

Weer (leren) bewegen na
prostaatkanker

Suicidepreventie
op onze PAAZ

Van accreditering tot
zorginspectie



Pediatrisch team breidt uit

HARTSLAG

Medisch magazine van RZ Heilig Hart Tienen • december 2014

rz **tienen**

regionaal ziekenhuis
heilig hart tienen vzw



Strategie 2015-2020

Focus toekomstplan Aarschot

Dr. Frank Martens, algemeen directeur

Ons welvaartsmodel blijkt steeds minder aan de veranderende sociaal-economische noden tegemoet te komen. De gezondheidszorg als een van de essentiële welvaartspijlers blijft daarvan niet gevrijwaard. Maar veranderingen impliceren ook opportuniteiten, mogelijkheden, kansen om te verbeteren.

Tegen deze achtergrond hebben directie en bestuur zich de voorbije maanden over onze strategie voor de komende vijf jaar gebogen. Het expliciteren van kwaliteit in onze visie en het definiëren van **geïntegreerde kwaliteitszorg** als strategische doelstelling, zijn een bevestiging van de positieve evolutie die het ziekenhuis op dit vlak doormaakt.

Daarnaast willen we ons **toekomstplan voor de zorgvraag in de regio Aarschot** realiseren. Vorig jaar vierde ons Medisch Centrum Aarschot zijn 25-jarig bestaan. Een centrum voor diagnostiek en medische/chirurgische behandeling in dagopname was eind jaren tachtig een visionaire beslissing, maar ontsnapt vandaag niet aan de maatschappelijke trends die nopen tot een revisie van de zorgorganisatie in ons land. Marktanalyses tonen aan dat de bredere regio rond Aarschot resoluut voor ons medisch centrum kiest wanneer het zorgaanbod de zorgbehoeften kan inlossen. Maar die behoeften evolueren. De **vergrijzing en de toename van chronische pathologieën** zijn twee fenomenen waarop Medisch Centrum Aarschot wil kunnen inspelen. Laagdrempelige toegankelijkheid van zorg binnen een aanvaardbare afstand zal een voorwaarde zijn om aandoeningen in een subacuut stadium te evalueren, waardoor dure hospitalisaties vermeden kunnen worden en de patiënt naar de thuissituatie terug kan. Samenwerking met alle actoren van de eerste lijn en de huisartsen in het bijzonder zijn een conditio sine qua non. Een volledig en voldoende beschikbaar

diagnostisch zorgaanbod zal de drijfveer zijn om groei in Medisch Centrum Aarschot te stimuleren. Raadplegingen van klinische specialismen en up-to-date medisch-technische infrastructuur maken van het centrum de ideale toegangspoort naar de tweedelijngeneeskunde. Door toenemende regelgeving en kwaliteitseisen bij nieuwe technologieën moeten we afwegen welk therapeutisch zorgaanbod het meest optimaal aansluit bij de vraag om ook in de toekomst redelijkerwijs reproduceerbare zorg te kunnen blijven aanbieden.

Met het veranderingstraject voor Medisch Centrum Aarschot verdwijnen andere uitdagingen uiteraard niet van de kaart: **zorginspectie** van het internistisch traject in 2015, **accreditering** in 2016, een **eengemaakte nieuwe campus** in het volgende decennium ...

Ons medisch korps werkt sinds kort onder leiding van dr. Luc Belmans. Hij werd aangesteld als nieuwe medisch directeur na het vertrek van dr. Jan Verlooy. Dr. Belmans is huisarts van opleiding en heeft een uitgebreide kennis van de organisatie van de gezondheidszorg, kwaliteit van zorg en registratie van medische gegevens. Hij is extern auditor bij het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ) en was van 2009 tot 2012 hoofdgeneesheer van AZ Herentals. Hij werkt sinds 2008 als MZG-arts in ons ziekenhuis en was sinds 2010 adjunct-medisch directeur. Zijn expertise en inlevende attitude zijn gekend en gewaardeerd bij onze artsen en andere zorgverleners.

Tot slot wens ik u en uw familie een succesvol 2015 toe, persoonlijk en professioneel. U kreeg van ons een uitnodiging voor onze nieuwjaarsreceptie op 9 januari. We kijken er naar uit om samen met u het glas te heffen op het nieuwe jaar. Graag tot dan.

- 3 Pediatrisch team breidt uit
- 4 Tweede unit slaaplabo in gebruik
- 5 Suicidepreventie op onze PAAZ
- 6 Medicatietherapie bij prostaatcancer optimaliseren
- 7 Weer (leren) bewegen na prostaatcancer
- 8 Van accreditering tot zorginspectie
- 10 Reanimatierichtlijnen voor leek vs. professional
- 11 Kort nieuws



Uitbreiding team garandeert pediatrische permanentie in Aarschot

Prof. dr. Stefaan Van Lierde, diensthoofd



Naast zaalrondes en wachtdiensten in Tienen (Campus Mariëndal, foto) ligt het zwaartepunt voor onze nieuwe kinderarts dr. Ellen Putseys in Medisch Centrum Aarschot, waar zij vier halve dagen per week raadplegingen houdt.

Het is altijd de ambitie geweest van de dienst Pediatrie om behalve in Tienen ook in Medisch Centrum Aarschot dagelijks raadplegingen te kunnen aanbieden. Met ons team van vier kinderartsen is dat niet steeds mogelijk gebleken en daarom hebben we een vijfde collega aangetrokken. Dr. Ellen Putseys heeft een bijzondere interesse in de nefrologie en versterkt zo ook de subspecialisatie binnen de pediatrische staf.

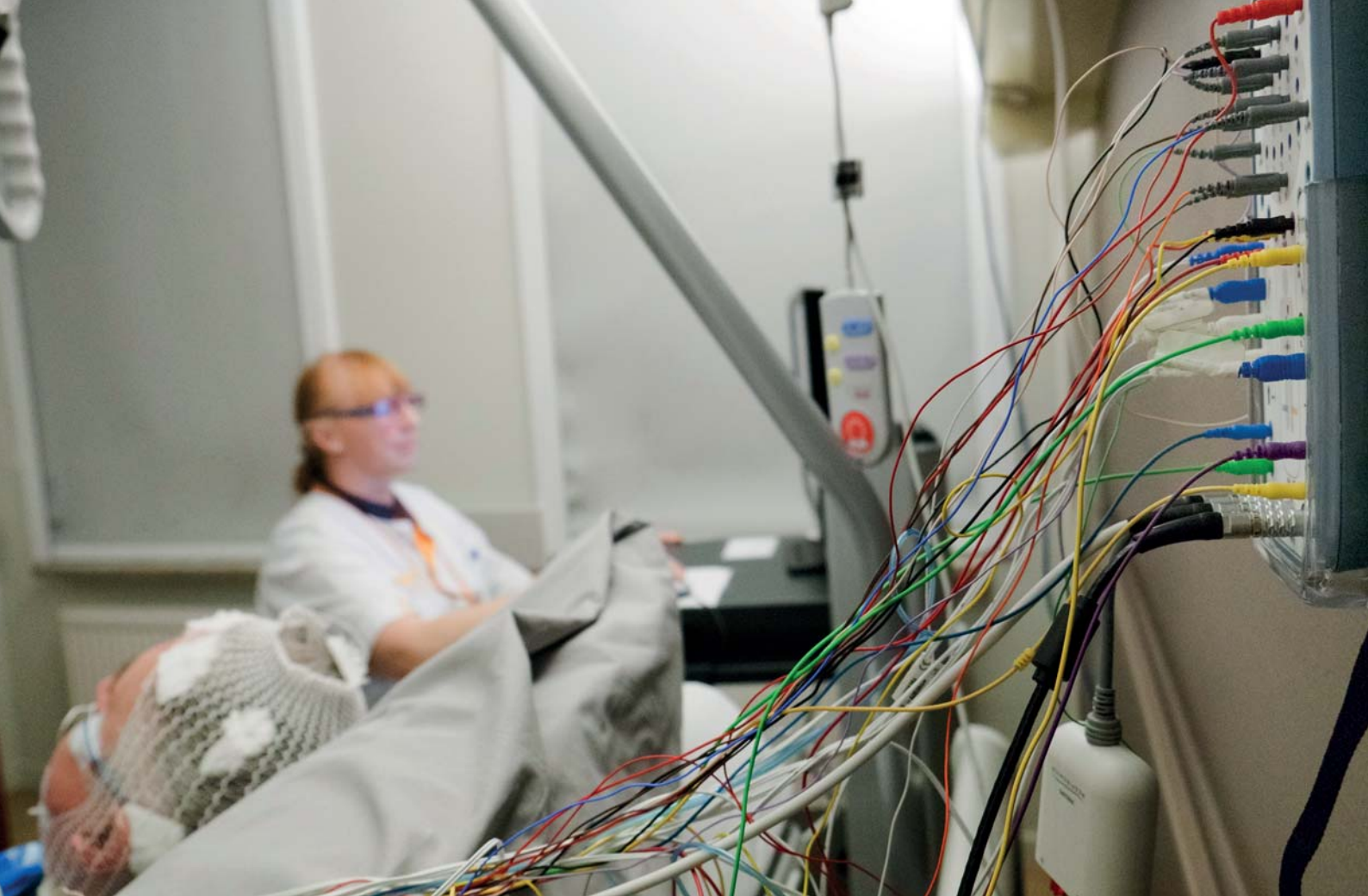
Onze dienst biedt conform het zorgprogramma Pediatrie een volwaardig basispakket aan kindergeneeskundige zorgen, in een kind- en ouder-vriendelijke omgeving. Alle kinderartsen zijn beslagen in de algemene pediatrie en neonatologie en hebben elk specifieke subspecialistische interessegebieden.

- Dr. Katrien Cosyns: pneumologie
- Dr. Nicole Gielissen: neurologie, ontwikkelingsstoornissen
- Dr. Ellen Putseys: nefrologie
- Dr. Stefaan Van Lierde: infectieziekten, pneumologie
- Dr. Isabelle Waelkens: gastro-enterologie

Sinds 1 oktober zijn er nu dagelijks raadplegingen in Medisch Centrum Aarschot volgens een schema dat via de website kan worden geraadpleegd. Er kunnen ook een aantal technische onderzoeken gebeuren: allergietesting, spirometrie en vrij uitgebreid beeldvormingsonderzoek dankzij de diensten Radiologie en Nucleaire Geneeskunde. Aanvullend kunnen wij andere technische onderzoeken in Tienen aanbieden: polysomnografie (slaaponderzoek), endoscopie van de bovenste gastro-intestinale tractus, pH-metrie en waterstofademtest (lactose-intolerantie). Ook pediatrische daghospitalisaties voor diagnostische evaluatie of korte behandelingen (bv. intraveneuze therapieën) zijn mogelijk in Aarschot.

De hospitalisatieactiviteiten zijn gecentraliseerd op Campus Mariëndal in Tienen, met inbegrip van een medisch en chirurgisch dagziekenhuis en spoedgevallendienst. De pediatrische hospitalisatieafdeling is in 2013 vernieuwd. Er is grote aandacht voor zowel de medische als niet-medische omkadering en voor de deskundigheid en permanentie van de zorgverleners. Andere sterke punten zijn de bereikbaarheid van de kinderartsen, de beperkte wachttijden, de korte hospitalisatieduur en het laag medicatieverbruik (zoals blijkt uit nationale vergelijkingen). Neonatologie (N*) vormt een aparte eenheid in het verlengde van de materniteit. De dienst heeft een eigen équipe gespecialiseerde verpleegkundigen en vroedvrouwen, en is uitgerust met up-to-date monitoring, een babyvriendelijk CPAP-systeem en beademingsapparatuur voor korte duur.

Voor tertiaire pathologie verwijzen we om evidente reden preferentieel naar UZ Leuven, uiteraard met respect voor de vrijheid van keuze van de ouders. Het pediatrisch team hecht tot slot veel belang aan correcte (terug)verwijzing naar de huisarts.



Polysomnografie Tweede unit slaaplabo in gebruik

Dr. Anneke Govaerts, Neurologie - dr. Hans Struyven, Pneumologie

Ons slaaplabo heeft een tweede unit in gebruik genomen. Dit moet de wachttijden helpen inkorten. Sinds de opening van het slaaplabo eind 2012 nam de vraag naar polysomnografisch onderzoek in ons ziekenhuis gestaag toe.

Met één slaapunit deden we gemiddeld twintig slaaponderzoeken per maand. Dit aantal willen we verdubbelen met de tweede slaapunit. We hopen zo de wachttijden te verminderen. Die liepen eerder dit jaar op tot bijna vier maanden. Momenteel voeren we in de twee slaapunits al zeven slaaponderzoeken per week uit en we zullen dit aantal nog verder uitbreiden.

Met polysomnografie proberen we te achterhalen of de oorzaak van het slaapprobleem fysiek of psychisch is. In de driehonderd onderzoeken die we tot nog toe hebben uitgevoerd, blijkt het slaapapneusyndroom heel vaak de boosdoener. Een apneu is op zich onschuldig. Wanneer ze echter te vaak voorkomen en te lang duren, geven ze na verloop van jaren ernstige gezondheidsproblemen zoals verhoogde bloeddruk, hartinfarct, hartfalen en her-

seninfarct. Bij bijna veertig procent van de door ons onderzochte patiënten hielp het instellen van een CPAP-therapie (*continuous positive airway pressure*).

We merken dat de vraag naar slaaponderzoek blijft toenemen. Eén op acht mensen kampt met slaapstoornissen of chronische slaapproblemen. Slaperigheid en vermoeidheid overdag, concentratie- en geheugenstoornissen, hoofdpijn en snurken zijn vaak gehoorde klachten. Chronisch slaaptkort kan bijvoorbeeld ook hormonale ontregeling of een depressie veroorzaken. Bij twijfel over onderliggende slaapstoornis bij een patiënt kan de huisarts verwijzen naar de raadpleging pneumologie of neurologie. Er is een patiëntenfolder over de metingen en het verloop van het slaaponderzoek beschikbaar op onze webpagina www.rztien.be/patiëntenfolders.



Suïcidepreventie op onze psychiatrische afdeling

Dr. Gokhan Goktas, diensthoofd Psychiatrie

Het Vlaamse suïdecijfer ligt anderhalf keer hoger dan het EU-gemiddelde, bij vrouwen tekenen we zelfs de hoogste cijfers op. België kende in de periode 2009-2011 gemiddeld 9 suïcides door vrouwen per 100.000 vrouwelijke inwoners, bij mannen was dit 25 per 100.000 mannelijke inwoners. In 2012 stapten 1.114 Vlamingen uit het leven, zo bleek begin november nog uit cijfers van Vlaams minister van Welzijn Jo Vandeurzen. Het aantal zelfdodingen nam onder meer toe bij mannen tussen 16 en 29 jaar en tussen 45 en 59 jaar. Die laatste leeftijdsgroep kent al jaren een sterk stijgende trend. Het aantal suïcides is mogelijk onderschat. Bij een verdacht overlijden is het niet altijd duidelijk of het om een ongeval, een suïcide of een doding gaat.

Op onze psychiatrische afdeling (PAAZ) maar ook op de dienst Spoedgevallen en breder in ons ziekenhuis, is suïcide (-poging) vanzelfsprekend actueel. Het is een gebeurtenis die zowel bij nabestaanden als bij het behandelend team sporen nalaat en waarover we openlijk met elkaar (patiënten, naasten, het team) in gesprek moeten blijven. Het komt zeer zelden voor dat een gehospitaliseerde patiënt tijdens de opname suïcide pleegt. Soms vernemen we dat een ex-patiënt overleden is door zelfdoding.

> Bespreekbaar houden

Bij opname van een patiënt met depressieve stemming wordt nagegaan of er sprake is van suïcidaliteit op dat ogenblik dan wel of er een suïcidepoging in het verleden heeft plaatsgevonden. Als dit inderdaad het geval is, wordt de behandelende psychiater hiervan op de hoogte gesteld. Het is zeer belangrijk om dit onderwerp tijdens een gesprek bespreekbaar te maken en het blijvend onder de aandacht te houden. Het uit de weg gaan van het spreken over suïcide en de taboes die hierover nog steeds bestaan, horen bij de belangrijkste oorzaken van gelukke suïcide.

Niet-spreken over en taboes rond suïcide horen tot belangrijkste oorzaken van gelukke suïcides

Een inschatting van de suïcidaliteit gebeurt met gerichte vragen: hoe concreet zijn de zelfmoordgedachten, is de patiënt reeds bezig met de wijze waarop hij dit zal doen, heeft hij al voorbereidingen getroffen, zijn er in het verleden ernstige pogingen geweest? Op basis hiervan beoordeelt de arts of deze patiënt op de open afdeling kan opgenomen worden, een verblijf op de besloten eenheid van onze PAAZ aangevraagd is of een overplaatsing naar een gesloten instelling nodig is, eventueel met een gedwongen-opnameprocedure.

> Geregistreerd toezicht

Bij een verblijf op onze PAAZ wordt op aangeven van de arts een regelmatig toezicht gehouden en geregistreerd, waarbij de begeleiding elke 15 minuten (of 30 minuten naargelang de ernst van het risico) even contact moet hebben met de patiënt. Dit kan visueel of verbaal contact zijn. Het komt erop neer dat het team van zeer nabij het doen en laten van de patiënt volgt en dit per tijdstip noteert. Dit heeft niet enkel een controlerende functie, maar geeft aan de patiënt de veiligheid dat hij of zij er niet alleen voor staat en op elk moment een beroep kan doen op de begeleiding.

Er loopt momenteel een breed onderzoek over suïcide(preventie) op vraag van de overheid en gecoördineerd door de Universiteit Gent. Onze dienst Psychiatrie en de PAAZ hebben hieraan een bijdrage geleverd. Wanneer de resultaten van dit onderzoek bekend zijn, zullen we die graag met u delen.

Verslaglegging suïcide(poging)

Onderstaande vragen maken idealiter deel uit van het verslag van een suïcide(poging). Dit format laat ook toe om stil te staan bij het onderwerp en helpt hulpverleners bij het inschatten van het suïciderisico.

1. **Personalia:** initialen, geboortedatum, geslacht, datum inschrijving
2. **Gegevens suïcide(poging):** datum, tijdstip, plaats, toedracht, wijze onderzoek, eerdere suïcidepogingen
3. **Biografische gegevens:** familiale toestand, werkomgeving, financiële toestand
4. **Behandelverantwoordelijke(n):** huisarts, (ambulante) psychiater, psycholoog
5. **Diagnose**
6. **Hoe was toezicht op cliënt geregeld en wat was de behandelcontext?** Aansluiting zorg bij hulpvraag, ambulante behandeling, op welke wijze zijn behandelrichtlijnen gevolgd?
7. **Risicotaxatie begin behandeling**
8. **Was er een passend crisispreventieplan/signaleringsplan?**
9. **Op welke wijze is (suïcide)preventiebeleid gevolgd?** Hoe is netwerk/familie betrokken bij behandelbeleid en preventie van suïcide? Vond informatie-uitwisseling voldoende en tijdig plaats?
10. **Hoe was ketenzorg geregeld (indien van toepassing)?** Hoe was de overdracht tussen hulpverleners onderling georganiseerd?
11. **Acties na suïcide(poging)?** Acuat en op langere termijn m.b.t. familie, medecliënten, huisarts ...
12. **Conclusie suïcidebespreking?** Factoren binnen of buiten het team die mogelijk van invloed zijn geweest op ontstaan van suïcide (-poging) / Aangetroffen bijzonderheden, onregelmatigheden of nalatigheden / Actiepunten, verbeterpunten, conclusie uit evaluatie door behandelteam



Medicatietherapie bij prostaatkanker optimaliseren

Dr. Lodewijk Van Wynsberge

Prostaatkanker is de meest voorkomende kanker bij mannen in ons land. Een op tien (West-Europa) tot een op zes (VS) mannen krijgt hier mee te maken. Ondanks vaak vroege detectie sinds de PSA-screening zijn er nog altijd veel patiënten die niet volledig kunnen genezen. Enerzijds zijn ze te oud of zijn er al uitzaaiingen bij diagnose, anderzijds is er een groep met metastasen of lokaal recidief na een behandeling met curatief doel. Vaak worden deze patiënten medicamenteus behandeld.

Het principe van de medicamenteuze behandeling berust op het feit dat zowel de prostaat als de prostaatkankercellen voor hun werking en groei afhankelijk zijn van het mannelijke hormoon testosteron.

> Hormoontherapie in eerste lijn

De behandeling bestaat in de eerste lijn uit hormoontherapie die tot doel heeft de productie van testosteron door de teelballen te remmen (LHRH-agonisten of antagogenisten) en/of de werking van testosteron ter hoogte van de prostaat te blokkeren (anti-androgenen). Op deze wijze kan de verdere ontwikkeling van prostaatkanker geremd worden. Naast de teelballen produceren ook de bijniereen een kleine hoeveelheid testosteron, wat door klassieke hormoontherapie niet geremd wordt.

> Secundaire hormoonmanipulatie

Indien de klassieke hormoonmedicatie faalt, wordt overgegaan naar secundaire hormoonmanipulatie (Abiraterone). Hierbij wordt de testosteronproductie van testes en bijniereen evenals de intracellulaire testosteronproductie geremd.

Na een tijdje worden de prostaatkankercellen ongevoelig voor het ontbreken van testosteron en gaan ze zelf hun ontwikkeling stimuleren (*castratierefractair stadium*). Nu dienen chemotherapeutica ingezet te worden om de directe celgroei te blokkeren. Tijdens de verschillende stadia van de medicamenteuze therapie dient de klassieke hormoontherapie verder gegeven te worden.

Het remmen van de mannelijke hormonen leidt al snel tot het syndroom van sarcopenie, obesitas en osteoporose, spierafname, vettoename, verhoogd risico op cardiovasculaire ziekten, diabetes mellitus, botontkalking etc. Dit resulteert in vermoeidheid, depressie, achteruitgang van de levenskwaliteit. Er is vaak supportieve medicatie nodig zoals analgetica, antiemetica, botondersteunende medicatie etc. Deze cocktail eindigt in een vicieuze cirkel van medicatie, bijwerkingen, nieuwe medicatie.

Het gevolg hiervan is dat de daling van de sterfte aan prostaatkanker door medicamenteuze therapie grotendeels teniet gedaan wordt door verhoogde sterfte door bovengenoemde syndromen. Het effect op *overall survival* is gereduceerd en suboptimaal. Om dit tegen te gaan, wordt geprobeerd zo goed mogelijk curatief te behandelen bij dolente tumoren, indolente tumoren op te volgen zonder behandeling, de medicamenteuze therapie zo lang mogelijk uit te stellen, en de nieuw ontstane ziektes te diagnostiseren en te behandelen.

> Levenskwaliteit

Eén strategie zonder bijwerkingen werd tot dusver onderbelicht. Zeer veel neveneffecten, misschien de tumorprogressie en zeker de levenskwaliteit kunnen sterk beïnvloed worden door oncorevalidatie, een specifiek begeleidingsprogramma met focus op lichaamsbeweging (zie pagina hiernaast). Die wordt idealiter aangevuld door diëtische en psychische begeleiding.



Kinesitherapeuten Els Froyen (foto boven links en foto onder) en sportprogramma uit om (ex-)prostaatkankerpatiënten te helpen met de medicamenteuze behandeling en zeker de levenskwaliteit.





Oncorevalidatie: weer (leren) bewegen na prostaatkanker

Dr. Adinda Samoy, diensthoofd Fysische Geneeskunde & Revalidatie



er) en Kristel Theys (foto boven rechts) werkten een fitness-
ce begeleiden bij hun herstel. Zeer veel neveneffecten van
eit kunnen sterk beïnvloed worden door oncorevalidatie.



Sinds februari loopt er een revalidatieprogramma volgens de JAMES-methode voor patiënten die tijdens of na de behandeling van prostaatkanker moeten werken aan hun fysieke en mentale conditie.

Op vraag van de urologen werkten onze kinesitherapeuten Kristel Theys en Els Froyen een fitness- en sportprogramma uit om (ex-)prostaatkankerpatiënten te begeleiden bij hun herstel. Zij volgden hiervoor beiden een coachopleiding volgens de JAMES-methode, die in 1985 ontwikkeld werd door licentiaat lichamelijke opvoeding en sportconsulent Eddy Kuypers (Louvain-La-Neuve). JAMES staat voor jogging, abdomen, muscles, evenwicht en souplesse, de vijf onderdelen van de trainingssessie. Het voornaamste doel is een positieve invloed uit te oefenen op de gezondheid en te komen tot een toestand van lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn (WHO-definitie van gezondheid).

> Viciëuze cirkel doorbreken

Door de prostaatkanker en de behandelingen kunnen een aantal schadelijke effecten optreden: toegenomen vermoeidheid, verminderde activiteit, toegenomen vetmassa, verminderde spiermassa en kracht, verminderd uithoudingsvermogen, incontinentie, verhoogd risico op osteoporose, diabetes mellitus en metaboolsyndroom. Psychosociale gevolgen zoals een verlaagd zelfbeeld, dysthymie, teruggetrokkenheid of verhoogd risico op psychische decompensatie zorgen voor extra belasting.

De patiënt dreigt in een viciëuze cirkel terecht te komen van lichamelijk en psychisch onwelzijn met functionele beperkingen door nevenwerkingen, leidend tot fysieke inactiviteit. Onder het motto 'Weer leren bewegen na prostaatkanker' worden de patiënten geholpen om lichaam en geest opnieuw beter aan te voelen en zo de negatieve spiraal te doorbreken.

> Beweging in de dagelijkse levensstijl

De trainingssessies gebeuren in groep en zijn wekelijks opdat het (opnieuw) onderdeel van de levensstijl wordt. Elke sessie volgt de vijf stappen van de JAMES-methode en start met twintig minuten joggen of wandelen, bij voorkeur buiten als het weer dit toelaat. Nadien worden gedurende tien tot vijftien minuten de buikspieren en het perineum geoefend. Aansluitend wordt twintig minuten tijd besteed aan spierversterkende oefeningen met gewichten, gevolgd door vijf minuten evenwichtsoefeningen. Om af te ronden wordt tien tot vijftien minuten gewerkt op stretching.

De sessies in groep
zijn een stimulans
om vol te houden en
scheppen een band
tussen lotgenoten

> Groepsdynamiek

De kinesitherapeuten hebben het programma zo opgebouwd dat elke deelnemer op zijn eigen tempo en niveau kan oefenen. Hierdoor kunnen ook op elk moment nieuwe patiënten bij de groep aansluiten. Uit feedback van de patiëntengroep horen we positieve signalen over het groepsgebeuren: het blijkt een extra stimulans te zijn om vol te houden en scheidt ook een band tussen de lotgenoten. Het revalidatieprogramma loopt over ongeveer een jaar, wekelijks op woensdag, en 48 sessies worden terugbetaald.



Kwaliteit & patiëntveiligheid

Van accreditering tot zorginspectie

Dr. Luc Belmans, medisch directeur, diensthoofd Kwaliteit & Procesoptimalisatie

In de industrie is kwaliteitsmanagement al langer een goed ingeburgerd begrip. Basisidee is dat de kwaliteit van een product of dienst niet een toevallige uitkomst mag zijn maar een logisch gevolg van een gecontroleerd productieproces. De cultuur van voortdurend verbeteren en borging van kwaliteit werd in de jaren 80 in Japan geperfectioneerd tot wat nu *lean production* en *lean management* wordt genoemd. Vandaag staat kwaliteit van zorg, met daaraan gekoppeld patiëntveiligheid, hoog op de prioriteitenladder van de gezondheidszorg. Twee zeer aanwezige tekenen van het kwaliteitsdenken in de Vlaamse ziekenhuizen zijn de zorginspecties en de accreditering. Dat is in RZ Heilig Hart Tienen niet anders.

> Wat is kwaliteit?

Met het toenemende belang en gewicht van kwaliteit is het begrip er niet eenvoudiger op geworden. Een werkbare definitie van het begrip is al evenmin vanzelfsprekend. Een van de meest gangbare definities van kwaliteit in de zorg is deze van het Amerikaanse *Institute of Medicine* (IOM): de zorg is doeltreffend (geneest patiënten en beperkt hun lijden), efficiënt, veilig (weinig neveneffecten, wordt op een veilige manier voor de patiënt geleverd), patiëntgericht (houdt rekening met de verwachtingen en ervaringen van de patiënten eerder dan met die van de professionals en de instellingen), op het juiste moment en billijk (geschikte zorgen zijn voor iedereen toegankelijk en beschikbaar).

Er wordt vaak gezegd dat de Belgische gezondheidszorg topkwaliteit aanbiedt. Op het niveau van de individuele zorgverlener denk ik dat we dit inderdaad zeer sterk benaderen. We bieden toekomstige zorgverleners uitmuntende opleidingen aan en ook na het behalen van het diploma zijn er structuren gecreëerd om de vereiste kennis op peil te houden. Er is echter een verschil tussen kwaliteit en een kwaliteitssysteem. Er voor zorgen dat de individuele zorgverlening van de ene zorgverlener naadloos overgaat naar de volgende, de radertjes geolied draaien, processen bijgestuurd worden via monitoring van de outcome: behoren we ook hierin tot de besten? Net om dit aan te tonen (of te weerleggen) is het systeemtoezicht (via ziekenhuisaccreditering) en het nalevingstoezicht (via zorginspectie) in het leven geroepen.

> Cyclus van Deming

Zeggen wat we doen, doen wat we zeggen, dit aantonen en bijsturen wanneer nodig: dit is in essentie de kwaliteitssystematiek zoals die getoetst wordt voor een ziekenhuisbrede accreditering. Het is toepasbaar op alle werkzaamheden en processen in de

organisatie. Door het cyclische karakter realiseer je continue verbetering. Je maakt je medewerkers ook zelf eigenaar van kwaliteitsverbetering en houdt die continu onder de aandacht.

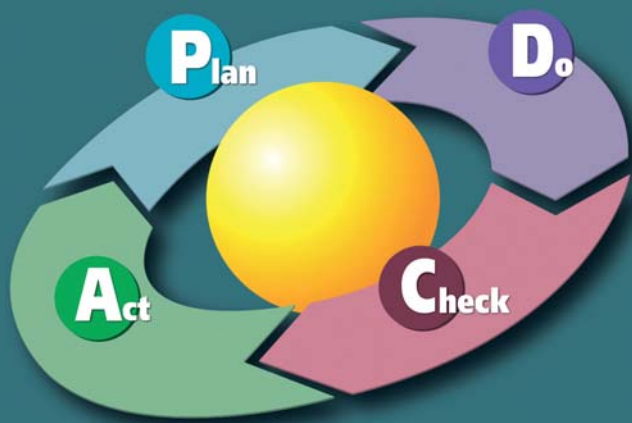
Deze methode wordt kortweg PDCA-cyclus (naar *Plan-Do-Check-Act*) genoemd, of ook kwaliteitscirkel van Deming (zie *figuur*), naar de Amerikaanse academicus die met zijn visie op statistische procescontrole een grote invloed heeft uitgeoefend op de naoorlogse heropleving van de industrie in de VS en later Japan. Zijn kwaliteitscirkel vormde een basiselement in de *lean production*-filosofie die Toyota ontwikkelde en die vandaag in veel sectoren toegepast wordt. Uitgangspunten zijn verspilling tegen gaan en in elk proces meerwaarde creëren voor je klant.

Met de PDCA-cyclus maak je medewerkers zelf eigenaar van kwaliteitsverbetering en hou je die continu onder de aandacht

> Vermijdbare incidenten

Patiëntveiligheid is een voorwaarde voor kwaliteitsvolle zorg. In 2000 publiceerde het *Institute of Medicine* zijn rapport *To Err is Human: Building a Safer Health System*, zowat de eerste studie die onderbouwd sprak over tekortkomingen op het vlak van veilige zorg. Het toonde op basis van onderzoeken met grote populaties aan dat vermijdbare incidenten in ziekenhuizen een belangrijke doodsoorzaak in de VS vormden. Extrapolaties leerden dat ongewenste effecten van medisch handelen in 1997 meer dodelijke slachtoffers hadden gemaakt dan verkeersongevallen of borstkanker. De totale kost van incidenten met schade voor de patiënt werd geschat op 17 tot 29 miljard dollar. Studies in West-Europa leidden nadien tot vergelijkbare vaststellingen. Een analyse van de MKG-gegevens van 2000 van alle Belgische ziekenhuizen kwam tot de conclusie dat bij 6,3% van de internistische en 7,1% van de chirurgische opnames vermijdbare schade was opgetreden (Van den Heede et al., 2006).

Vaak ligt een menselijke fout aan de basis van een incident. Een ziekenhuis is ook een complexe en feilbare organisatie, door haar veelheid aan processen, acties en handelingen die vaak onderling afhankelijk zijn, volgens vaste (tijds)schema's moeten kunnen verlopen en moeten kunnen rekenen op een continue beschikbaarheid van specifiek opgeleid personeel en de juiste middelen. Je moet vermijdbare incidenten dus helpen voorkomen door enerzijds een positieve responsabilisering van de individuele zorgverleners (*no blame* cultuur), en anderzijds via structuren



Kwaliteitscyclus van Deming voor continue verbetering

PLAN - Zeggen wat we gaan doen en hoe we dat gaan doen. Basis in de zorg is het conglomeraat van eisen, normen, gouden standaarden en andere referentiepunten, die we omzetten in procedures, werkinstructies, staande orders en zorgpaden. Plannen houdt ook in: doelstellingen vastleggen.

DO - Doen wat we zeggen. 7 dagen op 7, 24 uur op 24 verzorgen we patienten en passen we de gemaakte afspraken toe.

CHECK - Aantonen dat we doen wat we zeggen. Meten en controleren of je resultaten overeenstemmen met je doelstellingen. Dit kan bv. door gevalideerde indicatoren op te volgen.

ACT - Bijsturen waar nodig. Dit kan ook betekenen dat je je doelstelling, een gebruikte methode of zelfs het uitgangspunt van je plan moet aanpassen.

en beleid. Elementen in die systeemaanpak zijn bv. een veiligheidsmanagementsysteem, systematische rapportage en analyse van (bijna-)fouten en het stimuleren van de verbetercultuur.

> Externe kwaliteitscontrole

In Vlaanderen heeft tot 2013 de zogenaamde ‘visitatie’ bestaan. Elk ziekenhuis kreeg om de vijf jaar een aangekondigde globale inspectie, waarbij nagegaan werd of de verschillende ziekenhuisdiensten aan de wettelijke erkenningsnormen voldeden. Na een gunstig rapport kreeg het ziekenhuis dan een erkenning voor vijf jaar. In Nederland heeft de sector dit zelf aangepakt. De ziekenhuizen hebben er samen kwaliteitsnormen opgesteld en vervolgens afspraken gemaakt om de toepassing van deze normen bij elkaar te toetsen. Daaruit is het *Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg* (NIAZ) ontstaan. In tegenstelling tot de verplichte inspectie door de overheid bij ons, is het extern toezicht in Nederland een vrijblijvend systeem. Een ziekenhuis kiest er dus zelf voor om zich te laten accrediten.

Mee op vraag van de ziekenhuissector heeft de Vlaamse overheid het visitatiesysteem verlaten en sinds 2013 vervangen door enerzijds een ziekenhuisbreed systeemtoezicht en anderzijds een nalevingstoezicht met regelmatigere, korte inspecties van specifieke zorgtrajecten, kortweg de ‘zorginspectie’. Ziekenhuizen zullen voortaan ook een erkenning voor onbepaalde duur kunnen krijgen (tenzij er aanwijzingen zijn van ‘problematische situaties’). Voor het systeemtoezicht bood de overheid ook de alternatieve piste van accreditering; ziekenhuizen kunnen kiezen voor accreditering met JCI of NIAZ en engageren zich dan vrijwillig om de accreditering voor einde 2017 te behalen. Zonder accreditering oefent de Vlaamse overheid het systeemtoezicht uit, vanaf 2017. Ons ziekenhuis heeft in 2012 gekozen voor accreditering met NIAZ. In 2013 zijn we van start gegaan met het accrediteringstraject, zoals u al in de vorige *Hartslag* kon lezen. Het Nederlandse NIAZ werkt sinds dit jaar nauw samen met *Accreditation Canada International* en heeft hun accreditatiepro-

gramma QMentum geïntegreerd in hun systematiek. Onze interne auditoren en kwaliteitsteams zijn ondertussen aan de slag met de normensets NIAZ-Qmentum 3.0.

> Eisenkader

Met de zorginspectie hebben we intussen al ervaring. Vorig jaar werd het chirurgisch zorgtraject geïnspecteerd. Behalve controle van het bestaan en de toepassing van specifieke procedures, werden ook normen van chirurgische verpleegeenheden bekeken, de kindvriendelijkheid in de heelkundige zorg getoetst, naast de degelijkheid van de bloedtransfusies. We kregen zowel voor onze Tiense diensten als het dagziekenhuis van Medisch Centrum Aarschot een positief rapport. Deze zorginspecties gebeuren onaangekondigd en veel meer dan bij de vroegere visitaties gaat de aandacht naar de kwaliteit en de veiligheid van de dagelijkse zorg. Zorginspectie vertrekt vanuit een ‘eisenkader’ dat de Vlaamse overheid samen met de sector ontwikkeld heeft. Deze eisen zijn gebaseerd op wettelijke normen, internationale richtlijnen en *best practices*.

> Internistisch zorgtraject aan de beurt

In december kennen we het definitieve eisenkader voor de volgende zorginspectie, met name van de internistische zorg en de kritieke diensten. Vanaf dan kunnen onze hospitalisatieafdelingen Inwendige Ziekten, het niet-chirurgisch dagziekenhuis in Tienen en Aarschot, Intensieve Zorgen, Spoedgevallen en de ziekenhuisapotheek de inspecteurs van de Zorginspectie over de vloer krijgen. Het voorlopige eisenkader telt 149 kwaliteitsnormen. De medewerkers controleren zelf in hoeverre deze normen in orde zijn en staven dit met bewijzen die gerapporteerd worden aan de dienst Kwaliteit & Procesoptimalisatie.

Het mag duidelijk zijn dat kwaliteit een wezenlijk onderdeel geworden is van het ziekenhuisbedrijf. Dat reproduceerbare zorg kan worden verzekerd, zal de patiënt op termijn ten goede komen.

Reanimatierichtlijnen voor leek vs. professional



Dr. Tineke Crits, diensthoofd Spoedgevallen

1. Eerste stap is de controle van het bewustzijn: geef een pijnprikkel en spreek de patiënt luid en duidelijk aan.

Is de patiënt niet bij bewustzijn, controleer dan de ademhaling: voel, luister of er ademhaling aanwezig is. Kijk ook of de luchtweg vrij is. Verwijder een eventueel vreemd voorwerp.

2. Voor men aan reanimatie begint, dient men uiteraard eerst de hulpdiensten te verwittigen of dit te vragen aan omstanders. Spreek een omstaander hierbij duidelijk en kortdard aan.
3. Volgens de huidige richtlijnen (2010) is het niet meer noodzakelijk voor leken om de pols te voelen, maar professionele hulpverleners moeten dit wel doen.
4. Indien geen ademhaling aanwezig, start dan onmiddellijk met 30 borstcompressies. Plaats hiervoor de handen in het midden van de tepellijn. Deze compressies moeten snel en diep gegeven worden. Probeer een frequentie van 100 tot 120/minuut aan te houden. Probeer tevens de borstkas 5 cm in te duwen.

Ga na 30 compressies over tot 2 beademingen: breng het hoofd in hyperstrekking en beadem mond op mond. Volgens de richtlijnen mogen leken de beademingen overslaan en zich concentreren op de compressies. Studies hebben aangetoond dat het vooral van belang is om een zo continu mogelijke coronaire en cerebrale perfusiedruk te bewaren en dit doe je door je compressies zo weinig mogelijk te onderbreken. Er is bij iedereen tevens enige O₂-reserve aanwezig. Ook uit veiligheidsoverwegingen kan mond op mond soms niet aangewezen zijn, denk bv. aan trauma, braaksel.

Blijf dit schema van 30 compressies en 2 beademingen herhalen, met elke 2 minuten controle van het bewustzijn en van de ademhaling (wat neerkomt op 4 cycli), tot de aanwezigheid van de professionele hulpverleners of verbetering van de klinische toestand.

5. Met de aanwezigheid van automatische externe defibrillatoren (AED's) op publieke plaatsen moet men eraan denken om deze er bij te (laten) halen en te gebruiken. Vroegtijdige defibrillatie bepaalt immers mee de overleving van de patiënt. Het toestel geeft gesproken instructies en kan door elke leek gebruikt worden. Het is dus niet noodzakelijk om cardiale ritmes te herkennen.

Plotse cardiale dood is nog steeds een van de primaire doodsoorzaken. Het wordt gekenmerkt door afwezigheid van mechanische hartactiviteit en uit zich in afwezigheid van een voelbare pols, apnee, gaspen en bewustzijnsverlies. Studies tonen aan dat de prognose vooral afhankelijk is van een vroegtijdige herkenning en snelle borstcompressies met eventueel defibrillatie. Deze factoren blijken belangrijker in de overleving dan de efficiëntie van de specialistische reanimatie en de postreanimatiezorgen. Met de openbare beschikbaarheid van automatische externe defibrillatoren kan ook de leek vroegtijdig defibrilleren en zo levens redden. *Basic Life Support* is dan ook iets wat iedereen zou moeten kunnen uitvoeren.

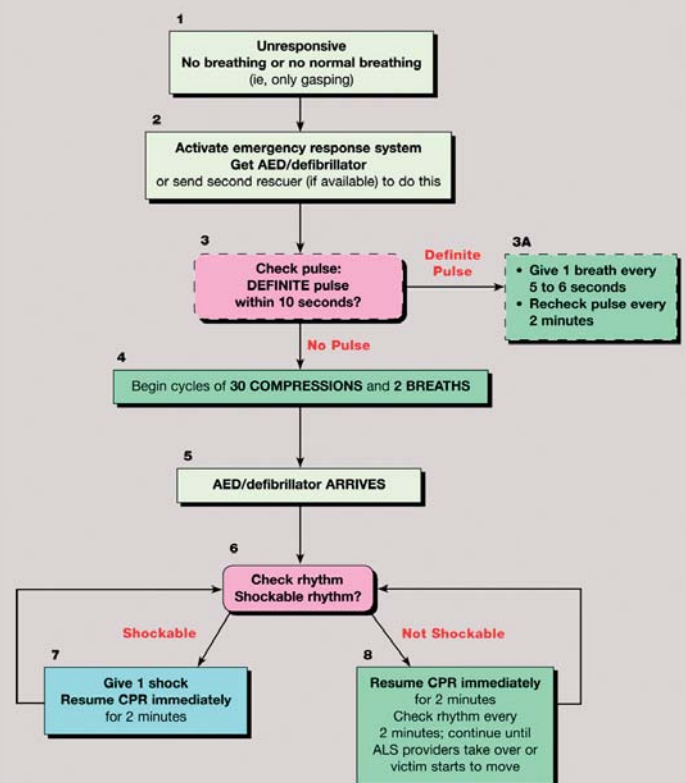


Fig. Adult BLS (American Heart Association, 2010): de acties met stippellijn worden enkel uitgevoerd door professionele hulpverleners, niet door leken. Hopelijk groeit het bewustzijn bij de bevolking dat vroegtijdige reanimatie wel degelijk levens redt en dat iedereen dit kan. Waarom dit niet opnemen in de leerplannen van secundaire scholen? Jong geleerd is immers oud gedaan.

Nieuwe artsen



Anatomopathologie Dr. Ine Renckens

Het nijpende tekort aan pathologen liet zich ook voelen in de lange en moeizame zoektocht naar een tweede vaste collega voor onze dienst Anatomopathologie. We vonden haar in de lichter die dit jaar afstudeerde. Dr. Ine Renckens kreeg haar opleiding geneeskunde aan UHasselt en KU Leuven. Ze specialiseerde zich nadien in de pathologische anatomie aan UZ Leuven en leerde de werking van een dienst Anatomopathologie in een perifeer ziekenhuis kennen tijdens een stage in Ziekenhuis Oost-Limburg (Genk).

De versterking van ons gereputeerd anatomopathologisch team met een tweede arts maakt op termijn verdere uitbouw en subspecialisatie mogelijk.



Pediatrie Dr. Ellen Putseys

Onze pediaters trokken een vijfde collega aan om ook in Medisch Centrum Aarschot dagelijks raadplegingen te kunnen aanbieden (zie ook pag. 3). Dr. Ellen Putseys studeerde geneeskunde aan de KU Leuven en specialiseerde zich in de pediatrie in Leuven, Roeselare en Hasselt en in het Tygerberg Hospital van de universiteit van Stellenbosch, Zuid-Afrika. Dr. Putseys heeft een bijzondere interesse in kindernefrologie en is sinds oktober ook consulent in UZ Leuven voor dit subspecialisme.

Naast de (dag)hospitalisaties en wachtdiensten in Tienen ligt het zwaartepunt van haar raadplegingsactiviteit in ons ziekenhuis in Medisch Centrum Aarschot (4 halve dagen per week).



Neurologie Dr. Elke Peeters

Onze neurologische staf nam in september afscheid van collega dr. Astrid Görner, die na vijf jaar andere professionele oorden dichterbij huis opzoekt. Het team zorgde voor een naadloze vervanging. Nieuwe collega dr. Elke Peeters rondde dit jaar haar specialisatie in de neurologie af aan UZ Leuven, met ook een jaar assistentschap in Ziekenhuis Oost-Limburg. Bijzondere interessegebieden zijn slaap, epilepsie en elektrofysiologie. Ze volgde een bijkomende opleiding polysomnografie/elektrofysiologie aan UZ Leuven, en haar masterthesis handelde over genetische risicofactoren bij epilepsie (*copy number variations*, CNV). Dr. Peeters houdt raadplegingen in Tienen.



Kinesithérapie, ergotherapie en logopedie gecentraliseerd op Campus St.-Jan

Sinds begin november zijn alle revalidatieactiviteiten voor de niet-gehospitaliseerde patiënten in Tienen niet langer verspreid over onze twee campussen. De ambulante behandelingen kinesithérapie, ergotherapie en logopedie gebeuren voortaan op de volledig gerenoveerde afdeling van Campus St.-Jan. De centralisatie komt de kwaliteit van onze ambulante zorg ten goede.

Afhankelijk van de pathologie en/of het type revalidatie moest de patiënt zich naar de ene of andere campus begeven. Dat alle ambulante revalidatieprogramma's voortaan onder één dak zitten, verhoogt het gemak en comfort, zeker voor patiënten die een multidisciplinaire revalidatie volgen, bijvoorbeeld na een CVA. De vernieuwde revalidatieafdeling bevindt zich in de zijvleugel rechts van het hoofdgebouw van Campus St.-Jan en beschikt over ruimere en beter uitgeruste oefenzalen en verschillende individuele behandelruimtes. Een team van kinesisten met elk hun bijzondere bekwaamheid werken er nu op één afdeling samen, net als hun collega's ergotherapeuten en logopedisten. Men kan er terecht voor diverse ambulante groepstherapieën zoals rugschool, hartrevalidatie, pré- en postnatale kinesithérapie, relaxatietherapie, oncologische revalidatie (zie pagina 7). Daarnaast zijn ook individuele programma's mogelijk, bv. neurologische revalidatie, lymfdrainage of bekkenbodemrevalidatie.

> Meer maatwerk mogelijk

De centralisatie van alle revalidatiediensten biedt meer mogelijkheden voor een individuele aanpak. Doordat alle revalidatie- en trainingsapparatuur nu samen op één locatie staat, kan de kinesist zijn revalidatieprogramma meer verdiepen en verbreden op maat van de patiënt, en de zwaarte van het programma op elk ogenblik optimaal afstemmen op de individuele zorgvraag en mogelijkheden. In een groepsprogramma als de rugschool kunnen we ook een individuele pijnbehandeling geven indien nodig. Daarnaast is het niet onbelangrijk dat kine-, ergo- en logobehandelingen beter op elkaar afgestemd kunnen worden.

Het is ook mooi meegenomen dat onze patiënten zich vlotter en gratis kunnen parkeren op deze campus. De zijvleugel heeft een eigen kleine ingang en parkeermogelijkheid voor en naast het gebouw. Patiënten met een rolstoel hebben vlot toegang via de hoofdingang en een ruime lift.



RZ Heilig Hart Tienen vzw

Kliniekstraat 45 | 3300 Tienen

(t) 016 80 90 11 | info@rztienen.be