

HARTslag

Medisch magazine van RZ Heilig Hart Tienen • december 2020

rz **tienen**

regionaal ziekenhuis
heilig hart tienens vzw

Dossier nieuwbouw: **architect bekend**

**Endoscopische
oorchirurgie**

**Kwaliteit met het
hart in de zorg**

WU: dr. Frank Martens, Kliniekstraat 45 - 3300 Tienen

| | |
|--------------|---|
| 3 | Voorwoord |
| 4-5 | Dossier nieuwbouw: bekendmaking architect en overdracht gronden |
| 6 | MCA neemt nieuwe CT scanner in gebruik |
| 7 | Minder invasieve zorg dankzij endoscopische oorchirurgie |
| 8 | Geriatrisch dagziekenhuis opent de deuren |
| 9 | Kort nieuws |
| 10-11 | Apotheek: medicatierobot |
| 12-13 | Kwaliteit met het hart in de zorg |
| 14-15 | Pijn en levenskwaliteit: bio-psycho-sociale aanpak van pijn anno 2020 |
| 16 | Verschillen en gelijkenissen tussen de eerste en tweede covid-piek |
| 17 | Getuigenis uit de triagepost |
| 18-23 | Wetenschappelijke publicaties |
| 24 | Nieuwe artsen |

COLOFON

Hartslag is het medisch magazine van RZ Heilig Hart Tienen.

Hoofdredactie: dr. Ann Cornelis

Eindredactie: Merlijn Moonen

Redactieraad:

dr. Ann Cornelis - dr. Philippe Borreman

dr. Frank Martens - dr. Hans Struyven

dr. Frederik Temmerman - Merlijn Moonen

Vormgeving: Liebens Reclame

Foto's: Heidi Rombouts, Merlijn Moonen

Druk: Baillien-Maris

Verantwoordelijke uitgever:

dr. Frank Martens,

Kliniekstraat 45 - 3300 Tienen

Redactieadres:

hartslag@rztienen.be



DR. FRANK MARTENS

HOOFDARTS

Ziekenhuis van de toekomst

In augustus 2019 startten we de zoektocht naar een architectenbureau om ons nieuwe ziekenhuis te ontwerpen. Tegelijk deden we een onderzoek naar de meest geschikte locatie. Aan beide zoektochten kwam recent een einde (zie artikel p.4-5). Ondanks het ongevoelbaar zware jaar staan we toch een stap dichterbij ons 'ziekenhuis van de toekomst'.

Maar, we bouwen aan méér dan alleen een gebouw. We bouwen aan een plek die onze visie op zorg mogelijk maakt: een community hospital waar over de muren van de eerste, tweede en derde lijn heen gekeken wordt en de patiënt steeds centraal staat. Deze focus op goede transmurale zorg biedt niet alleen voor patiënten, maar ook voor zorgverleners en de gemeenschap een meerwaarde.

Daarnaast willen we ons ziekenhuis profileren als een "kennis-hub" waar de knowhow van onze zorgprofessionals transmurale gedeeld kan worden in de vorm van ondersteuning of advies. De meerwaarde hiervan werd al aangetoond tijdens de covidcrisis, waarbij er intervisie was tussen onze geriateren en verschillende woonzorgcentra en onze dienst Ziekenhuishygiëne in verschillende woonzorgcentra cohortafdelingen hielp oprichten en opleidingen gaf over het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen. Verder moet ons toekomstig ziekenhuis de uitstraling krijgen van een gezondheidscentrum, een ontmoetingsplaats waar patiënten met de juiste zorgverlener uit de regio in contact komen.

Deze nieuwe rol van ons ziekenhuis zal in de volgende maanden verder uitgewerkt worden in het zorgstrategisch plan, dat we binnen Plexus (ons ziekenhuisnetwerk met UZ Leuven, HH Leuven en AZ Diest) opstellen. Om ook in de toekomst de beste zorgen te blijven bieden, moeten we immers breder kijken dan de individuele ziekenhuizen en zal de nauwe samenwerking binnen ons netwerk een cruciale rol spelen.

Met deze toekomstvisie gaan we geïnspireerd het nieuwe jaar in. Rest mij nog de prettige taak om u veel leesplezier, maar bovenal een warme eindejaarsperiode en een gezond 2021 te wensen.

HEBT U VRAGEN OF OPMERKINGEN?

Uw suggesties of vragen aan het ziekenhuis, en opmerkingen over een hospitalisatie of ander patiëntencontact, zijn welkom op het e-mailadres huisarts@drztienen.be.



DR. HANS STRUYVEN

ALGEMEEN DIRECTEUR

Dossier nieuwbouw: bekendmaking architect en overdracht gronden

In november werden twee belangrijke dossiers in het kader van ons nieuwbouwziekenhuis afgerond: we kwamen tot een overeenkomst met de stad Tienen over de locatie en het verwerven van de gronden, en stelden een architectenteam aan voor het ontwerp.

LOCATIE

Het locatie-onderzoek werd in 2017 door het stedenbouwkundig bureau BUUR opgestart in opdracht van de stad Tienen en de provincie Vlaams-Brabant. In maart 2018 duidden de stad en de provincie op basis van de studie van BUUR een voorkeurslocatie aan: de site ten oosten van de vesten en de boomgaard. Deze site was de voorkeurslocatie, maar het onderzoek wees ook uit dat er een valabel alternatief was, met name de bijna gelijkwaardige site St.-Jan. Het grootste struikelblok voor de boomgaard bleek de waterproblematiek: na het onderzoek van BUUR, publiceerde Fluvius een studie die rekening hield met de nieuwste klimaatsmodellen. Daaruit bleek dat een groot deel van de site als waterbuffer gereserveerd zou moeten worden. Hierdoor viel de keuze op St.-Jan en na onderhandelingen verleende de stad Tienen recht van opstal voor deze gronden.

SELECTIE ARCHITECTENBUREAU

In augustus 2019 startte onze zoektocht naar een architectenbureau officieel na een Europese publicatie van de aanbesteding. Tien bureaus stelden zich kandidaat. Op basis van vooraf vastgelegde

selectiecriteria, waaronder ervaring met vergelijkbare opdrachten, werden vijf bureaus weerhouden.

De vijf overgebleven bureaus werden gevraagd een offerte in te dienen, rekening houdend met onze conceptnota. In januari en maart 2020 volgden twee juryrondes waarbij drie teams afvielen. De twee overgebleven bureaus hadden beide sterke ontwerpen, maar na een derde juryronde viel de definitieve keuze op VK group, een Belgisch architectenbureau met meer dan 65 jaar ervaring en knowhow in ziekenhuisbouw. Hun ontwerp onderscheidde zich door een compact design dat veel ruimte geeft aan een groene buffer rond het ziekenhuis.

VOLGENDE STAPPEN

Een eerstvolgende stap is de oprichting van verschillende werkgroepen. Het ontwerp van VK group (zie afbeeldingen bij dit artikel) is slechts een concept van hoe ons nieuwe ziekenhuis eruit zou kunnen zien. Om een definitief ontwerp te maken, leggen we ons oor te luisteren bij de toekomstige gebruikers van het gebouw: zorgverleners (ook de eerste lijn), ondersteunende diensten,



buurtbewoners, én uiteraard patiënten. Samen met VK bekijken we welke noden deze verschillende groepen hebben en hoe deze vertaald kunnen worden in een functioneel en innovatief ontwerp. Bovendien onderzoeken we de mogelijkheden om verschillende externe, aan het ziekenhuis gelinkte diensten ook onder te brengen in ons nieuwe ziekenhuis en zo in te zetten op een betere transmurale zorg.

Verder werken we in de loop van 2021 aan een financieel-technisch plan, dat de basis vormt voor onze subsidie-aanvraag. Vervolgens staan de verwerving van omgevingsvergunningen en het uitschrijven van alle aanbestedingsdossiers op het programma, om in 2024 met de werken te starten. Deze werken zouden drie jaar in beslag nemen en eind 2027 afgerond worden. Het eind van de zoektocht naar de locatie en architect, is dus nog maar het begin van een lang maar boeiend traject.





DR. MATTIAS SEGHERS

Medisch Centrum Aarschot neemt nieuwe CT scanner in gebruik

Sinds de zomervakantie heeft ons Medisch Centrum in Aarschot een gloednieuwe Siemens GO Top CT scanner in gebruik genomen. De manier van werken verandert daarbij grondig in vergelijking met de oudere toestellen.

Een eerste verschil met de oude toestellen is dat de bediening via een console aan het toestel zelf gebeurt waarbij de verpleegkundige dichterbij de patiënt blijft. Ook de statistieken van het toestel tonen een hele vooruitgang. De onderzoeken gaan gemiddeld 25 procent sneller en de verpleegkundige spendeert 90 procent meer tijd bij de patiënt. De aankoop van dit nieuwe toestel kadert dus perfect binnen onze VIP-missie. Door niet alleen sneller en efficiënter te zijn maar vooral door langer en dichtere zorg aan te bieden, hopen we op nog meer tevreden patiënten. Naast de mobiele bediening zorgt een sfeerlicht voor een rustige uitstraling tijdens het onderzoek.

ULTRA LAGE DOSIS-SCAN

Nieuw aan het toestel is ook de "Tin Filter" voor een ultra lage dosis-scan. Dat is belangrijk voor mensen die vaak terug moeten komen, bijvoorbeeld in het kader van oncologische beeldvorming. In de loop van hun behandelingstraject reduceren we de stralendosis, zonder op beeldkwaliteit in te boeten dankzij een verbeterde detector.

Tot slot hebben de lage dosis-scans ook bij COVID-19 een toegevoegde waarde: de PCR-test is soms negatief hoewel we toch afwijkingen op de CT-Scan zien. De lage dosis-scan biedt een veilige en snelle diagnose voor patiënten die doorverwezen worden via de huisarts.



“Patiënten vertellen ons dat het aangenamer is dat de verpleegkundige langer bij hen blijft, dat geeft meer geruststelling. Meer dan 62 procent van de patiënten beschrijft een verbeterde en positieve ervaring vergeleken met voorgaande onderzoeken zonder de mobiele bediening aan het toestel.”

Voor meer info kan u steeds terecht bij
Dr. Mattias Seghers
(mattias.seghers@rztienen.be)

Minder invasieve zorg dankzij endoscopische oorchirurgie



DR. ELKE LOOS

Sinds 1 augustus zijn we in RZ Tienen gestart met endoscopische oorchirurgie. Deze nieuwe techniek maakt het mogelijk trommelvliesperforaties of defecten van de gehoorbeentjesketen op een minder invasieve manier aan te pakken.

Gehoorverlies en trommelvliesperforaties leiden vaak tot een verminderde kwaliteit van leven als ze niet behandeld worden. Zo mag je bijvoorbeeld niet zwemmen met een trommelvliesperforatie. Grote perforaties of ketenonderbrekingen leiden bijkomend tot gehoorverlies, wat bij kinderen kan zorgen voor een verminderde taalontwikkeling en/of achterstand van de schoolresultaten. Bij oudere patiënten kan gehoorverlies dan weer zorgen voor werkgerelateerde problemen en sociaal isolement.



Oto-endoscopie is een nieuwe operatietechniek die het mogelijk maakt om trommelvliesperforaties of herstel van de gehoorbeentjesketen volledig via de gehoorgang uit te voeren. Hierdoor kunnen sommige ingrepen die normaliter via een insnede achter het oor gebeuren, volledig via de gehoorgang plaatsvinden. De patiënt ervaart hierdoor minder post-operatieve pijn en

heeft een sneller post-operatief herstel. Bovendien blijft de patiënt niet achter met een groot litteken. Tot slot kunnen bepaalde structuren, die microscopisch moeilijk zichtbaar zijn, endoscopisch ook beter gevisualiseerd worden.

Kortom, oto-endoscopie zorgt op een minder invasieve manier voor een betere quality of life.



▶ Endoscopisch zicht op een postero-inferieure trommelvliesperforatie met anterior hiervan een myringosclerose plaque.



▶ Endoscopische inspectie van het middenoor met zicht op een geërodeerd incudostapediaal gewricht.



▶ Na herstel met hydroxyapatite (Otomimix)



DR. ELINE VAN HOVE

Geriatrisch dagziekenhuis opent de deuren

Wij stellen u met veel plezier het dagziekenhuis geriatricie voor. Het dagziekenhuis geriatricie richt zich tot de oudere patiënt (> 75 jaar) met geriatricische zorgnoden. Het doel is om deze patiënten op ambulante basis een kwaliteitsvolle en multidisciplinaire aanpak te bieden. De tijd tussen de verschillende onderzoeken/testen kan comfortabel doorgebracht worden in een relaxstoel of bed, onder toezicht van een verpleegkundige.

WAARVOOR KUNNEN PATIËNTEN OP HET DAGZIEKENHUIS GERIATRIE TERECHT?

- **Algemene geriatricische oppuntstelling** (Campus Mariëndal) (medisch, functioneel, cognitief en sociaal) door een multidisciplinair team. Zo gewenst door de verwijzer (en mits voorafgaand contact) kan deze afspraak aangevuld worden met vooraf geplande onderzoeken. Wij proberen deze onderzoeken dan op dezelfde dag te plannen.
 - Valevaluatie
 - Ondersteuning behandelingskeuze bijvoorbeeld voorafgaand aan chirurgie en chemotherapie
 - Ambulante oppuntstelling van een complex probleem
 - ...
- **Raadpleging/onderzoeken van minder mobiele patiënten** (Campus Mariëndal): om opname te vermijden
- **Geheugenkliniek** (Campus Mariëndal): cognitieve evaluatie
- **Zorgpad heup** (Campus Mariëndal): opvolging patiënten na heupfractuur
- **Toediening intraveneuze medicatie** (vb. aclasta, injectafer) (campus St.-Jan)
- **Bloedtransfusie** (campus St.-Jan)

CONTACT: Doorverwijzing via huisarts of specialist. Bij specifieke vragen, graag voorgaand telefonisch overleg met geriater.

- **Dr. Beyen: 016 80 93 39**
- **Dr. Deleu: 016 80 36 66**
- **Dr. Van Hove: 016 80 94 02**
- **Geheugenkliniek: 016 80 97 92**
- **Toediening iv medicatie/bloedtransfusie: 016 80 35 93**



AANDACHTSPUNTEN

- Begeleiding door familielid of naaste is vaak nuttig om het team bijkomende informatie te verstrekken en om na afloop resultaten te bespreken.
- Bezoek aan het geriatricisch dagziekenhuis kan een volledige dag in beslag nemen. De patiënt krijgt 's middags een broodmaaltijd met soep aangeboden.
- Mee te brengen:
 - Identiteitskaart
 - Verwijsbrief van de huisarts met evt. recente bloedname
 - Recent medicatieschema
 - Evt. bloedgroepkaart
 - Medicatie die u die dag moet innemen
 - Zo van toepassing: bril-en/of leesbril, hoorapparaten, loophulpmiddel

Dr. Anneke Govaerts publiceert migraineboek

Dr. Anneke Govaerts, neuroloog in ons ziekenhuis, schreef samen met collega-neurologen Adinda De Pauw (AZ Damiaan) en Annick Verstappen (GZA Ziekenhuizen) een stevig onderbouwd boek om de mythes en clichés over migraine de wereld uit te helpen. Op basis van hun jarenlange expertise geven de auteurs de lezer objectieve, wetenschappelijk gefundeerde info, aangevuld met praktijkvoorbeelden en tips om met deze neurologische ziekte om te gaan. Het boek 'Migraine, Alles wat je moet weten' werd uitgegeven door Pelckmans uitgevers en is beschikbaar in verschillende boekhandels waaronder Standaard Boekhandel en Fnac.

Meer info op www.boekmigraine.be



► dr. Govaerts, dr. De Pauw en dr. Verstappen met hun nieuwe boek 'Migraine: alles wat je moet weten'.



► Gouverneur Jan Spooren (rechts) werd rondgeleid in het ziekenhuis door algemeen directeur dr. Hans Struyven.

Bezoek van provinciegouverneur Jan Spooren

Op 4 november kreeg ons ziekenhuis bezoek van provinciegouverneur Jan Spooren. Hij werd vergezeld door de burgemeester van Tienen, Katrien Partyka, schepen van sociale zaken Ine Tombeur en gezondheidsinspecteur dr. Winne Haenen met haar rechterhand René Wolfs. De bezoekers kregen een presentatie over onze aanpak van de covidcrisis en bezochten daarna enkele afdelingen.

"Ik besef dat de druk op onze ziekenhuizen enorm groot is," zegt Jan Spooren. "We zijn vooral bezorgd over het personeel, want voor hen is het fysiek en mentaal enorm zwaar en ze zijn nog moe van de eerste golf. Als gouverneur vind ik het belangrijk om te luisteren naar de noden en bezorgdheden van de ziekenhuizen en om deze aan te kaarten bij de Vlaamse en federale overheid".



MATHIJS LAZEURE

DIENSTHOOFD ZIEKENHUISAPOTHEEK

RZ Tienen blijft referentie- ziekenhuis op vlak van medicatieverdeling dankzij nieuwe robot

RZ Tienen was 12 jaar geleden, bij de aankoop van de Fast Dispensing Solution-medicatierobot, pionier in het robotverhaal om medicatie *unit dose* te verpakken en een 24-uurs distributie te garanderen op patiëntniveau en op toedieningsmoment. Doorheen de jaren zijn verschillende delegaties van ziekenhuizen en woonzorgcentra komen kijken hoe wij dit proces van 24-uurs distributie en *unit dose* verpakken managen. De laatste twee jaar kreeg de robot meer en meer te kampen met technische defecten. De tijd was rijp voor vernieuwing.

September 2018: de begrotingslijst voor apotheek wordt goedgekeurd.

Na 12 jaar intensief met de FDS-robot gewerkt te hebben, was het tijd om deze te vervangen door een nieuw, meer geavanceerd exemplaar. Hieraan gekoppeld, werd ook een *checking device* goedgekeurd.

Samen met de aankoopdienst zijn we meteen gestart om een overheidsopdracht uit te schrijven waarbij we zijn geland bij de Proud-medicatierobot van de firma Baxter (dezelfde firma die onze vorige medicatierobot leverde).

IMPLEMENTATIETRAJECT EN VERBETERINGEN

Met de firma Baxter hebben we een implementatietraject uitgestippeld van

aankoop tot de finale *go live*. De medicatiezakjes werden gefinetuned. Naast de merknaam, bevat het medicatiezakje nu eveneens de stofnaam, het lotnummer, de vervaldatum en een 2D matrix. Bovendien zijn de zakjes voorzien van de klinische boodschap "pletbaar" of "niet pletbaar". We maakten procedures en handleidingen, en bereidden een campagne voor. Verschillende medewerkers kregen de kans een opleiding te volgen in Utrecht over de werking van deze Proud-medicatierobot.

DE EERSTE BATCH

Maandag 9 december 2019 was voor ons *D-day*. Vrijdagavond werden de laatste batches gedraaid met de oude robot, om hem nadien definitief uit te schakelen.



Die vrijdag werd meteen ook ons nieuwe speeltje geplaatst. In de apotheek werd alle medicatie in de nieuwe cannisters van de Proud overgeplaatst.

Vanaf zaterdag werden alle configuraties opgezet op de Proud, en werd elk geneesmiddel manueel gelinkt met de robot. Zondag werden enkele testbatches gedraaid. En dan was het afwachten...

De eerste batches gingen heel vlot. Oef. In de loop van de week kregen we echter enkele technische problemen. Met behulp van de firma konden we ons behelpen en werden de technische pro-



► Medewerkers Nabil en Griet bij de nieuwe medicatierobot

390 000

Het aantal zakjes dat onze robot op jaarbasis verwerkt om te distribueren naar de afdelingen op patiëntniveau en per toedieningsmoment.

blemen een voor een opgelost zonder dat de afdelingen hiervan iets merkten.

Hoewel de medewerkers apotheek al veel ervaring hadden met een medicatierobot, was de omschakeling naar dit meer geavanceerde model toch een beproeving. We moesten routine krijgen in dit proces. We gaven ons uiteindelijk een drietal maanden de tijd. Ieder probleem werd in de groep besproken of met de firma zelf, en we pasten onze procedures en handleidingen aan.

AUTOMATISCHE DUBBELCHECK

Eens we ons zekerder voelden met de Proud, konden we het medicatiero-

bot-proces optimaliseren naar kwaliteit en veiligheid door de koppeling met het *checking device*. Voorheen werd elk robotzakje manueel gecontroleerd door de medewerker apotheek: zit het juiste pilletje in het juiste zakje en klopt het aantal? Dit proces wordt nu volledig automatisch overgenomen door dit *checking device*, dat een database van elk geneesmiddel heeft. Van elk geneesmiddel moesten er uit alle hoeken foto's genomen worden zodat dit toestel op elk moment elk pilletje kan herkennen (op basis van vorm en kleur). Ook dit apparaat is aangestuurd door het medicatievoorschrift. Wanneer een patiënt 's morgens 2 comprimés van een geneesmiddel moet krijgen en er is maar 1 pilletje in het zakje, zal dit als fout herkend worden door het *checking device* en krijgen we een alert.

MANUEEL WERK

Hoewel dit distributieproces automatisch verloopt van EPD naar robot naar *checking device*, komen er toch nog verschillende manuele handelingen aan te

pas. Vooraleer de medicatie in de robot terecht kan komen om *unit dose* te laten verpakken of om te distribueren op patiëntniveau, moet deze medicatie eerst nog ontblisterd worden. We hebben dit proces in het verleden proberen te laten uitvoeren door een ontblisterstoestel, maar dat zorgde voor meer problemen dan voordelen.

BLIK OP DE TOEKOMST

Nu zijn we bijna een jaar verder en kunnen we stellen dat we het gehele proces goed beheersen. Zoals 12 jaar geleden bij de start van onze eerste robot, fungeren we nog steeds als referentieziekenhuis voor de robot en *checking device*.

De volgende stap die voorbereid wordt, is de koppeling van de robot aan het KWS. Verder zijn er ook nog steeds pistes om samenwerkingsverbanden aan te gaan met andere zorginstellingen. Ook binnen Plexus, ons ziekenhuisnetwerk, kan deze robot zeker een functie vervullen.



EVA MARIE CASTRO

DIENSTHOOFD KWALITEIT
EN PROCESOPTIMALISATIE

Kwaliteit met het hart in de zorg

In 2017 behaalde ons ziekenhuis zijn eerste accreditatielabel. Dankzij een enorm engagement van alle medewerkers werd aan 97% van de 2329 normen voldaan. De accrediteringscyclus was een opportuniteit om tal van processen en systemen te introduceren.

Enkele voorbeelden van succesvolle implementaties zijn de uitrol van een intern auditsysteem, de leer- en verbetercyclus vanuit de incidentmeldingen en de inbedding van kwaliteitsitems in diverse beleidsorganen waaronder de Raad van Bestuur en de Medische Raad.

Om de geïmplementeerde structuren en processen te borgen, werd een vervolgaudit gepland in juni 2021. De covid-19-pandemie gooide ook hier uiteraard roet in het eten. De richtdatum voor de tweede accreditieronde bleek niet meer haalbaar en werd uitgesteld naar een later tijdstip (juni 2022). Na uitgebreid intern overleg en onderhandeling met NIAZ, nu Qualicor Europe, werden er nieuwe afspraken gemaakt en een traject uitgestippeld dat goedgekeurd werd door onze artsen en de Raad van Bestuur.

VERBETEREN VERBETEREN

Een grondige evaluatie van de eerste accreditatiecyclus bracht een aantal knelpunten aan het licht: een niet te onderschatten administratieve belasting en strikte normensets die overigens niet altijd duidelijk interpreteerbaar waren. In overleg met Qualicor Europe



Tijdens de eerste accrediteringscyclus werden 2329 normen getoetst.

en Regionaal Ziekenhuis HH Leuven, dat ook in 2017 een NIAZ-accreditatielabel behaalde, zullen de normensets opnieuw onder de loep worden genomen om ze meer werkbaar te maken. Op die manier willen ze 'verbeteren verbeteren'. Dat moet resulteren in minder administratief werk en meer persoonsgerichte zorg.

NIEUWE MANIER VAN TOETSING

Op vraag van de sector herbekeek Qualicor Europe ook de manier van toetsing. Dr. Ellen Joan van Vliet, CEO van Qualicor Europe, kondigde aan dat ze niet meer zullen toetsen volgens de letter van de norm, maar volgens de geest van de norm. Organisaties zullen dus meer worden uitgedaagd om zich af te

Dienst Kwaliteit en Patiëntenbegeleiding organiseren feedbackmoment met (covid)patiënten en familie

vragen wat een bepaalde norm binnen hun specifieke context kan betekenen. De focus komt bovendien te liggen op continu verbeteren, hetgeen fundamenteel anders is dan het afleggen van verantwoording.

Niet enkel de manier van toetsing zal anders verlopen, er is ook een wijziging in de toetsingsmomenten. In juni 2022 zal er een overbruggingsaudit plaatsvinden waarbij 25% van de normen (leiderschap, excellente zorg, medicatiebeheer, infectiepreventie en alle vereiste instellingsrichtlijnen) worden getoetst. Nadien volgen er om de 20 maanden drie sequentiële audits om de accreditatiestatus tot 2027 te verlengen. Per audit wordt een aantal normensets naar keuze getoetst. Die manier van toetsing zal toelaten om de continue kwaliteitscyclus nog meer te kunnen induceren.

TOEKOMST

Op langere termijn worden nog andere manieren van externe toetsing geëxploreerd, zoals bijvoorbeeld een netwerkaccreditatie. Dat zou onder andere opportuniteiten bieden om nog meer in te zetten op transmurale en geïntegreerde zorg waardoor bijvoorbeeld de zorgcontinuïteit maximaal kan worden gegarandeerd.

We zijn ervan overtuigd dat het nieuwe toetsingstraject van Qualicor verschillende kansen biedt om onze VIP-missie nog meer in de praktijk te brengen en we kijken ernaar uit om samen met alle medewerkers, patiënten en familieleden nog meer te excelleren in kwaliteit, met het hart in de zorg.

Op 30 september organiseerden onze diensten Kwaliteit en Patiëntenbegeleiding een feedbackmoment voor patiënten en familieleden die tijdens de eerste covid-piek in contact kwamen met ons ziekenhuis, met als doel zicht te krijgen op onze werkpunten en vervolgens de zorg(organisatie) te verbeteren. In totaal namen er 11 patiënten en familieleden deel.

Verschillende knelpunten kwamen aan het licht: het traject vóór de ziekenhuisopname werd ervaren als onzeker en duurde volgens verschillende deelnemers te lang; de informatie en communicatie was op bepaalde vlakken ontoereikend; de bezoeksregeling op de non-covid afdelingen werd als te strikt beschouwd, een empathische houding ontbrak weleens, persoonlijke voorwerpen raakten nu en dan verloren; bepaalde praktische regelingen werden in vraag gesteld en de (fysieke en mentale) nazorg voor patiënten en familieleden/mantelzorgers bleek onvoldoende georganiseerd.

De aangehaalde tekortkomingen werden zorgvuldig geanalyseerd en samen met alle belanghebbenden vertaald in actiepunten. Het aanbod van informatie werd onder de loep genomen en afspraken werden herhaald/gemaakt. De bezoeksregeling voor non-covid patiënten laat momenteel wel de nodige flexibiliteit toe, maar garandeert tegelijkertijd ook nog steeds voldoende veiligheid. Persoonlijke voorwerpen worden opgeborgen in zeer grote opvallende enveloppen zodat de kans op het verliezen van persoonlijke spullen zeer klein wordt. Tot slot werden in samenspraak met de eerstelijns de eerste stappen gezet om een zorgtraject voor covid-patiënten te ontwikkelen om zo het nazorgtraject te verbeteren. In dat kader start de dienst Patiëntenbegeleiding bijvoorbeeld een callcenter op: patiënten die post-covid ontslagen worden, zullen enkele dagen nadien telefoon krijgen, om zo eventuele noden te ondervangen. Indien nodig verwijzen de sociaal werkers hen door naar de juiste gezondheidszorgmedewerkers en organisaties.

Er vielen natuurlijk ook verschillende lovende woorden over ons ziekenhuis: de deelnemers waren stuk voor stuk tevreden over de (medische) zorgen van onze artsen en medewerkers. Bovendien werd de organisatie, rust en bejegening op de covid-afdelingen enorm geapprecieerd. Ook de dagelijkse telefoontjes door de artsen op de covid-afdelingen werden op prijs gesteld.

Met al deze informatie in het achterhoofd blijven wij onze zorg(organisatie) voortdurend bijsturen opdat we in elke situatie, en voor elke patiënt en familie, professionele zorg kunnen aanbieden die steeds inlevend en vriendelijk is.



DR. ROEL MESTRUM

ANESTHESIST-ALGOLOOG



LIES LATRÉ

KLINISCH PSYCHOLOOG,
GEDRAGSTHERAPEUT

GREET ESSELENS

PIJNVERPLEEGKUNDIGE

Pijn en levenskwaliteit: bio-psycho-sociale aanpak van pijn anno 2020

CHRONISCHE PIJN BEÏNVLOEDT DIVERSE LEVENSDOMEINEN

Uit de nationale gezondheidsenquête van 2018 blijkt dat de gemiddelde levensverwachting in België stijgt, nu tot 81,5 jaar. Tegelijkertijd is er echter een daling in de gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit die verklaard wordt door een toename van het aantal personen met pijnklachten, angst en depressie.

Tien tot twintig procent van de volwassen wereldbevolking zou een vermindering van levenskwaliteit ervaren door chronische pijnklachten. Chronische pijn vormt dus een belangrijk probleem voor de volksgezondheid. **Lage rugpijn** is wereldwijd zelfs de belangrijkste oorzaak van levensjaren met beperking (global burden of disease) waarbij dit vaak met andere chronische lichamelijke ziekten, alcoholmisbruik, angst- en stemmingsstoornissen gepaard gaat. Sciensano verwacht dat de prevalentiecijfers voor chronische rugpijn nog verder zullen toenemen door de vergrijzing van de bevolking. **Hoofdpijn** volgt na lage rugpijn als de nummer twee van meest voorkomende oorzaken van verminderd functioneren.

We weten dat chronische pijn een impact kan hebben op iemands algemeen welzijn, veerkracht, stemming en financiële draagkracht. Omgekeerd kleuren iemands psycho-sociale context en leergeschiedenis ook pijnervaringen en copingvaardigheden.

Het is dus overduidelijk dat patiënten met pijnklachten behoefte hebben aan voldoende aandacht van alle zorgverleners en aan een preventieve en con-

sequente aanpak om de impact van (chronische) pijn op levenskwaliteit te beperken.

Meer dan hoog tijd dus om de handen verder in elkaar te slaan en bruggen te bouwen tussen geest en lichaam.

BREDERE AANPAK BINNEN HET PIJNCENTRUM IN TIENEN

In het **multidisciplinair pijncentrum in RZ Tienen** wordt er sedert meer dan 1 jaar een pijnverpleegkundige en een klinisch psycholoog meer gestructureerd betrokken bij de ambulante consultaties.

Dr. Roel Mestrum, anesthesioloog en coördinator van het pijncentrum: "Op deze manier willen we vanuit een bio-psycho-sociaal model multidisciplinaire zorg bieden voor patiënten met chronische pijn. Vanuit dit model wordt gepleit voor een bredere aanpak van pijn met meer aandacht voor pijnmedicatie, pijngedrag (levensstijl, coping), inzet op beweging, en vermindering van medical shopping."

Pijnverpleegkundige Greet Eselens: "Ondanks pijn toch dingen kunnen doen die je waardevol vindt voor jezelf en je dierbaren is een nobel doel om samen met de patiënt mee aan de slag te gaan."

"MAAR DOKTER, HET ZIT NIET TUSSEN MIJN OREN."

Lies Latré werd als nieuwe psycholoog aangetrokken. Zij is tevens werkzaam in de huisartsen groepspraktijk Houtenveld in Tienen.



Lies Latré: "Als psycholoog-gedragstherapeut ben ik opgeleid om te kijken naar de betekenis en functie van gedrag en gebeurtenissen in mensen hun leven. Ik maak samen met de patiënt een inschatting van de betekenis van pijn, verwachte gevolgen van pijn en bepaalde bewegingen, copingvaardigheden, emoties en veerkracht. Laat net dit processen zijn die zich letterlijk 'tussen onze oren' afspelen. De pijngewaarwording ontstaat immers in ons brein. Vandaar de uitdrukking "No brain, no pain".

Een deel van mijn takenpakket omhelst dan ook psycho-educatie. Pijngewaarwording ontstaat in ons brein. Langdurige sterke of repetitieve prikkels kunnen modulatieprocessen op gang brengen die het pijnsignaal verder versterken ook al is dit niet meer functioneel. De waarschuwingfunctie van de acute pijn of de link met de originele prikkel gaat hierbij verloren en verklaart het soms erg therapieresistente karakter van chronische pijn. Dit kan moedeloosheid, uitputting, angst met zich meebrengen. Patiënten met chronische pijn worstelen met controleverlies en zijn vaak gefocust op hun beperkingen. Gaandeweg inzicht krijgen in processen die een rol spelen in het complexe pijnverhaal, kan opnieuw keuzemogelijkheden zichtbaar maken. En **keuzes hebben, vergroot de controle**. We proberen samen **verbanden** te zien tussen **gedachten, gevoelens en gedrag**. Voorbeelden van veel voorkomende processen die een rol spelen in pijngedrag zijn: een constante verhoogde aandacht (hypervigilantie) voor

lichamelijke sensaties, catastrofen, angst om te bewegen of toenemend vermijdingsgedrag met een impact op diverse levensdomeinen."

LEREN DOOR NIEUWE ERVARINGEN: EXPOSURE IN EEN NOTENDOP

Lies Latré: "Het risico op pijn vermijden is een op het eerste gezicht krachtige overlevingsstrategie die we van nature toepassen. De confrontatie met zowel acute als chronische pijn kan echter via leerprocessen (klassieke en operante conditionering) angst voor pijn en bewegen doen ontstaan. **Deze angst en vermijdingsgedragingen zijn op lange termijn niet meer adaptief**. Angst voor pijn kan verworven worden via verschillende processen: via directe (pijn) ervaring, via observatie of via verbale informatie. Dit laatste is zeer relevant voor de **communicatie** tussen patiënt, zorgverstreker en omgeving... Uitspraken als 'doe het maar rustig aan', 'niet teveel tillen', kunnen een eigen leven gaan leiden in het hoofd van de patiënt. Zo kunnen patiënten bijvoorbeeld de interpretatie geven 'beweging x is gevaarlijk voor mij' en hierop volgend angst voor beweging x ontwikkelen.

Patiënten met angst om te bewegen overschatten vaak de gevolgen van bepaalde bewegingen. Ze zijn op voorhand al angstig voor de mogelijke pijn of schade. Om dit verband te doorbreken en de cognities over verwachte gevolgen uit te dagen, oefenen we om stap voor stap deze bewegingen/activiteiten weer te doen. Het geleidelijk aan bewe-

gingen uitvoeren die pijngerelateerde angst uitlokken, wordt in de gedragstherapie **graded exposure** genoemd. In een eerste fase zal de angst wellicht stijgen. Ondanks de angst toch oefenen en merken dat de spanning/angst geleidelijk aan daalt en dat de verwachte gevolgen uitblijven, is helpend. Op die manier kunnen mensen terug meer activiteiten doen, met minder angst en een groter gevoel van controle."

INTAKEPROCES

Dr. Roel Mestrum: "Na verwijzing van de huisarts of een collega (orgaan) specialist, vindt er altijd eerst een uitgebreide intake plaats op onze raadpleging door de anesthesist-algoloog, vaak samen met pijnverpleegkundige Greet. Hierbij wordt er een eerste inschatting gemaakt naar mogelijke aanwezigheid van de reeds vermelde zogenaamde "gele vlaggen" (bepaald gedrag, overtuigingen, percepties en emotionele reacties t.a.v. de chronische pijn) en eventueel pijngerelateerd psychisch lijden. Vervolgens stellen we dan zo nodig een verdere gerichtere screening en eventuele cognitieve gedragsmatige begeleiding bij Lies voor.

Sinds kort kunnen ook de neurologen in ons ziekenhuis patiënten met chronische hoofdpijnklachten naar haar consultatie doorverwijzen. Ook hier gaat het immers vaak over dezelfde thema's rond levenskwaliteit, keuzes maken, doseren, grenzen stellen, hypervigilantie en waardegericht leven."

Afspraken: (t) 016 80 93 26

Bronnen

- Drieskens S., Charafeddine R., Van Der Heyden J., Sciensano, gezondheidsenquête 2018. Lichamelijke pijn Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019, Lancet 2020
- Neurobiologie van pijn. Pijn en pijnbehandeling door de eeuwen heen. Cursus verpleegkundig pijnspecialist UZL. Morlion, B. (2014-2015)
- Mineka en Sutton 2006, in Claes et.al 2017
- Protocollaire behandeling van patiënten met chronisch lage rugpijn (de Hollander, M., Vlaeyen, J., Volders S.) in Protocollaire behandelingen voor volwassen met psychische klachten. (red Keijsers Minnen et al.)
- Crombez en Kiss 2015; Ostelo en Vlaeyen 2008 in Claes et al., 2017
- Graded exposure. Een cognitief gedragsmatige aanpak van chronische pijn. Red: Verbunt K/A., Smeets. R.J.E.M. 2017
- Gezondheidsenquête 2018: gezondheid en kwaliteit van leven. Samenvatting van de resultaten. Brussel, België. Sciensano. Rapportnummer:D/3019/14.440/3
- Migraine. Alles wat je moet weten. De Pauw, A., Govaerts A. en Verstappen A. 2020.



DR. LIESELOT BREPOELS

ADJUNCT HOOFDARTS

Objectief-wetenschappelijk is er niet zoveel veranderd. Het Covid 19-virus doet wat het geacht wordt te doen. Het verspreidt zich via druppel-contact en aerosols, en veroorzaakt nog steeds hetzelfde spectrum aan symptomen, gaande van een milde loopneus tot levensbedreigende pneumonie. Het treft nog steeds vooral de ouderen en zwakkeren, durft zeer ernstig uit de hoek te komen bij obesitas en diabetes, maar af en toe ook ongemeen hard bij jongere, atypische patiënten. We kunnen het virus niet verwijten dat het in de loop van de maanden zich plots anders is gaan gedragen.

Hetgeen wel veranderd is, is hoe we naar het virus kijken. Omdat we het virus beter kennen en herkennen, zijn we minder onzeker over ons eigen handelen. We discussiëren nog wel wat over test-strategieën, maar zijn veel minder onzeker over maatregelen, beschermingsmiddelen of therapeutische mogelijkheden. Met het meer vertrouwd worden, is (helaas of gelukkig) ook onze spanningsboog wat weggezakt. We beschikken niet meer over de adrenaline die ons in de eerste golf zo onvermoeibaar maakte. We zijn 'het moe'.

Het nieuwe fenomeen 'Corona-moeheid', in combinatie met de opluchting na de eerste golf, heeft ons zand in de ogen gestrooid. Ondanks de intussen opgedane kennis, hebben we ons ook deze keer weer laten verrassen. De besmettingen zijn ook deze keer vrij plots toegenomen, en de onverwacht

Verschillen en gelijkenissen tussen de eerste en tweede Covid-piek

De geschiedenis herhaalt zich niet, maar ze rijmt wel.



steile curve heeft ons gedwongen tot een nieuwe lockdown met opnieuw het uitstellen van electieve en planbare ingrepen, hetgeen we als zorgverlener zo graag hadden willen voorkomen.

In de eerste golf werd veel (te veel) zorg uitgesteld, hetzij omdat wij zelf zorg uitstelden om bedden vrij te maken, hetzij omdat de patiënten uit angst verkozen thuis te blijven. Dit had een belangrijke weerslag op de non-Covid patiënten, bij wie zorg vaak te lang werd uitgesteld. Een tweede belangrijk aspect dat we bij de eerste golf hebben moeten leren, is het belang van bezoek tijdens hospitalisatie en begeleiding op de raadpleging. Een patiënt is meer dan zijn aandoening alleen. Als we willen inzetten op het welbevinden van alle, Covid- en non-Covid, patiënten, moeten we ook het psychosociale beschermen. Terwijl tijdens de eerste golf de beslissingen veel drastischer waren (geen begeleiding, geen bezoek,...), wegen we nu bij elke beslissing het veilige, medisch nodige en menselijke zorgvuldig af.

Bij beide pieken zijn wij in Tienen vrij goed gespaard, de besmettingen in Vlaams-Brabant liggen globaal lager dan elders, en ook het aantal hospitalisaties is nooit zo snel gestegen dat we vreesden de controle te verliezen. Graag kloppen we ons op de borst omdat we ons goed hebben voorbereid en voorbeeldig de maatregelen volgen. Misschien is dat ook zo, maar als we eerlijk zijn moeten we toegeven dat we de echte reden niet kennen.

Waar we wel fier op mogen zijn, is dat de competenties die onze medewerkers intussen hebben opgebouwd over isolatiemaatregelen en cohortering vele Covid- en niet-Covidpatiënten ten goede komen en zullen komen voor nog een hele lange tijd. Daarnaast heeft deze crisis het overleg met alle zorgpartners in de regio in een stroomversnelling gebracht, vooral met de eerstelijns en de woonzorgcentra. Ook deze verwezenlijking zal nog vele jaren vele patiënten ten goede komen. Het geklap op straat is dan wel verdwenen, maar de helden zijn er nog steeds.

Getuigenis uit de triagepost

Sinds het begin van de covidcrisis heeft ons ziekenhuis nauw samengewerkt met de eerste lijn. De triageboxen voor campus Mariëndal zijn daar een mooi voorbeeld van. Hanan Akllouch, onthaalmedewerker van de huisartsenwachtpost vertelt over haar ervaring in deze ongewone setting.

“16 Maart: de avond waarop ik op de vraag van Dr. Jeroen van den Brandt, voorzitter van onze huisartsenkring, inging om mee te werken aan “de containers”. Mijn taak: het geven van logistieke en administratieve ondersteuning voor het triagecentrum in samenwerking met het RZ Tienen. Toen ik hiermee instemde wist ik niet waarvoor ik getekend had: het was de vooravond van de lockdown en iedereen zat met zoveel vragen: wat komt er op ons af en hoe gaan we de patiëntenstroom aanpakken?”

Sinds de opstart van de wachtpost werk ik gedurende de weekends in de huisartsenwachtpost als onthaalmedewerkster. De ondersteuning van huisartsen was niets nieuw voor mij. Snel bracht ik mijn collega's op de hoogte. Wat het takenpakket inhield, wist ik op dat moment niet goed en ook niet wat er van mij verwacht werd.

Ik heb alles op mij af laten komen en in het begin wat geïmproviseerd tot er structuur in de werking kwam. De opstart van de triagecontainers verliep vlot en de stroom van patiënten nam



ONTHAALMEDEWERKER HUISARTSENWACHTPOST EN ADMINISTRATIE TRIAGEPOST

◀ HANAN AKLLOUCH

met rasse schreden toe. Administratief was dit een uitdaging maar onze wachtpostcoördinator Margo heeft mij tijdens de eerste golf ontzettend gesteund, gemotiveerd en vooral veel vertrouwen geschonken. Veelvuldig werd er heen en weer getelefoneerd met de meest uiteenlopende vragen.

Ik ben trots om in een team te werken van artsen, specialisten, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, zorgkundigen enzovoort die zich te pletter werken om ons gezondheidssysteem draaiende te houden.

Het chronisch tekort aan persoonlijke beschermingsmiddelen (had ik nog nooit van gehoord) weerhield ons niet om creatief na te denken. De artsen uit onze kring toonden zich solidair en verdeelden al hun beschermingsmateriaal.

Met het voortschrijden van de pandemie breidde mijn takenpakket met de dag uit. Tot op heden werk ik nog steeds als administratief coördinerend medewerkster van het triagecentrum. Het werkt blijft vooral boeiend omdat niet elke dag hetzelfde is. Van telefoons en mails beantwoorden, PBM verdeling, staalregistraties, opvolging van resultaten, planning verpleegkundigen opstellen, Sharepoint registratie, online meetings en de veranderende richtlijnen opvolgen. Never a dull moment.

Tijdens de zomer verminderde het werk en vertrokken de vakantiegangers onbezorgd naar verre oorden. Konden we tijdelijk het triagecentrum on hold zetten en de rust keerde weer... dacht ik! Wat een verkeerde inschatting! Vakantiegangers weg, hallo seizoensarbeiders! Nieuwe uitdaging. Wat een huzarenwerk is dit geweest om op “de boer” iedereen te gaan testen. In die periode is mijn bewondering voor verpleegkundigen alleen maar toegenomen, wat een veerkracht!

September diende zich aan samen met de aftrap van het nieuwe schooljaar en de natrap van de eerste golf diende zich ook aan. MSPOC's (medische single points of contact) en huisbezoeken deden ook hun intredes.

De tweede golf was al van het begin drukker dan de eerste. Wat ik tijdens de ganse periode ervaren heb, is de positieve samenwerking met RZ Tienen. Sedert oktober krijg ik ook ondersteuning van Julie, laborante in het ziekenhuis.

Covid-19 heeft onze wereld op zijn kop gezet. De opgedane ervaring, ondersteuning en solidariteit die er ontstaan is de afgelopen maanden, zijn de dingen die mij toch het langst gaan bijblijven.”

Wetenschappelijke publicaties

Orthopedie

EUR J Orthop Surg Traumatol.
2020 Oct 12.

Pronator quadratus repair after volar plate fixation in distal radial fractures: evaluation of the clinical and functional outcome and of the protective role on the flexor tendons-a randomized controlled study

CK Goorens, PB De Keyzer, K Van Royen, S Provyn, JF Goubau

ABSTRACT

The objective was to evaluate pronator quadratus (PQ) repair following volar plating of distal radial fractures on clinical and functional outcome, as well as flexor tendon friction, during the first 12 months in ideally positioned plates (Soong 0). Confounding factors like variation in plate positioning, anatomical consolidation of the fracture and associated lesions were excluded. Eighty patients were included with distal radius fractures treated by volar locking plate in Soong grade 0 position, who were randomized to group PQ repair and group no repair. Sixty-five patients completed the 1-year follow-up: group PQ repair (n = 35) and group no repair (n = 30). Primary outcomes included range of motion, grip strength, pain level and QuickDASH. Secondary outcomes included distance between flexor pollicis longus (FPL) and volar rim and the

largest distance between FPL and plate (soft tissue thickness occupied by PQ), assessed by ultrasonography. Mobility, grip strength and QuickDASH revealed no significant differences, except extension was significantly higher only in first 3 months and radial deviation was significantly higher only at 6 weeks after PQ repair. Pain level was significantly lower after PQ repair only in the first 3 months. Distance between FPL and volar rim and the largest distance between FPL and plate were significantly higher after PQ repair. No friction contact between FPL and volar rim was measured in both groups at all measurement moments. Consequently, protective flexor tendon effect of PQ repair could consequently not be concluded. In conclusion, clinical and functional short term benefits, except improved wrist extension and reduced pain in the first 3 months, were not proven in this study. In Soong grade 0, PQ repair is probably not necessary to prevent flexor tendon pathology. In Soong grade 1 or 2, this is still to be investigated. LEVEL OF EVIDENCE: 2.

Hand Surg Rehabil. 2020 Dec;
39(6):539-544.

Scaphometacarpal arthrodesis with autologous structural bone graft as a salvage procedure after failed trapeziectomy - Surgical technique and initial results

K Van Royen, B Vanmierlo, CK Goorens, J Goubau

ABSTRACT

Painful instability due to proximal migration of the first metacarpal remains a challenging problem in patients who have undergone multiple surgeries for trapeziometacarpal osteoarthritis. The objective of this study was to investigate whether scaphometacarpal (SMC) arthrodesis with a structural bone graft is an acceptable and definitive salvage procedure for the multioperated patient. Three patients underwent SMC arthrodesis using a structural iliac crest bone graft. All patients had symptomatic instability of the thumb base and had undergone three to four surgeries prior to the arthrodesis. All patients were satisfied with the outcomes. Mean opposition decreased from 8 to 7 and mean retropulsion remained at 1. Mean grip strength increased from 3.5 to 10.5kg and mean precision pinch strength increased from 1.5 to 2.5kg. Fusion was confirmed in all patients. SMC arthrodesis with a structural bone graft is an acceptable procedure that largely preserves thumb opposition and restores stability with increased grip and pinch strength. Although far from ideal, it can be considered as a definitive salvage procedure in patients who have already had multiple surgeries to the trapeziometacarpal joint.

J Hand Surg Eur Vol. 2020 Jul 22, 1753193420942701.

Traumatic intraprosthetic dislocation of a dual mobility trapeziometacarpal joint prosthesis: a case report

K Van Royen, J Goubau, CK Goorens

ABSTRACT

A 57-year-old cleaning lady was treated for painful trapeziometacarpal (TMC) osteoarthritis with a dual mobility TMC joint prosthesis (Touch^Ö, Kerimedical^Ö, Switzerland) after failure of conservative treatment with non-steroidal anti-inflammatory drugs and orthosis. She presented with a painful

thumb after a fall on an outstretched hand from a height of two meters four months after surgery. Radiographs showed a dislocation of the trapeziometacarpal prosthesis. Closed reduction under fluoroscopic control was attempted but failed, and open exploration was performed through the same anterolateral approach. The dislocation occurred between the metal head and the polyethylene (PE) liner. Head and neck were found to be intact, but the rim of the PE liner was damaged. Ingrowth of both stem and cup was confirmed and the neck was still fixed to the stem. The initial placed 15° offset neck and PE liner were easily removed and replaced with new components of the same size with good intraoperative stability after straightforward surgery.

Total joint arthroplasty has become a popular treatment for symptomatic TMC joint osteoarthritis, but instability with dislocation of the prosthetic head remains a concern. In analogy to total hip arthroplasties, recent prosthetic designs have incorporated the dual mobility concept to increase stability. The dual mobility prosthesis has a first articulation between a prosthetic head and a semi-constrained PE liner and a second articulation between the PE liner and a metal cup. Because the PE liner articulates with the cup, the head-neck ratio of the design is higher when compared to standard designs. Theoretically, this results in an increased primary arc range and decreased chance of neck impingement and levering.

In our case, the high energy trauma caused the head to be largely displaced and lodged in the soft tissue, while the PE liner was still in place and rotating in the cup. To the best of our knowledge, no traumatic dislocation of a dual mobility prosthesis has been reported in literature. We could not identify any radiological signs of technical failure and both cup and stem were clinically integrated after a period of 4 months. The reason for dislocation in this case is the high energetic trauma, causing the thumb to be forced beyond its normal range of motion and resulting in levering and dislocation. This case

highlights the possibility of a traumatic dislocation in a dual mobility type of TMC joint prosthesis, which we believe should be accepted as a non-preventable complication and not as an implant or surgical failure.

Pediatric

The European Journal of Pediatric Neurology, 2020 september 01, volume 28 p 16-28.

The impact of cerebral anomalies on cognitive outcome in patients with spina bifida: A systematic review

Julie Pollenus, Lieven Lagae, Michael Aertsen, Katrien Jansen

ABSTRACT

Background

Spina bifida is the most common congenital birth defect affecting the central nervous system. Given the frequent association of cerebral anomalies, spina bifida is not a single developmental abnormality of the central nervous system. Patients with spina bifida typically perform below average on cognitive tasks. It has been hypothesized that associated cerebral anomalies as well negatively affect cognition in spina bifida patients.

Objective

This study aims to review the impact of cerebral anomalies on cognitive outcome in patients with spina bifida.

Methods

A systematic search of multiple databases, including Pubmed, Embase, Web of Science and The Cochrane Central Register of Controlled Trials, was performed. All relevant primary research articles were included. All included articles were methodologically evaluated using a critical appraisal checklist.

Results

In total 27 articles were included in

this systematic review. A significant impact of different cerebral anomalies on cognition was found. More specifically, hydrocephalus, Chiari malformation type II and anomalies of the corpus callosum, central executive network, default mode network, cortical thickness and gyrification, fornix, grey matter volume and total brain volume were found to have a significant impact on cognitive outcome. The presence of a CSF shunt was also negatively associated with cognition. The results on Chiari malformation type II decompression and CSF shunt complications are inconsistent.

Conclusion

Associated cerebral anomalies have a significant impact on cognitive outcome in patients with spina bifida. The inter-relatedness of the different cerebral anomalies makes it difficult to distinguish their individual impact on cognition.

Vaatheekunde

J Cardiovascular Surg, 2020Aug; 61(4): 445-450.

One-year outcome of the everolimus-eluting, balloon-expandable Promus Element and Promus Element Plus stent in the treatment of below-the-knee lesions in CLI patients

Taeymans K., Bosiers M., Deloose K., Callaert J., Keirse K., Verbist J., Van Den Eynde W., Torsello G., Wauters J

ABSTRACT

Background

The aim of this study was to investigate the efficacy of the balloon expandable Promus Element and Promus Element Plus stents (both Boston Scientific, Marlborough, MA, USA), coated with everolimus, in the treatment of short, focal infrapopliteal lesions.

Methods

The PREVENT study was a prospective, multicenter, non-randomized, single

arm study evaluating the safety and efficacy of the Promus Element and Promus Element Plus stent in the treatment of stenotic or occlusive lesions ≤ 40 mm long in the tibioperoneal arteries of patients with critical limb ischemia (CLI). A total of 70 study subjects were enrolled in a period of 26 months, between November 2012 and December 2014. The mean age was 77.84 ± 6.62 years (62-90 years) and 47 patients were men (67.1%). Mean lesion length was 22.83 ± 8.78 mm (5-40 mm). Twenty percent of the lesions were occluded, whereas 80.00% were stenotic. Primary endpoint was primary patency at 12 months, defined as absence of restenosis ($\geq 50\%$ stenosis) or occlusion within the originally treated lesion based on angiography. Secondary outcomes included hemodynamic primary patency on duplex ultrasound (PSV ratio ≤ 2.4), limb salvage and freedom from target lesion revascularization (TLR).

Results

Technical and procedural success ($< 30\%$ residual angiographic stenosis without major complications) was achieved in all 70 cases (100%). Primary patency was 93.8% at 6 months and 86.2% at 1 year. Freedom from TLR was 93% at 1 year. Limb salvage rate at 12-month follow-up, defined as absence of major amputation, was 100%.

Conclusions

This study shows the safety and efficacy of the everolimus-eluting, balloon expandable Promus Element and Promus Element Plus stent in the treatment of below-the-knee lesions in patients with critical limb ischemia.

J Endovasc Ther, Apr 27 (2), 287-295, 2020.

ZILVERPASS Study: ZILVER PTX Stent vs Bypass Surgery in Femoropopliteal Lesions

Bosiers M., Setacci C., De Donato G., Torsello G., Galvagni Silveira P., Deloose K., Scheinert D., Veroux P., Hendriks J., Maene L., Keirse K., Navarro T., Callaert J., Eckstein H., Tebarek J., Giaquinta A., Wauters J

ABSTRACT

Purpose

To report the 12-month results of a multicenter, prospective, randomized controlled trial to determine if the ZILVER PTX paclitaxel-eluting stent was noninferior in terms of safety and efficacy compared with surgical bypass.

Materials and methods

This is a study in symptomatic TransAtlantic Inter-Society Consensus (TASC) C and D femoropopliteal lesions comparing endovascular ZILVER PTX stenting vs surgical bypass surgery using a prosthetic graft (ClinicalTrials.gov identifier NCT01952457). Between October 2013 and July 2017, 220 patients (mean age 68.6 ± 10.5 years; 159 men) were enrolled and randomized to the ZILVER PTX treatment group (113, 51.4%) or the bypass treatment group (107, 48.6%). Most of the lesions were occlusions (208, 94.5%); the mean lesion length was 247.1 ± 69.3 mm. The primary outcome measure was primary patency at 12 months, defined as no evidence of binary restenosis or occlusion within the target lesion or bypass graft based on a duplex-derived peak systolic velocity ratio < 2.4 and no clinically-driven target lesion revascularization (TLR) in endovascular cases or reintervention to restore flow in the bypass.

Results

The estimated 12-month primary patency rate was 74.5% (95% CI 66.3% to 82.7%) for the ZILVER PTX group vs 72.5% (95% CI 63.7% to 81.3%) for the bypass arm ($p=0.998$). Freedom from TLR at 12 months was 80.9% (95% CI 73.3% to 88.5%) for the ZILVER PTX group vs 76.2% (95% CI 68.0% to 84.4%) for the bypass group ($p=0.471$). The 30-day complication rate was significantly lower in the ZILVER PTX group (4.4% vs 11.3%, $p=0.004$). Also, procedure time and hospital stay were significantly shorter in the ZILVER PTX group ($p<0.001$ for both).

Conclusion

With noninferior patency results, a lower complication rate, and shorter procedures and hospital stays, pacli-

taxel-eluting stenting might become a recommended treatment for long TASC C and D femoropopliteal lesions.

J Cardiovascular Surg, 2020 Aug; 61 (4): 471-477.

One-year outcome of the paclitaxel-eluting Legflow balloon catheter in the treatment of long and complex femoropopliteal lesions

Bosiers M., Deloose K., Torsello G., Scheinert D., Verbist J., Van den Eynde W., Maene L., Beelen R., Keirse K., Hendriks J., Callaert J., Bosiers M., Wauters J

ABSTRACT

Background

The aim of this study is to investigate the efficacy of the paclitaxel-eluting Legflow balloon catheter in the treatment of "real-world" long and complex femoropopliteal lesions.

Methods

The REFLOW study was a prospective, multi-national, non-randomized, single arm study evaluating the safety and efficacy of the Legflow paclitaxel-eluting balloon dilatation catheter in the treatment of stenotic or occlusive lesions >150 mm long in the femoropopliteal arteries of symptomatic patients (Rutherford 2-5). A total of 120 study subjects were enrolled in a period of 30 months, between October 2015 and May 2018. The mean age was 71.1 years and 79 patients were men (65.8%). Mean lesion length was 216.1 mm. 45.0% of the lesions were occluded, whereas 55.0% were stenotic. Primary endpoint was primary patency at 12 months, defined as absence of a hemodynamically significant stenosis on duplex ultrasound (systolic velocity ratio no greater than 2.4) at the target lesion and without TLR within 12 months.

Results

Technical and procedural success (<30.0% residual angiographic stenosis without major complications) was achieved in all 120 cases (100.0%). Primary patency was 84.6% at 6 months and 71.1% at 1 year. Freedom from TLR was 79.9% at 1 year.

Conclusions

If longer term follow-up confirms there is no safety-concern on these paclitaxel device, the excellent results of the newer drug-eluting devices, and the Legflow paclitaxel-eluting balloon in particular, is a valid and effective alternative to treat long and complex "real-world" femoropopliteal lesions.

Cardiovasc Interv Radiol, 2020 Sep 22. BIOLUX P-III Passeo-18 Lux All-comers Registry: 24-month Results in Below-the-Knee Arteries

Tepe G., Wang J., Corpataux JM., Pua U., Binkert C., Moscovic M., Ghotbi R., Keirse K., Robertson D., Brodmann M

ABSTRACT

Purpose

The BIOLUX P-III registry was initiated to further assess the safety and efficacy of the Passeo-18 Lux drug-coated balloon (DCB) in infrainguinal lesions in a real-world environment and in prespecified risk groups.

Materials and methods

BIOLUX P-III is a prospective, global, all-comers registry with patients treated under real-world conditions. We herein report 24-month results of the prespecified subgroup of 151 patients with 185 below-the-knee (BTK) lesions. The primary safety and efficacy endpoints were freedom from major adverse events (a composite of freedom from device and procedure mortality through 30 days, major target limb amputation and clinically driven target lesion revascularization) at 6 months and freedom from clinically driven target lesion revascularization (FfTLR) at 12 months.

Results

At baseline, 76.0% of patients had critical limb ischemia and 48.9% of lesions were TASC C or D lesions. Technical success was achieved in 97.8%, and bailout stenting was required in 1.1%. Freedom from major adverse events was 86.2% [95% CI 79.4; 90.8] at 6 months, and FfTLR was 90.9% [95% CI 85.2; 94.4] at 12 months. At 24 months, FfTLR was 90.9% [95% CI 85.2; 94.4],

freedom from major amputation was 90.1% [95% CI 83.9, 94.0], and overall survival was 79.2% [70.7, 85.5]. There was a significant clinical improvement (mean Rutherford class improvement of -2.9 ± 1.9 , $p < 0.0001$) and an improvement in pain (mean improvement on Wong-Baker Faces Pain Scale of -2.7 ± 2.9 , $p < 0.0001$).

Conclusions

In this real-world DCB registry, 24-month outcomes of Passeo-18 Lux demonstrated safety and efficacy in BTK lesions with high patency rates and sustained clinical improvements at 24 months.

J Endovasc Ther, 2020 Oct; 27 (5): 693-705.

Three-Year sustained clinical efficacy of Drug-Coated balloon angioplasty in a Real-World Femoropopliteal Cohort

Torsello G., Stavroulakis K., Brodmann M., Micari A., Tepe G., Veroux P., Benko A., Choi D., Vermassen F., Jaff M., Guo J., Dobranszki R., Zeller T., INPACT Global investigator Keirse K.

ABSTRACT

Purpose

To report the 36-month outcomes from the prospective, multicenter, single-arm IN.PACT Global Study (ClinicalTrials.gov identifier NCT01609296) evaluating the performance of the IN.PACT Admiral drug-coated balloon (DCB) in real-world patients with femoropopliteal occlusive disease.

Materials and Methods

The IN.PACT Global Study was conducted at 64 international sites and enrolled 1535 patients with complex lesions, which included bilateral disease, multiple lesions, de novo in-stent restenosis, long lesions, and chronic total occlusions. The predefined full clinical cohort included 1406 patients (mean age 68.6 years; 67.8% men) with claudication or rest pain treated with the study DCB. Mean lesion length was 12.09 ± 9.54 cm; 18.0% had in-stent restenosis, 35.5% were totally occluded, and 68.7% were calcified. Freedom from clinically-dri-

ven target lesion revascularization (CD-TLR) was evaluated through 36 months. The safety composite endpoint was freedom from device- and procedure-related death through 30 days and freedom from major target limb amputation and clinically-driven target vessel revascularization within 36 months. All safety and revascularization events were reviewed by an independent clinical events committee.

Results

The Kaplan-Meier estimate of freedom from CD-TLR through 36 months was 76.9%. The composite safety endpoint was achieved in 75.6% of patients. The 36-month all-cause mortality rate was 11.6%, and the major target limb amputation rate was 1.0%. The Kaplan-Meier estimate of freedom from CD-TLR through 36 months was significantly lower in patients with chronic limb-threatening ischemia (CLTI) compared with claudicants (67.6% vs 78.0%; $p=0.003$). Lesions affecting both the superficial femoral artery (SFA) and popliteal artery had lower Kaplan-Meier freedom from CD-TLR through 36 months (69.2%) than either isolated SFA (79.7%) or popliteal artery lesions (76.5%; log-rank $p<0.001$). Predictors of CD-TLR through 36 months included increased lesion length, reference vessel diameter ≤ 4.5 mm, in-stent restenosis, bilateral disease, CLTI, and hyperlipidemia.

Conclusions

DCB angioplasty with the IN.PACT Admiral DCB for femoropopliteal disease in a diverse and complex real-world population is associated with sustained clinical efficacy and low rates of reinterventions at 3 years after the initial procedure.

JACC 2020 Oct 12; 13 (19):2289-2299.

Real-World Experience with a paclitaxel-coated balloon in Critical Limb Ischemia: 24-month subgroup outcomes of BIOLUX P-III

Brodmann M., Moscovic M., Wang J., Nano G., Dahm J., Zeller T., Christensen J., Keirse K., Ghotbi R., Corpataux J., Tepe G.

ABSTRACT

Objectives

The aim of the BIOLUX P-III (A Prospective, International, Multi-Centre, Post-Market All-Comers Registry to Assess the Clinical Performance of the Passeo-18 Lux Paclitaxel Releasing Balloon Catheter in Infrainguinal Arteries - III) registry was to collect real-world data on the Passeo-18 Lux paclitaxel-coated balloon.

Background

Critical limb ischemia (CLI) is a severe condition associated with high morbidity and mortality. Prospective data are needed to provide further insights on drug-eluting devices.

Methods

BIOLUX P-III is a prospective, post-market, all-comers registry assessing the safety and performance of the Passeo-18 Lux. Clinical information was collected at 6, 12, and 24 months. The authors report 24-month outcomes of the CLI subgroup with patients in Rutherford classes 4 to 6.

Results

The CLI subgroup included 328 patients with 422 lesions. Patients were 71.1 ± 10.5 years of age, and 61.0% had diabetes. Femoropopliteal lesions were present in 53.8% ($n = 227$), below-the-knee lesions were present in 27.0% ($n = 114$), and lesions were moderate or heavily calcified in 45.0% ($n = 190$). Major adverse events, defined as 30-day device- or procedure-related mortality, major target limb amputation, and clinically driven target lesion revascularization, occurred in 9.8% of patients through 6 months, in 14.9% through 12 months, and in 19.4% through 24 months. Clinically driven target lesion revascularization occurred in 4.4%, 8.5%, and 12.1%, major amputation in 4.9%, 5.2%, and 6.1%, and mortality in 8.1%, 11.1%, and 20.1%, respectively. Predictors of mortality were age ≥ 75 years and higher Trans-Atlantic Inter-Society Consensus Document on Management of Peripheral Arterial Disease class, and higher Rutherford

class was associated with increased mortality and amputation rates.

Conclusions

In a large, multimorbid patient population with complex lesions and CLI, the safety and performance of the Passeo-18 Lux paclitaxel-coated balloon has been confirmed, with low rates of major amputation and target lesion revascularization.

Cardiovasc Interv Radiol 2020 Oct 20. Paclitaxel-Coated Balloon Angioplasty for the Treatment of Infrainguinal Arteries: 24-Month Outcomes in the Full Cohort of BIOLUX P-III Global Registry

Tepe G., Zeller T., Moscovic M., Corpataux J., Christensen J., Keirse K., Nano G., Schroeder H., Binkert C., Brodmann M.

ABSTRACT

Purpose

After promising small randomized trials, the aim of BIOLUX P-III was to further investigate the safety and performance of the Passeo-18 lx drug-coated balloon in infrainguinal arteries under real-world conditions.

Methods

BIOLUX P-III is a global prospective single-arm study with follow-up at 6, 12 and 24 months. The primary safety endpoint was freedom from major adverse events (MAE) within 6 months. The primary performance endpoint was freedom from clinically driven target lesion revascularization (TLR) within 12 months.

Results

877 patients/1084 lesions were enrolled. Diabetes mellitus was present in 47.7%, and 42.1% had critical limb ischemia (CLI). The mean lesion length was 89.0 mm with 76.1% of calcified lesions, and 24.9% occluded. At 24 months, freedom from MAE was 83.1% in the full cohort; 84.9% in the femoropopliteal population (592 patients, 691 lesions); 77.7% for long lesions (187 subjects/192 lesions);

and 72.5% in the in-stent restenosis (ISR) subgroup (103 subjects/116 lesions). Twenty-four-month freedom from clinically driven TLR was 88.1% in the full cohort; 88.9% in the femoropopliteal population; 80.3% for the long lesions; and 78.4% for ISR. Twenty-four-month all-cause mortality was 12.0% in the full cohort, 10.2% in the femoropopliteal population, 14.8% for the long lesions and 12.0% for ISR. There was no device- or procedure-related death up to 24-month follow-up.

Conclusion

The BIOLUX P-III 24-month outcomes confirm the safety and performance of Passeo-18 lx in infrainguinal arteries in a large population treated under real-world conditions with low complication rates and good clinical outcomes (NCT02276313).

J Endovasc Ther Dec; 27 (6): 936-945.

Combining the Passeo-18 Lux Srug Coated Balloon and the Pulsar-18 Bare Metal Stent: 12- and 24-month Outcomes of the BIOLUX 4EVER Investigator-Initiated Trial

Deloose K., Bosiers M., Peeters P., Verbist J., Van den Eynde W., Maene L., Beelen R., Keirse K., Hendriks J., Lauwers P., Callaert J., Wauters J., Verschueren M.

ABSTRACT

Purpose

To report the outcomes after treating stenotic or occluded femoropopliteal lesions with a drug-coated balloon (DCB) followed by the implantation of a thin-strut self-expanding bare metal stent in the BIOLUX 4EVER trial [ClinicalTrials.gov identifier NCT02211664].

Materials and methods

The prospective, multicenter, physician-initiated BIOLUX 4-EVER trial was conducted at 5 centers in Belgium and enrolled 120 patients (mean age 70.9±10.5 years; 79 men) with symptomatic stenotic or occluded de novo femoropopliteal lesions. A fifth of the patients had diabetes mellitus and

nearly half had previous peripheral artery interventions. The lesions were a mean 83.3±49.5 mm long with a mean reference vessel diameter of 5.26±0.59 mm. Lesions were treated with a Passeo-18 Lux DCB followed by the implantation of a Pulsar-18 bare metal stent. Follow-up visits were conducted at 1, 6, 12, and 24 months postprocedure; the main outcome was primary patency at 12 months.

Results

Technical success was obtained in all patients. Primary patency was observed in 89.9% of patients (95% CI 84.0% to 95.8%) at 12 months and in 83.5% at 24 months (95% CI 89.9% to 97.3%), and freedom from target lesion revascularization was 93.6% (95% CI 89.9% to 97.3%) and 86.1% (95% CI 79.9% to 92.3%), respectively. Ten patients died throughout the course of the trial (90.7% survival at 24 months), all of noncardiovascular causes. The ankle-brachial index improved from 0.68±0.09 at baseline to 0.93±0.11 and 0.93±0.12 at 12- and 24-month follow-up visits ($p<0.001$). An improvement of at least 1 Rutherford category was observed in 91 of 94 patients (96.8%) at 12 months and 78 of 83 patients (93.4%) at 24 months ($p<0.001$).

Conclusion

The combination of a Passeo-18 Lux DCB followed by a Pulsar-18 stent implantation produced safe and effective outcomes in the treatment of femoropopliteal lesions at up to 24 months. Adding paclitaxel to the bare nitinol stent platform by predilating with a Passeo-18 Lux DCB seems to increase efficacy at 1 and 2 years compared with the use of bare metal stents only, which were investigated in the precursor 4-EVER study.

Nieuwe artsen



NUCLEAIRE GENEESKUNDE

Dr. Eva Medaer

Op 1 augustus startte dr. Medaer op onze dienst Nucleaire Geneeskunde in Tienen en in Aarschot. Ze studeerde geneeskunde aan de KU Leuven en specialiseerde zich in de nucleaire geneeskunde in AZ Sint-Jan in Brugge en UZ Leuven. Ze heeft een bijzondere interesse voor de oncologische en orthopedische indicaties binnen de conventionele nucleaire geneeskunde, alsook voor PET-CT. Ons ziekenhuis werkt hiervoor samen met het PET-centrum van UZ Leuven en het Vesalius PET-centrum in Bonheiden.



NEUS-KEEL-OORHEELKUNDE

Dr. Elke Loos

In augustus kreeg onze dienst Neus-Keel-Oorheelkunde versterking van dr. Elke Loos. Zij studeerde geneeskunde aan de KU Leuven en deed haar specialisatie NKO in UZ Leuven, ZOL Genk (en de geassocieerde dienst NK Maaseik, Overpelt en Tongeren), en in Sint-Augustinus Wilrijk. Dr. Loos heeft een bijzondere interesse in de gespecialiseerde otologie, maar ook in de algemene neus-, keel-, oorziekten en hoofd- en halschirurgie. Naast haar activiteiten in Tienen is dr. Loos ook consultant otologie in UZ Leuven.



GYNAECOLOGIE

Dr. Maja Vangoitsenhoven

Dr. Maja Vangoitsenhoven startte op 1 augustus als Gynaecoloog in ons ziekenhuis. In 2015 behaalde ze haar Master in de Geneeskunde aan de KU Leuven waarna ze zich verder specialiseerde in de specialistische geneeskunde, afstudeerrichting Gynaecologie en Verloskunde.