

Toelating gesloten verpakking 8/161
Afgiftekantoor Antwerpen-X
Terugzendadres: Kuiperskaai 6, 9000 Gent

Het Jan Ypermanziekenhuis Vier jaar fusie

Verder
in dit
blad

- 3 Financiering van fusieziekenhuizen
- 4 Intensief toezicht op eenheid voor beroertezorg
- 6 Dialyse in de schijnwerpers
- 7 Patiënten beoordelen Jan Yperman
- 8 Wachten op de eerste steen



David Back-zaal



NMR-scanner



Gammacamera

> **Vier jaar geleden fusioneerden drie ziekenhuizen en werd het Jan Ypermanziekenhuis een feit. Deze fusie maakte het mogelijk om nieuwe geneesheren, nieuwe diensten en nieuwe toestellen binnen de ziekenhuis-muren te brengen. Zo werd topgeneeskunde mogelijk in de regio.** <

Op 1 juli 1998 ging de fusie officieel van start. De vroegere ziekenhuizen van de regio – Mariaziekenhuis, Kliniek Zwarte Zusters en O.-L.-Vrouweziekenhuis – sloegen de handen in elkaar. Waarom was deze stap nodig?

Algemeen directeur Eric Luyckx: "In de eerste fase wou men behouden wat er was: drie goed draaiende ziekenhuizen met elk hun diensten. Maar er moest meer zijn: de fusie moest het mogelijk maken om nieuwe diensten aan te bieden, om te voldoen aan de nieuwe erkenningsnormen en om bestaande disciplines uit te breiden met nieuwe artsen."

Is dit nu gelukt? Een stand van zaken na vier jaar fusie. Vier voorbeelden illustreren hoe de fusie voor nieuwe vormen van topgeneeskunde zorgde:

- 1) De nucleaire magnetische resonantie tomograaf (NMR) en de spiraal CT-scanner laten toe om pijnloos onderzoeken uit te voeren en ziekten op te sporen. Over deze toestellen kon u alles lezen in Y-mail nr. 2.

- 2) De dienst nucleaire geneeskunde toont onderdelen van het menselijk lichaam en hun werking, ná het inspuiten van radioactieve producten. Over hoe men op deze dienst ook radioactieve eitjes bakt, kon u alles vernemen in Y-mail nr. 1.
- 3) Iedere dinsdag worden in het Jan Ypermanziekenhuis de nieuwe gevallen van kanker besproken. Voor elke patiënt bespreekt de oncoloog met een groep specialisten en de huisarts de best mogelijke behandeling: bestraling, chemotherapie, chirurgie...of een combinatie van deze mogelijkheden.
- 4) De dienst fysiotherapie en revalidatie zorgt ervoor dat wie problemen heeft met het bewegen er weer bovenop geraakt. De 'David Back'-zaal heeft al menigeen doen zweten, maar heeft vooral heel wat ruggen in betere conditie gebracht. Hierover kon u alles lezen in Y-mail nr. 2.

Hoofdgeneesheer dr. Willy Traen: "In dit nummer vindt u vier andere mooie medische realisaties van de fusie: de voetkliniek, de eenheid voor beroertezorg, de borstkliniek en de geheugenkliniek. Het zijn vier voorbeelden waarbij een groep artsen van verschillende specialisaties, verpleegkundigen en paramedici samenwerken om de patiënt weer beter te maken."

Het Jan Ypermanziekenhuis: drie in één tot 2007



Anty

DE GROENE KINDERVRIEND

Patiëntjes op de afdeling Pediatrie mogen eind dit jaar een wel heel bijzondere bezoeker verwachten. Hij is groen, voelt zacht aan, heeft een grappige snuit en zijn favoriete tijdverdrif is spelen met kinderen. Zijn naam? Anty.

Een ziekenhuisverblijf is geen pretje voor kinderen. Om hun isolement te doorbreken en hen hun ziekte even te laten vergeten, werd onlangs het bijzondere speelkameraadje Anty ontwikkeld. De groene knuffel is een intelligente robot die zijn ogen en oren beweegt en reageert op het gedrag van de kinderen. Op termijn zal Anty ook rondwandelen en meezingen met liedjes op de radio. De robot wordt ontwikkeld door het leperse Robonetics nv en zal voor het eerst met kinderen spelen in het Jan Ypermanziekenhuis. Na dat pilootproject in december wil de Anty Foundation het initiatief uitbreiden naar ziekenhuizen over heel Vlaanderen. Voor meer informatie, surf naar www.anty.org.



> **De realisatie van de fusie gebeurt in verschillende fasen. Op 1 juli 2000 ging fase 2 van start. Tot 2007 vormt onderstaande verdeling van diensten de basis van de organisatie van het Jan Ypermanziekenhuis met zijn drie campussen. <**

Bij het ontstaan van de fusie waren er drie doelstellingen. Vooreerst de vrije keuze van de arts. De patiënt moet terecht kunnen bij de geneesheer waarin hij zijn vertrouwen stelt of waarnaar zijn huisarts hem doorverwijst. De tweede doelstelling is dat de fusie het mogelijk moet maken om nieuwe diensten in de regio Ieper-Poperinge aan te bieden. En natuurlijk moet een fusieziekenhuis ook rendabel worden uitgebaat.

Algemeen directeur Eric Luyckx: "Met fase 2 van de fusie, op 1 juli 2000, begon een vrij ingrijpende verschuiving van diensten tussen de twee campussen in Ieper.

Op **de campus Kliniek Zwarte Zusters** vinden de ziekenhuisactiviteiten plaats die gepland zijn. De orthopedisten, gynaecologen, oftalmologen en stomatologen doen er hun geplande ingrepen, zowel op de hospitalisatiediensten als in het dagziekenhuis. De dienst fysiotherapie en revalidatie heeft er de David Back-zaal en

het zwembad. Daarnaast zijn er twee afdelingen geriatric. **De campus O.-L.-Vrouweziekenhuis** huisvest alle interne geneeskunde, samen met de kinderafdeling, de materniteit, de spoedgevallendienst, de intensieve-zorgenafdeling en de M.U.G. Op deze campus vinden alle niet-geplande orthopedische, gynaecologische en andere traumatologische ingrepen plaats, alsook de algemene chirurgie (chirurgie aan maag, darmen, longen en bloedvaten), de operaties aan blaas of prostaat, en aan neus, keel of oren.

Op **de campus Mariaziekenhuis Poperinge** ten slotte gebeuren alle ziekenhuisactiviteiten zoals voor de fusie. U vindt er de basisdiensten inwendige geneeskunde, chirurgie, materniteit, geriatric en de kinderafdeling, naast de intensieve-zorgenafdeling en de spoedgevallendienst. Sinds de fusie is er op deze campus ook een CT-scanner en doen verschillende nieuwe geneesheeren er consultaties: de fysiotherapeuten, de oncoloog en de endocrinologe. Ten slotte is er de afdeling palliatieve zorgen. Hier worden mensen en hun familie begeleid bij het afscheid nemen van het leven. In de loop van 2007 begint fase 3, waarbij alle activiteiten gecentraliseerd zijn op één campus, maar met behoud van een antenne in Poperinge."

Shopperen ook in de ziekenhuiswereld: www.mloz.be/zt

Mensen die in een ziekenhuis een chirurgische ingreep moeten ondergaan, kunnen gaan zoeken naar de goedkoopste oplossing. De studiedienst van de Onafhankelijke Ziekenfondsen maakte een vergelijking van de meest voorkomende ingrepen in alle Belgische Ziekenhuizen van 1997 tot 2000. Hoe scoort het Jan Ypermanziekenhuis in deze studie?

De Onafhankelijke Ziekenfondsen baseerden zich voor deze studie op de facturatiegegevens van de hospitalistieverzekering 'Hospitalia'. De ingrepen in de vergelij-

king zijn onder andere een natuurlijke bevalling, een keizersnede, de verwijdering van aambeien, de prostaat of de appendix, een heupprothese, een galblaasoperatie en een knieoperatie. Het onderzoek wil geen waardeoordeel vellen over de kwaliteit van de ingrepen en de verzorging. De resultaten van de vergelijking vindt u op de website www.mloz.be/zt.

Het Jan Ypermanziekenhuis scoort in deze vergelijking zeer goed, zowel voor het verblijf in een éénpersoonskamer, het ereloon als voor de kost verrekend aan de mutualiteit. (zie grafieken p.3)

Financiering van fusieziekenhuizen

Een “spannend” verhaal

> **Fusieziekenhuizen werken in de beginfase meestal nog op verschillende campussen. De financiering van de overheid gaat er na korte tijd echter van uit dat alles reeds op één campus gegroepeerd is.** <

Ziekenhuizen mogen voor hun prestaties een kostprijs aanrekenen aan de overheid en een klein gedeelte factureren aan de patiënt. Op de ziekenhuisfactuur zijn daarover heel wat zaken te lezen. De overheid bepaalt zelf hoeveel deze kostprijs mag bedragen. Dit gebeurt voor alle ziekenhuizen door activiteiten te financieren. Een voorbeeld.

Op de hospitalisatiediensten, waar patiënten verblijven, bepaalt de overheid via normen hoeveel personeelsleden er per dertig bedden moeten zijn. Voldoet het ziekenhuis aan deze verplichting, dan voorziet de overheid hiervoor ook centen of euro's.

Gebeurt dit dan anders voor fusieziekenhuizen? Op het ogenblik van de fusie wordt een gemiddelde prijs berekend. De kostprijzen of ligdagprijzen van de drie vroegere ziekenhuizen worden samengesmolten in een gemiddelde prijs: de nieuwe ligdagprijs van het fusieziekenhuis. Op dat ogenblik is er geen probleem omdat

deze gemiddelde kostprijs alle activiteiten financiert die op de drie campussen plaatsvinden. Het verhaal wordt pas spannend wanneer “Brussel” afstapt van deze gemiddelde prijs en een nieuwe kostprijs berekent voor het fusieziekenhuis. Daarbij gaat de overheid ervan uit dat alle activiteiten reeds op één campus gebeuren, terwijl dit nog niet het geval is. Zo hadden de Kliniek Zwarte Zusters, het Mariaziekenhuis en het O.-L.-Vrouweziekenhuis elk een goed werkende spoedgevallendienst. Rond het tijdstip van de fusie, op 1 juli 1998, vaardigt de federale overheid nieuwe erkenningnormen uit. Daarbij moeten er 24 uur op 24 gespecialiseerde artsen en verpleegkundigen op de spoedgevallendienst aanwezig zijn. Maar in plaats van de drie spoedgevallendiensten verder te financieren, komt de overheid nog slechts voor één dienst tussen in de ligdagprijs.

Algemeen directeur Eric Luyckx: “Het fusieziekenhuis staat op dat ogenblik voor de grote uitdaging om verder een volledige patiëntenzorg te organiseren op drie campussen, niet enkel op de hospitalisatiediensten maar ook op de intensieve-zorgenafdeling en de spoedgevallendienst. Het Jan Ypermanziekenhuis gaat deze uitdaging aan: verder kwaliteitszorg organiseren op drie campussen!”

Nieuwe gezichten

DIRK LAMBRECHTS

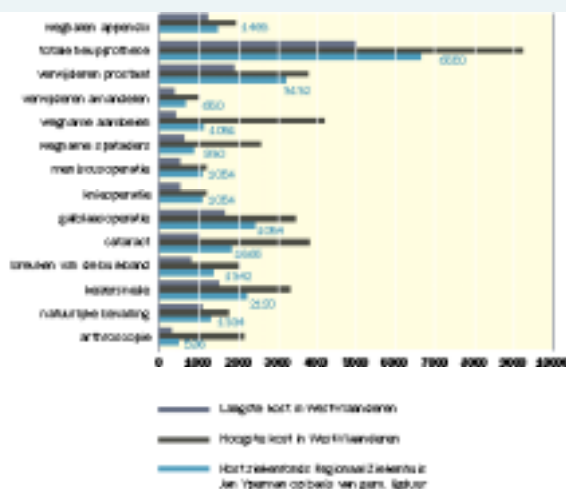
Dirk Lambrechts is de nieuwe administratief en financieel directeur van het Jan Ypermanziekenhuis. In die functie is hij verantwoordelijk voor de administratie, de technische dienst en het informatiegebeuren van het ziekenhuis.



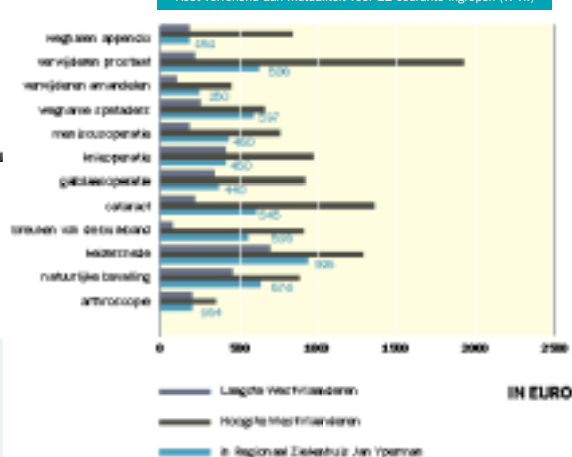
Vergelijk zelf de kostprijs van een aantal courante ingrepen in West-Vlaanderen

(studie van het onafhankelijk ziekenfonds)

Beschikbare kostprijzen voor verblijf en ereloon in eenpersoonskamer



Kost verrekend aan mutualiteit voor 12 courante ingrepen (W.V.)



Na zijn licentie handels- en financiële wetenschappen volgde Dirk Lambrechts een programma 'management en beleid van gezondheidszorg'. Ook professioneel is hij niet aan zijn proefstuk toe. Hij werkte voordien bij het Fonds voor Beroepsziekten, was administratief financieel directeur van het fusieziekenhuis Klina in Brasschaat en was tot voor kort aan de slag bij de Katholieke Hogeschool Kempen, waar hij les gaf aan graaustudenten informatica.

Bewijzen op tafel



Dr. Geert Page

Oogheelkunde via computer

LIVE VOOR DE LENS

Tijdens een internationaal congres in Luik voerde dr. Johan Blanckaert een geslaagde cataractoperatie uit waarbij gebruik werd gemaakt van de modernste computerbesturing. De ingreep werd gefilmd en kon live worden gevolgd door 105 collega's.



Sinds 1999 maakt dr. Blanckaert deel uit van een internationaal gezelschap dat vernieuwingen in de oogheelkunde demonstreert aan collega's-oogartsen. De groep bestaat uit twee Belgen, een Nederlander, een Fransman en een Amerikaan.

In Luik voerde dr. Blanckaert een cataractextractie via 'phaco-emulsificatie' uit. Via ultrasone trillingen wordt de vertroebelde ooglenz verwijderd en daarna wordt een kunstlenz geïmplant. Tijdens de ingreep demonstreerde hij onder andere het gebruik van nieuwe software voor de besturing van het ALCON Legacy phaco-emulsificatietoestel. Normaal moet zo'n toestel vooraf geprogrammeerd worden en kan de arts, via assistentie van een verpleegster, van de ene geprogrammeerde stap in het verwijzingsproces naar de volgende overgaan. Nu is de software zo ontwikkeld dat de chirurg zelf vrij kan bewegen tussen de verschillende fasen. De vernieuwing zou je kunnen vergelijken met de overstap van DOS naar het gebruiksvriendelijke Windows en garandeert het meest veilige verloop van de ingreep.

> **Dr. Geert Page is voorzitter van de Vlaamse Werkgroep Verloskunde en combineert zijn praktijk als gynaecoloog in het Jan Ypermanziekenhuis met een Masterprogramma Evidence Based Health Care aan de universiteit van Oxford. Hij is de eerste Belg in vijf jaar tijd die toegelaten werd tot deze postgraduaatopleiding.** <

Enkele jaren geleden ontstond een nieuwe beweging in de geneeskunde: Evidence Based Health Care (EBHC). Het algemene idee is dat geneeskunde bij voorkeur gebaseerd moet zijn op de 'best beschikbare evidentie': men moet wetenschappelijke verantwoording kunnen afleggen over het hoe en het waarom van het medische handelen. Hier tegenover staat de huidige geneeskunde, de Experience Based Medicine, die eerder gebaseerd is op (individuele) ervaring, traditie of op louter fysiopathologische redeneringen.

Dr. Geert Page: "Evidence Based Health Care steunt op drie pijlers: information, knowledge en wisdom. Je verzamelt betrouwbare informatie (information), verwerkt die tot kennis (knowledge) en die pas je toe bij de behandeling van patiënten, rekening houdend met hun waarden en verwachtingen (wisdom). Maar het selecteren van nuttige informatie is geen lachertje. Als je op

de hoogte wil blijven van de recente evoluties in de medische wereld, zou je elke dag gemiddeld negentien medische artikels moeten lezen. Dat is uiteraard onmogelijk en daarom leer ik in mijn opleiding hoe je een goede selectie kunt maken in het overaanbod aan bronnen. In tweede instantie moet je de geselecteerde artikels kritisch analyseren en vervolgens toepassen binnen je klinische expertise, gebruik makend van je ervaring als arts."

Momenteel heeft dr. Geert Page twee van de drie opleidingsjaren achter de rug. "Ik wil door de opleiding mijn patiëntenzorg nog verbeteren. Dat betekent: goede therapieën sneller invoeren en minder goede niet invoeren of schrappen. Bovendien biedt EBHC meer middelen om mijn patiënten nog beter te informeren. En op langere termijn zullen artsen dankzij EBHC veel beter de dialoog kunnen aangaan met de andere partners in de gezondheidszorg (ziekenhuisdirecties, mutualiteiten, overheid...). Zodra geweten is wat de beste behandeling is voor een bepaalde pathologie, kan de toch krappe budgettering van de Belgische gezondheidszorg beter worden afgestemd ten dienste van de bevolking. Aldus blijft de arts de beste verdediger van de patiënt in de huidige gezondheidsinfrastructuur."

Intensief toezicht

> **Oma of opa kan plots niet meer praten. De arm of het been wil niet meer mee. De gevolgen van een beroerte, een C.V.A. of een 'attaque' zoals de volksmond zegt ... Deze patiënten kunnen voortaan terecht in de eenheid voor beroertezorg van het Jan Ypermanziekenhuis.** <

Op deze afdeling worden patiënten met een beroerte van heel dichtbij gevolgd zodat eventuele complicaties snel aan het licht komen. De nieuwe eenheid wordt ook wel eens 'mediumcare' genoemd, omdat je ze kunt situeren tussen een afdeling intensieve zorgen en een gewone afdeling. "Het idee is komen overwaaien vanuit Amerika en wordt meer en meer toegepast in Vlaanderen", legt **dr. Jan Vercammen** uit. "Bij de behandeling van beroertepatiënten staat of valt alles met de snelheid van de diagnose. Door de patiënten samen te brengen op één afdeling en ze intensief te volgen met een team van neurologen en internisten, kunnen we snel de oorzaak van de beroerte achterhalen. Op basis van die diagnose beslissen we of de patiënt al dan niet gebaat is bij een reperfusiotherapie of

een trombolysie, waardoor de doorbloeding wordt hersteld." Beroertepatiënten liggen de eerste 48 uur op een kamer met continue monitoring, waar voortdurend een verpleegkundige aanwezig is. Daarna verhuizen ze naar één van de zeven gewone bedden op de eenheid. "We volgen de patiënt zoals een hartpatiënt en ook zijn bloeddruk, suikergehalte en ademhaling worden nauwlettend in het oog gehouden", legt **dr. Johan Van Cauwenbergh** uit. "Op die manier kunnen we vroegtijdig verwickelingen opsporen, zoals hartritmestoornissen, verslikkingen of een neurologische achteruitgang. De betrokken artsen, verpleegkundigen, ergotherapeuten en kinesitherapeuten houden wekelijks ook een teamvergadering waarop elke patiënt besproken wordt."





Mijn geheugen?

Net een zeef!

> **Op 1 mei 2002 werd op de campus Kliniek Zwarte Zusters de geheugenkliniek geopend. Geheugenverlies wordt er onderzocht en de patiënt of zijn familie krijgt er steun en advies.** <

Bent U ook alweer uw telefoonnummer vergeten of de voornaam van één van uw kleinkinderen? Tijd om even binnen te springen in de geheugenkliniek op de campus Zwarte Zusters. Het telefoonnummer voor een afspraak? 057 22 54 41.

Internist-geriater **dr. Danny Demeyer** en neuropsychiater **dr. Guy Touquet** lichten de werking van de nieuwe dienst toe: "De geheugenkliniek is een multidisciplinair centrum dat zich vooral richt op mensen met beginnend geheugenverlies. Aan de hand van een hele reeks tests gaan we na of het geheugenverlies veroorzaakt wordt door dementie, een depressie of een lichamelijke aandoening." Het onderzoek verloopt in twee fasen. Tijdens het eerste bezoek peilt een verpleegkundige naar de aandacht en concentratie en wordt het geheugen getest. **Dr. Guy Touquet:** "Dat is het zogenaamde Mini Mental State Examination. Als dat afgerond is, wordt de patiënt geïnterviewd en neurologisch onderzocht. Er wordt gebruik gemaakt van de Camdex-R, het Cambridge Examination of the Elderly-Revised Edition, een internationaal onderzoeksschema voor differentiaaldiagnose in de psychogeriatric. Daarna gaat de patiënt naar dr. Demeyer die een intern onderzoek doet, eventueel aangevuld met labotests en een electrocardiogram.

Ondertussen ondervraagt de verpleegkundige de familie van de patiënt. Dit gebeurt eveneens met de gestructureerde vragenlijst van de Camdex-R en de Neuropsychiatric Inventory. Zo krijgen we een meer betrouwbaar zicht op het functioneren van de patiënt en op de implicaties van de verzorging."

Dr. Danny Demeyer: "Tijdens het tweede bezoek wordt een NMR-scan genomen van de hersenen en volgt het psychologisch onderzoek. Via een interview, aangevuld met de CAMCOG- testbatterij onderzoekt klinisch psychologe Els Verdonck de verschillende cognitieve functies zoals: de aandacht, het inprentingsvermogen en het taal- en begripsvermogen." Na de bekendmaking van de resultaten, formuleert het team een behandelingsvoorstel. De artsen geven advies aan de patiënt en zijn familie over hoe ze kunnen omgaan met geheugenverlies en met de onrust en angst die ermee gepaard gaan. Natuurlijk houdt het medisch personeel van de geheugenkliniek de huisarts steevast op de hoogte over de toestand van zijn of haar patiënt en krijgt hij of zij steeds de resultaten van de onderzoeken en het behandelingsvoorstel.

Indien volgens het behandelingsvoorstel medicatie voor ziekte van Alzheimer aangewezen is, zorgt de geheugenkliniek voor de aanvraag voor terugbetaling door het ziekenfonds. Bij beginnende dementie kan de thuiszorg van de patiënt worden uitgebreid of is er een heroriëntatie naar dagopvang of een rust- en verzorgingstehuis.



Pathologisch onderzoek is onmisbaar

> **Anatomopathologen. Leken associëren hen vooral met lijkschouwingen in misdaadseries, terwijl huisartsen hen meestal kennen van de baarmoederhalsuitstrijkjes. "Maar ons vakgebied is veel ruimer dan dat", zegt dr. Kristof Cokelaere.** <

Lijkschouwingen in opdracht van het gerecht of na een onverwacht overlijden vormen een eerder beperkt deel van het werk van anatomopathologen. De nadruk ligt vooral op het vaststellen van ziektebeelden via micro-

De speurders

scopisch onderzoek. **Dr. Kristof Cokelaere:** "Het microscopiewerk kun je opsplitsen in het opsporen van tumoren en het onderzoek van aandoeningen van huid of nieren. Uiteindelijk kan je stellen dat nagenoeg alles wat microscopisch dient te worden onderzocht, met uitzondering van bloed, bij ons terecht komt. Dat betekent dat dr. Paul Theunynck en ikzelf met vrijwel alle medische disciplines in contact komen en op de hoogte moeten blijven van de evolutie in diverse vakgebieden." Hoewel artsen zoveel mogelijk een diagnose proberen te stellen zonder een stukje weefsel te moeten wegnemen, blijft het pathologisch onderzoek onmisbaar. "Een aantal diagnosen kan gewoon niet gesteld worden via bloedonderzoek of radiologie. En voor andere zaken waarbij dat wel kan, wil men de diagnose bevestigen aan de hand van een microscopisch onderzoek. Anatomopathologie of weefselonderzoek blijft dus de gouden standaard bij de diagnostiek van vele ziekten."

Harmonic scalpel

BLOEDSTOLLENDE TECHNIEK

Om tijdens een ingreep de bloeding onder controle te houden, passen de chirurgen sinds kort de 'harmonic scalpel', zoals Ultrascision toe. Die techniek maakt gebruik van hoogfrequente mechanische trillingen die het eiwit in het bloed doet stollen en zo toelaat bloedloos te opereren.



Tot voor kort werden er twee technieken voor de hemostase gebruikt tijdens een operatie. Dikkere bloedvaten werden afgebonden met een draadje en de dunnere werden dichtgebrand. Die technieken zijn niet zonder nadelen. Zo is het afbinden tijdrovend en kan bij dichtbranden het weefsel te veel beschadigd worden.

De nieuwe techniek kent die nadelen niet. **Dr. Piet Casaer, diensthoofd chirurgie:** "De chirurg raakt de weefsels aan met een schaar die hoogfrequente mechanische trillingen uitzendt. Die trillingen breken de eiwitbruggen zodat het eiwit in het bloed stolt. Het voordeel is dat er nu zo goed als bloedloos geopereerd kan worden. Dit is bijzonder belangrijk bij o.a. schildklieroperaties; ook bij laparoscopische ingrepen zoals eierstok-, blaas- en colonchirurgie vergemakkelijkt de 'harmonic scalpel' het werk van de chirurg aanzienlijk."

Dialyse in de schijnwerpers



Een groot succes

BEVALLIG BEVALLEN

Net zoals in Poperinge beschikt de materniteit in Ieper sinds maart over een relaxatie- en bevallingsbad.



Dr. Jan Quintelier licht de voordelen van het bad toe: "De laatste jaren is er binnen de verloskunde een trend naar meer huiselijkheid, waarbij de bevalling gezien wordt als een natuurlijk gebeuren. Tijdens de arbeid kan de aanstaande moeder nog steeds gebruik maken van de gekende epidurale verdoving, maar steeds vaker verkiest ze diverse relaxatieoefeningen of het relaxatiebad. In dat warmwaterbad is de aanstaande moeder veel meer ontspannen, kan ze haar weeën beter opvangen en verloopt de arbeid rustiger en vaak ook vlotter"

De eerste ervaringen met het gloednieuwe relaxatiebad op de campus OLV in Ieper overtreffen dan ook alle verwachtingen: een op vier moeders maakt gebruik van het relaxatiebad en reeds 29 baby's (meer dan 10% van de geboorten) werden onder water geboren.

Gezien dit succes wordt in het najaar in het zwembad van de campus Kliniek Zwarte Zusters ook gestart met prenatale aquagym en watergevenning voor zwangere vrouwen.

Geheel op de golven van de laatste ontwikkelingen worden bij de volgende verbouwingen op de materniteit nog meer knusse, grotere kamers met meer comfort voorzien. Sinds juni beschikt de materniteit in Ieper over drie luxekamers uitgerust met een extra koelkast en zithoek.

Daarnaast zal elke arbeidskamer beschikken over een afzonderlijk relaxatie- en verlosbad. En wie weet, misschien zelfs over een grotere versie, zodat de man mee in bad kan om zijn vrouw te ondersteunen.

> **De afdeling Dialyse viert dit jaar haar vijftiengste verjaardag en dit is een ideale gelegenheid om u te laten kennismaken met de dienst.** <

De dienst werd opgericht door Dr. Jan Stillaert in 1977 en telt bijna vijftig patiënten die drie keer per week naar het ziekenhuis komen voor een nierdialyse. Dankzij de dialyse worden de functies van de slechtwerkende nieren overgenomen: schadelijke stoffen en overtollig vocht verwijderen en stoornissen in de elektrolyten(zout)-balans en het zuur-base evenwicht corrigeren. Een hemodialyse-afdeling heeft wel iets apart. Omdat de patiënten er heel regelmatig langskomen ontstaat een bijzondere relatie met de zorgverleners.

Dr. Ann Van Loo: "We zien onze patiënten inderdaad vaker dan onze eigen familie. We vieren samen het St.-Maartenfeest, delen een attentie uit als er iemand jarig is en gaan ook elk jaar op daguitstap. Naast deze psycho-sociale functie, gaat natuurlijk de hoofdaandacht naar de zorg om de dialysesessies medisch en technisch vlot te laten verlopen."

Nu de zomer in het land is, verwacht de afdeling ook weer een aantal 'vakantiedialysepatiënten': mensen die op vakantie komen naar de Westhoek en hier hun behandeling krijgen. Sommigen van hen komen elk jaar terug, maar ook nieuwe mensen zijn welkom.

Dr. Ann Van Loo: "Dialysepatiënten kunnen ook een andere therapie volgen, met name de peritoneale dialyse of buikspoeling. Daarbij wordt een steriele vocht-oplossing in de buikholte gebracht via een catheter. De behandeling kan op twee manieren: ofwel manueel en dan spreken we van een continue ambulante peritoneale dialyse (CAPD), ofwel automatisch via een machine die de spoeling 's nachts uitvoert (APD). De buikspoeling komt minder frequent voor dan de hemodialyse omdat de patiënt de therapie thuis zelf moet kunnen uitvoeren of laten uitvoeren en omdat hij of zij bovendien geen zware buikoperaties mag gehad hebben." Voor niertransplantaties tot slot werkt het ziekenhuis samen met het de universitaire ziekenhuizen van Gent en Gasthuisberg Leuven. De transplantatie vindt plaats in die erkende centra, maar de follow-up van de patiënten gebeurt in Ieper.

Eenvormige aanpak van borstkanker

> **De laatste decennia neemt het aantal vrouwen met borstkanker voortdurend toe. Op Europese schaal probeert men deze pathologie aan te pakken. Multidisciplinaire borstklinieken oprichten is de boodschap. Ook het Jan Ypermanziekenhuis heeft nu zo'n eenheid.** <

Binnen de borstkliniek primeert een multidisciplinaire aanpak: oncologie, radiologie, gynaecologie, chirurgie, anatomopathologie en radio-isotopen werken samen, met als doel de diagnostiek en de therapie te uniformiseren en te optimaliseren. De drie kerntaken van het team: iedere vrouw met een borstnodule zo snel mogelijk opvangen, de juiste accommodatie aanbieden aan de patiënten en alle gevallen van borstkanker nauwkeurig registreren zodat een Europese databank kan aangelegd worden.

De medisch oncoloog **Kurt Geldhof** licht de werking van de borstkliniek toe: "Vrouwen met een borstcarcinoom worden zowel naar een gynaecoloog als naar een chirurg doorverwezen. Om ervoor te zorgen dat ze in beide gevallen een optimale behandeling krijgen, hebben alle betrokken artsen de procedures gestandaardiseerd. Bovendien bespreken de specialisten de behandeling van elke patiënte wekelijks tijdens het

multidisciplinair oncologisch consult, waarop ook de huisarts uitgenodigd wordt."

Het grote voordeel voor de patiënte is dat de arts naar wie ze werd doorverwezen, haar tijdens het hele proces blijft volgen. Ze hoeft dus niet van de ene arts naar de andere te hollen, terwijl haar behandeling toch steunt op een multidisciplinair consult dat steeds de nieuwste technieken toepast. In de chirurgie is de sentinel- of schildwachtkliertest hiervan een voorbeeld. Dit is een test waarbij de chirurg enkel de eerste lymfknoep in de oksel wegneemt. Deze operatie kan dan in de plaats komen van de klassieke okseluitruiming, die veel ingrijpender is.

Behalve een uitstekende medische verzorging krijgt de patiënte in de borstkliniek ook sociale steun. De verpleegkundige **Brigitte Vanneste** vangt de patiënten op na hun operatie of chemotherapie. "De patiënten kampen met heel veel vragen en voelen zich vaak erg onzeker. Ik help hen met praktische problemen. Zo geef ik uitleg over borstprothesen, pruiken, kledij, ziekenfondsvergoedingen... Ik verwijs ze ook door naar zelfhulpgroepen in de streek, waar ze lotgenoten kunnen ontmoeten. En als de patiënten het ziekenhuis verlaten, krijgen ze een infobrochure mee zodat ze de informatie nog eens rustig kunnen nalezen."



Op de voet gevolgd!

> **Patiënten met suikerziekte en voetproblemen kunnen sinds februari terecht in de 'Diabetes Voetkliniek'. Een diabetoloog, podoloog, orthopedist, vaatchirurg, orthopedische schoenmaker en schoentechnieker werken mee aan dit initiatief.** <

Bij iemand met diabetes kunnen de zenuwen van de voeten zo erg zijn aangetast zijn dat deze gevoelloos worden. Als gevolg daarvan kan de patiënt zijn voeten verbranden in heet water zonder het zelf te voelen. Ook wondjes worden hierdoor pas laattijdig opgemerkt. Zo'n wonde kan snel infecteren en bij laattijdig behandelen tot amputatie leiden. Naast aantasting van de zenuwen, veroorzaakt diabetes ook vaak een verstopping van de bloedvaten van de onderste ledematen: hierdoor is de toevoer van bloed met voedingsstoffen en zuurstof naar de wonde minimaal. De genezing van wonden verloopt dan ook meestal moeizaam of is veelal onmogelijk wanneer er niet tijdig een bloedvatcorrectie gebeurt. **Dr. An Nollet**, diabetoloog: "Het aantal amputaties ligt nog altijd erg hoog omdat voetproblemen bij patiënten met diabe-

tes niet altijd ernstig worden genomen. Daarom zijn we gestart met een 'Diabetes Voetkliniek' waaraan artsen uit diverse disciplines meewerken. Ook de huisarts wordt in het gebeuren betrokken." De eerste donderdag van elke maand is er 'Diabetes Voetkliniek' in Ieper, de eerste vrijdag in Poperinge. Van 14 tot 16 uur kunnen patiënten er terecht om hun voeten te laten nakijken. Ze worden er eerst onderzocht door dr. Nollet die het dossier opmaakt, bijkomende onderzoeken aanvraagt en nakijkt door welke andere disciplines de patiënt nog gezien dient te worden. Hebben de patiënten een huidprobleem of is er een afwijking ter hoogte van de teennagels, dan worden zij gezien door podoloog Annelies Six. Zij verzorgt hun voeten en geeft 'diabetes voeteducatie'; ze leert de patiënten hoe ze zichzelf moeten verzorgen. Als het voetprobleem gepaard gaat met een slechte doorbloeding, dan wordt de patiënt onderzocht door de vaatchirurgen dr. Piet Casaer of dr. Stefaan Ceuppens. Zij kijken na in welke mate de bloedtoevoer ter hoogte van de onderste ledematen kan verbeterd worden. Wanneer de patiënt een doorgezakt voetgewelf heeft, ontstaat eeltvorming ter hoogte van de

plaatsen van onderdruk: hierin kunnen kloven ontstaan welke bij infectie tot een wonde kunnen leiden. Daarom dienen op tijd steunzolen of orthopedisch schoeisel te worden voorgeschreven. Soms is het nodig een heelkundige correctie te laten uitvoeren door de orthopedisten dr. Johan Boury en dr. Olivier De Valkeneer. In het team van de voetkliniek is er ook een orthopedische schoenmaker of schoentechnieker aanwezig zodat alles voor de patiënt op diezelfde middag kan gebeuren. Uiteraard proberen de artsen de problemen niet alleen te genezen maar ook te voorkomen. **Dr. An Nollet**: "Vooral de podoloog probeert de patiënt zoveel mogelijk tips mee te geven. Zo wordt er in eerste instantie gewezen op het belang van een goede voethygiëne. De patiënten worden gevraagd om dagelijks de voeten te wassen en te controleren op wondjes. Er wordt hen uitgelegd dat ze hun teennagels 'recht' dienen af te knippen (dus niet in een mooi boogje!), want anders groeien deze in de huid. We raden hen ook af om open schoenen te dragen: als er onopgemerkt een steentje in de schoen terechtkomt, kan dit bij mensen met gevoelsstoornissen tot ernstige gevolgen leiden!"

De patiënt is koning

> **In het Jan Ypermanziekenhuis ontvangen de patiënten een beoordelingsformulier bij opname in het ziekenhuis. Aan de hand daarvan kunnen ze hun ziekenhuisverblijf evalueren.** <

Steeds meer patiënten maken gebruik van de mogelijkheid om de service van het ziekenhuis te evalueren. Handig, want zo kunnen artsen en personeelsleden hun dagelijkse inzet toetsen aan de werkelijkheid en zo nodig bijsturen.

De bevraging peilt naar de tevredenheid over het ont-haal, de verpleging op de afdeling, de medische verzorging en de hotelfunctie. Ook de verpleegtechnische diensten worden geëvalueerd: het operatiekwartier, de spoedgevallen, intensieve zorgen en de medische beeldvorming. Voor elk van die diensten kruist de patiënt aan of ze aan zijn eisen voldoen. Verder kan de patiënt zelf suggesties en opmerkingen formuleren en zijn scores toelichten.

Het aantal patiënten dat de formulieren invult, is de laatste tijd aanzienlijk toegenomen. Die stijging is te wijten aan een actievere aanpak. Zowel bij de opname als bij het ontslag wordt de patiënt aangemoedigd om zijn mening te formuleren.

Tot voor kort kwam de respons vooral van patiënten op de materniteit: jonge mensen zijn vertrouwd met dit soort evaluaties. Oudere patiënten aarzelen veelal om kritiek te geven op een dienst waarop ze later nog een beroep zullen doen. Toch is het zeer belangrijk te vernemen welke goede of slechte ervaringen de patiënt gehad heeft in het ziekenhuis.

Uiteraard volstaat het niet dat de patiënten de diensten evalueren. Er wordt wel degelijk iets gedaan met alle opmerkingen. Aan de hand van de ingevulde documenten worden eventuele knelpunten besproken. Indien de patiënt het wenst, wordt hij gecontacteerd om zijn evaluatie toe te lichten. Het belangrijkste is dat het ziekenhuis uit de bevraging leert hoe ze nog beter aan de verwachtingen van de patiënt kan tegemoetkomen.

Op pensioen

DR. RIK DE BRAEKELEER

Op 1 november gaat dr. Rik De Braekeleer met pensioen. De anesthesist heeft er een carrière van dertig jaar op zitten. "En het is genoeg geweest", zegt hij. "Ik heb tijdens mijn loopbaan altijd plankgas gegeven en mijn best gedaan, en nu zie ik uit naar mijn vertrek. Het ogenblik is nu gekomen om meer tijd aan mijn gezin te besteden, te reizen en te bridgen"

DR. ETIENNE ROUSSEL

Eind vorig jaar ging dr. Etienne Roussel met pensioen. De orthopedist-traumatoloog was sinds 1971 aan de slag. Een tijdlang combineerde hij zijn taken als arts met het voorzitterschap van de Medische Raad. Hij was ook hoofdgeneesheer. Zijn collega's noemen hem niet alleen een uitstekend traumatoloog, maar ook een erg joviale man. Dr. Roussel blijft nu druk bezig buiten het ziekenhuis. Hij is lid van de Provinciale Raad van de Orde van Geneesheren in West-Vlaanderen. Daarnaast is hij ook nog voorzitter van de doktersgilde 'Jan Yperman'.

Wachten op de eerste steen

Kleurrijk linnen

PRET TUSSEN DE LAKENS!

Sinds kort zien de bedden op de afdelingen Materniteit en Pediatrie er een stuk vrolijker uit. De witte lakens werden er vervangen door kleurrijke exemplaren en in de plaats van de klassieke dekens liggen er nu zachte donsdekens.

Jonge moeders en hun baby slapen voortaan in een lakenset in oranje en ecru en voor de jonge patiëntjes van de kinderafdeling werd gekozen voor linnen bedrukt met allerlei figuren.



De huiselijker inrichting zal het verblijf van de patiënten ongetwijfeld een stuk aangenamer maken. Slaap zacht!



> **Na het bouwverlof starten waarschijnlijk de bouwwerken voor het nieuwe Jan Ypermanziekenhuis: de eerste steen van fase 3 van de realisatie van de fusie. Het bouwwerk zou moeten klaar zijn in 2007 <**

Na het verkrijgen van de nodige vergunningen van de Vlaamse Overheid werden de bouwvergunning en de milieuvergunning aangevraagd. Hierbij werd rekening gehouden met het advies van de brandweer. De bouw-aanvraag kreeg een gunstig advies van het Ieperse schepencollege en de diensten Ruimtelijke Ordening. Vóór het verlenen van de bouwvergunning wordt nu gewacht op het advies van de Administratie Ruimtelijke Ordening van Brugge.

Architect Serge Lefevere. "We hopen binnenkort de vergunning te verkrijgen, zodat we na het bouwverlof

met de werkzaamheden kunnen beginnen." Maar het bouwteam zit ondertussen niet stil. **Bouwcoördinator Rik Persyn:** "Intussen hebben we de milieuvergunning gekregen en is de aanbesteding van de nieuwbouw gebeurd. Na goedkeuring door de Vlaamse Overheid wordt het werk toegewezen aan de firma Van Laere nv uit Zwijndrecht.

We zijn ook volop bezig met de planning van het zogenaamde 'project 2'. Dit project omvat de volledige renovatie van het bestaande gebouw. De elektriciteit en de verwarming worden overal vervangen, en waar nodig zullen er grondige verbouwingswerken gebeuren. Alle lokalen worden opgefrist en krijgen een nieuwe muren en vloerbekleding. Begin juli wordt het dossier voor aanvraag tot subsidiebelofte voor het project 2 aan het ministerie (VIPA) overgemaakt."

Wiegendoodpreventie Ga gerust slapen

> **Dankzij een betere preventie is het aantal baby's dat sterft aan wiegendood de voorbije jaren fors gedaald. Aan de hand van een uitgebreid slaaponderzoek sporren de kinderartsen van het Jan Ypermanziekenhuis risicogevalen op. <**

Bij wiegendood stopt een baby tijdens de slaap plots met ademen. Wat daar de precieze oorzaak van is, kan men nog altijd niet zeggen. **Dr. Herman Schotte:** "Wel weten we dat sommige kinderen er meer vatbaar voor zijn dan andere. Zo komt wiegendood vaker voor bij prematuren, baby's met een laag geboortegewicht en meerlingen. Ook wanneer de moeder gerookt heeft tijdens de zwangerschap of wanneer wiegendood vroeger voorgekomen is in de familie, bestaat er een verhoogd risico. In al die gevallen en ook als ongeruste ouders ons dat vragen, nemen we een 'polysomnografie' van de

baby. Dat betekent dat we tijdens de slaap de luchtstroom in de neus en mond en de zuurstofsaturatie in het bloed meten, en daarnaast de buik- en borstademhaling, de hersenactiviteit, de hartwerking registreren. Op basis van al die gegevens controleren we de ademstilstand of apneu. Centrale apneus, waarbij gedurende een tijdje geen poging wordt gedaan om te ademen, zijn normaal. Veel gevaarlijker zijn de obstructieve apneus, waarbij er een belemmering is van de bovenste luchtwegen. In dat geval krijgen de ouders een toestelletje mee naar huis waarmee ze hun baby tijdens de slaap kunnen monitoren. Zodra het kind stopt met ademen, worden de ouders gealarmeerd. Het gevaar op wiegendood is het grootst bij kinderen jonger dan zes maanden, maar er blijft een risico tot de leeftijd van achttien maanden."

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 Blontröck

(jan.blontröck@yperman.org)

Y-mail wordt verzorgd door
F-Twee communicatie

Tel. 09 265 97 20

contact@f-twee.be