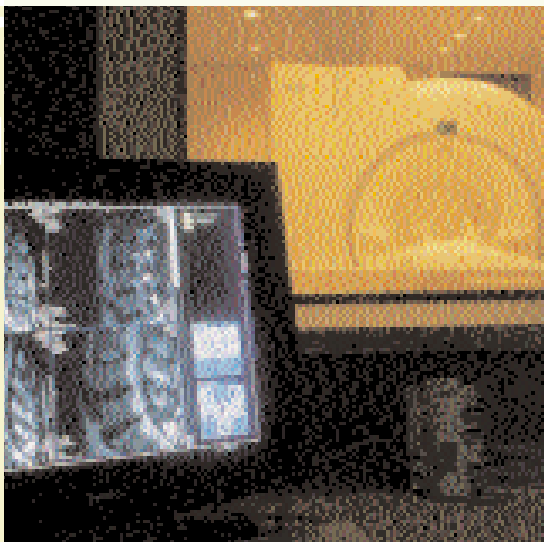


## Meer aantrekkingskracht Ieper krijgt NMR-scanner

Verder  
in dit  
blad

- 3 Opereren door een buisje
- 4 Palliatieve eenheid
- 6 Dagziekenhuis
- 7 Laser tegen blindheid
- 8 Lage rugpijn



De NMR-scanner maakt zeer fijne beelden mogelijk

> **Uitwijken naar Roeselare, Kortrijk of Oostende hoeft niet meer. Sinds eind november kan je ook in Ieper onder een NMR-scanner. De fusie zorgde ervoor dat Jan Yperman een vergunning en subsidie kreeg voor het neusje van de zalm qua beeldvorming.** <

NMR staat voor Nucleaire Magnetische Resonantie. Nucleair, omdat het de waterstofatomen in ons lichaam zijn die gescand worden, en magnetisch omdat in de scanner rond de patiënt een sterk magnetisch veld wordt gecreëerd.

**Dr. Johan Dehem:** "Ons lichaam zit boordevol waterstofatomen. Zo'n waterstofatoom is eigenlijk een minuscuul magneetje. Breng je ze in de buurt van een grote magneet, dan positioneren ze zich allemaal in dezelfde richting. Het magnetische veld van die atomen verstoren we met radiogolven. De resonantie daarvan levert een perfect beeld op."

Johan Dehem werd aangetrokken om de NMR op te starten. Drie collega's hebben net als hem een NMR-erken-

ning, uiteindelijk moet elke radioloog een NMR-erkenning halen.

NMR heeft een aantal pluspunten vergeleken met de klassieke RX-scanner. Hospitalisatie is bijvoorbeeld niet nodig voor een MR-angiografie, in tegenstelling tot een klassieke angiografie. Een NMR-onderzoek neemt maar een 20 tot 45 minuutjes in beslag.

**Johan Dehem:** "De straling die vrijkomt, ligt veel lager dan bij RX-stralen. NMR is zelfs veiliger dan een simpele echografie. Voor de radioloog zijn er twee grote voordelen. Je kan om het even welk vlak in beeld brengen, terwijl we vroeger enkel dwarsdoorsneden konden maken. En het contrast tussen de weke weefsels is veel duidelijker dan bij RX-foto's. Met de NMR zie je het verschil tussen vet en spieren bijvoorbeeld heel goed."

De NMR zal de RX-scanner niet volledig verdringen. Met een gebroken been kom je nog altijd gewoon onder de RX terecht, maar voor gescheurde gewrichtsbanden is de NMR dan weer ideaal.

**Johan Dehem:** "Met de NMR kunnen we zeer fijne beelden maken van het centraal zenuwstelsel, hoofd en hals, bloedvaten, het osteo-articulair stelsel, enzovoort. Het toestel opent ook nieuwe mogelijkheden. De galwegen in beeld brengen wordt bijvoorbeeld een routineklus. Vroeger moesten we de patiënt daarvoor contrast toedienen of een endoscopie uitvoeren."

Van straling mag dan geen sprake zijn in de NMR, van magnetisme des te meer. Patiënten met een pacemaker of een neurostimulator mogen er dan ook niet in

**Johan Dehem:** "Verder is het opletten met alles wat van metaal is. We vragen aan de patiënten om GSM's, brillen, bankkaarten, uurwerken, sleutels en dergelijke in de kleedkamers achter te laten. Ook voor het verplegend personeel is het uitkijken. Een schaar zou gewoon in de buis kunnen worden getrokken. NMR is een veilig onderzoek, zolang het maar veilig uitgevoerd wordt."

# Rem op preventief gebruikte antibiotica



Dr. Piet Filez (dienst intensieve geneeskunde)

> **Op 1 mei 1997 werd het profylactisch gebruik van antibiotica geforfaitariseerd voor wat betreft de perioperatieve periode – dit is de dag voor, van en na de operatie.** <

In het verleden werd nogal kwistig omgesprongen met antibiotica in de peri-operatieve periode. Onder het motto 'beter voorkomen dan genezen' kreeg een patiënt soms tot vijf dagen na een ingreep antibiotica toegediend. De wet van 1997 zet de rem op dit soort preventief gebruik van antibiotica. Afhankelijk van de ingreep en het infectierisico wordt een forfait toegekend aan het ziekenhuis. Dit bedrag moet de kosten dekken van de antibiotica die in de peri-operatieve periode worden gebruikt.

**Dr. Piet Filez** (dienst intensieve geneeskunde en voorzitter antibioticumcommissie): "We staan volledig achter de forfaitarisering. Wetenschappelijk is het inderdaad niet verantwoord om antibiotica langer dan 24 uur na een

operatie toe te dienen. Infecties worden er niet effectiever door voorkomen, integendeel: je maakt er de kiemen alleen maar meer resistent mee. Een ziekenhuis van 500 bedden is het aan zichzelf verplicht om het antibioticumverbruik binnen de perken te houden. Dit niet alleen uit financiële overwegingen, maar ook uit ecologische."

Een speciale antibioticumcommissie boog zich over het preventief antibioticaverbruik in het Jan Yperman-ziekenhuis. De schema's van de verschillende campussen werden herleid tot één uniforme profylaxis-klapper. Daarin staan de meeste ingrepen vermeld waarvoor profylactische antibiotica aangewezen zijn, wat de aangewezen dosering is en hoe vaak het moet worden toegediend. De klapper is beschikbaar in boekvorm, maar kan binnenkort ook op de intranet-site van het Comité voor geneesmiddelen en medisch materiaal geraadpleegd wor-

den. Deze informatie wordt geactualiseerd.

**Piet Filez:** "In de praktijk kun je niet om de voorgeschreven doseringen heen. De profylactische antibiotica worden voortaan bewaard en vooraf verpakt in standaardpakketjes, die zich enkel nog in de operatiekwartieren bevinden. Er is ook een maandelijkse controle en feedback voorzien."

De vraag is of zo'n standaardisering per ingreep in de praktijk wel mogelijk is. Elke ingreep is anders omdat elke patiënt in andere omstandigheden onder het mes komt.

**Piet Filez:** "Uitzonderingen zijn mogelijk. In totaal zijn 44 medische situaties beschreven waarin de voorziene antibiotica onvoldoende zijn. Bijvoorbeeld: voor een patiënt met longontsteking kan de arts een uitzondering op de forfaitarisering aanvragen bij het RIZIV. In dit geval worden alle gebruikte antibiotica terugbetaald zoals dat vroeger al het geval was."

## Surfen in het ziekenhuis



Welke arts vind je in welke afdeling en op welke campus? Wat stop je in je valies voor een ziekenhuisopname? Wanneer kun je op bezoek bij een ziek familielid? En hoe maak je een afspraak voor een consultatie?

Jan Blontrock (departementshoofd nursing): "Dat soort van vragen kun je natuurlijk telefonisch stellen. Maar wie een aansluiting op het Internet heeft, kan evengoed rechtstreeks naar [www.yperman.org](http://www.yperman.org) surfen. De website is ook via het Intranet bereikbaar voor het personeel, alleen kun je dan wel de links niet gebruiken."

De website van het Jan Ypermanziekenhuis is sinds begin november operationeel. Je vindt er letterlijk alles wat je wil weten over het ziekenhuis, inclusief een luikje met nieuwe vacatures. Surfen in Ieper? Het kan, zelfs in putje winter.

## Witte (ver)bouwwoede

> **In juli verhuisden heel wat diensten van campus Zwarte Zusters naar campus Onze-Lieve-Vrouw en omgekeerd. Daartoe diende er stevig verbouwd. Ook in de toekomst blijven de bouwkransen een vertrouwd beeld in het Jan Ypermanziekenhuis.** <

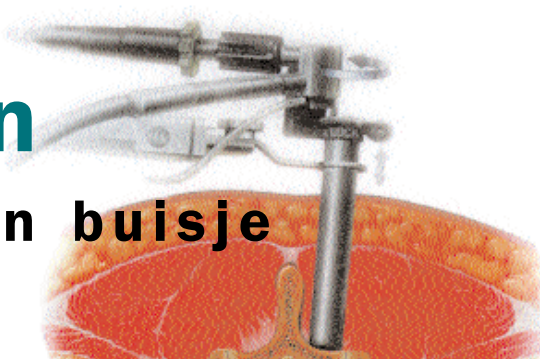
Verhuizen is verbouwen. Vooral op campus OLV werd het truweel driftig gehanteerd. Zo was de polikliniek interne geneeskunde aan uitbreiding toe. Het rust- en verzorgingstehuis maakte plaats voor de dialyseafdeling en het dagziekenhuis (zie pagina 6) en de keuken voor een nieuwe kinezaal. De spoedafdeling en de afdeling intensieve zorgen werden uitgebreid. En tenslotte werd er plaats gecreëerd voor het ééngemaakte klinisch labo, de nieuwe afdeling isotopen en de nieuwe NMR-scanner (zie pagina 1).

Op campus Zwarte Zusters kregen de kamers van de afdeling geriatrie een opknapbeurt. De afdeling kinesitherapie werd uitgebreid met twee kinezalen: één voor de geriatrie en één

voor de David Back-toestellen (zie pagina 8). Ook de afdeling stomatologie kreeg er een nieuw onderkomen. Op campus Mariaziekenhuis in Poperinge werd er eveneens verbouwd. De kinesitherapie kreeg een extra zaal, het mortuarium werd aangepast volgens de normen van Vlare 2 en straks wordt ook de materniteit opgeknapt.

Is de bouwwoede hiermee uitgeblust? Hopelijk niet. Het Jan Ypermanziekenhuis diende een masterplan in dat uit twee delen bestaat: een nieuwbouw op campus OLV en - verder in de toekomst - de volledige renovatie van de gebouwen daar. Het ééngemaakte Jan Ypermanziekenhuis zou dan goed zijn voor 530 bedden. Het ziekenhuis hoopt tegen begin 2002 de eerste steen te kunnen leggen. Het antwoord van het ministerie volgt binnen enkele maanden...

# Opereren door een buisje



> Tijdens een klassieke discushernia-operatie moet de chirurg relatief veel spierweefsel losmaken. Bij een kijkoperatie is de kans op littekenvorming een stuk kleiner. Daardoor kan de patiënt veel sneller terug naar huis én aan het werk. De dienst orthopedie is het tweede centrum in West-Vlaanderen dat deze nieuwe techniek toepast. <

Een discushernia is een scheur in de tussenwervelschijf van de rug. Daardoor loopt de kern van de wervelschijf – een taaie, elastische pasta – gedeeltelijk naar buiten en drukt tegen de zenuwbanen in de rug. Het resultaat is ischias: een uitstralende pijn.

**Dr. Hans Feys** (dienst orthopedie): "Ischias wordt gewoonlijk eerst zes weken conservatief behandeld door een kinesist, osteopaat of chiropractor. Dat brengt in negen op de tien gevallen soelaas. De rest van de ischiaslijders moet onder het mes om het uitstulpende gedeelte van de tussenwervelschijf te verwijderen."

Bij een klassieke operatie maakt de chirurg een snede van 4 à 5 centimeter en snijdt het aangetast stukje van

de wervelschijf weg. Daarbij moet er tamelijk veel spierweefsel losgemaakt worden om bij de wervelschijf te kunnen. De endoscopische discectomie (verwijdering van een stuk tussenwervelschijf via een kijkoperatie) is minder ingrijpend. Dr. Feys leerde de techniek, die pas in 1997 op punt werd gezet, in de Verenigde Staten en Frankrijk.

**Hans Feys:** "Doorheen een klein gaatje in de huid schuiven we een buis met een doorsnee van 18 mm naar binnen. In dat buisje komt een endoscoop, een microscopisch systeem van lenzen gecombineerd met een lichtbron. Ik zie op een scherm precies waar ik bezig ben. Naast de endoscoop is er in de buis ook nog plaats voor piepkleine tangetjes, mesjes en schrapers, voor het eigenlijke operatiewerk. Met deze techniek moeten we minder spierweefsel losmaken en is er minder kans op littekenvorming. Daardoor kan de patiënt de dag na de operatie en soms zelfs dezelfde dag nog naar huis. Hij of zij kan ook sneller terug aan de slag: na een klassieke discectomie duurt dat vier maanden, terwijl je na een endoscopische discectomie gemiddeld zes weken later al weer kunt werken."

## Bedmobiel

### BED OP WIELTJES



Sinds 1 november vervoert de bedmobiel patiënten met bed en al tussen de verschillende campussen van het Jan Yperman-ziekenhuis. De bedmobiel werd, op vraag van het ziekenhuis, op punt gezet door het Vlaams Kruis van Ieper.

Gilbert Martein (coördinator Vlaams Kruis): "Er rijden al bedmobielen rond binnen de universitaire ziekenhuizen van Gent en Leuven, maar dit is de eerste in België die ook op de openbare weg komt. We hebben het concept samen met de constructeur ontwikkeld. De bedmobiel is groot genoeg om gelijk welk type van ziekenhuisbed aan te kunnen. Voorin werd een windas gemonteerd die 1.500 kilo kan trekken, achterin wordt het bed stevig vastgezet met een systeem van haken. En een speciale Zwitserse vering op luchtkussens zorgt voor een superzachte en comfortabele rit."

## Draadloos bereikbaar

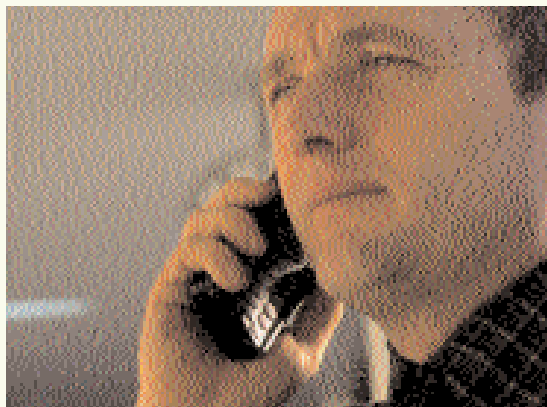
**GSM's zijn verboden en de zoemer is sé. Toch moeten artsen en andere werknemers van het Jan Ypermanziekenhuis optimaal voor zijn voor huisartsen en specialisten en het ziekenhuis. Sinds kort is dit perfect mogelijk, dankzij de DECT, een DDT of digitale draadloze telefoon. <**

Op GSM's rust een banvloek in ziekenhuizen. Kritieke medische apparatuur kan er immers aardig van slag door geraken. Daarom moesten dokters en verplegers zich behelpen met een zoemer.

**Rik Persyn** (technische dienst): "Praktisch was het niet. De fusie heeft bovendien iedereen nog mobiel gemaakt. Met al het gependel tussen de campussen begon het al vrij uitzonderlijk te worden dat iemand in zijn bureau de telefoon opnam."

Met een DECT op zak hoeft dat ook niet meer. In beide Ieperse campussen houden 42 antennes je overal binnen ontvangstbereik. De wattage is minimaal en dus volstrekt veilig.

**Rik Persyn:** "De hele investering bedroeg 4,5 miljoen frank. Het personeel van het Mariaziekenhuis in Poperinge uitrusten met DECTS was financieel niet haal-



Rik Persijn (technische dienst)

baar. Dan hadden we een volledig nieuwe telefooncentrale én een peperdure kabel tussen Ieper en Poperinge moeten installeren."

Een honderdtal mensen hebben al een draadloze telefoon op zak, hoofdzakelijk artsen, directie en stafmedewerkers. Daar hoeft het niet bij te blijven. Iedereen die zich vaak verplaatst en bereikbaar moet zijn komt in principe in aanmerking. Technici bijvoorbeeld of verpleegkundigen. Alarmen van patiënten of toestellen kun je immers ook op de DECT laten toekomen.

## Nieuwe gezichten

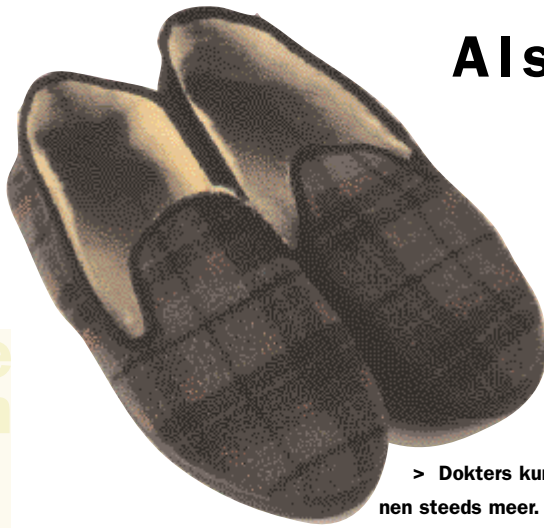
### DR. JAN VERCAMMEN

Sinds 1 oktober werkt Dr. Jan Vercammen samen met Dr. Marc Bayart en Dr. Raf Roelandt op de dienst cardiologie op de campus Onze-Lieve-Vrouw. Dr. Vercammen is cardioloog en volgde een aanvullende opleiding sportgeneeskunde.



### DR. JOHAN DEHEM

In november werd een NMR-toestel geïnstalleerd op de campus Onze-Lieve-Vrouw. Radioloog Dr. Johan Dehem werd als NMR-specialist aangetrokken om deze nieuwe dienstverlening op te starten. Hij werkt sinds 1 oktober samen met acht andere radiologen: Dr. Acou, Dr. Allewaert, Dr. Capoen, Dr. De Sutter, Dr. Goemaere, Dr. Hoste, Dr. Maelfait en Dr. Vanhove.



> **Dokters kunnen steeds meer.**

**Maar er komt een moment dat zelfs de meest vernuftige behandeling geen echte genezing meer kan brengen. Vanaf dat moment komt het er op aan om de patiënt een zo comfortabel en pijnloos mogelijk levenseinde te bieden. <**

Voor patiënten die uitbehandeld zijn heeft het Jan Ypermanziekenhuis op de campus Mariaziekenhuis in Poperinge sinds twee jaar een palliatieve eenheid.

**Rita Decoene** (hoofdverpleegkundige palliatieve eenheid): "De verpleegeenheid bestaat uit een aantal eenpersoonskamers, een verpleegpost, een badkamer, een strijk- en wasplaats en een woonkamer met kitchenette. We willen een zorg aanbieden in een sfeer die zo goed mogelijk de situatie thuis benadert, zowel op lichamelijk, psychisch, relationeel als spiritueel vlak. Pijnbestrijding is een belangrijk onderdeel van de begeleiding. We proberen de 'totale pijn' te verlichten. Dit betekent

# Als het leven wegglijdt...

dat we oog hebben voor zowel de lichamelijke als de psychische of de spirituele pijn. Goed luisteren is dan ook een belangrijk aspect van ons werk."

De begeleiding op de palliatieve eenheid is zeer intensief: de verpleegkundigen besteden veel tijd aan patiënt, familie en vrienden. Overdag wordt de dienst bemand door drie verpleegkundigen en de hoofdverpleegkundige, al dan niet met hulp van vrijwilligers.

's Nachts is er één verpleegkundige, die wel een beroep kan doen op verpleegkundigen van andere nachtdiensten.

Mensen kunnen in de palliatieve eenheid worden opgenomen wanneer de prognose op twee à drie maanden wordt ingeschat. Een tijdelijk verblijf is ook mogelijk, bijvoorbeeld om de familie te ontlasten of de pijn onder controle te krijgen. Hoewel de dood steeds beter bespreekbaar wordt, ligt de drempel voor opname voor veel mensen nog hoog.

**Rita Decoene:** "Werken op een palliatieve eenheid gaat soms gepaard met een lach en een traan. Maar de waardering en de dankbaarheid die we ondervinden van de families en de hechtheid van ons team zijn voor ons telkens weer een stimulans."

## Verzekering voor hospitalisatie

> **Goed nieuws voor Waalse patiënten die bij de christelijke mutualiteit de aanvullende hospitalisatieverzekering Solimut afgesloten hebben: vanaf 1 januari 2001 merken zij ook in het Jan Ypermanziekenhuis het verschil op hun ziekenhuisfactuur. <**

Het Jan Ypermanziekenhuis trekt niet alleen veel volk uit de Westhoek. Ook veel patiënten uit Franstalig België kiezen voor een kortere verplaatsing en behandeling in een Vlaams ziekenhuis. Het is dan ook logisch dat deze patiënten van dezelfde voordelen willen genieten als in Waalse ziekenhuizen.

Vanaf 1 januari 2001 zal het Jan Ypermanziekenhuis voor patiënten die bij de Waalse christelijke mutualiteit een Solimut-verzekering hebben afgesloten, een rechtstreekse verrekening kunnen maken bij hun ontslag uit het ziekenhuis. Solimut is een facultatieve hospitalisatieverzekering van de Waalse CM.

In de praktijk betalen patiënten in een eenpersoonskamer zelf de opleg voor de kamer, eventuele supplementaire honoraria, de telefoonkosten en de Solimut-franchise: tot 10.000 frank voor volwassenen, 5.000 frank



Waalse patiënten kennen de weg naar Ieper

voor jongeren onder de 18 jaar en 2.000 frank voor een behandeling in het dagziekenhuis. De rest is voor de aanvullende verzekering. Voor een tweepersoonskamer of gemeenschappelijke kamer betaalt men enkel de telefoonkosten en de Solimut-franchise.



48 procent van de personeelsleden werkt deeltijds

> **Het Jan Ypermanziekenhuis behoort, samen met bedrijven als Picanol, tot de grootste werkgevers in de regio Ieper en Poperinge. Met 1.000 mensen in dienst mag het ziekenhuis dan ook een economisch zwaargewicht worden genoemd.** <

Met de fusie werd het Regionaal Ziekenhuis Jan Yperman één van de belangrijkste werkgevers in de regio Ieper en Poperinge.

De fusie zelf heeft dan ook niet voor banenverlies gezorgd. Integendeel: de campussen bleven alledrie bestaan en bovendien werd het dienstenaanbod ook nog eens uitgebreid. Ghislain Salomez (departementshoofd administratie, financiën, technische diensten en informatica) dook in de statistieken op zoek naar tendensen.

**Ghislain Salomez:** "Eind september had het ziekenhuis 937 personeelsleden in dienst. Als we dat omrekenen in voltijdse betrekkingen, komen we uit op 768 banen. Ongeveer 48 procent van de personeelsleden werkt deel-

# Yperman maakt er werk van

tijds. Dat is een normale verhouding in de sector: in ziekenhuizen werken veel vrouwen, en voor velen onder hen is deeltijds werk een goede manier om gezin en carrière met elkaar te combineren. Veel personeelsleden kiezen ook voor een loopbaanonderbreking of nemen hun ouderschapsverlof op. Ongeveer 12 procent van het Yperman-personeel maakt gebruik van loopbaanonderbreking."

Daarnaast doet het ziekenhuis ook een beroep op verschillende tewerkstellingsprogramma's. Het oudste systeem is dat van de IBF-statuten. Het ziekenhuis krijgt een deel van de loonlast terug uit het interdepartementeel begrotingsfonds. Recentere programma's zijn enerzijds en anderzijds de startbanen en het fonds voor sociale maribel.

**Ghislain Salomez:** "De startbanen zijn voorbehouden aan pas afgestudeerde werknemers: het systeem is in feite een vervolg op het vroegere systeem van stagiairs. Startbanen zijn beperkt in de tijd, maar na de voorziene twaalf maanden biedt het ziekenhuis deze mensen meestal een definitieve baan aan. Het fonds voor sociale maribel is een paar jaar geleden ontstaan als tegemoetkoming na de witte woede. Ook in deze systemen springt de overheid financieel bij."

Ook de zelfstandigen mogen in dit rekensommetje niet worden vergeten: 87 geneesheren en 12 therapeuten werken als zelfstandigen in het Jan Ypermanziekenhuis.

## Uniform

### VISITEKAARTJE IN GROEN EN ZWART

Een groene katooten trui, een met groen gebiesde zwarte rok, een zwart jasje en een gestreept sjaaltje in zwart, beige en groen de kleuren van het ziekenhuislogo vormen duidelijk de inspiratiebron voor het nieuwe receptie-uniform.



Els Ingelaere: "Elk seizoen wordt er minstens één stuk in de garderobe vervangen. De receptie-dames denken zelf mee over het nieuwe uniform. Eenmaal goedgekeurd kunnen de collega's van de hoteldienst aan de slag. De truien kopen we aan, maar de rokken en de jasjes worden binnenshuis op maat gemaakt."

En dat is een behoorlijke klus: verspreid over de drie campussen krijgen immers een stuk of veertig dames een nieuw uniform. Dames van alle leeftijden en maten, die er uiteraard allemaal piekfijn moeten uitzien.

Els Ingelaere: "Dat vinden we heel belangrijk: de receptie is het visitekaartje van het ziekenhuis."

## Velen weten meer dan één

> **In het Jan Ypermanziekenhuis steekt een gezelschap van kankerspecialisten één keer per week de koppen samen. Deze oncologische stafvergadering beslist multidisciplinair wat de beste therapie is voor complexe aandoeningen.** <

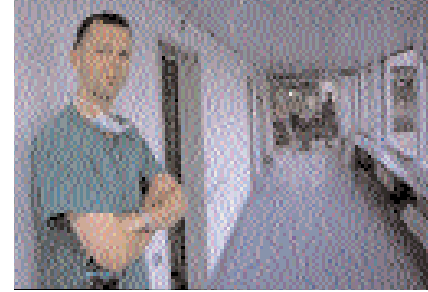
Bij sommige tumoren ligt de behandeling voor de hand. Andere zijn zo complex, dat het nuttig is om te overleggen met mensen uit verschillende specialiteiten. Wat is de aangewezen therapie? Welke chemotherapie is het meest geschikt voor deze specifieke tumor? Moeten we bestralen of niet? Wat is de meest geschikte heelkundige techniek in een specifiek geval? Om dit soort van vragen te beantwoorden, komt de oncologische stafvergadering sinds augustus één keer per week samen. Deze vergadering is samengesteld uit artsen uit de afdelingen heelkunde, interne geneeskunde, gynaecologie, radiologie, anatomopathologie en isotopen.

**Dr. Willy Deloof** (voorzitter medische raad): "Elke arts kan op de oncologische stafvergadering de dossiers naar keuze met zijn of haar collega's bespreken. Een tweede mening is trouwens altijd nuttig; ik schat dat zo'n 80 procent van alle oncologische gevallen op de stafvergadering besproken wordt."

De oncologische stafvergadering haalt ook expertise van buiten het eigen ziekenhuis binnen.

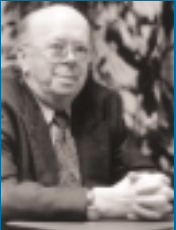
**Willy Deloof:** "We hebben een samenwerkingsverband met de oncologische staf van het Kortrijkse Groeninghe Ziekenhuis, campus Maria's Voorzienigheid: een medisch oncoloog en een radiotherapeut. Dat is geen overbodige luxe, aangezien we hier zelf geen radiotherapie hebben. Vroeger was er natuurlijk ook al overleg tussen de verschillende specialisten. Maar iedereen is bijzonder tevreden dat het nu zo gestructureerd verloopt. Dit kan de patiënten alleen maar ten goede komen."

# Liefst in je eigen bed



Dr. Joris Keeris in het dagziekenhuis

## In memoriam



In augustus overleed professor André Prims op 70-jarige leeftijd. Hij was tot aan zijn dood ondervoor-

zitter van het Jan Ypermanziekenhuis. Bijna een halve eeuw drukte André Prims zijn stempel op de katholieke gezondheidszorg in Vlaanderen en ver daarbuiten. In de eerste plaats was hij hoogleraar gezondheidsrecht en ziekenhuisbeleid aan de Faculteit Geneeskunde van de Universiteit te Leuven (KUL) de Université de Louvain (UCL). Daar bouwde hij een indrukwekkende academische carrière op en was een pionier in het Belgisch gezondheidsrecht. In Leuven richtte hij het Centrum voor Ziekenhuiswetenschappen op. In het Jan Ypermanziekenhuis werken verschillende van zijn oud-studenten. De professor zette zijn principes ook om in de praktijk: hij introduceerde het management in de Vlaamse gezondheidszorg. De ziekenhuizen die vanuit de kloostercongregaties waren ontstaan, gaf hij een nieuwe en moderne beleidsvisie mee. Hij voerde een scheiding door tussen beheer en dagelijks bestuur en hielp bij de overschakeling van de 'boekhouding van het sigarenkistje' naar de echte bedrijfsboekhouding. Met een nooit aflatende inzet was hij in de ziekenhuizen waarin hij beheerder was, een pleitbezorger voor modernisering, samenwerking en modern management. Zo was Professor André Prims ook een van de belangrijkste bezielers van de fusie die tot het Jan Ypermanziekenhuis zou leiden. Tenslotte was hij medestichter van het informatieblad 'Y-mail'. Met dit In Memoriam willen wij hem eren voor hetgeen hij voor de gezondheidszorg in het algemeen en het Jan Ypermanziekenhuis in het bijzonder heeft betekend.

> **Je gaat binnen in het ziekenhuis voor een operatie of een onderzoek en mag dezelfde dag nog naar huis: het dagziekenhuis is aangenaam voor de patiënt en bespaart de ziekteverzekering veel geld. In het Jan Ypermanziekenhuis neemt het dagziekenhuis vandaag al 35 procent van de operaties voor zijn rekening. <**

Het dagziekenhuis is een tamelijk recent, maar snel groeiend fenomeen. Voor de patiënt die 's nachts het liefst in zijn eigen bed slaapt, is het in elk geval een flinke stap vooruit. Niet dat ze je in het ziekenhuis slecht behandelen, maar zoals het klokje thuis tikt... Bovendien wordt het lijstje onderzoeken en ingrepen die in het dagziekenhuis mogelijk zijn, steeds langer. Anesthesist Dr. Joris Keeris is verantwoordelijk voor de werking van het dagziekenhuis op campus Onze-Lieve-Vrouw.

**Joris Keeris:** "Veel chirurgie onder plaatselijke en zelfs volledige verdoving kan perfect in het dagziekenhuis.

Een artroscopie – een kijkoperatie in de knie – is een klassiek voorbeeld. Maar ook soms voor de behandeling van een liesbreuk of het steken van oorbuisjes hoeft de patiënt niet altijd in het ziekenhuis te overnachten. Ook bepaalde internistische behandelingen en onderzoeken, zoals chemotherapie of een endoscopie van de darm, horen in het dagziekenhuis thuis."

Hoe korter het ziekenhuisverblijf, hoe goedkoper. Deze regering is dan ook een voorstander van opnames in het dagziekenhuis. In de Verenigde Staten gebeurt nu al bijna 60 procent van alle chirurgische ingrepen volgens deze formule. In België gaat het ook die richting uit.

**Joris Keeris:** "In het Jan Ypermanziekenhuis zitten we aan 35 procent van de operaties. In totaal hebben we nu 75 bedden in het dagziekenhuis, verspreid over de verschillende campussen. Het is de bedoeling om in de toekomst naar 90 bedden te groeien."

## Collega's maken de brug

> **Terug op de schoolbanken... Vier verpleegkundigen volgen momenteel de brugopleiding A2-A1 Verpleegkunde aan het HIVV in Kortrijk. <**

Eind 1998 besliste de minister van Volksgezondheid dat de A2-opleiding Verpleegkunde op termijn zou verdwijnen. Heel wat A2-verpleegkundigen wisten toen al hoe laat het was: wie nog hogerop wou, kon maar beter een A1-diploma op zak hebben.

**Greet Lefevre** (intensieve zorgen en spoedgevallen OLV): "Ik zou het doodjammer vinden als ik op intensieve zorgen weg zou moeten omdat ik het juiste papierdje niet kan voorleggen."



A2-verpleegkundigen kunnen een A1-diploma halen

A2-verpleegkundigen kunnen nu alsnog het A1-diploma halen. Met twee namiddagen les per maand en vooral veel zelfstudie.

**Ludo Walhou** (Radiologie OLV): "Ik spreid de vakken over twee jaar. Het zijn kleppers van syllabussen die we mee naar huis krijgen. We krijgen het zeker niet voor niets."

**Werner Room** (Dagziekenhuis en Spoedopname OLV): "Een gezin, een job en een studie: even eenvoudig te combineren is het niet altijd. 's Morgens vroeg, als iedereen het huis uit is, studeer je het best heb ik al ondervonden."

Dat ze met zoveel jaar ervaring nog stage moeten lopen, dat vinden de vijf niet erg logisch. De opleiding worstelt duidelijk nog met enkele kinderziekten.

**Johan Couchez** (Intensieve Zorgen MZP): "Wij leren van hen, zij leren van ons. Als het woord 'hartdecompensatie' valt, horen wij het niet in Keulen donderen. Integendeel, vanuit onze ervaring kunnen we daar een aardig woordje over meepraten."

Of ze collega's de brugopleiding zouden aanraden?

**Ils Quaghebeur** (radiologie MZP): "Het zou zonde zijn om deze kans te laten liggen. Er is zoveel veranderd in de medische wereld sinds ik op de schoolbanken zat."



Dr. Johan Blanquaert (dienst oogheelkunde)

# Licht in de duisternis

> **Blindheid bij 50-plussers wordt in 90 procent van de gevallen veroorzaakt door degeneratie van de macula. Sinds kort beschikt de dienst Oogheelkunde over een laser die de kwaal belet verder te woekeren.** <

De macula is het gevoeligste deeltje van ons netvlies. Alles wat je scherp ziet, wordt van hieruit via de oogzenuw naar de hersenen doorgeseind. Maar de macula is ook het kwetsbaarste deeltje van ons netvlies.

**Dr. Johan Blanckaert** (dienst oogheelkunde): "Er zijn twee vormen van maculadegeneratie. Bij de droge vorm gaan de fotopigmentcellen in de macula langzaam kapot. Daar valt niets tegen te beginnen, maar het is gelukkig een heel traag proces. Patiënten met droge maculadegeneratie ontwikkelen op termijn een zwarte vlek centraal in hun gezichtsveld. De natte vorm ontwikkelt zich ook traag, maar tast in 42 procent van de gevallen binnen de vijf jaar ook het tweede oog aan. Meestal wordt dan

pas de diagnose gesteld. In dat geval is het een kwestie van maanden voor het hele gezichtsvermogen bedreigd wordt."

Tot voor kort viel natte maculadegeneratie al evenmin te genezen als de droge vorm. Bij deze vorm ontwikkelen er zich slechte bloedvaten onder het netvlies. Men kon deze enkel vernietigen met een thermische laser. Je zag er meteen een stuk minder door maar de aandoeining kon tenminste niet meer verder woekeren. Op termijn boekte je winst.

**Johan Blanckaert:** "Nu kunnen we wel degelijk een therapie aanbieden. Onze patiënten krijgen Visudyne toegediend, een medicament met verteporfine als actief bestanddeel. Dit medicijn nestelt zich in de slechte bloedvaten onder de macula. Vervolgens bestralen we met de laser de macula met een zeer specifieke golf lengte. De verteporfine wordt hierdoor geactiveerd en tromboseert de bloedvaten." Maculadegeneratie is een continu proces: eens

de diagnose is gesteld, moet de patiënt zich maandelijks ter controle aanbieden. Een laserbehandeling is doorgaans maar drie keer nodig in het eerste jaar. Het tweede jaar is dit nog maximum twee keer. Gelukkig maar.

**Johan Blanckaert:** "Voorlopig betaalt het RIZIV enkel de laserbehandeling (plusminus 10.000 frank) terug. Het medicament moet de patiënt volledig zelf betalen en dat kost een kleine 50.000 frank per behandeling. Het RIZIV heeft wel beloofd binnenkort ook dit bedrag terug te betalen. Dan zullen ook de reeds behandelde patiënten hun Visudyne terugbetaald krijgen." Voor een laserbehandeling is hospitalisatie niet noodzakelijk. Maar... Visudyne is wel lichtreactief en heeft 48 uur nodig om uit het lichaam te verdwijnen.

**Johan Blanckaert:** "We moeten onze patiënten dus een donkere zonnebril meegeven en hen waarschuwen hun huid niet bloot te stellen aan de zon of halogeenlampen. Zoniet zouden ze lichte brandwonden kunnen oplopen."

## Patiënt in schijfjes

> **Over de komst van de NMR las je al op de voorpagina van deze Y-mail. In campus Onze-Lieve-Vrouw wordt eveneens een nieuwe scanner in huis gehaald. Een Multislice CT-scanner komt er het vorige toestel vervangen.** <

De nieuwe Multislice Spiraal CT-scanner moet patiënt en dokter vooral tijd besparen. Radioloog Dr. Jan Capoen legt uit waarom.

**Jan Capoen:** "De Multislice werkt gewoon vier keer zo snel. Met de Monoslice konden we in één ademhaling dwarsdoorsneden maken van ongeveer dertig centimeter van het lichaam. Met het nieuwe toestel kan in één ademhaling bijna meteen het volledige lichaam in beeld gebracht worden. Dat is vooral goed nieuws voor patiënten die niet zo goed hun adem kunnen inhouden, zwaarlijvige mensen bijvoorbeeld, of patiënten die moeilijk stil kunnen liggen."

Nog een voordeel van de Multislice zijn de fijnere doorsneden. Met de oude scanner moesten

de radiologen zich noodgedwongen beperken tot doorsneden van 2 à 3 millimeter. Met de Multislice Spiraal CT-scanner kan de patiënt in schijfjes van 1 millimeter verdeeld worden.

**Jan Capoen:** "Medisch is dat significant. Hoe gedetailleerder de beelden, hoe makkelijker het is om de juiste diagnose te stellen."

De nieuwe CT-scanner zal vooral gebruikt worden om het bovenlichaam te onderzoeken. Alle negen radiologen van het Jan Yperman-ziekenhuis zullen er in principe mee werken.

**Jan Capoen:** "Om de NMR op te starten is een radioloog met een speciale NMR-erkenning aangetrokken. Toch is het niet de bedoeling dat iemand zich in één toestel gaat specialiseren. Alle radiologen zullen met de Multislice moeten kunnen werken, zoals op termijn iedereen ook met de NMR overweg moet kunnen."



De nieuwe Multislice Spiraal CT-scanner

# Werken is goed voor de rug

Bot

## OPGELET VOOR BOTONTKALKING

Tijdens en na de menopauze maken vrouwen minder oestrogenen aan. Een aantal onder hen krijgen fragielere beenderen en lopen meer kans op een breuk of rug- en heuppijn. Gelukkig kan botontkalking met medicatie bestreden worden. Afhankelijk van de mate van ontkalking zijn dat vitamine D en calcium, hormonale vervangers of bifosfonaten. Dames die willen weten of zij aan botontkalking lijden, kunnen zich snel na de start van hun menopauze bij de huisarts of specialist aanmelden. Die kan hen eventueel doorverwijzen naar de dienst fysische geneeskunde voor een 'botdensitometrie'. Dit onderzoek maakt duidelijk of er wel of niet aan medicatie moet worden gedacht. Ook bij mannen verhoogt het risico op heupfracturen met de leeftijd. De oorzaken zijn dan vaak hormonale factoren, roken en sommige aandoeningen. Ook hier kan een tijdige behandeling veel leed voorkomen.



Y-mail is het tijdschrift van het Regionaal Ziekenhuis Jan Yperman. Briekestraat 12 - 8900 Ieper. Tel. 057 22 31 11. Fax 057 22 34 08. V.u.: Eric Luyckx. Bladcoördinatie: Jan Blonrock (jan.blonrock@yperman.org)

Y-mail wordt verzorgd door F-Twee communicatie. Tel. 09 265 97 20. contact@f-twee.be

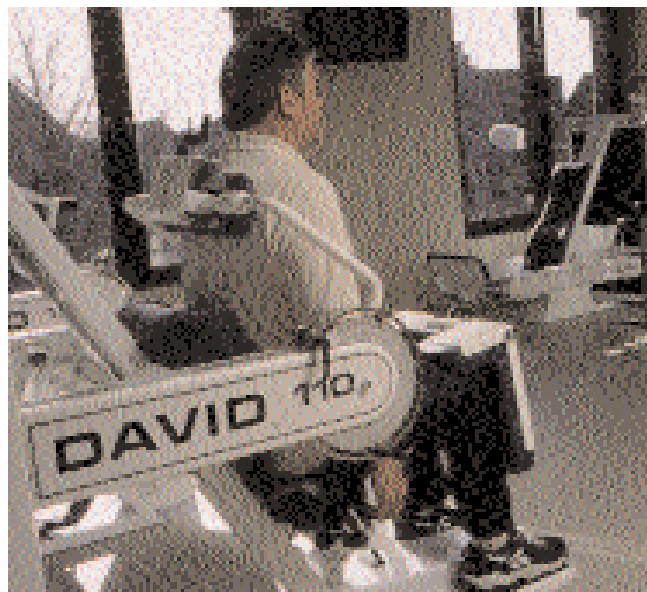
> Lage rugpijn is de belangrijkste oorzaak van werkverzuim: acht op de tien Belgen worden er mee geconfronteerd. Voor mensen met terugkerende en chronische lage rugpijn startte de rugeenheid van het Jan Ypermanziekenhuis de David Back-behandeling op. <

Tachtig procent van alle Belgen krijgt in zijn leven last van lage rugpijn. Bij 90 procent van hen verdwijnt die pijn binnen de twee maanden. De rest ontwikkelt chronische lage rugpijn. Een niet te onderschatten aandoening, want rugpijn maakt het leven zuur en het werken meer dan eens onmogelijk.

**Dr. Filip Lefevere** (verantwoordelijke dienst revalidatie): "De precieze oorzaken zijn soms moeilijk op te sporen. Vast staat dat de kwaal vaak het gevolg is van ons zittend leven, waardoor de rugspieren verzwakken. Wie dan rugpijn voelt, zal nog minder bewegen en dus nog zwakkere rugspieren krijgen. Het is een vicieuze cirkel."

Een team medici en ingenieurs ontwikkelde in Finland een systeem waarmee de vicieuze cirkel kan worden doorbroken: het David Back-systeem. Doelgroep zijn patiënten die langer dan twee maanden last hebben van lage rugpijn en bij wie de aandoening te wijten is aan verzwakte rugspieren.

**Filip Lefevere:** "Eerst gaan we na welke spieren precies verantwoordelijk zijn. Daarvoor moet de patiënt - recht op vastgesnoerd in een groot toestel - voorover, achteruit en opzij bewegen. Het toestel meet de beweeglijkheid van de rug en de kracht van de verschillende spiergroepen. Zo weten we precies welke spiergroepen moeten worden getraind. Voor de eigenlijke behandeling neemt de patiënt opnieuw in een toestel plaats. Doordat welbepaalde gewrichten worden vastgezet, traint men selectief heel specifieke spiergroepen. Bovendien wordt de weerstand kleiner of groter ge-



De David Back-methode traint specifieke spiergroepen

maakt, afhankelijk van de sterkte van de spieren."

De David Beck-methode bestaat pas vijf jaar, maar maakt wereldwijd furor. De rugkliniek van het Jan Ypermanziekenhuis is het tweede centrum in België dat de methode in huis haalde. De reacties van de patiënten spreken boekdelen.

**Filip Lefevere:** "Het vergt wel 30 tot 60 behandelingen van telkens 2 uur, maar het resultaat mag er zijn. We kunnen niet beloven dat de pijn volledig verdwijnt: artrose kun je niet wegtoveren. In elk geval wordt de levenskwaliteit beter en kunnen de meeste patiënten opnieuw aan de slag. Werken is goed voor de rug. Maar dan moet je wel op je houding letten en correct bewegen."

## Elektronische communicatie

> Binnenkort kunnen niet alleen diensten binnen het ziekenhuis, maar ook andere ziekenhuizen en externe artsen de resultaten van technische onderzoeken op het computerscherm raadplegen. <

Begin 2001 word de resultatenserver Qdfiles operationeel in het Jan Ypermanziekenhuis. Op deze server worden de resultaten van technische onderzoeken (bijvoorbeeld radiologische onderzoeken of laboratoriumtesten) op een logische manier bijeengebracht en georganiseerd. Artsen en verpleegkundigen met een toegangs-

recht kunnen deze gegevens via de computer inkijken.

Dankzij de nieuwe server kunnen deze resultaten en eventuele medische verslagen ook elektronisch worden doorgestuurd naar huisartsen en andere aanvragers. Qdfiles wordt daarvoor gecombineerd met Medibridge, een beveiligde uitwisseling van medische gegevens tussen verzenders (ziekenhuizen, klinische laboratoria, specialisten,...) en ontvangers (huisartsen, ziekenhuizen, specialisten...).