.

Het **Collaboratief Zorgplatform (CoZo)** maakt een snelle en beveiligde elektronische uitwisseling van jouw gezondheidsgegevens mogelijk tussen de zorgverleners die jou behandelen. Met respect voor jouw rechten als patiënt. En enkel met jouw toestemming.

Veilige uitwisseling van medische gegevens

Het Collaboratief Zorgplatform is een **streng beveiligd elektronisch platform**. Enkel de zorgverleners die je op een bepaald moment behandelen, kunnen toegang krijgen tot jouw gegevens. Vóór een zorgverlener jouw gegevens kan raadplegen, wordt nagegaan of jij effectief bij die zorgverlener wordt behandeld. Je beslist zelf welke zorgverleners toegang krijgen tot welke gegevens. Je kan bepaalde zorgverleners of gegevens uitsluiten. Enkel artsen waarmee je een behandelrelatie hebt kunnen gegevens uit jouw dossier raadplegen als je daarvoor

de toestemming hebt gegeven. Deze behandelrelaties worden na enige tijd automatisch beëindigd, bijvoorbeeld na stopzetting van een behandeling in een ziekenhuis of bij verandering van huisarts.

De zorgverlener krijgt enkel toegang tot de relevante delen van jouw medisch dossier via een beveiligde verbinding. Hij moet zijn identiteit bewijzen door middel van zijn elektronische identiteitskaart. Je kan trouwens op elk moment opvragen welke zorgverleners jouw gegevens geconsulteerd hebben.

Inschrijven

Je kan je zelf inschrijven door met jouw elektronische identiteitskaart en PIN-code aan te loggen via www.cozo.be, via de site van eHealth of via www.patientconsent.be. Als je niet wenst dat andere zorgverleners jouw medisch dossier kunnen inzien, kan je weigeren om toestemming te geven. Je hoeft geen reden voor deze weigering op te geven. Je kan jouw toestemming altijd intrekken of een weigering ongedaan maken, opnieuw via www.cozo.be of via eHealth met jouw elektronische identiteitskaart en PIN-code.



Filmpje
zien?



**Sluit je je aan bij
CoZo, dan wordt jouw
huisarts nog beter op de
hoogte gehouden van
jouw medisch dossier
in het ziekenhuis, zodat
hij/zij jouw behandeling
grondiger kan opvolgen.**

Wist-je-datje



Naar schatting 75% van de mensen verwerft kennis over gezondheid via de media. Naast zeer nuttige informatie over medisch-wetenschappelijk onderzoek verschijnen er ook minder correcte commentaren en soms ronduit verkeerde adviezen. Mensen weten vaak niet wat ze nog moeten geloven.

En terecht! Uit onderzoek blijkt dat maar liefst 50% van het gezondheidsnieuws niet correct wordt weergegeven... en dit is onrustwekkend. De (sociale) media is immers de belangrijkste bron voor gezondheidsinformatie, vooral voor patiënten jonger dan 35 jaar.

dr. Google... een onbetrouwbare arts!



Internet verspreidt het meeste onzin

Internet is een zeer toegankelijk en laagdrempelig medium om informatie op te zoeken over jouw gezondheid. Handig... mocht het niet zo zijn dat iederéén informatie kan plaatsen op het wereldwijde web. Hoe luider en hoe meer catchy de titels, hoe meer deze informatie wordt opgepikt door de lezer. En laat dit nu net het struikelblok zijn. Pittige krantenkoppen willen lezers lokken en dreigen daarmee de nuance te verliezen. Bevindingen uit studies worden soms overdreven voorgesteld, zowel door de onderzoeker als door de verslaggever.



Bekijk het filmpje 'Don't Google it' van Gezondheid en Wetenschap.

Onnauwkeurige of verkeerde gezondheidsinformatie kan verstrekken gevolgen hebben. Het kan leiden tot geldverspilling, onnodige onrust en zelfs overbodige behandelingen. Als je bijvoorbeeld gelooft dat vetverbranders jouw buik of dubbele kin zullen gladstrijken, geef je allicht onnodig geld uit. En als je gelooft dat deodorant borstkanker veroorzaakt, word je onnodig bang gemaakt. Geldverspilling en ontgoocheling in de wetenschap vallen te betreuren, maar foutieve informatie kan ook rondt gevaarlijk zijn. Stel dat je als jonge ouder het bericht gelooft dat het mazelenvaccin autisme veroorzaakt, je met de beste bedoelingen jouw baby niet laat vaccineren en jouw kind later hersenschade oploopt bij een mazeleninfectie, dan heeft de informatie ernstige schade berokkend.

Gezondheid en Wetenschap.be wil hieraan halt roepen en stelt duidelijke, correcte informatie ter beschikking.

In opdracht van de Vlaamse Gemeenschap ontwikkelde het Centrum voor Evidence-Based Medicine (Cebam) daarom de onafhankelijke website **Gezondheid en Wetenschap**. Er is immers nood aan een betrouwbare en toegankelijke informatiebron over gezondheid, gebaseerd op degelijk wetenschappelijk onderzoek. De website Gezondheid en Wetenschap wordt volledig gefinancierd door de Vlaamse Gemeenschap en neemt geen advertenties op. De informatie die wordt aangeboden is dus objectief, los van enige vorm van reclame of belangenvermenging. De website voldoet aan de HON-code, die staat voor betrouwbare informatie over gezondheid.

Je vindt op deze site patiëntenrichtlijnen, die leidraad zijn voor artsen en patiënten ten aanzien van een bepaalde aandoening of klacht. Deze zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek (evidence based) en hebben als doel de beste zorg te bieden voor de patiënt. De richtlijnen worden volgens strikte regels opgesteld én steeds geactualiseerd en zijn gebaseerd op alle degelijke wetenschappelijke studies die over een bepaald onderwerp zijn gemaakt.

Een voorbeeld: vroeger gaf men ouders vaak de raad om hun baby op de buik te slapen te leggen, omdat men ervan uitging dat een kindje dat op zijn rug slaapt, kan stikken in eigen slijm of voedsel. Die theorie was gebaseerd op de overlevering, niet op bewijs. Vandaag is er een duidelijke richtlijn die zegt dat baby's best op hun rug te slapen worden gelegd, omdat het risico op plotse dood daardoor driemaal kleiner wordt. Dit is wel gebaseerd op cijfers, bewijs dus.

Daarnaast krijg je op de site ook **eerstehulptips**. Deze eerstehulptips zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en werden ontwikkeld door Rode Kruis Vlaanderen.



TIP: Surf naar www.gezondheid-en-wetenschap.be en bewaar deze website bij jouw favorieten!



Wist-je-datje



De juiste revalidatie, waar ook ter wereld!

Interview met dr. De Groote, arts fysische geneeskunde campus Bornem en humanitair actief in Rwanda en Kenia

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO of WGO) monitort wereldwijd de menselijke gezondheid, bepaalt normen en waarden gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en ondersteunt landen bij het bepalen van een passend gezondheidsbeleid. De WHO heeft de voorbije decennia nadruk gelegd op de bestrijding van infectieziekten en moeder- en kindgeneeskunde. Maar nu, met de veroudering van de bevolking en de toename van niet-overdraagbare ziekten, krijgt ook **revalidatie** de nodige aandacht. Elk land, waar ook ter wereld, kan beroep doen op het WHO bij ondersteuning in de analyse en planning van revalidatiediensten.

De WHO heeft hiervoor een 'Rehabilitation Support Package' opgesteld. Een deel van dit pakket werd ondersteund door een technisch comité van revalidatieprofessionelen, zoals revalidatieartsen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten,... uit alle continenten.

Er werden 4 revalidatieartsen geselecteerd: 1 uit Afrika, 1 uit Noord-Amerika, 1 uit Azië en 1 uit Europa. **Dr. Wouter De Groote, arts fysische geneeskunde en revalidatie op campus Bornem, heeft als eerste Europeaan deze nominatie in de wacht kunnen slepen.** En óf we hier fier op zijn!



Een nobele opdracht!

“Het begon allemaal zo’n 10 jaar geleden,” aldus dr. Wouter De Groot. “Ik wou graag humanitair mijn steentje bijdragen aan onze wereld en startte hiervoor de vrijwilligersorganisatie CBR International op. Met **CBR International** richten we ons op andersvalide patiënten die geen mogelijkheid hebben om te genieten van de broodnodige zorgondersteuning en brengen we revalidatie tot bij hen thuis. We zijn vooral actief in Rwanda en Kenia: we trekken daar met ons team van vrijwilligers - kinesisten, ergotherapeuten, orthopedische techniekers en zelfs psychologen - letterlijk van hut naar hut om de nodige zorg toe te dienen en lokale veldwerkers op te leiden.”



Ook op beleidsniveau

Momenteel genieten 1.500 patiënten van de revalidatiezorg van het CBR-team. De ambitie van dr. De Groot gaat echter nog een grote stap verder. Je kan immers mensen individueel helpen, maar ook op beleidsniveau is er nog heel wat verbetering mogelijk.

Uit deze passie voor beleid rond revalidatie in ontwikkelingslanden volgde dr. De Groot een postgraduaat en is hij voorzitter van een werkgroep binnen **ISPRM, the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine**: deze werkgroep ijvert voor capaciteitsversterking in ontwikkelingslanden.

Van hieruit werd de stap naar het technisch comité van de **WHO** gezet. Dr. De Groot werd als eerste Europeaan geselecteerd om deel te nemen aan het technisch comité van de Wereldgezondheidsorganisatie om **basispakketten** aan te maken voor revalidatiezorg. Elk ministerie van gezondheidszorg van elk land kan hierop beroep doen. Het technisch comité buigt zich over de ziektebeelden en bekijkt hoe deze optimaal kunnen worden aangepakt binnen de zorgmogelijkheden van dat land.

“Een voorbeeld: in Kenia ervaren we een groot aantal patiënten met een CVA (beroerte). We weten als experts welke basisrevalidatie nodig is om deze patiënten te behandelen en bekijken hoe een land als Kenia hierin kan voorzien,” aldus dr. De Groot.

Maar ook hier gaat dr. De Groot een stapje verder. Hij draagt niet alleen zijn steentje bij in het technisch comité, maar reist ook als consultant naar de landen die hulp nodig hebben. “Zo’n ondersteuning bestaat eigenlijk uit 2 fasen,” vertelt dr. De Groot. “In een eerste fase reis ik 2 weken naar het land die de hulpvraag stelt om een landelijke audit te doen. We bekijken dan met een klein team 14 dagen lang hoe de revalidatiezorg er op dat moment voor staat. Daarna maken we een strategische planning op en gaan we opnieuw 2 weken naar daar om het ministerie van gezondheidszorg te begeleiden en ondersteunen bij de uitwerking van deze planning. Zo ben ik in november 2019 twee weken naar Mozambique geweest en reis ik begin 2020 naar Rwanda.”

Ook op deze manier bereikt de humanitaire zorg van dr. De Groot niet alleen individueel de revalidatiepatiënten, maar zorgt hij er op zijn beurt ook voor dat de revalidatiezorg die de overheid biedt gigantisch verbetert.

Wil jij CBR International steunen?



Fijn! Dr. Wouter de Groote en zijn team waarderen jouw ondersteuning!

Het CBR-team is immers afhankelijk van de financiële ondersteuning door particulieren en ondernemingen. Met jouw hulp worden heel wat kosten betaald, zoals medicatie, orthopedische hulpmiddelen, revalidatie aan huis,... Om je een idee te geven van wat jouw bijdrage kan betekenen, vind je hier alvast een lijstje met voorbeelden.

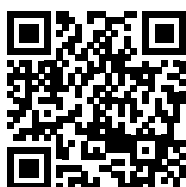


15 euro: 1 kruik

20 euro: 1 positioneringsschelp voor een kind met hersenverlamming

50 euro: 1 beenorthese

150 euro: 1 rolstoel



Elke euro gaat dus naar de patiënten. De kosten voor opleiding en logistiek (reiskosten,...) worden gedekt door de vrijwilligers zélf.

www.cbrteaminternational.com

Wist je dat?



Griepvirus zoekt partner om de winter door te komen... Maar dat zal moeilijk lukken in AZ Rivierland!

Want liefst **75%** van al onze medewerkers, artsen, zelfstandige paramedici en vrijwilligers over de 3 campussen heen lieten zich vaccineren tegen de griep. Concreet gaat dit over maar liefst **1.076 mensen!**

Voor elk toegediend vaccin gaat er 1 euro naar het Berrefonds. We zijn dan ook trots om, dankzij een extra inspanning vanuit het managementteam, 1.200 euro te kunnen schenken in het kader van "De Warmste Week".

Oprechte dank aan alle Flu Fighters!



R+B

dr. Vladimir Kim
urgentiegeneeskunde
01.07.2019



B

dr. Claudine Mizero
zaalarts geriatrie
01.10.2019



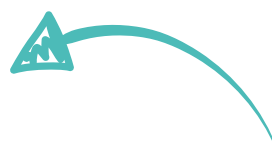
B

dr. Annelies Verbruggen
neus-, keel- en oorzaken
01.10.2019



R

dr. Magdalena Michalak
nefrologie
01.10.2019



NIEUWE ARTSEN IN AZ RIVIERENLAND

OP PENSIOEN

Wij danken hen voor hun jarenlange inzet en toegewijde zorg!

dr. Paul Ortmanns

campus Rumst | pneumologie | 01.11.2019

dr. Brigitte Dompas

campus Bornem | neurologie | 31.12.2019

Wist-je-datje



 Cardiab Cycling Team



10 JAAR Cardiac Cycling Team

Het Cardiab Cycling Team (CCT) werd 10 jaar geleden opgericht door cardioloog en sportarts dr. Michel Herssens en kinesitherapeut Greet Vergauwen om onze hart- en diabetespatiënten aan te zetten tot meer beweging en sport.

Specifiek legt het CCT nadruk op fietsrevalidatie: zo kan je in de zomer elke zaterdag een begeleide rit maken met de racefiets (60 à 100 km), tijdens de tussenseizoenen met de mountainbike en worden er in de winter op vrijdagavond ook spinningssessies georganiseerd.

We gaan terug naar november 2008...

Cardioloog dr. Michel Herssens deed zijn ronde op de afdeling cardiologie in de toenmalige Sint-Jozefkliniek. Jacques, één van zijn patiënten, las het tweemaandelijks tijdschrift van de Vlaamse Wielrijdersbond: hij bleek vroeger 'coureur' te zijn geweest, maar fietste op dat moment nog steeds als recreatief liefhebber en deed dagelijks zijn woon-/werkverkeer met de koersfiets. Jacques deed dit trouw om zijn conditie te behouden en fit te blijven, ondanks het feit dat hij vanaf dan hartpatiënt werd ten gevolge van een ernstige verzwakking van zijn hartspeer.

Terwijl vele jaren geleden patiënten na een hartinfarct lang bedlegerig bleven en het 'rustiger aan' dienden te doen, is intussen uit wetenschappelijke studies gebleken dat dit type patiënten integendeel juist véél actiever moet zijn.

Hartrevalidatie komt immers zowel de levensduur als de levenskwaliteit ten goede en is nu zelfs een belangrijk deel van de behandeling geworden. Uit dit nieuw medisch standpunt werd in 1988 de vzw Hartvriendenkring opgericht om patiënten van Klein-Brabant de kans te bieden hun revalidatie binnen en buiten de muren van het ziekenhuis verder te zetten onder vorm van beweging, sport en groepstherapie. Uit de ervaringen opgebouwd vanuit de dienst hartrevalidatie en het verhaal van Jacques werd het idee geopperd om voor patiënten die iets intensiever wilden revalideren deze verder te zetten onder vorm van fietsrevalidatie.

Kinesiste Greet Vergauwen en dr. Michel Herssens brainstormden hoe ze cyclotherapie konden opstarten en peilden naar de interesse hiervoor bij onze actieve hartpatiënten. Diezelfde motivatie wilden ze ook overbrengen naar de diabetespatiënten, gezien zij hetzelfde risico dragen om later cardiovasculaire problemen te ontwikkelen.

Een klein ploegje werd opgestart, dat samen met dr. Herssens, Greet Vergauwen en Iris Ysewyn hun schouders hieronder wilden zetten. Zo werd op 2 september 2009 de eerste en tot nog toe enige wielclub van België voor hart- en diabetespatiënten boven de doopvont gehouden: het Cardiab Cycling Team of CCT. Cardiab refereert naar cardio én diabetes: 2 patiëntengroepen die in aanmerking komen om samen te bewegen in een niet-competitieve, maar wel sportieve en recreatieve vorm van wielrennen. Om de nodige structuur in de pas opgerichte fietsploeg te krijgen werd besloten om onder de vleugels van de vzw Hartvriendenkring verder te gaan.

Wat doet het CCT?

Iedere zaterdagvoormiddag van maart tot november starten we aan de speedafdeling van AZ Rivierenland campus Bornem voor ritjes waarvan de lengte en intensiteit progressief wordt opgedreven van 60 tot 100 km en meer. Om ook tijdens de wintermaanden de conditie te onderhouden kan je iedere vrijdagavond deelnemen aan spinningtrainingen in het Spinning Centrum van Kalfort (Kinefit) en organiseren we op zaterdagmiddag een mountainbiketocht door de veldwegen en de bossen in en rondom Bornem.

De grootste aandacht gaat uit naar de veiligheid: zo nemen we steeds verzorgingsmateriaal, een glucometer en 1 of meerdere defibrillatoren mee.

Na enkele maanden bleek de motivatie zo groot dat bij sommigen de droom ontstond om naar een bepaald doel toe te werken, namelijk de beklimming van de Mont Ventoux. Iedereen begon vol gedrevenheid te trainen om deze reus van de Provence te trotseren... een ware uitdaging voor onze patiënten! Daar waar velen dachten dat dit onmogelijk zou zijn, werd het tegendeel bewezen: in september 2009 werd een mythe werkelijkheid: iedereen van de groep bereikte vol passie en emotie de top van de Ventoux op 1.968 meter hoogte.

Snel werd ook geopteerd om een aantal ritten in het buitenland te organiseren: Zeeland, Amstel Gold Race, de jaarlijkse Moezelreizen in het Hemelvaartweekend,... De meeste fietsers zijn ondertussen zo gedreven, dat er de afgelopen jaren ook maar liefst 10 zomertochten zijn georganiseerd: Alpen, Serre-Ponçon, Ardèche, Massif des Maures, Pyreneeën,... Voor velen hebben de fameuze cols uit de Ronde van Frankrijk geen geheimen meer!

10 jaar CCT

Voor het 10-jarig bestaan van het CCT fietsten we in september 2019 voor de eerste maal in Rosas, een voorgebergte van de Pyreneeën (Spanje) en dit onder begeleiding van Flowtrack die de streek goed kende.



'Life is like riding a bicycle: to keep your balance you must keep moving'

Wie kan deelnemen aan het CCT?

Deelname is gratis en berust louter op vrijwilligerswerk. Er zijn wel enkele voorwaarden aan het lidmaatschap verbonden: je bent hart- of diabetespatiënt, je beschikt over een koersfiets, je draagt een helm én je bent gedreven, sociaal, solidair en respectvol.

Dr. Herssens en Greet blijven ondertussen nieuwe hart- en diabetespatiënten vanuit de consultatie en hartrevalidatie motiveren om deel te nemen aan onze trainingen. De groep blijft zo alsmäär groeien. Heden tellen wij trots een 100-tal leden die de fiets gekozen heeft om verder te revalideren.

Het Cardiab Cycling Team is een mooi voorbeeld hoe bij sommige patiënten tegenslagen in het leven net ook kansen kunnen bieden. Wat voor velen eerst onmogelijk leek werd realiteit dankzij de gedrevenheid en motivatie én de hechte sfeer in een groep vrienden.



Een patiënt vertelt: Met CCT naar Roses (Spanje)

Voor de 10^{de} verjaardag van het CCT mocht het iets meer zijn dan de voorgaande jaren: we gingen voor onze jaarlijkse fietsreis ditmaal een week naar Roses, Spanje.

Roses bevindt zich in Catalonië: deze gemeente ligt op minder dan 30 km voorbij de grens met Frankrijk en ongeveer 150 km voor Barcelona. Dit jaar kozen we ervoor om een externe firma ons zomerproject te laten organiseren, namelijk de firma Flowtrack uit Mechelen.

En toen begon onze reis...

Na kennis gemaakt te hebben met onze 2 begeleiders van Flowtrack kon er al op de eerste dag gefietst worden voor een verkenningsritje richting Espolla,

over een afstand van 72 km met 475 hoogtemeters. Volgens de begeleiders zouden we dit ritje vlug even onder de wielen schuiven en snel aan het hotel toekomen. Maar dat was zonder de 5 lekke banden gerekend die onderweg moesten hersteld worden...

Zondagmorgen was de afspraak dat we om 10 uur aan de fietsenstalling zouden samenkomen voor de briefing. Tot onze verbazing had Flowtrack een standje opgezet waar we de nodige energierepen, koekjes, gekoelde drank,... voor die dag konden meenemen. We vertrokken richting Cistella voor een afstand van 98 km en 770 hoogtemeters. Normaal zouden we 's middags een broodje eten, maar we stonden allen opnieuw stomverbaasd toen we zagen dat voor ons een heus buffet was klaar gezet.

Maandag 2 september was een rit gepland naar het meer van Banyoles over een afstand van 125 km met 885 hoogtemeters, met onder andere de beklimming van de Rocacorba (tot 18 % stijgingspercentage!). Tijdens de Olympische Spelen van 1992 in Barcelona vonden op dit meer roeiwedstrijden plaats.

De volgende dagen, met uitzondering van woensdag, reden we nog ongeveer 250 km door natuurgebieden en langs wijngaarden.

"Niet alleen de hongerigen moet ge spijzen, maar ook de dorstigen moet ge laven." Bij de zuiderse temperaturen van 30° Celsius moesten we op letten dat we niet uitdroogden en zeker geen krampen kregen. Onze begeleiders kenden niet alleen de streek heel goed, maar wisten gelukkig ook de betere terrasjes liggen, vooral met frisse Belgische drankjes.

Om een zeer geslaagde week af te sluiten had onze cardioloog op de laatste avond nog vlug een gezellig samenzijn geregeld. Zo konden we de begeleiders van Flowtrack en eigen mensen bedanken voor hun inzet tijdens ons verblijf, alsook voor de voorbereiding van dit project.





Voortaan kan je ook terecht op campus Willebroek voor een consultatie bij onze **kinderartsen!**

Is jouw kind ziek en wens je op raadpleging te komen bij één van onze kinderartsen? Je kan hiervoor nu ook terecht op onze campus in Willebroek!

Elke maandag- en donderdagnamiddag houden dr. Isabelle Boone of dr. Mieke Van Goethem er consultatie. Je kan zowel via jouw huisarts als rechtstreeks een afspraak maken voor een raadpleging. Ook op campussen Bornem en Rumst kan je blijvend terecht voor een consultatie bij één van onze kinderartsen.

KINDERARTSEN AZ RIVIERENLAND

CAMPUS RUMST EN WILLEBROEK



dr. Isabelle Boone



dr. Mieke Van Goethem



dr. Katrien Nieuwinckel



dr. Elke Clauwaert



dr. Myriam Vaerenberg

CAMPUS BORNEM

BEN JIJ ONZE NIEUWE COLLEGA?

@samensterkinzorg



Check hier de openstaande vacatures:

werkenbij.azrivierenland.be