

miah

medische informatie aan de huisartsen


AZ Voorkepen
algemeen ziekenhuis
emmaüs



Juni 2022

- » Dossier: spoed
- » Zorg en innovatie
- » CGT voor insomnie



dr. Pieter Jan Simons
hoofdarts - medisch directeur
pieterjan.simons@emmaus.be

Veiligheid is de basis

Via dit huisartsenmagazine houden we je graag op de hoogte van nieuwe initiatieven, nieuwe ontwikkelingen en nieuwe artsen. Vernieuwing doorvoeren kan pas wanneer de basis goed zit én goed blijft, als je achterom durft kijken om te zien waar je kan verbeteren.

In Nederland en Vlaanderen worden steeds meer vragen gesteld bij één externe audit om de 4 à 5 jaar. Bij het vernieuwen van onze accreditatie hebben ook wij gekeken hoe we meer kunnen inzetten op een continu kwaliteitsbeleid. We vinden in de eerste plaats dat elke patiënt zich veilig moet voelen in ons ziekenhuis. Een regelmatige externe toetsing gebaseerd op een internationale standaard is nodig om de eigen blinde vlekken op te sporen.

Van 30 mei tot en met 2 juni hebben vier auditoren van Qualicor Europe (*voorheen NIAZ*) ons ziekenhuis doorgelicht voor de zogenoemde veiligheidsaudit. We wachten nog op het definitieve resultaat. De eerste bevindingen? Wel, we kunnen trots zijn. We gaan de komende tijd ons kwaliteits- en toetsingsbeleid verder ontwikkelen met speciale aandacht voor wat de patiënt, jij als verwijzer en wijzelf belangrijk vinden. In de loop van de volgende jaren willen we jou zwart op wit kunnen blijven berichten dat we, naast veilige zorg, ook een effectieve en efficiënte zorg verlenen.

Mail mij wat jij belangrijk vindt, wat niet goed gaat of beter kan en of je dit graag toelicht in een gesprek.

Inhoud

Voorwoord	3
Zorgvernieuwingen en innovatie	4
Nieuwe arts-specialisten en HAIO's	8
Dossier: continue vernieuwing op spoedgevallen	10
Publicaties van onze artsen	23
Cognitieve gedragstherapie slaapkliniek	24
Spine-unit	26
Kort nieuws	28
Evenementenkalender	30

AZ Voorkepen begeleidt en ondersteunt artsen bij implementeren vernieuwingen

'Alle grote dingen beginnen klein'. Een populair zinnetje voor op een geboortekaartje, maar ook de waarheid als je kijkt naar innovatie en vernieuwing. Vaak maakt een klein idee of een minieme ingreep een groot verschil voor patiënt, arts of andere zorgverlener. In maart 2021 startte Eline Oeyen als stafmedewerker zorg en innovatie in AZ Voorkepen. Ze vertelt in dit interview meer over haar functie.



Eline Oeyen
stafmedewerker zorg en innovatie

Wat houdt jouw job als stafmedewerker zorg en innovatie in?

"Het stukje zorg gaat over zorgvernieuwingen vooral in het medisch departement, maar automatisch heeft dit ook betrekking tot het verpleegkundig departement. Deze projecten hebben als doel om de zorg voor de patiënt optimaal, efficiënt en zo warm mogelijk te organiseren."

"Daarnaast wil ik medewerkers en artsen ook buiten hun dagelijkse zorgtaken multidisciplinair samenbrengen en mee laten nadenken over innovatie in de gezondheidszorg. Het is belangrijk om op de hoogte te zijn van deze nieuwe tendensen en te bekijken welke rol wij als ziekenhuis hierin kunnen innemen. Ik wil deze innovatieprojecten mee vormgeven in het ziekenhuis, om zo in te spelen op die nieuwe tendensen.

Het is de bedoeling dat ik het overzicht hou op alles wat er op dat gebied gebeurt in het ziekenhuis. Als artsen ondersteuning nodig hebben bij het implementeren van iets nieuws kan ik hen daarbij helpen. Ik lees me in elk nieuw project in en breng in kaart wat er voor dat specifieke project al aanwezig is of gebeurt binnen of buiten de muren van ons ziekenhuis en wat er nog kan verbeteren."

Welke projecten werden al gerealiseerd sinds je hier startte?

"Ik startte in AZ Voorkepen in maart 2021, maar was in tussentijd ook vier maanden in bevallingsrust. De eerste maanden leerde ik vooral de werking van het ziekenhuis en z'n medewerkers en artsen kennen. Sinds begin dit jaar is er heel wat

beweging. We zijn bijvoorbeeld een project gestart rond de slaapkliniek, waar we de multidisciplinaire werking verder uitbouwen en ondersteunen. Er werd een nieuw PSG-toestel (*polysomnografie, red.*) aangekocht, waardoor er nu een uniform gebruik is bij alle betrokken disciplines. Ook biedt Olivier Deboel cognitieve gedragstherapie voor insomnie aan in ons ziekenhuis en bekijken we momenteel of het mogelijk is om voor de slaapkliniek één toegangspoor te voorzien om het de patiënt en verwijzer zo eenvoudig mogelijk te maken. Zo hopen we nog meer patiënten met chronische insomnie te helpen."

"In april ondertekenden we een intentieverklaring met het Regionaal Expertisecentrum Dementie Orion. Met hun ervaring en expertise hopen we nog meer in te zetten op persoonsgerichte zorg voor patiënten met dementie en hun mantelzorger. We plannen een bevraging bij mantelzorgers van patiënten met dementie om te bekijken waar hun noden liggen bij een opname in het ziekenhuis en hen te betrekken in de best mogelijke zorg voor deze specifieke doelgroep."

"Het ziekenhuis zet ook heel wat projecten op om kruisbestuiving onder onze interne artsen te promoten. Onlangs organiseerde

ik hiervoor een specifieke opleiding om de ziekenhuisartsen warm te maken mee op de innovatiekar te springen en hen te inspireren over wat de rol kan zijn voor ons als ziekenhuis in dat innovatieverhaal. Het ziekenhuis, en met uitbreiding de hele gezondheidszorg, staat voor een revolutie op vlak van digitalisatie en innovatie."

Welke richting gaat het ziekenhuis uit als het gaat over innovatie?

"Er zijn verschillende types innovatie waarop je kan focussen. Momenteel concentreren we vooral op het implementeren van vernieuwingen. In de toekomst willen we ons ziekenhuis ook als proeftuin gebruiken en innovaties op de werkvloer uittesten. We kunnen dan makkelijker bepalen wat werkt voor onze patiënten, artsen en de andere zorgverleners. Een ander belangrijk focuspunt is digitalisering. Dat geldt voor het hele ziekenhuis en niet enkel voor het medisch departement."

Hoe ervaar je het implementeren van zorginnovaties in een ziekenhuis?

"Een ziekenhuis is een heel complexe organisatie. Enerzijds zijn er de zelfstandige artsen, anderzijds de loontrekkende medewerkers, verspreid

over verschillende departementen en functies. Zij zijn allemaal betrokken partij als het gaat over de zorg voor de patiënt en zijn dus ook allen betrokken als er iets verandert aan de huidige werkwijze. Dat maakt het soms wel moeilijker dan ik gedacht had."

"Verder loopt de financiering achter. Momenteel werkt die erg activity based, met nomenclatuurnummers op basis van prestaties. Wil je meer digitalisering integreren, zoals thuismonitoring, dan zijn er minder fysieke contacten in het ziekenhuis en dus ook minder inkomsten. Dan is het belangrijk om deze financiering te herbekijken. Los daarvan is er ook weinig budget in de ziekenhuisfinanciering vanuit de overheid voor innovatie. Ik ga wel op zoek naar financieringsmogelijkheden via samenwerkingen of externe financiering, en daarnaast merk ik dat ons ziekenhuis ook wil investeren in innovatie voor de toekomst."

Hoe volg jij zelf de actualiteit en trends in innovatie?

"Via onderzoek en netwerken. Momenteel ben ik contacten aan het leggen met andere innovatiemanagers in ziekenhuizen. Het is fijn hen te leren kennen en te zien waar zij mee bezig zijn. Er is echt wel bereidheid om samen

te werken en dat samenwerken vind ik ook zeer belangrijk om op grote schaal zaken te implementeren. Er ontstaan een aantal nieuwe initiatieven om samenwerkingen op Belgisch niveau, met behalve ziekenhuizen ook patiëntenorganisaties en de eerstelijns, te ondersteunen. We bekijken momenteel of ons hierbij aansluiten nuttig is."

"Ik vind het belangrijk om op nationaal niveau innovaties te implementeren. Ik vind het fijn dat ik deze contacten kan leggen en dat ik niet beperkt ben tot ons ziekenhuis. Dat zorgt er ook voor dat ik mee ben met de nieuwste tendensen en dat ik daar ook mee kan opspringen. Het contact met onze eerstelijns is niet mijn kerntaak in het ziekenhuis, maar toch zit innovatie ook in transmurale samenwerkingen."

Welke nieuwe trends en technologieën vind je interessant, persoonlijk maar ook voor het ziekenhuis?

"Patient experience waarbij de patiënt en zijn beleving centraal staan, vind ik heel belangrijk omdat dat aansluit op de warme zorg waar we ons zo voor inzetten. We doen hier al heel erg ons best voor, maar innovaties kunnen hier ook op gericht zijn.

Ook de geïntegreerde zorg met de eerstelijns, zoals daarnet aangehaald, vind ik echt boeiend. Het samenwerken over de muren van het ziekenhuis heen met ook de huisartsen, met thuisverpleging, met iedereen binnen de eerstelijns. Ook daar kan je innovatief gaan kijken: kan je met een project zoals bijvoorbeeld thuismonitoring proberen om de patiënt via één platform te volgen waar alle gezondheidsactoren op kunnen?"

"Persoonlijk vind ik artificiële intelligentie een veelbelovende technologie. Dat zie je in alle sectoren, dus ook buiten de gezondheidszorg. Ik geloof erin dat dat een meerwaarde kan zijn en dat we daarop moeten inzetten. Men zegt: 'artificiële intelligentie zal de arts niet vervangen, maar de arts die artificiële intelligentie gebruikt zal de arts vervangen die het niet doet'. Dat geldt denk ik voor alle innovaties. Een belangrijke nuance hierbij is dat we niet proberen om zoveel mogelijk nieuwe gadgets te implementeren of dat dit altijd hoogtechnologisch moet zijn. Het is belangrijk dat de vernieuwing een duidelijke meerwaarde heeft voor de patiënt, arts of verpleging. Gewoon iets implementeren omdat het tof is, is niet de bedoeling."

Als alles mogelijk zou zijn, zonder beperkingen, welke zorginnovatie zou je dan willen doorvoeren?

"Iedereen heeft z'n eigen elektronisch patiëntendossier: ieder ziekenhuis, huisarts of andere zorgverlener in de eerstelijns heeft een eigen keuze van softwarepakket. In het ziekenhuis hebben we hiernaast nog verschillende databanken. Als ik mag dromen, zou ik willen starten vanaf een wit blad en één EPD opstarten voor alle gezondheidsactoren. Uiteraard moet hierbij gedacht worden aan de privacy van die gegevens en wie dataeigenaar is. Als de dataeigenaar toestemming geeft om de data te delen, dan kan je die waardevolle gegevens ook gaan gebruiken voor bijvoorbeeld wetenschappelijk onderzoek wat een meerwaarde is voor iedereen. Ik merk dat er wel stappen genomen worden om dit te realiseren met de bestaande softwarepakketten. Hopelijk blijft het dus niet bij dromen."

Heb je zelf goede ideeën rond zorgvernieuwing of innovatie? Denk jij graag mee over deze onderwerpen in het ziekenhuis? Contacteer Eline via Eline.Oeyen@emmaus.be of tel. 03 380 26 21.

Artsenteam AZ Voorkempen breidt verder uit

Regelmatig starten er in AZ Voorkempen nieuwe HAIO's en arts-specialisten. Hier leer je hen beter kennen.

Nieuwe HAIO's

Tewerkgesteld in AZ Voorkempen van 1 april tot 30 september 2022.



dr. Sara Bosmans

huisarts in opleiding
dermatologie & spoedgevallen



**dr. Jonas Lysens de
Oliveira e Silva-Van Acker**

huisarts in opleiding neurologie,
nefrologie & psychiatrie



dr. Jolien Van de Wijer

huisarts in opleiding
dermatologie & spoedgevallen

Dr. Ester Philipse - nefrologie

Dr. Ester Philipse startte op 1 juni 2022 als nefroloog in AZ Voorkempen. Ze volgde haar studie geneeskunde aan de Universiteit Antwerpen. Daar is de liefde voor interne geneeskunde, en in het bijzonder nefrologie, ontstaan. Dr. Philipse: "Voor mij is de nier het meest fascinerende orgaan van het menselijk lichaam. De verschillende aspecten zoals chronische patiëntenzorg, nierfunctievervangende therapie en het technische deel van dialyse zorgen ervoor dat nefrologie voor mij iedere dag opnieuw interessant is."

De afgelopen jaren legde ze zich specifiek toe op peritoneale dialyse, een behandeling die de patiënt thuis kan uitvoeren. Dr. Philipse hoopt met onder andere deze ervaring een bijdrage te kunnen leveren aan het uitgebreide thuisdialyseprogramma binnen AZ Voorkempen.



Dr. Isabelle Van Ussel - pediatrie

Dr. Isabelle Van Ussel startte op 2 mei 2022 in AZ Voorkempen als pediater. Ze volgde haar studie geneeskunde aan de Universiteit Hasselt en Universiteit Antwerpen, waarna zij initieel de specialisatie orthopedie volgde. Omwille van haar grote interesse in kinderen en de internistische pathologie maakte ze na 3,5 jaar chirurgische opleiding de overstap naar de specialisatie kindergeneeskunde.



De laatste maanden van haar opleiding verdiepte dr. Van Ussel zich in de obesitasproblematiek bij kinderen en de kinderpneumologie, waarvoor zij nog als consultant werkzaam blijft in UZA. Beide subdisciplines van de kindergeneeskunde zijn in de tweede lijn belangrijk. Als assistent liep dr. Van Ussel onder andere stage in AZ Voorkempen, Revalidatiecentrum Pulderbos, GZA Sint-Vincentius, ZNA Koningin Paola Kinderziekenhuis en UZA.

Haar orthopedische kennis zal ze gebruiken om een eerste screening te doen bij pasgeborenen en kinderen met bewegingsproblematiek. Zo zal dr. Van Ussel de brug vormen met de kinderorthopedisten verbonden aan ZNA Koningin Paola Kinderziekenhuis en UZA, met wie ze nog enkele maanden zal meelopen.



Dossier

Continu vernieuwen op de dienst spoedgevallen



Stijgend patiëntenaantal en zorgzwaarte duidelijk voelbaar op dienst spoedgevallen

De start van dr. Nicolas Léonard als medisch diensthoofd op de dienst spoedgevallen begin 2022 bracht veel vernieuwingen met zich mee. Welke positieve impact heeft dit op de patiënt? Dr. Nicolas Léonard en hoofdverpleegkundige Maarten Luyts geven tekst en uitleg.



dr. Nicolas Léonard
medisch diensthoofd
dienst spoedgevallen



Maarten Luyts
hoofdverpleegkundige
dienst spoedgevallen

Je startte in januari als medisch diensthoofd spoedgevallen in AZ Voorkepen. Hoe waren die eerste maanden voor jou?

Dr. Nicolas Léonard: "Het waren vijf heftige, maar boeiende maanden. Ik moest veel zoeken, en ben soms nog aan het zoeken, maar heb het gevoel dat die eerste paar maanden en de kennismaking met het ziekenhuis en de collega's eigenlijk goed zijn verlopen. Het is fijn dat er hier de laatste maanden ook al wel dingen zijn veranderd. We zijn nu de nieuwe visie van de dienst aan het vormgeven. Voor mij is de prioriteit dat we de artsenbezetting flexibel aan de drukte kunnen aanpassen en het opnieuw uitbouwen van onze spoed als opleidingscentrum."

Maarten Luyts: "Samen met Nicolas startte op onze dienst ook het pilootproject rond duaal leiderschap. Concreet betekent

dit dat Nicolas en ik samen het leidinggevend team vormen van de dienst spoedgevallen. We wisselen dagelijks van gedachten, bekijken problemen in het verpleegkundig team of bekommernissen van artsen. Dat we daar samen over kunnen nadenken en elkaar bevestiging kunnen geven, voelt heel ondersteunend aan."

Je spreekt over het uitbreiden van het opleidingscentrum op spoed. Momenteel lopen er al enkele jaren HAIO's stage op spoed. Wat zijn de bevindingen hiervan?

Dr. Nicolas Léonard: "Deze stages zijn nuttig voor beide partijen. De HAIO's zien op een spoedgevallendienst heel veel pathologieën passeren, van ernstig tot minder ernstig. Ze zien ook pathologieën die door een huisarts naar spoed worden doorverwezen en kunnen deze patiënten dan mee opvolgen,

wat heel leerrijk is naar hun verdere professionele leven. Voor ons als dienst zijn de HAIO's een ondersteuning. Zij kunnen een belangrijk deel van de pathologieën ook goed opvangen en behandelen. Dat is altijd wel in overleg met de spoedartsen, maar ze doen dat goed."

Er staan verbouwingen gepland. Wat gaat er gebeuren?

Maarten Luyts: "De huidige infrastructuur dateert van 2000 met slechts een paar kleine aanpassingen binnen de bestaande muren. Ondertussen is onze patiëntenpopulatie meer dan verdubbeld. Onze spoedafdeling is qua normen en grootte achterhaald. Er is vooral een tekort aan ruimte. Er is de laatste jaren ontzettend veel materiaal bijgekomen doordat onze urgentieartsen bijkomende technieken en onderzoeken gebruiken: een echotoestel, niet-invasieve beademing, optiflow en fascia iliaca block bijvoorbeeld. Dat neemt allemaal plaats in en de opbergruimte is veel te beperkt, net als de behandelruimtes en werkruimtes. Onze medewerkers missen ook het daglicht. Als we 's middags in het restaurant gaan eten, is dat voor de meeste medewerkers het enige daglicht dat ze zien. Aan die tekortkomingen hopen we met

deze verbouwingen tegen midden 2023 tegemoet te komen: de nieuwe pauzeruimte voor medewerkers heeft veel daglicht, er komen extra behandelruimtes, voldoende verpleeg- en artsendesks en voldoende bureaus. De volledige verbouwing wordt gefinancierd met eigen middelen, dus er zijn beperkingen, maar we zijn tevreden met dit project."

Dr. Nicolas Léonard: "De verbouwingen houden ook rekening met de toenemende drukte. In de architectuur komt echt naar voren wat we nodig hebben om het hier de volgende jaren aan te kunnen. Zo verhogen we de efficiëntie door het fast-track traject te scheiden van het intern traject. We zullen heel dicht bij radiologie zitten - één deur verder - wat natuurlijk perfect is om de patiënt vlot voor beeldvorming door te sturen. Ook het opleidingscentrum weerspiegelt zich in de vernieuwde architectuur met een opleidingslokaal waar we videoconferenties kunnen houden."

Je haalde de techniek fascia iliaca block al even aan. Wat houdt die precies in?

Dr. Nicolas Léonard: "Dit is een techniek van locoregionale anesthesie die nuttig is bij patiënten met heupfracturen. Hiermee kunnen we bij de



patiënt lokaal rond het gewricht de betreffende zenuwen veilig blokkeren via echogeleiding, zodat de pijn beter onder controle is. Dat maakt dat die patiënt tot acht uur pijnvrij is zonder dat hij morfine of andere medicijnen moet krijgen. Al die medicijnen kunnen, zeker bij de oudere patiëntenpopulatie, leiden tot een delier of andere bijwerkingen. Het is dus een techniek met veel potentiële voordelen, maar die in de spoedgevallen nog niet veel gebruikt wordt doordat hij zo nieuw is. De kennis en ervaring van deze techniek gaan we nu verder ontwikkelen om dan stap voor stap uit te breiden naar bijvoorbeeld ribfracturen of andere letsels, om de patiënt beter te kunnen helpen."

In februari 2021 opende de huisartsenwachtpost. Voorkepen vlak naast de dienst spoedgevallen. Hoe verloopt de samenwerking hiermee?

Dr. Nicolas Léonard: "De huisartsen uit de regio dragen hun steentje bij om het aantal niet-acute patiënten die zich op spoed aanmelden omlaag te krijgen. We zijn nu bijvoorbeeld een intense samenwerking aan het opstarten en uitbouwen om patiënten met eerstelijns pathologie, die zich op spoedgevallen presenteren bij drukte naar daar te verwijzen als de patiënt dat wil. Dat is iets waar de huisartsen voor open staan en ook enthousiast over zijn. We kunnen zo de zorg voor

de patiënt beter sturen in functie van wat die nodig heeft. Wanneer deze werking vlot loopt, kan dit naar de toekomst uitbreiden om dan in een ideaalbeeld een integratie van de huisartsenwachtpost en spoedgevallendienst te bekomen. Anderzijds proberen we ook de patiënten die bij de huisartsenwachtpost worden verwezen naar onze dienst sneller te zien. De verwijzing van een huisarts gebeurt niet zomaar en is een van de elementen die we meenemen in de triage."

Tijdens de start van de coronapandemie in 2020 merkten we dat er veel minder patiënten tot op spoed kwamen. Zitten we ondertussen al terug op de aantallen van voor de pandemie?

Maarten Luyts: "Momenteel zitten we in aantallen zo'n 10% hoger dan voor de pandemie. Ter illustratie, dat is sinds begin dit jaar een duizendtal extra patiënten. Niet alleen het aantal patiënten, maar ook de zorgzwaarte neemt toe. De laatste jaren hebben we extra ingezet op kwaliteit. Zo worden patiënten met een duidelijk geriatrisch profiel, bedlegerige patiënten of patiënten met een heupfractuur automatisch op een



antidecubitusmatras gelegd. Onze artsen werken ook meer invasief. Bij kritieke patiënten steken we een centrale of arteriële katheter, maar ook een echografie of de fascia iliaca block gebeuren op onze dienst. Daarin moet de verpleging natuurlijk ook ondersteunen of toezicht houden. Bij opgenomen patiënten is die zorgzwaarte wel echt veel zwaarder dan bij een ambulante patiënt."

"We moeten ook verder kijken dan enkel het totaal aantal patiënten. We moeten bijvoorbeeld kijken welke patiënten er op spoed komen. We

hebben daar enerzijds de verdeling ambulante-verblijvend, wat bij ons ongeveer 75-25% is. Dat zit op dezelfde hoogte als de andere spoed-gevallendiensten in Vlaanderen. Anderzijds bekijken we ook hoeveel patiënten we ambulante internistisch behandelden. Bij sommige disciplines gaat dit over 50%, wat toch een bijzonder hoog getal is. Het gaat dan bijvoorbeeld over een cardiopatiënt die met benigne hartritme stoornissen op spoed komt, door ons helemaal wordt opgevolgd en uitgewerkt om dan, indien mogelijk, ambulante door de cardioloog te worden verzorgd. We mogen dus niet redeneren dat die 75% ambulante patiënten allemaal patiënten zijn met verstuurde tenen of een gekneusde enkel."

Zien jullie die stijgende activiteit ook terug bij interventies met de mug?

Maarten Luyts: "De prehospital activiteit is ons speerpunt. We zijn als spoeddienst geografisch goed gelegen, waardoor we een heel grote regio bedienen. Ook die activiteit is elk jaar stijgend: in 2021 zaten we aan ongeveer 1.500 interventies. Dat zijn er 3 à 4 per dag."

Dr. Nicolas Léonard: "Wat Maarten zegt, klopt: we hebben relatief gezien een groot mug-gebied. In 40% van

de gevallen brengen we die patiënten naar een ander ziekenhuis. Dat cijfer moet omlaag. Alle pathologieën die we hier kunnen behandelen, moeten we hier ook effectief behandelen. Of het nu dag of nacht is, druk of niet druk: dat maakt niet uit. We beantwoorden anderzijds ook alle interne mugs in heel het ziekenhuis en doen het transport wanneer een patiënt naar een ander ziekenhuis moet worden gebracht. We geven als dienst dus ook veel service aan het ziekenhuis."

Maarten Luyts: "Een belangrijk standpunt van Nicolas is dat alles wat urgent is binnen het ziekenhuis spoed aanbelangt. Een gevolg hiervan is dat we moeten kijken naar patiënten die met niet-urgente pathologieën binnenkomen op de spoed: hoe kunnen we ervoor zorgen dat die niet op spoed blijven? Bijvoorbeeld door te verwijzen naar de huisartsenwachtpost en naar de nieuwe fast-track geriatricie."

Denk je te weten waar de stijging in zorgzwaarte bij patiënten op spoed vandaan komt?

Dr. Nicolas Léonard: "Er is zeker nog de nasleep van COVID: de coronamaatregelen zijn er nog, dus patiënten met bepaalde symptomen moeten nog altijd geïsoleerd worden. Zij moeten verzorgd worden met beschermingsmateriaal, wat natuurlijk meer tijd

en werk vraagt. Naast dat we meer patiënten zien, maakt ook die focus op kwaliteit dat het op spoedgevallen veel zwaarder wordt. Vroeger werden patiënten getrieerd om dan de specialist te bellen. Nu doen we veel onderzoeken zelf op spoedgevallen. De patiënt is veel beter geholpen, maar de werkbelasting voor ons ligt wel hoger. Dat we nu meer technieken doen op spoedgevallen, maakt dat je veel intensiever per patiënt bezig bent."

Maarten Luyts: "Daarbij hebben we de voorbije jaren veel ingezet op doorstroomtijden. Een spoedgevallendienst krijgt stevast klachten van mensen die vinden dat ze te lang moeten wachten. Van onze inspanningen zien we nu de gunstige effecten, zowel bij de ambulante als bij de verblijvende patiënten. Als we vergelijken met de cijfers van de VVVS (*Vlaamse Vereniging van Verpleegkundigen Spoedgevallen* zorg, red.) zijn we ondertussen bij de beste leerlingen van de klas in Vlaanderen. Dat maakt dus dat we patiënten sneller helpen, meer invasieve zaken en technieken uitvoeren én meer patiënten helpen op een kortere periode. Voor onze medewerkers is de druk ontzettend groot geworden. We merken dat aan de uitstroom op onze afdeling. We horen ook dat de

ganse zorgsector in België onder druk staat, de instroom is ontoereikend en de uitstroom uit de sector is hoog. In AZ Voorkepen kunnen we nog nieuwe mensen aantrekken, maar het blijft een aandachtspunt om die werkdruk haalbaar te houden. Spoedverpleegkundigen en -artsen houden van uitdagingen en vinden het niet erg als er eens een shift is waar ze echt tot het uiterste moeten gaan. Maar als je keer op keer amper tijd hebt om te eten of om te overleggen met een collega, dan wordt het wel afmattend."

Ik merk doorheen dit gesprek veel waardering tussen alle collega's op spoed, verpleegkundigen én artsen.

Dr. Nicolas Léonard: "De ploeggeest op onze dienst is voor mij heel belangrijk. We werken intensief samen en hebben elkaar echt nodig."

Maarten Luyts: "Als je met de mug wegrijdt, kom je als arts en verpleegkundige mogelijk in een moeilijke of benarde situatie terecht. Je moet op elkaar kunnen rekenen. We hebben dus een heel hechte groep collega's. We kunnen goed van gedachten wisselen, met soms pittige discussies, maar achteraf drink je samen iets en dan is dat ook weer in orde."

"Wat spoed onderscheidt van

andere verpleegafdelingen, is de onvoorspelbaarheid. De deur van onze dienst staat open en blijft openstaan. Als hier drie, vier, vijf ziekenwagens binnenkomen, kan je niet zeggen: 'Stop'. Je hebt geen controle over de input, maar je kan wel proberen om die output te optimaliseren. Wat ook atypisch is aan spoed: bij andere verpleegafdelingen ligt de hoofdzorg 's morgens. Bij spoed bouwt de drukte op in de loop van de voormiddag. Die sneeuwbal wordt in de loop van de namiddag groter en groter om dan een stuk in de avond terug af te bouwen. Op dat moment zijn de ondersteunende diensten in mindere bezetting of niet meer aanwezig. We werken nu ook met jobstudenten logistiek om ons hier in het weekend bij te ondersteunen."

Dr. Nicolas Léonard: "Voor de bezetting op spoed willen we op termijn gaan naar een flexibel systeem met een reserve van verpleegkundigen die ervaring hebben met spoedgevallen en die op piekmomenten ingezet kunnen worden. In praktijk is dit moeilijk omdat de bezetting op spoed altijd op gemiddeldes berekend is."

Enkele cijfers uit 2021...



22.326 patiënten op de dienst spoedgevallen



74,5% kon naar huis



25,5% verbleef in het ziekenhuis



1.502 ritten met de mug



77 oproepen voor de interne mug

Meer informatie over onze dienst spoedgevallen, extra informatie vanuit de discipline en contactgegevens van de betrokken zorgverleners vind je via www.azvoorkempen.be/spoedgevallen.

Medicatieverificatie op spoed door apothekersassistenten

Een actueel en waarheidsgetrouw medicatieoverzicht is van levensbelang om medicatiefouten bij opname en ontslag te verminderen. Op wekdagen helpt een team van vier apothekersassistenten in de namiddag om het thuismedicatieschema van de patiënt in kaart te brengen. Ziekenhuisapotheker Ineke Van der Velden legt uit.



Ineke Van der Velden
ziekenhuisapotheker

Sinds een tijdje helpen jullie patiënten op spoed om een overzicht van hun medicatie te verkrijgen. Wat houdt dit project precies in?

"Sinds februari 2021 loopt er inderdaad een pilootproject in ons ziekenhuis waarbij we vanuit de ziekenhuisapothek ondersteunen in de medicatieverificatie op spoed. We leggen hierbij de daadwerkelijk gebruikte thuismedicatie van de patiënt vast. Aan de hand daarvan kan de behandelende arts bepalen welke medicatie tijdens opname wordt verdergezet in combinatie met eventueel nieuw op te starten medicatie. We doen de verificatie onder andere via een gesprek met de patiënt en het gebruik van verschillende andere bronnen, zoals informatie uit eerdere opnames of medicatielijsten afkomstig van de huisarts of huisapothek. Zo stellen we een 'best mogelijk' thuismedicatieschema op."

"In eerste instantie is er dus altijd een gesprek met de patiënt, maar zelden is de patiënt volledig op de hoogte van de namen en dosissen van geneesmiddelen. Gebruik van andere bronnen is dus in de meeste gevallen noodzakelijk. Door het vergelijken van verschillende bronnen en het contacteren van meerdere personen, zoals familie, huisarts of huisapothek, worden de tegenstrijdigheden zoveel mogelijk opgespoord en weggenomen. Op die manier kan de volgende zorgverlener een optimaal behandelplan opstellen."

Wie is er allemaal betrokken bij de medicatieverificatie op spoed?

"Onze ondersteuning in dit project gebeurt door een team van vier apothekersassistenten. Afwisselend bevragen ze elke wekdag in de namiddag, traditioneel het drukste moment op spoed, de nieuwe



patiënten. Het team van ziekenhuisapothekers is telefonisch beschikbaar ter ondersteuning. De focus ligt op patiënten die wellicht gehospitaliseerd zullen worden en die een hoger risico hebben op medicatiefouten. Het gaat dan vooral over 65-plussers of patiënten met polyfarmacie en/of een speciale pathologie of therapie."

"Het resultaat van de verificatie wordt ingebracht in het elektronisch patiëntendossier zodat het overzicht bij een volgende opname of ambulante contact gemakkelijk raadpleegbaar en aanpasbaar is. De thuismedicatielijst die we hier in het ziekenhuis opstellen, kan ook geraadpleegd worden door andere ziekenhuizen die met dezelfde software werken."

"We kunnen stellen dat een correcte thuismedicatielijst een gedeelde verantwoordelijkheid is tussen patiënt en zorgverlener. Wij nemen binnen dit

project de rol als zorgverlener met veel verantwoordelijkheid op, maar proberen de patiënt ook te sensibiliseren rond het belang van een goede kennis van zijn thuismedicatie. Een up-to-date medicatielijstje is bij een opname eigenlijk altijd een must."

Is dat waarom jullie hiermee zijn gestart?

"Onderzoek (*Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences, 2006*) toont aan dat er heel wat ongeplande opnames gerelateerd zijn aan medicatie. Een groot deel hiervan zou potentieel te voorkomen zijn. Extra aandacht geven aan thuismedicatie bij opname en ontslag is dan ook van cruciaal belang. Tijdens een hospitalisatie zijn er vaak wijzigingen in therapie en switchen van thuismedicatie naar formulariumproducten, wat de kans

van den Bemt, P. M. L. A., Egberts, T. C. G. (2006). *Eindrapport HARM-onderzoek: een prospectief, multicenter onderzoek naar geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames*. Division of Pharmacoepidemiology & Pharmacotherapy, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences.

op fouten alleen maar vergroot. We kozen ervoor om het transmuraal medicatiebeleid in eerste instantie bij te sturen in opnames via spoed. Hier gebeuren immers de meeste fouten omwille van het ongeplande karakter. Patiënten zijn niet voorbereid op een opname... Bij een geplande opname daarentegen konden patiënten meer aandacht besteden aan hun medicatielijst."

Waar kan de huisarts een meerwaarde bieden binnen dit project?

"Huisartsen en huisapothekers zijn een belangrijke bron van informatie en kunnen er mee voor zorgen dat medicatieschema's up-to-date zijn en de correcte en volledige informatie bevatten. Denk bijvoorbeeld aan dosissen of inname momenten. Zij zijn ook de ideale persoon om patiënten hierover te sensibiliseren."

"Om de cirkel rond te maken, is ook een goede medicatieverificatie bij ontslag een must. Met dit project ging collega-ziekenhuisapotheker in opleiding Lindsey Van Loon aan de slag. We hopen ook hier snel mooie resultaten te boeken. In de toekomst hopen we steeds meer digitale ondersteuning te krijgen, maar voorlopig staan informatiesystemen zoals Vitalink nog niet helemaal op punt. Raadplegen kunnen we, maar wijzigen nog niet. Er is dus nog werk aan de winkel, maar we zetten stappen in de goede richting."



Kortere doorstroomtijden voor geriatrische patiënten met niet-urgente pathologie dankzij fast-track geriatrie

Spoedverpleegkundige Elien Anthonissen volgt een masteropleiding tot verpleegkundig specialist. In het kader van haar stage ontwikkelde ze, in samenwerking met de betrokken diensten, een fast-track geriatrie (FTG) om de doorstroom van geriatrische patiënten zo vlot mogelijk te laten verlopen. Hoe dit project tot stand kwam, vertelt Elien ons zelf.

Wat houdt het FTG-project precies in?

"Kort gezegd willen we met de fast-track geriatrie de doorstroomtijden van geriatrische patiënten van de spoedafdeling naar de verblijfsafdeling beperken tot maximum 60 minuten, om zo de kwaliteit van zorg en het comfort van de patiënt te verhogen. We werken hiervoor met inclusie- en exclusiecriteria, waarbij alleen de patiënten met niet-urgente pathologie in aanmerking komen. De meest duidelijke inclusiepatiënten zijn diegenen die door de huisarts worden doorverwezen naar de dienst geriatrie en diegenen die door de geriater zelf worden aangekondigd voor het traject. We moeten hierbij natuurlijk bewaken dat patiënten niet onnodig naar de spoedafdeling gaan, en dat dit alleen van toepassing is op patiënten



Elien Anthonissen
spoedverpleegkundige

die niet rechtstreeks naar de verblijfsafdeling geriatrie kunnen gaan."

"De geriatrische patiënten ondergaan op de spoedafdeling enkele onderzoeken, waarna de spoedarts een eerste inschatting maakt van de ernst van de klachten. Als de patiënt aan alle criteria voldoet, stroomt hij vroegtijdig door naar geriatrie, waar de geriater zich verder ontfermt over de patiënt. Het was fijn dat ik voor dit project contacten kon leggen met andere disciplines. Hierbij merkte ik dat voor iedereen kwaliteitsvolle zorg centraal staat."

Wat is de meerwaarde van dit project voor de patiënt? En voor jullie als verzorgend personeel?

"We merken sinds enige tijd een toename aan spoedpatiënten, waaronder ook de geriatrische patiënten. Voor hen is er vaak een lange wachttijd tot opname op de afdeling, wat nefast kan zijn voor de kwaliteit van de zorg. Uit onderzoek blijkt dat een langere verblijfsduur op de spoedafdeling geassocieerd wordt met een verminderde patiënttevredenheid en verhoogde mortaliteit. Een snellere doorverwijzing geeft de spoedverpleegkundigen en -artsen de ruimte om zich te focussen op de kernactiviteiten van de spoedafdeling: het behandelen van acute pathologieën. We hopen daarnaast dat dit project een positief effect heeft op de werkdruk op spoedgevallen."

Hoe gebeurt de communicatie naar de huisarts?

"De patiënten worden via het FTG-pad opgenomen op de afdeling

geriatrie. Van de spoedopname ontvangt de huisarts een kort verslag met daarin de eerste klinische bevindingen van de spoedarts en de resultaten van de eerste technische onderzoeken zoals ECG, veneus bloedgas of RX-thorax. Enkele resultaten zullen nog niet gekend zijn op het ogenblik dat de patiënt naar geriatrie wordt getransfereerd. De geriateren nemen het onderzoek en de behandeling van de patiënt over. Hiervan zal de huisarts een hospitalisatieverslag ontvangen."

"Naar de toekomst toe is het interessant dat de huisartsen op de hoogte zijn van de inclusie- en exclusiecriteria en dat ze op de verwijsbrief een duidelijke vermelding maken van het FTG-project. Daarnaast is het voor ons van belang dat we correcte informatie hebben over bijvoorbeeld de thuismedicatie, eventuele contactpersonen, de medische voorgeschiedenis ... Zo kunnen we de patiënt de meest geschikte zorg geven."

Publicatie

Nationwide harmonization effort for semi-quantitative reporting of SARS-CoV-2 PCR test results in Belgium

André E., Gijbels K. et al.

Viruses 2022, 14 (6), 1294

<https://doi.org/10.3390/v14061294>

Abstract

From early 2020, a high demand for SARS-CoV-2 tests was driven by several testing indications, including asymptomatic cases, resulting in the massive roll-out of PCR assays to combat the pandemic. Considering the dynamic of viral shedding during the course of infection, the demand to report cycle threshold (Ct) values rapidly emerged. As Ct values can be affected by a number of factors, we considered that harmonization of semi-quantitative PCR results across laboratories would avoid potential divergent interpretations, particularly in the absence of clinical or serological information. A proposal to harmonize reporting of test results was drafted by the National Reference Centre (NRC) UZ/KU Leuven, distinguishing four categories of positivity based on RNA copies/mL. Pre-quantified control material was shipped to 124 laboratories with instructions to setup a standard curve to define thresholds per assay. For each assay, the mean Ct value and corresponding standard deviation was calculated per target gene, for the three concentrations (10^7 , 10^5 and 10^3 copies/mL) that determine the classification. The results of 17 assays are summarized. This harmonization effort allowed to ensure that all Belgian laboratories would report positive PCR results in the same semi-quantitative manner to clinicians and to the national database which feeds contact tracing interventions.



dr. Koenraad Gijbels
klinische biologie

Slaapkliniek breidt uit met cognitieve gedragstherapie

Iedereen slaapt weleens enkele nachten slecht. We kunnen echter spreken van chronische insomnia wanneer de klachten drie keer per week voorkomen, drie maanden duren én als ze een impact hebben op het dagverloop door bijvoorbeeld vermoeidheid, concentratieproblemen, opvliegendheid, apathie of somberheid. Om deze patiënten te helpen, biedt de slaapkliniek van AZ Voorkempen nu ook cognitieve gedragstherapie aan voor slapeloosheid.

Ongeveer 10% van de bevolking kampt met chronische insomnia. De meest voorkomende klachten zijn moeilijk inslapen, slecht doorslapen, te vroeg wakker worden of zich overdag niet uitgerust voelen. De oorzaak van de insomnia kan chronische stress of een verstoorde waakslaapcyclus zijn. Slaapmedicatie is dan zelden een doeltreffende definitieve remedie. Cognitieve gedragstherapie voor insomnia, of kortweg CGTi, kan een geschiktere aanpak zijn.

Olivier Deboel, psycholoog van de slaapkliniek: "Onderzoek toont aan dat 70 tot 80% van de patiënten met insomnia gebaat is met CGTi. De slaaptraining geeft erg goede resultaten op inslaaptijd en op de wakkere tijd na de eerste keer inslapen. In de therapie staat het doorbreken van de vicieuze cirkel voorop. We willen de zelfredzaamheid en zelfcontrole van de patiënt vergroten en hem

probleemoplossende vaardigheden aanleren."

Tijdens een intakegesprek wordt gepeild of CGTi de meest geschikte aanpak is of dat verwijzing naar een neuroloog, pneumoloog of psychiater beter is. "Indien de insomnia verband houdt met een depressie, burn-out, RLS, PLMD, OSAS of andere somatische aandoening, moet deze gepast behandeld worden. Na de intake maak ik steeds een verslag dat aan de huisarts en verwijzer wordt bezorgd", kadert Olivier Deboel.

Inhoud therapie

Centraal in de training staat het verband tussen gedrag, cognitief vermogen en gevoel en het feit dat deze elkaar wederzijds beïnvloeden. Gedurende drie maanden komen verschillende onderwerpen aan bod tijdens een zestal sessies. Zo leert de patiënt inzicht krijgen in zijn eigen slaappatroon door

het bijhouden van een slaapdagboek en krijgt de patiënt psycho-educatie. Olivier Deboel: "Er bestaat heel wat wetenschappelijke informatie over slaap, het ontstaan van slapeloosheid, wat gezonde slaap is en hoe slaapproblemen in stand worden gehouden. Deze info wordt met de patiënt gedeeld om een goed begrip van het probleem te creëren."

"Verder stimuleer ik de patiënt om zijn slaappatroon en eventuele verkeerde slaapgewoonten te veranderen. Zo zijn bijvoorbeeld een slaaprestrictie en/of een stimuluscontrole mogelijk. Bij dat laatste zien we het bed als een slaapplek, en niet als rustplek. Lig je langer dan 15 tot 30 minuten wakker, dan sta je beter opnieuw op om iets rustgevend te doen waarbij weinig licht nodig is. Pas wanneer je je opnieuw slaperig voelt, ga je opnieuw naar bed", vult Olivier Deboel aan.

Andere onderwerpen die tijdens de gedragstherapie naar boven komen, zijn de slaaphygiëneregels, het leren omgaan met piekeren en het doorbreken van gedachten die de slaap verstoren. Ook hoe relaxatietechnieken toe te passen en een stukje hervalpreventie komen aan bod. Eén maand na afronding van de therapie is er een opvolgsessie. CGTi kan ook gebruikt worden om slaapmedicatie af te bouwen, uiteraard steeds in overleg met de verwijzende arts.

Praktisch

- » Slaaptraining wordt aangeboden voor volwassenen.
- » Afspraak maken via het afsprakenbureau 03 380 20 30.



Olivier Deboel
psycholoog van de slaapkliniek

Spine-unit verwijst patiënt door naar juiste specialist

Maandelijks komt de spine-unit van AZ Voorkepen bijeen. Het multidisciplinaire team bespreekt er allerhande dossiers van patiënten met pijn ter hoogte van de wervelkolom.



dr. Pieter Van Loo
neurochirurgie

Die pijn gaat al dan niet gepaard met uitstraling naar arm of been. Bij patiënten die besproken worden, kan er niet onmiddellijk een duidelijke afwijking worden vastgesteld op beeldvorming of bij klinisch onderzoek of is het verband tussen de klachten van de patiënt en de bevindingen van aanvullende onderzoeken niet eenduidig.

Correcte doorverwijzing

De spine-unit wil vooral vermijden dat de patiënt van de ene naar de andere specialist wordt doorverwezen omdat er geen duidelijke oorzaak van de klachten wordt gevonden. Een bespreking op de spine-unit kan dit oplossen en de patiënt onmiddellijk doorverwijzen naar de geschikte discipline. Dr. Pieter Van Loo, neurochirurg, vult aan: "Anderzijds is de spine-unit ook een vorm van kwaliteitscontrole. Voornamelijk bij jonge patiënten bij wie een ingreep ter hoogte van de rug wordt voorgesteld, gaan we na of alle conservatieve maatregelen zijn uitgeput. Omgekeerd geldt natuurlijk ook dat patiënten die

al meerdere behandelingen kregen, bijvoorbeeld in de pijnkliniek of via kinesitherapie, niet te lang in dit conservatief traject blijven hangen wanneer een operatie een oplossing zou kunnen zijn."

De patiënt kan niet zelf kiezen voor dit multidisciplinair overleg. Doorverwijzing gebeurt steeds door een van de specialisten van de spine-unit van de disciplines neurochirurgie, neurologie, pijnkliniek, fysische geneeskunde, orthopedie en radiologie. Na bespreking van het dossier, wordt er een afspraak gepland bij de discipline waar de patiënt verder geholpen zal worden. Indien het om een operatie gaat, betekent dit dan een verwijzing naar neurochirurgie. Vermoedt de spine-unit een probleem ter hoogte van schouder of heup, dan verwijst men eerder naar orthopedie of fysische geneeskunde. Bij onderliggende neurologische aandoeningen komt de patiënt bij

een neuroloog terecht, voor een infiltratie bij de pijnkliniek. Af en toe wordt er ook een verwijzing voorzien naar een psycholoog indien er een andere onderliggende oorzaak van de klachten wordt vermoed.

Participatie huisarts

Dr. Pieter Van Loo: "Na de vergadering maken we een verslag op dat beschikbaar is voor de huisarts van de patiënt via het elektronisch patiëntendossier. We vinden het jammer dat er op dit moment vanuit de overheid nog geen duidelijke structuur is waarin de spine-unit kan plaatsvinden, zoals bij een MOC wel het geval is. Idealiter kan de huisarts in de toekomst ook deel uitmaken van dit team en de vergadering ter plaatse of vanop afstand volgen. De betrokkenheid en medische kennis van de huisarts over de patiënt is immers van groot belang."



Kort nieuws

Uitbreiding online afspraken

Online een afspraak maken via mynexuzhealth is nu mogelijk bij volgende disciplines:

- » Centrum Over Gewicht
- » Neurochirurgie
- » Slaaptraining
- » Dermatologie
- » Neurologie
- » Tabakologie
- » Gipskamer
- » Neus-, keel- en oorzakten
- » Vaatheelkunde
- » Kindergeneeskunde
- » Podologie
- » Wondzorg



Openstaande vacatures arts-specialisten

Voor de uitbreiding van ons artsenteam zijn we nog op zoek naar enkele artsen. De volledige vacatures vind je op www.azvoorkempen.be/werken-bij.

- » **Anesthesist-algoloog** (voltijds)
- » **Anesthesist-intensivist** (voltijds)
- » **Endocrinoloog** (bij voorkeur voltijds)
- » **Geriater** (voltijds)
- » **Gynaecoloog** (vervanging - deeltijdsfactor te bespreken)
- » **Intensivist** (deeltijdsfactor te bespreken)
- » **Pneumoloog** (voltijds)
- » **Reumatoloog** (deeltijdsfactor zelf te bepalen)
- » **Spoedarts-urgentist** (voltijds)

Veiligheidsaudit Qualicor Europe: voorlopig resultaat

Het continu werken aan kwaliteitsvolle en veilige zorg voor onze patiënten, gisteren, vandaag en morgen, daar staan we bij AZ Voorkepen voor! Externe toetsing helpt ons hierbij. Daarom waren er van dinsdag 31 mei tot en met donderdag 2 juni 2022 enkele auditoren van Qualicor Europe in ons ziekenhuis aanwezig. Tijdens deze audit toetsten zij de basisaspecten van patiëntveilige en kwalitatieve zorg. De voorlopige feedback en complimenten van de auditoren doen alvast het beste vermoeden. De definitieve resultaten verwachten we in de loop van juli.



Kiwanis Malle helpt kindjes ontspannen

Lappenpopjes en een tablet, geschonken door Kiwanis Malle, zorgen voor welgekomen afleiding bij de kleinste patiënten in ons ziekenhuis. "De tablet gebruiken we vooral als afleiding tijdens onderzoeken of bij een prikje. Op het popje kunnen kinderen aanduiden waar ze pijn hebben of we kunnen erop tonen welke behandeling het kind krijgt. We zetten bijvoorbeeld het zuurstofmasker eerst eens op de pop vooraleer we het op het gezicht van het kind zetten. Dat neem al heel wat angst weg", vertelt Ria, spelbegeleiding op de kinderafdeling.



"We krijgen veel positieve reacties over de popjes", vertelt dr. Michael Nachtergaele, abdominaal chirurg en lid van Kiwanis Malle. "De pop maakt het hele traject mee, soms zelfs tot in de operatiekamer. Het wordt een echt vriendje voor de patiënt. Het is een klein ding, maar iets zeer aangenaams."

AZ Voorkepen tekent intentieverklaring met Regionaal Expertisecentrum Dementie Orion

De toenemende vergrijzing in de maatschappij brengt bijhorende uitdagingen met zich mee. Eén van die uitdagingen is het toenemend aantal personen met dementie. Om ziekenhuisbreed aandacht te hebben voor patiënten met dementie, startte AZ Voorkepen het project 'Dementievriendelijke Ziekenhuis'. In kader hiervan ondertekende het ziekenhuis een intentieverklaring met het Regionaal Expertisecentrum Dementie (RECD) Orion i.s.m. psychogeriatrisch netwerk.



Ann Van Ostaeyen, referentiepersoon dementie, legt uit: "Die ondertekening is de start van een mooie samenwerking met als doel om nog meer in te zetten op persoonsgerichte zorg voor patiënten met dementie en hun mantelzorgers. We kunnen nu steeds beroep doen op de expertise, ervaring en opleidingen van het RECD. Dit is een grote meerwaarde."

Evenementenkalender

Medical audits: nieuwe formule

De coronamaatregelen dwongen ons in 2020 om een nieuwe manier te zoeken om onze medical audits te organiseren. Al snel schakelden we over naar een digitale formule. In deze setting organiseerden we een tiental bijscholingen. De feedback was gemengd: fijn dat de kennisoverdracht kon plaatsvinden, maar jammer dat dit zonder netwerken moest gebeuren... Om beter te kunnen inschatten welke formule de voorkeur genoot, hielden we een bevraging. Hieruit kwam sterk naar voren dat jullie **een hybride versie**, zowel online als fysiek, de ideale oplossing vinden. Volgens deze formule organiseren we dit najaar nog drie medical audits. Noteer alvast volgende data in je agenda. De onderwerpen en sprekers volgen later.

- » Woensdag 12 oktober 2022 om 12.30 uur
- » Woensdag 9 november 2022 om 12.30 uur
- » Donderdag 15 december 2022 om 12.30 uur



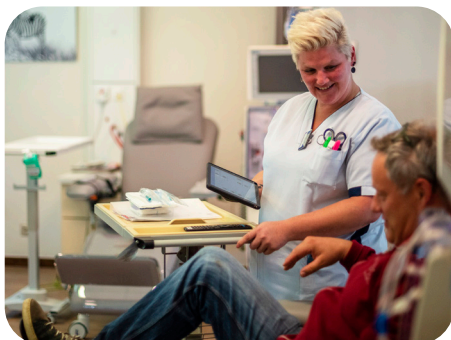
Eindejaarsreceptie

Noteer alvast **10 december 2022** in je agenda. Dan organiseren we opnieuw onze eindejaarsreceptie. Een persoonlijke uitnodiging volgt later.

(onder voorbehoud van de geldende coronamaatregelen)

Opendeurdag kunstnier

Op **zondag 9 oktober 2022** doet de kunstnierafdeling z'n deuren open voor geïnteresseerde zorgverleners uit de regio. Binnenkort ontvang je een persoonlijke uitnodiging met extra info.



Panelgesprek over transmurale zorg: samenwerking van A tot Z

Het is de rode draad doorheen deze miah: AZ Voorkempen blijft streven naar veiligheid, kwaliteit en innovatie. Graag bekijken we dan ook hoe transmurale zorg verloopt van Arts tot Ziekenhuis en weer terug. We blikken terug én kijken vooruit. Wat werkt in de praktijk, wat kan beter in theorie en waar knelt de handschoen? Op **zaterdag 17 september** organiseren we een panelgesprek in **'s Graevenhof te Schilde** voor en door huisartsen en arts-specialisten uit onze regio over transmurale zorg voor onze patiënten. Je bent van harte welkom om deel te nemen aan het debat, gevolgd door een netwerkmoment met onze nieuwste artsen.

Sprekers

- » Dr. Sven Beersmans, huisarts en voorzitter HAK Malle-Zoersel-Zandhoven
- » Dr. Riet Breesch, huisarts en zaalarts geriatric AZ Voorkempen
- » Dr. Boudewijn Michielsens, neuroloog AZ Voorkempen

Programma

- » Start om 9 uur met ontvangst en registratie
- » Welkom door algemeen directeur Koen Vancraeynest
- » Panelgesprek over transmurale zorg
- » Netwerkmoment met koffie, thee en broodjes
- » Einde voorzien rond 12 uur

Praktisch

- » Accreditatie ethiek en economie is aangevraagd.
- » Plaatsen zijn beperkt. **Schrijf je in vóór 7 september** via algemeen.secretariaat.azsj@emmaus.be.

Locatie

's Graevenhof
Turnhoutsebaan 439-445
2970 Schilde



