



Artsen krant

• www.artsenkrant.com



Scan deze QR-code
en lees als abonnee
onze krant digitaal
op iPad en iPhone.



PB-PP | B-331
BELGIË(N) - BELGIQUE

DE REFERENTIE VOOR HUISARTSEN EN SPECIALISTEN

42STE JAAR NR2690 - DONDERDAG 28 OKTOBER 2021 - 3,00 € - WEEKBLAD - P309577 - ROULARTA HEALTHCARE - RAKETSTRAAT 50, BUS 14 - 1130 BRUSSEL



SPECIAL AZ Sint-Maarten



Geert Verrijken

Sinte Mette

Het was aangenaam kennismaken. Niet alleen met een nagelnieuw ziekenhuis, ook met de Artsenkrantcollega's. Na anderhalf jaar solitair thuiswerk was de 'goesting' groot om er begin september een schitterende Mechelse tweedaagse en dito bijlage AZ Sint-Maarten van te maken. Niet via Zoom, wel samen en ter plekke. 'Samen' is meteen de rode draad doorheen alle interviews en artikels in deze editie. Drie ziekenhuizen sloegen de handen in elkaar. Samen werkten ze aan een succesvolle fusie en een fonkelnieuw gebouw.

Sinte Mette (Sint-Maarten) gaf de helft van zijn mantel weg. Die legendarische solidariteit brengt het naar hem genoemde ziekenhuis dag na dag in de praktijk. Helpen wie er nood aan heeft. Of zoals in het liedje waarmee de Mechelse kinderen op 11 november van deur tot deur gaan: 'want a joest, a jeid een valing, geft 'm eu pastilleke, 't sal ouvergaan' (*). Vertaald naar het jaar des heren 2021 betekent dit: eerst denken dan doen. De regio Mechelen heeft behoefte aan plaatsen voor kinder- en jeugdpsychiatrie? Al is de site nog kersvers, toch komt er dan een nieuwbouw. In het volle besef dat deze dienst geen cashmachine wordt. Zo ook in de robotchirurgie. Dankzij het 'Robotfonds' geniet ook wie minder goed bij kas zit van hoogwaardige zorg. Samenwerken en solidariteit. Het zijn sleutelwoorden. Met succes trouwens want tal van afdelingen – orthopedie, neurologie, pneumologie... breiden fors uit.

Sint-Maarten past binnen een groter geheel: de vzw Emmaüs, een geografisch afgebakende zorgentiteit met voorzieningen in bijzondere jeugdzorg, beschut wonen, woonzorgcentra én een ziekenhuis... Solidariteit en samenwerking. Andermaal.

(*): 'Want hij hoest, hij heeft een verkoudheid, geef hem een pilletje en het zal wel overgaan'



Klaar voor de toekomst

In oktober 2018 verhuisden de drie campussen van het AZ Sint-Maarten (Rooienberg In Duffel, Leopoldstraat en Zwartzustersvest in Mechelen) naar een gloednieuw ziekenhuis in Mechelen-Noord.

De drie campussen waren het gevolg van twee opeenvolgende fusies. We grepen de verhuis aan voor herschikkingen, afbouw en reconversie van bedden. Een nooit geziene herschikking van het Mechelse zorgaanbod. Na een intense periode waarbij we naast de going business bezig waren met het uittekenen en realiseren van het nieuwe gebouw, was de ingebruikname van het nieuwe ziekenhuis als het ware de kers op de taart.

De manier waarop we de realisatie van de nieuwbouw aanpakten, is ingegeven door de vijf kernwaarden die AZ Sint-Maarten, onderdeel van Emmaüs vzw, hanteert: openheid, samenwerken, kwaliteit, ambitie en respect.

Het nieuwe ziekenhuis geeft AZ Sint-Maarten de ruimte om haar ambitie te realiseren om een zorgaanbod te ontwikkelen dat perfect aansluit op de aanwezige zorgvraag. In goed overleg met onze artsen kozen we voor verdere diversificatie en specialisatie waarbij ook we ook rekening hielden met tot dan toe oningevulde zorgvragen in de Mechelse regio.

De nieuwe ziekenhuisinfrastructuur gaf ons de gelegenheid om alle zorgondersteunende processen verder te herschikken en te optimaliseren, met als belangrijke drijfveer operationele efficiëntie. Operationele efficiëntie die vandaag vaak gestuurd wordt door digitalisering en technologische innovatie. Geen enkele dienst blijft ongemoeid: medische, verpleegkundige, administratieve en facilitaire diensten, informatisering en ICT, technische dienst, enzovoort.

Kwaliteit en patiëntveiligheid stonden steeds vooraan in het uitwerken van bestaande en nieuwe processen en diensten.

Vanuit een filosofie van 'permanent verbeteren' zetten we actief onze schouders onder meerwaardegenererende interne en externe audits en verbeterprocessen. Ons nieuwe, en intern ontwikkelde, kwaliteitssysteem werkten we heel bewust uit in nauw overleg met artsen en andere medewerkers. Resultaat: een breed draagvlak bij alle betrokkenen.

Het symboliseert het belang dat we hechten aan samenwerking en de meerwaarde ervan. Intern én extern. Extern samenwerken betekent voor AZ Sint-Maarten onder andere een structurele verankering van overleg met de eerste lijn, deel uitmaken van Emmaüs vzw, waar alle zorgvormen aan bod komen, en participeren in bijvoorbeeld het locoregionale ziekenhuisnetwerk Briant.

Een gebouw van deze proporties kan je niet meer realiseren zonder aandacht voor duurzaamheid, energie-optimalisatie en klimaatregeling. Tal van investeringen zorgen ervoor dat het gebouw op een efficiënte manier wordt verwarmd en gekoeld en het energie- en waterverbruik op een zuinige en verantwoorde manier wordt georganiseerd.

Zoals jullie zullen merken, beste lezer, doet AZ Sint-Maarten er alles aan om de grote investering in ons nieuwbouwziekenhuis een maximale meerwaarde te laten bieden voor de toekomstige gezondheidszorg in de regio Mechelen. AZ Sint-Maarten is er klaar voor!



Jan Ennekens
algemeen directeur
AZ Sint-Maarten

238
In 2020 werkten in
AZ Sint-Maarten 238 artsen,
tien meer dan een jaar
voordien.
Bron: Jaarverslag 2020

Dixit geriater Marleen Van Esbroeck
(bladzijde 11 in deze editie)

Voor elke patiënt een oplossing op maat
bedenken, dat is eigenlijk meer
geneeskunst dan geneeskunde

‘Een overlegcultuur is er altijd geweest’

RONDETAFFEL Vertrouwen tussen artsen en directie, transparantie, solidariteit, medebeheer en een medische strategie gekaderd in de maatschappelijke opdracht van het ziekenhuis binnen de groep vzw Emmaüs. Een ronde tafel met de leidinggevende artsen en beheerders van AZ Sint-Maarten geeft inzicht in de succesformule.

An de huidige nieuwbouw gaat een lange voor-geschiedenis van fusies en samenwerkingsverbanden vooraf. Algemeen directeur Jan Ennekens geeft tekst en uitleg: “Het ziekenhuis is de resultante van twee opeenvolgende fusies. Daarbij werden vanaf 1998 drie ziekenhuizen samen-gevoegd. Parallel kwam dat jaar ook de vzw Emmaüs tot stand. Het Sint-Maartenziekenhuis maakt met circa 750 bedden deel uit van de vzw Emmaüs.”

OSKAR

Nog voor de eerste fusie trokken directie en artsen al de kaart van een nieuwbouwproject. De tweede fusie was de katalysator. Jan Ennekens: “In oktober 2018 namen we het nieuwe ziekenhuis in gebruik. In de aanloop er naartoe bepaalden we in goede samen-spraak met de artsen onze strategie: welke diensten bieden we aan? Tijdens

de fusiegolven werden 200 bedden geconverteerd naar andere zorgvormen zoals sp-diensten, beschut wonen, reconvertie in eigen huis, verhuis van bedden naar Imelda Bonheiden en andere regio’s enzovoort. Het gevolg was een rationalisatie van het zorg-aanbod in de regio Mechelen.”

De fusies hadden uiteraard heel wat gevolgen, vervolgt Ennekens. “De resultante was eenheid van structuur en beleid. Geïnspireerd door de vzw Emmaüs hanteren we daarbij vijf kern-waarden samengevat in het letterwoord OSKAR: Openheid, Samenwerking, Kwaliteit, Ambitie en Respect. Dat passen we toe in het personeelsbeleid, de omgang met patiënten en de manier waarop we onze maatschappelijke opdracht invullen. Dat is heel belang-rijk. Deze waarden worden ook breed gedragen binnen het ziekenhuis.”

Het ziekenhuis dokterde een ‘Sint-Maartenstatuut’ uit voor het personeel.

“En in volle transparantie en in goed overleg kwamen we voor de artsen tot een eenvormige algemene en financiële regeling. Zo heeft iedereen zijn plaats gevonden binnen het nieuwe geheel”, stelt de algemeen directeur. “Die overlegcultuur is er altijd geweest. Succesvol kan je als ziekenhuis enkel samen met de artsen zijn. Uiteraard zijn er al eens meningsverschillen maar dat leidt absoluut niet tot conflicten. Samen vinden we oplossingen.”

Oplossingsgericht

“Ik kan dat alleen maar bevestigen”, vult dokter Günther De Praeter, voor-zitter van de Medische Raad aan. “De artsen maakten het lange traject van bij het begin mee. Fusies zijn niet altijd eenvoudig. ‘En cours de route’ leer je ook dat de Medische Raad mee of tegen kan besturen. Persoonlijk denk ik dat de Medische Raad – ook historisch gezien – een orgaan is voor mede-

beheer. Het is niet louter een ploeg die adviezen aflevert. Altijd al lukte het bijzonder goed om mee te denken met de directie en samen oplossingen te zoeken. Door die dynamiek, het naar elkaar toegroeien en het wederzijds respect, worden de grootste successen geboekt. Vertrouwen is belangrijk. Met elke fusie komen er ook nieuwe artsen bij, telkens weer is dat een zoektocht naar vertrouwen.”

“Maar uiteindelijk”, zo benadrukt De Praeter, “is er slechts één belang: de zorg voor de patiënt. Daar een consensu of een oplossing voor vinden is altijd de betrachting geweest. De Medische Raad is veel meer dan een artsensyndicaat binnen een ziekenhuis, het is een democratisch medebestuur-orgaan. Ook in 1986 toen de Medische Raad zijn wettelijk beslag kreeg, was dat al de opdracht.”

→ Vervolg op blz. 4

→ Vervolg van blz. 3

Vinger in de pap

“Los van de zorg voor de patiënt vormt de economische ‘sustainability’ een gemeenschappelijk belang”, voegt hoofdarts en medisch directeur dokter Birger Jaspers eraan toe. “Wel kan het tijdspectief anders zijn. Het ziekenhuis is geëngageerd op zeer lange termijn terwijl de tijdshorizon van artsen meer zou kunnen samenvallen met hun eigen carrière. In essentie delen ze echter hetzelfde belang. Dat vormt een stevige basis voor een organisatie.”

“Medebestuur”, valt Jan Ennekens in, “uit zich in de aanwezigheid van artsen op het bestuurscomité van het ziekenhuis. De voorzitter van de Medische Raad en de hoofdarts worden permanent uitgenodigd. Onze artsen dragen een behoord

‘Recent kreeg ik nog aanvragen van voorzieningen uit Brussel en West-Vlaanderen. We willen echter de geografische nabijheid bewaren en dus kunnen we ze niet integreren. Het moet behapbaar blijven’

– Inge Vervotte, afgevaardigd bestuurder vzw Emmaüs



Artsenkrant bracht de top van AZ Sint-Maarten, bestaande uit (v.l.n.r.) Inge Vervotte, Jan Ennekens, Günther De Praeter en Birger Jaspers, samen voor een rondetafelgesprek.

lijk deel van de kosten, financieren in het algemeen de solidariteit en participeerden van bij het begin in de kost van de nieuwbouw. Ze hebben een belangrijk deel van deze investering voor hun rekening genomen. Met dergelijke engagementen in een organisatie, is het logisch dat je in een latere fase een vinger in de pap hebt.”

“De financiële bijdragen van de artsen vormen een stimulus om mee te denken”, dixit Günther De Praeter, “Dat is helemaal niet problematisch. De artsen zien ook wel dat het bestuur geen etherisch orgaan is dat boven hun hoofden zweeft, niet communiceert en beslissingen oplegt. In dit ziekenhuis stellen de artsen vast dat de ambities van de vzw bijdragen tot het succes.”

Responsabilisering

AZ Sint-Maarten maakt deel uit van de vzw Emmaüs. Afgevaardigd bestuurder Inge Vervotte legt uit dat de besluitvorming in de groep beweegt tussen twee assen. “De eerste as is ‘sturing versus subsidiariteit en autonomie’, de tweede ‘diversiteit versus homogeniteit’. Naarmate je meer homogeniteit hebt in bijvoorbeeld regelgeving en financiering kan je beter inzetten op schaafeffecten. Samenaankoop is zo’n voorbeeld. De groep heeft ‘buying power’ en kan voordelig collectief aankopen”, aldus Inge Vervotte. Schaalgrootte is uiteraard ook een voordeel voor ondersteunende diensten. De hele groep kan bijvoorbeeld gebruik maken van een interne bedrijfsjurist, interne ethicus.... “De diversiteit aan zorg- en welzijnsvoorzieningen binnen

eenzelfde groep laten kennisdeling en -verrijking toe. Dat laat toe een brede zorgvisie uit te bouwen en zorginhoudelijk samen te werken. Ook zijn er op die manier concrete zorginhoudelijke samenwerkingen tussen sectoren mogelijk. De ervaringen uit de coronacrisis leren dat je de verschillende rijkdommen en expertises met elkaar kan delen. Met als uiteindelijk doel: meer middelen voor de zorg ten voordele van de patiënt.”

Het gaat met andere woorden over heel diverse vormen van samenwerking. Inge Vervotte: “Je kan ze inderdaad niet in één carcan steken. Evenmin valt dit als centralistisch of decentraal te definiëren. Er is beweegruimte. En overigens had Emmaüs nog voor zijn ontstaan al een geschiedenis van samenwerking vanuit gedeelde visies en ambities.”

Voorts benadrukt de afgevaardigd bestuurder het belang van responsabilisering. “Uiteraard hebben al onze voorzieningen een eigen erkenningsnummer. We volgen de financiële normen heel duidelijk op. Belangrijk is dat ze allen een gezond financieel beleid voeren. Soms integreren we verlieslatende voorzieningen maar enkel op voorwaarde dat we ze financieel gezond kunnen maken. Het geheel moet gezond blijven om resultaten te kunnen neerzetten en een permanent investeringsbeleid te kunnen voeren, ook op het vlak van duurzaamheid en digitalisering.”

Gezonde groei

Emmaüs is een grote speler. In weerwil tot wat weleens wordt gedacht, is de groep volgens Inge Vervotte echter “helemaal niet zo erg gebrand op groei. In tegenstelling tot andere spelers in het zorglandschap hebben we groei nooit als

strategie gehanteerd. Om diverse redenen – noodzaak, visie... – klopten voorzieningen bij ons aan. Daardoor groeide Emmaüs organisch met geografie als een belangrijk criterium. We zitten niet verspreid over heel Vlaanderen. Recent kreeg ik nog aanvragen van voorzieningen uit Brussel en West-Vlaanderen. We willen echter de geografische nabijheid bewaren en dus kunnen we ze niet integreren. Het moet behapbaar blijven. Die geografische logica ligt trouwens in lijn met het beleid van de Vlaamse regering inzake regionale zorg- en eerstelijnszones.”

Jan Ennekens: “AZ Sint-Maarten mag in zijn huidige status uiteraard de ambitie hebben om de maatschappelijke investering in dit nieuwbouwziekenhuis te maximaliseren wat betreft de output van patiëntenzorg. Dat is onze opdracht en een met de artsen gedeelde gemeenschappelijke visie. Ook vele associaties zijn ambitieus in het nieuwe gebouw gestapt. We willen ons zorgaanbod voor elke discipline laten evolueren in de richting van maximale specialisatie, service en kwaliteit. De eerstvolgende jaren vullen we dat ten volle in.”

Medische strategie

Birger Jaspers: “Bij de inhuizing drie jaar geleden focusten we vooral op consolidatie van de infrastructuur. De nieuwbouw vormde een opportuniteit om aan een echte medische strategie te werken. Met drie aparte campussen was dat voordien zeer moeilijk. We hebben allereerst ‘North Star Objectives’ geformuleerd: toegankelijkheid, kwaliteit en patiënttevredenheid. Om de oefening verder te differentiëren van een mission statement gingen we ervan uit dat een weloverwogen maar belangrijke uitbreiding van



‘Voor veel meer artsen dan mensen denken, gaat het niet enkel over persoonlijk financieel gewin maar over het brede spectrum: de samenwerking met andere specialismen, de mooie setting, de jobtevredenheid...’

– dr. Günther De Praeter, voorzitter van de medische raad

geen grote moeilijkheden. Noodzakelijk is wel dat artsen begrijpen welke problemen zich stellen en waar er noden zijn. Discussies zijn er natuurlijk altijd maar in dit ziekenhuis hebben we nooit extreem fundamentele problemen gehad.”

Redelijke afhoudingen

Dankzij een reële doorrekening van kosten ben je als ziekenhuis ook minder kwetsbaar wanneer de nomenclatuur zou wijzigen. Dokter Jaspers benadrukt ook dat dit de solidariteit tussen disciplines niet in de weg staat. “Een heel gunstige evolutie is de groeiende steun voor complexe, transversale specialismen die niet altijd goed genummerd worden”, zegt hij. “De laatste jaren hebben we volop proberen in te zetten op dat breed gevoel van solidariteit”, valt Günther De Praeter bij. “Zo stimuleert de Medische Raad ook de poliklinische activiteiten in het ziekenhuis door in te zetten op financiële solidariteit. Op die manier dragen de artsen er mee toe bij dat het niet interessanter is om in een privépraktijk te werken dan in het ziekenhuis.”

“Voor een klein gamma specialismen”, aldus Birger Jaspers “is het heel moeilijk om als ziekenhuis competitief te zijn. Desondanks zien we dat ook sommige van deze artsen hun privépraktijk afbouwen om meer in het ziekenhuis te werken. Dit is de resultante van het beheersen van kosten, intercollegiale solidariteit maar

vooral ook een vertaling van de troeven eigen aan een geïntegreerde omgeving in een professioneel gerund ziekenhuis. Die troeven heeft een privépraktijk niet. Bovendien creëren we in volle transparantie en vertrouwen een betere sfeer.” Günther De Praeter: “Inderdaad. En voor veel meer artsen dan mensen denken, gaat het niet enkel over persoonlijk financieel gewin maar over het brede spectrum: de samenwerking met andere specialismen, de mooie setting, de jobsatisfactie...”

Verantwoordelijkheid

Birger Jaspers: “Sommige diensten maken samen met directie, bestuur en medische raad een zeer gedetailleerd en concreet strategisch plan met kader- en competentieontwikkeling, subspecialisatie, en zo meer. Het vertrekpunt daarbij is niet hoe mensen hun eigen dienst percipiëren. Wel proberen we de nulmeting zoveel mogelijk te objectiveren met outcome- en kwaliteitsindicatoren. We investeren in nieuwe maar vaak deficitaire technologie. Eens er een akkoord is over het geheel zien we dat de meeste collega’s dat op een zeer evenwichtige en verantwoorde manier trachten in te vullen.” Günther De Praeter: “Dit vereist natuurlijk wel een zekere ethische verantwoordelijkheid. Gelukkig deugen de meeste mensen.”

→ Vervolg op blz. 6

het artsenkorps, en dito subspecialisaties, een belangrijke hefboom vormt voor kwaliteitsontwikkeling. Op een zeer constructieve manier werkten artsen, directie en bestuur gedetailleerde ‘plannen per dienst’ uit, ze vormen als het ware de ruggengraat van onze strategie. Uiteraard was er was koudwatervrees bij de uitbreiding van sommige diensten en het reële risico op inkomensverlies hieraan eigen. Je moet erop vertrouwen dat dit lukt. Sommigen vreesden dat we door de verhuis van drie naar één campus in bepaalde geografische gebieden aan marktaandeel gingen inboeten. We stelden vast dat ons recruteringsgebied zich ietwat heeft verplaatst. Globaal realiseerden we echter veel meer groei dan verwacht.”

“Analyse leert dat patiënten zich voor gesubspecialiseerde diensten verder verplaatsen. Zo realiseren we nu bijvoorbeeld in sommige gewrichten twee keer zoveel ingrepen als enkel jaren geleden. Ons aandeel in het nationale aantal ingrepen is een stuk groter geworden.”

Daarnaast leert de analyse dat ook het marktaandeel bij de lokale bevolking in de Mechelse regio sterk toeneemt. Vergeleken met 2017 – het jaar voor de verhuis – groeide de medische activiteit in de niet door covid-19 geïmpacteerde maanden van 2020 met 18%. Dit jaar bedraagt de groei zelfs meer dan 22% (telkens inclusief index en tov zelfde referentiejaar). Dat is meer dan verwacht. “We geloven dat dit het resultaat is van het samenspel tussen het eclatante nieuwe gebouw en de medische strategie. Het ritme waarmee onze activiteit zowel in de diepte als in volume is geëvolueerd zal uiteraard wel vertragen. Stilaan zal het meer de demografische trend volgen. Overigens is het niet onze bedoeling om op een blinde manier groei na te streven. Het moet onze objectieven dienen, het dient een basis te vinden in de zorgvraag en de demografische behoefte. Parallel met de toegenomen activiteit neemt ook het aantal artsen toe, momenteel een 250-tal.”

Kinder- en jeugdpsychiatrie

“We spelen in op niet, of onvoldoende, beantwoorde regionale omgevingsfactoren en zorgvragen”, voegt Jan Ennekens eraan toe. “In de vorige settings bleven deze volledig onbeantwoord. Nu bieden we nieuwigheden aan die we in het verleden niet of veel minder konden waarmaken. Kinder- en jeugdpsychiatrie is daarvan een schoolvoorbeeld. Ook financieel steken we daarvoor onze nek uit want zo’n dienst is sowieso verlies-

latend. Maar dit is in deze regio een absolute blinde vlek. Daarom gaan we toch in op deze zorgvraag. Dit is nu volledig geconsolideerd en zeer succesvol. Naast ons gebouw – dat iedereen in het begin veel te groot vond maar dat nu al te klein is – bouwen we nu dus een dienst kinder- en jeugdpsychiatrie.”

“Op papier”, aldus dokter De Praeter, “klinkt het allemaal evident. Maar om dit alles aan de artsengemeenschap ‘verkochte’ te krijgen... Een arts-ondernemer die zich concentreert op de eigen praktijk of associatie lijkt er immers niet veel baat bij te hebben. Of men vreest dilutie. De artsen van AZ Sint-Maarten geloven echter in het project en in groei voor zichzelf. Als het aanbod beter is, kunnen ze ook betere kwaliteit leveren. Durven springen en eerst investeren is belangrijk.”

Reële kosten

De voorzitter van de Medische Raad wijst op het financieel kader met reële afdrachten van de artsen als sleutel voor het succes. “Essentieel is dat artsen betalen voor gemaakte kosten. Zo ondersteunen de afdrachten de activiteit. En voor het overige ben je volledig eigenaar van je honoraria. Het systeem dwingt artsen mee te gaan, met hun zaken bezig te zijn en snel te reageren. We maken afspraken over ons eigen financieel beleid. Af en toe zijn er divergente belangen, er gaat dus discussie aan vooraf. Uiteindelijk komen we wel tot een vergelijk.”

Volgens Günther De Praeter is dat veel moeilijker bij procentuele kostenafhoudingen. “Voor artsen is het dan niet meer zo relevant welke kosten gepaard gaan met medische investeringen of aanstelling van personeel. De percentages zijn toch afgesproken. En aan een aanpassing ervan gaat een heel lange latentieperiode vooraf. Daarover onderhandelt men pas opnieuw als het heel problematisch wordt”, aldus De Praeter.

Een ziekenhuis is geen commerciële instelling maar tegelijk gaat het natuurlijk ook over de centen. Günther De Praeter: “Daar moeten we niet flauw over doen. Maar binnen de financiële mogelijkheden binnen het voorhanden zijnde kader krijgen artsen als echte ondernemers hun zaken wel op orde. Het is daarbij een heel groot voordeel dat we zelf mee kunnen beheren en sturen. We zien daarvan rechtstreeks de effecten. Ik geloof echt in de arts als vrije beroepsbeoefenaar. Wie ons respecteert in onze manier van werken en de wijze waarop dat is vastgelegd in de ziekenhuiswetgeving ervaart

→ Vervolg van blz. 5

Inge Vervotte benadrukt sterk het geloof in rationeel opgebouwde dossiers. “In samenwerking met anderen vormt dat een element van onze methodiek. Het geeft een heel ander, helder debat en een goed vertrekpunt voor een discussie waarbij appel gedaan wordt op verantwoordelijkheidszin. Neem het voorbeeld van de kinder- en jeugdpsychiatrie. De regionale cijfers, de jeugdzorg in onze eigen groep, confronteren ons met de realiteit. Daarnaast zijn er de verhalen over wat het betekent voor mensen om geen aanbod dichtbij te hebben. Op die manier onderbouwen we dossiers professioneel met data en mensen. Zo heb je een heel stevige basis om in vertrouwen inhoudelijk te dialogeren. Uiteindelijk is het dan geen resources- maar een rechtvaardigheids- en verantwoordelijkheidsprobleem.”

Samenwerkingsverbanden

Een belangrijke waarde is interne en externe samenwerking. Jan Ennekens: “Binnen de Emmaüs-groep hebben we heel wat logistieke en zorginhoudelijke vormen van samenwerking. Er is een grote poot jeugdzorg, de nieuwe dienst kinderpsychiatrie groeide bijvoorbeeld vanuit een samenwerkingsverband.”



Voorts bouwde het ziekenhuis in het verleden met andere regionale zorgpartners vormen van samenwerking uit. “In het kader van onze oncologische zorgverlening beschikken we over een afdeling radiotherapie die ook patiënten uit de ons omringende ziekenhuizen verzorgt. Daarnaast baten we met zeven ziekenhuizen uit de regio en uit Vlaams-Brabant een PET-scan uit. Voor cardiologie is er een samenwerkingsverband met Imelda in Bonheiden. We maken deel uit van het locoregionale netwerk Briant samen met het Imeldaziekenhuis (Bonheiden), Heilig Hart Lier en AZ Jan Portaels (Vilvoorde). En last but not least: we maken deel uit van het Vlaams Ziekenhuisnetwerk Leuven (VZN KU Leuven)”, aldus Ennekens.

Inge Vervotte: “Het VZN KU Leuven bestudeert op een oprechte manier de variaties tussen ziekenhuizen. Dat heeft een duidelijke toegevoegde waarde. De juiste schaal van samenwerken is ook een belangrijk aandachtspunt in het kader van de ziekenhuisnetwerken.”

Accreditering

Tot slot legt algemeen directeur Jan Ennekens er de nadruk op dat AZ Sint-Maarten inzake ziekenhuisaccreditering nieuwe wegen bewandelt. “Van bij het begin engageerden we ons voor accreditatie door een extern organisme, met name Qualicor (ex-NIAZ). Tot 1 oktober waren we Qualicor-geaccrediteerd en normaal hadden we eind 2021 een nieuwe accrediteringsronde opgestart. Naar aanleiding daarvan gingen we echter samen met de artsen in debat. Laten we opnieuw audits uitvoeren of welke weg volgen we? Ook al omdat het Vlaamse ziekenhuislandschap de methodieken van JCI en Qualicor met zijn gigantische pakket normen en zijn vele administratieve regeltjes kritisch benadert. De praktijk ervaart dat niet altijd als een meerwaarde. Alles samen deed het ons besluiten de klassieke accreditatie af te stoten en een eigen kwaliteitssysteem uit te bouwen. Vanuit het ziekenhuis bepalen we zelf de normen. We checken en auditeren ze. Tegelijk staan we uiteraard open voor externe toetsing, we gaan er geen

‘Vanuit het ziekenhuis bepalen we zelf de normen. We checken en auditeren ze’

– Jan Ennekens, algemeen directeur



‘Het nieuwe systeem is meetbaar, kwantitatief en alomvattend. Zeker is het niet vrijblijvender dan Qualicor, wel integendeel’

– Birger Jespers, hoofdarts en medisch directeur

black-box van maken. Het ziekenhuis communiceert hierover transparant naar de overheid én naar de organisatie zelf”, benadrukt Jan Ennekens nog (lees ook blz. 8 in deze editie).

“Voorts houden we de vinger aan de pols van wat er extern gebeurt. Ik denk dan in de eerste plaats aan FlaQuM, het kwaliteitssysteem van het Leuvens Instituut voor Gezondheidsbeleid en Zorgnet-Icuro (AK 2671). Het tijds kader daarvan is 2026. Het impliceert dat er nog enkele jaren overgaan en dat we nog door vele watertjes moeten zwemmen alvorens dit operationeel is. Wel toetsen we ons eigen systeem nu al af met wat FlaQuM vandaag publiceert.”

Voor Birger Jespers was “een zeer sterk engagement van de artsen” alleszins de voorwaarde om Qualicor te verlaten. “De Medische Raad bekrachtigde dat ook.” “Inderdaad hadden artsen, en zorgverleners in het algemeen”, dixit dokter De Praeter, “op een bepaald moment de indruk dat het gros van de geauditeerde punten niet meer relevant was. Zo raak je de motivatie kwijt.”

Medisch directeur Birger Jespers benadrukt dat het nieuwe systeem heel erg op de finaliteit, namelijk kwaliteit, gericht zal zijn. “Het impliceert ook dat het meetbaar, kwantitatief en alomvattend is. Zeker is het niet vrijblijvender dan

Qualicor, wel integendeel. Het zal van de artsen ook veel (zelf)discipline vragen. De ervaring met groeiplannen leert dat onze artsen hierin echte verantwoordelijkheid willen nemen.” De recente ontwikkeling van het ziekenhuis illustreert voor dokter Jespers dat artsen indien ze betrokken worden bij en geloven in een wervend verhaal het corporatisme zeker en vast kunnen overstijgen. “Intrinsiek zijn ze erg gemotiveerd om een inhoudelijk project neer te zetten”, zegt hij. Günther De Praeter: “We zetten in op kwaliteit die relevant is voor de patiënt, de zorgverlener en het ziekenhuis en tegemoetkomt aan internationale standaarden. Dat verhoogt de motivatie. Beter is het enkele honderden punten goed te auditen dan 5.000 punten af te vinken waarvan je weet dat er 4.500 tot niets dienen.”

“Kwaliteit van zorg”, valt Jan Ennekens tot slot bij, “is voor dit ziekenhuis uitermate belangrijk. Dat willen we ook objectiveren, meten en verbeteren indien nodig. We waren al met een eigen initiatief gestart toen FlaQuM eraan kwam. Er is geen spontane kruisbestuiving maar we merken dat er in FlaQuM veel dezelfde dingen naar boven komen als in ons systeem. Geen verrassing uiteraard, we zijn allemaal met zorg en patiënten bezig.”

Geert Verrijken

Een kwestie van solidariteit

ROBOTCHIRURGIE “We zijn in 2018, bij de verhuis naar de nieuwe campus, met de robotchirurgie gestart”, vertelt dokter Philippe Dubron. “Ons uitgangspunt was: als we zoveel investeren in een Da Vinci-robot, gebruiken we die voor alle chirurgie waarvoor hij een meerwaarde biedt. Maar patiënten hoeven zich geen zorgen te maken over de factuur.”

Op dit moment betaalt het Riziv de robotchirurgie maar terug in één indicatie: prostatectomie, het waren de urologen zoals dokter Dubron die er zijn mee gestart. “Maar we hebben de robot gekocht voor een groeitraject. Van zodra blijkt dat robotchirurgie veiliger is en comfortabeler voor de patiënt, de ingreep korter duurt, de patiënt sneller uit het ziekenhuis mag, is het de bedoeling de ingreep met de robot uit te voeren.” Ook veel nierchirurgie gebeurt nu met de robot. “We hebben de klassieke laparoscopie verlaten.”

Robotfonds

Philippe Dubron: “De aankoop van zo’n robot is een belangrijke investering. Per patiënt komt daar nog circa 1.000 euro voor het materiaal bovenop. Tot voor enkele jaren werden de extra kosten doorgerekend aan de patiënt. Maar dat resulteerde dan mogelijk in een veiligere, meer comfortabele geneeskunde voor wie het kon betalen – wie het niet kon betalen diende het te stellen met een klassieke open ingreep. Zo’n geneeskunde met twee snelheden wilden we in ons ziekenhuis van meet af aan vermijden. Dat vraagt solidariteit tussen de artsen onderling, maar ook tussen artsen en directie, en tot nu toe is dat schitterend gelukt.”

Daarom heeft het ziekenhuis van bij de eerste besprekingen over het opstarten van robotchirurgie gekeken

naar duurzaamheid – het moet een lange-termijnproject zijn – en naar betaalbaarheid voor zowel de patiënt als voor het ziekenhuis, zegt Dubron. “In overleg met de Medische Raad en de directie van het ziekenhuis hebben we een robotfonds opgericht. Zo hebben we een groeitraject gecreëerd voor de komende 5 à 10 jaar en

‘Het is niet alleen de chirurg die getraind moet worden maar het hele team, ook de verpleegkundigen en de anesthesisten’

– dr. Karin Leunen



zijn we zeker dat het plan niet na één jaar al afloopt. “Op termijn hopen we wel dat het landschap verandert en er beweging komt in de terugbetaling.”

“We hebben hier in Mechelen een divers publiek”, vult dokter Karin Leunen, gynaecologisch chirurg, aan. “De chirurgische indicatie, de pathologie en de patiëntgerelateerde factoren bepalen de keuze van toegangsweg en het gebruik, al dan niet, van de robot. Ook bij bepaalde complexe procedures voor gynaecologische tumoren biedt robotchirurgie een meerwaarde. Je kunt veel preciezer te werk gaan.”

Voorbereiding

PD: De algemeen chirurgen hebben nu ook de stap naar robotchirurgie gezet. Ook onze vasculaire chirurgen en de NKO-artsen zijn met de voorbereiding gestart. Maar dat vraagt een heel voorbereidings-traject.

KL: Het is niet alleen de chirurg die getraind moet worden maar het hele team, ook de verpleegkundigen en de anesthesisten. Ieder lid van het team moet adequaat handelen bij iedere stap, ook wanneer er zich een complicatie zou voordoen. Iedere ingreep vraagt een zorgvuldige voorbereiding, met precieze positionering van de patiënt.

PD: De chirurg zit in zijn console en voert van daar de ingreep uit. Maar de handen bij de patiënt zelf, dat is het team, dat vormt een onmisbaar verlengstuk.

PD: We stonden eigenlijk al een jaar voor de verhuis klaar om de overstap te maken. Maar we wisten dat we op de nieuwe campus weer de hele infrastructuur en organisatie zouden herbekijken. Het team kreeg een nieuwe samenstelling. We zouden tweemaal een opstartfase hebben doorgemaakt, met alle risico’s die daarbij horen. De keuze om de hele transitie in één keer uit te voeren – een nieuwe start in een nieuwe omgeving – was de juiste. Waarbij we meteen de vlucht vooruit hebben genomen door de robotchirurgie ook open te stellen voor nieuwe indicaties.



‘Patiënten hoeven zich geen zorgen te maken over de factuur’

– dr. Philippe Dubron

KL: Maar het probleem was er niet zozeer een van nieuwe indicaties, de uitdaging ligt vooral sociaal: de robotchirurgie voor iedereen toegankelijk houden.

Wouter Colson

Worden de resultaten van de ingrepen bijgehouden?

Karin Leunen: “In het Vesalius-netwerk voor oncologische chirurgie – met het UZ Leuven en andere centra – houden we een aantal (kwaliteits)indicatoren bij, onder meer ook over de robotchirurgie. We registreren dat volgens een vast sjabloon, en op geregelde tijdstippen vergelijken we de resultaten en bespreken we die.” Philippe Dubron: “Voor urologie had het Riziv een studie opgezet, maar die is stopgezet toen de terugbetaling voor prostatectomie er kwam. Het blijft voor jezelf wel erg belangrijk om een aantal uitkomsten bij te houden en te vergelijken met de internationale literatuur. Maar ook als je data gunstig uit de vergelijking komen, moet je kritisch blijven tegenover jezelf.”



“Ons uitgangspunt was: als we zoveel investeren in een Da Vinci-robot, gebruiken we die voor alle chirurgie waarvoor hij een meerwaarde biedt.”

Met de stempel van AZ Sint-Maarten

KWALITEITSMODEL “De beslissing om ons toe te leggen op een eigen kwaliteitsmodel en om de NIAZ-accreditatie te laten varen, viel vroeg in 2020. We hebben ons model begin dit jaar intern gevalideerd”, zegt Nico Garmyn, directeur kwaliteit en strategie van AZ Sint-Maarten.”



Dokter Maria Mattheussen en Nico Garmyn, directeur kwaliteit en strategie: “De eerste pijler van ons kwaliteitsmodel is klantfocus.”

Toen de artsen, vanuit de Medische Raad, het NIAZ-traject in vraag stelden, beseften ze zeer goed dat er een ander kwaliteitsmodel in de plaats moest komen, vertelt dokter Maria Mattheussen, anesthesist en secretaris van de Medische Raad. “Een kwaliteitsmodel in een ziekenhuis heeft maar kans op slagen als het mee gedragen wordt door de artsen. Toen we NIAZ opzegden, hadden we al duidelijk een kijk op het nieuwe kwaliteitsmodel. De artsen beseffen dat ze zich daarvoor ook zullen moeten engageren.”

De verhuis van het ziekenhuis naar de nieuwe campus – waar mensen die van drie sites samenkwamen – was niet vreemd aan de beslissing om NIAZ vaarwel te zeggen. Nico Garmyn: “Op de nieuwe campus vroeg de organisatie van de zorg alle aandacht. Artsen en verpleegkundigen vroegen zich af wat de meerwaarde voor de zorg nog was van de 1.500 criteria van het nieuwe accreditiekader. Ze vreesden overbelast te worden door de tijd die dit accreditatietraject zou opsloppen.”

Vanuit de processen...

Nico Garmyn: Het nieuwe model kwam tot stand toen we de zorg op de nieuwe campus organiseerden. We schreven 40 concrete zorgtrajecten uit. Als we dan met de professionals uit verschillende disciplines de sleutelementen in die trajecten nog eens bekeken, zagen we de bouwstenen voor ons kwaliteitsmodel liggen. Zo kwamen we aan een lijst van 150 kritische succesfactoren, gekoppeld aan een 40-tal ambities. Dit kader tegen-

over de 1.500 criteria van NIAZ – dat was toch een vereenvoudiging.

Iedereen mee

NG: Als conceptueel framework zijn we op Total Quality Management uitgekomen – een gedegen en beproefd kader. Hierbij is het AZ Sint-Maarten model opgebouwd rond vijf pijlers: klantfocus, strategie, procesfocus, verbeterfocus, en ‘iedereen mee’. Sommige kritische succesfactoren vragen om verbeteracties: de belangrijkste verbetertrajecten voeren we dit en volgend jaar uit.

Maria Mattheussen: Ieder verbetertraject heeft een eigenaar en volgt een eigen tijdschema.

NG: We zullen verder, met de mensen op de vloer, interne audits uitvoeren van de zorgtrajecten – waarbij we nagaan of alle kritische succesfactoren inderdaad verzekerd blijven. De Vlaamse overheid weet dat we de accreditatie bij NIAZ stop hebben gezet. We zijn niet het enige ziekenhuis dat voor een ander traject heeft gekozen. Zorginspectie zal de knoop moeten doorhakken over hoe ze met het beleid daarop gaan inspelen. Met ons eigen kwaliteitsmodel zijn we zeker voorbereid opnieuw te slagen in een externe audit door de overheid of een nog te bepalen instantie.

Flexibiliteit

MM: Het kwaliteitsmodel is niet iets van enkele mensen maar van alle geledingen van het ziekenhuis. Het bouwt voort op de vroegere inspanningen en zit ingebouwd in systemen die veelal al een lange traditie hebben. De artsen zijn reeds lang intensief betrokken bij kwaliteitsprojecten. Zo is de commissie antibiotica-beleid ouder dan de accreditering en zeer actief. Naast strikte opvolging van bacterieresistenties en het juiste gebruik van reserveantibiotica, startte zij recent een project om onterechte diagnoses van penicillineallergie op te sporen. Dit is belangrijk omdat in een aantal gevallen deze antibiotica de beste outcome geven voor de patiënt. Onveilige situaties worden gesignaleerd aan de Medische Incidenten Commissie (MIC), en door deskundige medewerkers – waaronder 5 artsen – geanalyseerd; dat leidt eveneens tot verbetertrajecten. Deze aanpak maakt kwaliteitswerking flexibel zodat het model zich makkelijk aan nieuwe situaties aanpast en aansluit bij noden op de werkvloer.

NG: De cel kwaliteit is een beperkte kern. Maar zoals dokter Mattheussen zegt: kwaliteitsbeleid is een zaak voor heel het ziekenhuis. De cel volgt het kwaliteitsbeleid op en coacht de afdelingen en diensthoofden bij kwaliteitsinitiatieven. En wanneer er resultaten binnen-

komen van kwaliteitsindicatoren van het Vlaamse Indicatorenproject, eigen metingen of ook van het Vlaams Ziekenhuisnetwerk rond UZ Leuven, helpen we bij de interpretatie van de resultaten en het uitwerken van verbeteracties. Maar de ‘indicatoreigenaars’ doen het grote werk.

MM: Communicatie is van essentieel belang in de kwaliteitswerking van een ziekenhuis. In een klein ziekenhuis, zoals we vroeger waren, verliep dat snel, direct en informeel. Op deze nieuwe campus is het een cruciaal werkpunt om constant voeling te houden tussen de verschillende geledingen – tussen de directie, de verschillende diensten en iedereen op de werkvloer. Daaraan wil de structuur in de verschillende werkgroepen waarin evenwichtige vertegenwoordiging wordt nagestreefd, tegemoet komen.

Ook de huisarts

MM: De eerste pijler van ons kwaliteitsmodel is klantgerichtheid. In de zorg staat de patiënt centraal. Peilen naar de patiënttevredenheid blijft een continue opgave. Maar onze klanten zijn ook de zorgverleners die naar ons ziekenhuis verwijzen. We zetten in op een vlotte toegang tot ziekenhuisartsen en gedeelde verantwoordelijkheid en opvolging. Tussen het ziekenhuis en de huisartsenkring vindt tweemaal per jaar overleg plaats. In een open dialoog wordt de onderlinge samenwerking besproken met als focus de gedeelde verantwoordelijkheid in de patiëntenzorg.

Wouter Colson



‘Je leert elkaar beter kennen’

HUISARTSENWACHTPOST De huisartsenwachtpost van Mechelen opende op 8 december 2018 de deuren op de campus van AZ Sint-Maarten. Maar de samenwerking met de huisartsen gaat verder dan de wachtpost. Een gesprek met dokter Stijn Festrtaets, covoorzitter van de Mechelse huisartsenkring, en dokter Karoline Kindt – diensthoofd van de spoed.

Stijn Festrtaets: “De oprichting van de wachtpost had een lange aanloop. Dat we er tenslotte voor kozen op de nieuwe campus van AZ Sint-Maarten te komen, had te maken met de overheidsplannen voor de wachtposten: in ons functioneel samenwerkingsverband zijn we dan de enige wachtpost die naast een spoeddienst ligt.”

‘Mensen kennen vaak de kwaliteit van de zorg niet die de huisarts biedt. Je probeert de mensen dan wat op te voeren’

– dr. Karoline Kindt

Karoline Kindt: “De ingang van de wachtpost en de spoed liggen vlak naast elkaar. De lokalen van de wachtpost worden in de week gebruikt door verschillende disciplines voor de polikliniek. Ze beschikken over de basisuitrusting. Vooral in het begin was er zeer geregeld overleg tussen de spoed en de wachtpost, om afspraken bij te sturen. Die gaan vooral over de doorverwijzingen. Welke pathologie verwijst je

door? Bij een doorverwijzing is een telefoontje van de huisarts met al wat informatie nuttig. Mensen die van de wachtpost komen moeten ook niet helemaal van in het begin bij ons aanschuiven.”

“Goede afspraken zijn voor ons een werkpunt. De wachtpost doet een beroep op 120 huisartsen die elk hun eigen manier hebben om hun praktijk te voeren. De huisartsenkring maakt overigens afspraken met alle spoeddiensten uit de omgeving”, vult dr. Festrtaets aan.

Voordelen

De wachtpost in het ziekenhuis heeft voor beide partijen voordelen.

Dokter Kindt: “Je leert elkaar toch wat beter kennen. Je ziet veel beter elkaars mogelijkheden.” De wachtpost leest van het ziekenhuis onthaalpersoneel uit dezelfde pool als de spoed – dat is vertrouwd met de praktische zaken in en de systemen van het ziekenhuis. De wachtpost blijft wel een onafhankelijke organisatie en is geen onderdeel van AZ Sint-Maarten. “Als we mensen doorverwijzen hebben ze zelf de keuze bij wie ze gaan. Een COPD-patiënt die hier in het weekend komt met een exacerbatie sturen we voor follow-up terug

naar zijn vertrouwde pneumoloog, of die nu hier werkt of in een ander ziekenhuis.”

“Mensen zouden soms sneller door de huisarts geholpen worden dan op de spoed.” Het is makkelijker hen dat te vertellen als de wachtpost wat verder op de gang ligt. Maar mensen nemen je dat niet altijd in dank af. Ze kennen vaak de kwaliteit van de zorg niet die de huisarts biedt. Je probeert de mensen dan wat op te voeren. De wachtpost is overigens alleen in het weekend open.”

Dokter Festrtaets hoopt dat de telefonische triage met de 1733 snel uitgerold wordt. Hij vindt het logischer dan mensen vooraf getrieerd worden voor de spoed of de eerste lijn. Maar hij is het eens met Karoline Kindt dat dan de financiering grondig moet worden hervormd. Karoline Kindt: “We worden gefinancierd voor het aantal patiënten dat komt, ongeacht de pathologie. We krijgen hetzelfde voor een patiënt met een verstuikte teen en één met een hartinfarct. Maar die laatste vraagt veel meer tijd en zorg.”

“Je kunt alle lichtere pathologie naar de wachtdienst van de huisarts sturen, maar dan gaat de spoed onderuit. Dat kan de bedoeling niet zijn”, vindt ook Festrtaets.

Samenwerking in covidtijden

“Al van begin maart 2020 wisten we dat we de triage zouden moeten organiseren”, vertelt Festrtaets. “Om organisatorische redenen wilden we dat liefst bij de wachtpost doen.” Op 18 maart 2020 opende het Coronapunt op de campus AZ Sint-

Maarten de deuren. Huisvesting vond het in de garage voor de ambulances en MUG’s, een apart gebouw op 20 meter van de ingang van de spoed en wachtpost. “Er was verwarming en ICT”, vertelt Kindt. Het interieur werd wat aangenamer gemaakt. Een parcours werd afgebakend en gescheiden ruimten gecreëerd om patiënten te onderzoeken.

‘Goede afspraken zijn voor ons een werkpunt. De wachtpost doet een beroep op 120 huisartsen die elk hun eigen manier hebben om hun praktijk te voeren’

– dr. Stijn Festrtaets

Het is voor iedereen een win-winsituatie, vertelt Kindt. Op het coronapunt konden huisartsen het schaarse persoonlijk beschermingsmateriaal gebruiken. Het coronapunt trieerde ook de patiënten voor de spoed. Vooral in het begin was het overleg tussen huisartsen en de spoeddienst intens. “Het voordeel van het nauw contact met de huisartsen was bijvoorbeeld dat we wisten wanneer we een instroom van covidpatiënten konden verwachten”, vervolgt Kindt. Ging de telefoon op het coronapunt rood staan, dan kon het ziekenhuis 10 tot 14 dagen later de golf verwachten.

Vast overleg

“De huisartsenkring voert geregeld overleg met de ziekenhuizen uit de streek”, vertelt Festrtaets. “Dat is één van onze taken. Enkele huisartsen overleggen voor de kring over de samenwerking met het AZ Sint-Maarten. Tweemaal per jaar bekijken we samen de knelpunten. Dat gaat vooral over de verwijzingen naar het ziekenhuis, de rapportering bij het ontslag. Er zijn ook afspraken rond de ambulante opvolging van patiënten. Nieuwe ziekenhuisartsen worden aan de kring voorgesteld.”

“Aan de telefooncentrale van AZ Sint-Maarten mogen we als huisartsen ons telefoonnummer doorgeven. Onze oproepen krijgen dan voorrang. Er wordt daarnaast ook gewerkt aan een elektronisch afsprakenbeheer.”

Wouter Colson



Stijn Festrtaets en Karoline Kindt: “Al van begin maart 2020 wisten we dat we de triage zouden moeten organiseren. Om organisatorische redenen wilden we dat liefst bij de wachtpost doen.”

Patiëntenzorg en innovatie staan centraal

ORTHOPEDE De afdeling orthopedische heekunde barst drie jaar na de inhuizing op de gloednieuwe Mechelse campus uit haar voegen en zal binnenkort uitbreiden. Maandelijks komen hier spontane sollicitaties binnen van jonge talenten die willen meedraaien in het dynamische team van medisch diensthoofd en orthopedisch chirurg Peter Boone.

Zoals de meeste andere afdelingen in dit ziekenhuis is de afdeling orthopedische heekunde ontstaan uit een fusie van drie verschillende campussen. Deze hypermoderne afdeling, onder leiding van orthopedisch chirurg Peter Boone, huisvest een dynamisch team met 12 orthopedisch chirurgen actief in tal van subdisciplines, zoals voet- en enkelchirurgie, heupchirurgie, pediatrische pathologie, sportletsels, degeneratieve pathologie, knieën, schouders en hand- en pols.

“Om het geheel beheersbaar te houden, heb ik de dienst opgedeeld in een upper en lower limb-divisie, elk met een eigen programmadirecteur, maar ook met voor iedere subdivisie een verantwoordelijke die rechtstreeks kan rapporteren”, vertelt Peter Boone. “Zo kunnen plannen vanuit de basis snel vorm krijgen.” De verpleegkundigen, zowel op de raadpleging, de afdelingen als in het operatiekwartier,

vormen de hoeksteen van de patiëntenzorg en volgen, naast hun gewone bijscholingen, één jaar een bijkomende opleiding tot ‘*orthopaedic nurse*’, door de dienst zelf verzorgd.

Wegens het plaatsgebrek en de snelle groei staat een nieuwe polikliniek orthopedie momenteel in de steigers. “In de zomer van 2023 zou deze de deuren moeten openen”, klinkt het. “Patiënten zullen dan opgevangen worden in een hypermodern orthopedisch centrum waar hospitality, patiëntbeleving, snelle en adequate service en logistieke flows op elkaar zullen worden afgestemd.”

Patient empowerment

Het gros van de orthopedische ingrepen is perfect planbaar. “Wanneer je wil dat een patiënt die een knieprothese krijgt, enkele uren na de ingreep naast zijn bed kan staan met de hulp van een kinesitherapeut, dan dien je af te spreken met de

anesthesist dat hij hiermee rekening moet houden”, zegt Boone. “Bovendien wordt vooraf afgesproken waar de patiënt wil revalideren: thuis of in het ziekenhuis op de dienst fysische geneeskunde.” De patiënt is niet langer een passief element, maar wordt actief betrokken in zijn postoperatieve planning en revalidatie. Na een verregaande audit door een externe firma werden de processen harmonisch op elkaar afgestemd.

Ook functionele bracing zit in de lift, omdat ze vroegtijdige mobilisatie toelaten. “We beperken het aantal gipsen zoveel mogelijk en houden rekening met de draagkracht en de keuze van de patiënt”, benadrukt Boone. “Die moet bereid zijn om oefeningen te doen en de brace te dragen. We steken veel tijd in het correct informeren en stimuleren patiënten om zelf medeverantwoordelijkheid op te nemen voor hun gezondheid en herstel.”

Artrose

Dit blijft een van de basisproblemen binnen de orthopedie. “Patiënten blijven niet alleen langer actief maar komen soms ook al op jongere leeftijd in problemen met artrotische gewrichten. Door de nieuwe prothesedesigns en operatief

technische ontwikkelingen van de laatste jaren kunnen prothesen de levenskwaliteit van onze patiënten aanzienlijk verbeteren. Hier wordt uiteraard enkel ingegrepen als dat noodzakelijk en wetenschappelijk onderbouwd is”, onderstreept Peter Boone. “Naast de prothesen zitten ook de zogenaamde biologicals, stoffen uit eigen lichaam, in de lift.”

Arthroscopieën van de knie worden hier steeds minder gedaan. “Zeker voor artrotische knieën is een arthroscopie niet altijd wenselijk”, vindt Boone, “We volgen de wetenschappelijke literatuur en weten dat het eindresultaat niet altijd even voorspelbaar is. Ook gescheurde menisci werden vroeger sneller verwijderd, maar wij kiezen eerder voor het bewaren van de meniscus indien mogelijk.”

Schouders

De schouderprothesen maken een enorme evolutie door. Er is een sterke trend naar ‘*patient specific implants*’ of hoe je een prothese het best laat passen bij een individuele patiënt. “Op voorhand wordt een 3D-CT-scan gemaakt en bepalen orthopedist en ingenieur niet alleen de optimale fitting van de componenten maar ook het centerpoint, waar het gewricht moet scharnieren. Tijdens de ingreep zet de chirurg een augmented reality bril op, die het centerpoint projecteert op de patiënt, zodat hij exact weet waar de prothese moet geplaatst worden.” Voor deze toepassing, die momenteel nog in een studiefase zit, wordt intens samengewerkt met de industrie.

“Momenteel hebben drie van onze chirurgen een doctoraat, wat toch aan belangrijke aanwinst is voor een perifeer ziekenhuis”, vervolgt Boone. “Stafvergaderingen worden vaak levendige discussies en leermomenten en ook de literatuur-output van de dienst neemt toe. Onze mensen worden dan ook vaak gevraagd voor lezingen en congressen en onze dienst staat eveneens garant voor een degelijke opleiding van artsen en paramedici.” besluit Boone met enige fierheid.

Marleen Finoulst

‘Momenteel hebben drie van onze chirurgen een doctoraat, wat toch een belangrijke aanwinst is voor een perifeer ziekenhuis’

– dr. Peter Boone



Dr. Peter Boone: “We steken veel tijd in het correct informeren en stimuleren van patiënten om zelf medeverantwoordelijkheid op te nemen voor hun gezondheid en herstel.”

‘De basis is multidisciplinariteit’

GERIATRIE De dienst geriatrie van het AZ Sint-Maarten ‘runt’ het geriatrisch dagziekenhuis en vijf eenheden waaronder een afdeling orthogeriatricie en een afdeling psychogeriatricie. Tevens leidt zij de palliatieve eenheid in het ziekenhuis voor patiënten uit de ruimere regio.

Van horen zeggen hebben we dat de geriater in AZ Sint-Maarten ‘de huisartsen van het ziekenhuis’ genoemd worden. Ze zijn met vijf: Marleen Van Esbroeck, Catherine Van Dessel, Elke Roofthoofd, Lynn Gers en Anke Vanhauwaert. “Een benaming die wellicht toe te schrijven is aan onze brede scholing, onze multidisciplinaire samenwerking met verschillende paramedici en alle andere specialismen in onze instelling, onze holistische benadering van de patiënt, en onze toewijding voor de eigenheid van elke individuele patiënt”, vertelt dokter Van Esbroeck.

Geheugenkliniek

Sinds het betrekken van de nieuwbouw heeft het team twee nieuwe geriateren aangetrokken. Marleen Van Esbroeck verklaart: “We hebben een groot en gevarieerd aanbod met 135 bedden. Dit zijn vooral bedden acute geriatrie, voor ouderen met ernstige ziektebeelden. Daarnaast staat of valt goede geriatrie natuurlijk met multidisciplinariteit. Zo bestaat ons team uit vijf geriateren, een geriater in opleiding, een 85-tal geriatrisch verpleegkundigen, een 20-tal zorgkundigen, 15 paramedici waaronder logopedisten, een neuropsycholoog, kinesitherapeuten, ergotherapeuten en sociaal werkers.”

“Daarnaast richten we ons in het

geriatrisch dagziekenhuis op patiënten van 75+ met medisch-geriatrische klachten die ambulante worden onderzocht en behandeld kunnen worden. Ook hier werken we heel sterk multidisciplinair. Van Esbroeck: “Patiënten kunnen terecht in ons dagziekenhuis voor globale evaluaties – medisch, functioneel, cognitief en sociaal –, opvolging na een recente hospitalisatie, evaluaties zoals valkliniek, geheugenkliniek, en osteoporosediagnose en -therapie. Patiënten worden hoe langer hoe meer ook geholpen voor investigaties van bijvoorbeeld anemie, waarbij de patiënt zelf een ambulante evaluatie verkiest boven een opname, of wanneer we zelf vermoeden dat een opname bij iemand in een precair evenwicht meer kwaad dan goed zou doen.”

Voor elke patiënt een oplossing op maat bedenken, dat is eigenlijk meer geneeskunst dan geneeskunde

“Jaarlijks zijn er in het dagziekenhuis zo’n 1800 patiëntencontacten. Ook evaluaties met een eerder ethisch karakter gebeuren hier regelmatig”, vult Marleen Van Esbroeck nog aan, “al dan niet tezamen



Goede geriatrie staat of valt met multidisciplinariteit. Naast geriateren bestaat het team uit geriatrisch verpleegkundigen, zorgkundigen, paramedici onder wie logopedisten, een neuropsycholoog, kinesitherapeuten, ergotherapeuten en sociaal werkers.

met het uitklaren van een levenseindevraag – een van onze geriateren is LEIFarts.”

Toekomstplan

Catherine Van Dessel: “Op de afdeling psychogeriatricie hospitaliseren we personen met dementie die ofwel worden opgenomen voor gedragsproblemen omwille van de dementieproblematiek. Ofwel met een fysieke aandoening in combinatie met een grote zorgvraag, die vooral een zeer specifieke aanpak vergt.”

“Geen enkele patiënt verlaat het ziekenhuis zonder dat ons multidisciplinair team een plan voor de toekomst heeft opgesteld”, vervolgt dokter Van Dessel. “Kan de patiënt verder thuis blijven wonen? Is dagbegeleiding nodig? Enzovoort. Dat is het resultaat van intense gesprekken met de patiënt en zijn familie. Dergelijke gesprekken zijn tijdrovend, maar broodnodig. De familie is een deel van de puzzel. Ook de huisarts wordt actief betrokken.”

Van Dessel: “Zowel de geriateren als de paramedici kijken vanuit de eigen expertise en persoonlijke ervaring met de patiënt, naar wat wij als team voor die patiënt in kwestie kunnen betekenen. Tijdens teamoverlegmomenten vallen de puzzelstukjes samen en zo kom je tot antwoorden – bijvoorbeeld waarom een bepaalde patiënt aangeeft niet naar huis te willen.”

“Voor elke patiënt een oplossing op maat bedenken, dat is eigenlijk meer geneeskunst dan geneeskunde”, voegt Marleen Van Esbroeck nog toe.

Joint venture met ortho

In het AZ Sint-Maarten wordt de palliatieve eenheid met zes bedden door het team van geriateren geleid. “Dat is historisch zo gegroeid”, zegt Catherine Van Dessel. “Het palliatief supportteam leiden we weliswaar samen met de oncologen. Goede palliatieve zorg is een continuüm vertrekkende vanuit goede globale medische zorg, alle geriateren zijn hier ook daadwerkelijk in thuis.”

Sinds alle diensten van AZ Sint-Maarten onder hetzelfde dak werken, heeft de dienst ook een afdeling orthogeriatricie. “Een voorbeeld van wat een joint venture kan betekenen”, zegt Marleen Van Esbroeck. “We zorgen hier voor 75-plussers die opgenomen worden voor een heup- of humerusfractuur en nemen de globale zorg op die zo’n fractuur met zich meebrengt en dit in zeer nauw verband met onze collega’s van orthopedie. Samen overleggen we over de behandelopties, de voor- en nadelen van bepaalde ingrepen, revalidatiekansen en zo meer.”

Dokter Van Dessel: “Eerder dit jaar startten we ook met de zorg voor geplande totale knie- en totale heupprothese, waarbij we deze meestal goede valide oudere op de preoperatieve raadpleging zien en reeds de revalidatiekansen mee uitzetten. Zorg die van in het begin samen gedragen wordt, is betere zorg. Het is een win-win-situatie zowel voor de patiënten als de beide artsteamteams.”

Emily Nazionale

De geriateren van AZ Sint-Maarten. V.l.n.r. Lynn Gers, Elke Roofthoofd, Marleen Van Esbroeck, Catherine Van Dessel en Anke Vanhauwaert.



Een hart voor zenuwziekten

NEUROLOGIE Zelfs met zeven neurologen barst de afdeling neurologie van AZ Sint-Maarten uit haar voegen. Dat is niet alleen te wijten aan de vergrijzing van de bevolking, maar evenzeer aan de goede mix tussen algemene neurologie en de subdisciplines waarin neurologen zich specialiseren.



'Iedereen op de betrokken diensten is goed getraind om snel en efficiënt de juiste stappen te volgen. Tijd is immers de belangrijkste factor in de aanpak van een beroerte'

– dr. Virginie Merckaert

Onder leiding van dr. Virginie Merckaert, ooit het jongste diensthoofd van AZ Sint-Maarten, werd enkele jaren geleden een eenheid beroertezorg opgericht binnen de afdeling neurologie. Deze eenheid draait ondertussen als een goed geoliede machine, dankzij een nauwe samenwerking met Spoed en Radiologie.

“Wanneer een patiënt binnenkomt met het vermoeden van een beroerte, wordt een afgesproken procedure gevolgd,” steekt Merckaert van wal. “Iedereen op de betrokken diensten is goed getraind om snel en efficiënt de juiste stappen te volgen. Tijd is immers de belangrijkste factor in de aanpak van een beroerte.”

De patiënt gaat meteen in de scanner om een onderscheid te maken tussen een trombose en een bloeding. “In geval van een trombose, wat bij meer dan 80% van de beroertes het geval is, ageren we binnen de 4,5 uur met antistollings-

medicatie of een trombectomie”, klinkt het vastberaden. “Is er sprake van een bloeding, dan wordt onderzocht of deze neurochirurgisch kan behandeld worden. Is dat niet het geval, dan wordt gestart met vroegtijdige revalidatie, waarbij diverse parameters zoals bloeddruk en glycemie nauwgezet worden opgevolgd.” De gestroomlijnde beroertezorg heeft een duidelijke impact gehad op de prognose. “Er zijn duidelijk minder restletsels bij patiënten en daar doen we het toch voor.”

Neurodegeneratieve aandoeningen

Het verbeteren van de levenskwaliteit staat ook centraal bij de andere subspecialisaties van de dienst neurologie. Neuroloog en parkinsonexpert Philippe Pals: “Beweegrevalidatie is cruciaal voor parkinsonpatiënten en moet passen binnen een individueel behandeltraject. Deze patiënten vormen namelijk een zeer heterogene groep.”

In geval van de ziekte van Parkinson sterven de dopamineproducerende neuronen langzaam af en de neurotransmitter is bij zeer veel systemen in het lichaam betrokken. “In feite zijn superspecialisten in dopamine nodig om deze neurodegeneratieve aandoening goed te kunnen begrijpen”, zegt Pals. Hij begeleidt ook patiënten met andere neurodegeneratieve aandoeningen, waaronder ALS. “Waar nodig werken we samen met universitaire ziekenhuizen of referentiecentra.”

De dienst neurologie telt ook twee MS-experten. Onder hun leiding evalueert een team bestaande uit een revalidatiearts, een kinesitherapeut, een ergotherapeut, een neuropsycholoog, een logopedist en een sociaal assistent van de

MS Liga de patiënt. Op basis van de evaluatie formuleert het team een advies voor de verdere medische en paramedische opvolging en behandeling van de ziekte.

Hoofdpijn

Patiënten met hardnekkige hoofdpijn en migraine, die onvoldoende geholpen kunnen worden met klassieke medicijnen, komen uiteindelijk ook bij een neuroloog terecht. “Je staat ervan versteld hoe patiënten soms jarenlang blijven worstelen met invaliderende hoofdpijn, terwijl die wel behandelbaar is”, stelt dokter Merckaert vast. “Bijvoorbeeld met de nieuwe CGRP-remmers (‘calcitonin

'Sinds een klein jaar dienen we in welbepaalde gevallen van chronische migraine ook botoxinjecties toe. Met goede resultaten'

– dr. Pieterneel Vanherpe



Op de groepsfoto v.l.n.r. de artsen Bart Tillemans, Rizvana Amir, Nelly Govers, Pieterneel Vanherpe, Virginie Merckaert en Philippe Pals.



'Beweegrevalidatie is cruciaal voor parkinsonpatiënten en moet passen binnen een individueel behandeltraject'

– dr. Philippe Pals

gene-related peptide’) die sinds juli 2021 worden terugbetaald, mits voorgeschreven door een specialist. Deze middelen werken bij driekwart van de patiënten die daarvoor zo goed als klachtenvrij zijn.” CGRP-antagonisten zijn monoklonale antistoffen die de neuropeptide CGRP, een vasodilatator die een rol speelt in de pathofysiologie van migraine, blokkeren.

En er is meer. “Sinds een klein jaar dienen we in welbepaalde gevallen van chronische migraine ook botoxinjecties toe”, vult dr. Pieterneel Vanherpe aan, “Met goede resultaten. Botoxinjecties kunnen eveneens nuttig zijn in andere indicaties, zoals blepharospasme.” Pieterneel Vanherpe, die naast hoofdpijn ook het subdomein epilepsie onder de knie heeft, is recent gestart met 24-uurs EEG-metingen voor het diagnosticeren van epilepsie. “Dit onderzoek maakt een veel betere diagnostiek mogelijk,” vertelt ze. “De categorieën petit mal en grand mal zijn al lang achterhaald. Dat zijn verzamelingen voor diverse vormen van epilepsie.”

En zoveel meer

De lijst met ziektebeelden die terechtkomen op deze dienst is lang. Ook personen met geheugenklachten, hersentumoren en slaapstoornissen hebben nood aan gedegen neurologische diagnostiek. “We hebben veel werk en er is een groeiende nood aan superspecialisaties,” besluit Virginie Merckaert. In de nabije toekomst zal deze afdeling nog verder uitbreiden. Merckaert – enkele jaren geleden nog topdokter in de bekende reeks van Vier – en haar collega’s neurologen, doen hun uiterste best om de levenskwaliteit van hun patiënten met vaak ongeneesbare ziektebeelden te verbeteren.

Marleen Finoulst

Interdisciplinaire samenwerking op zijn best

PNEUMOLOGIE Zoals vele andere disciplines in dit ziekenhuis, is de dienst pneumologie fors gegroeid door de verhuis naar het nieuwe gebouw. In de voorbije jaren kwamen er maar liefst drie pneumologen bij, wat de mogelijkheid bood tot superspecialisatie en een sterke uitbouw van de interdisciplinaire samenwerking.



“Vermeldenswaard is de affiniteit die ons ziekenhuis, en de dienst pneumologie in het bijzonder, heeft met klinische studies”, aldus dr. Christophe Libeer.

Als de coronapandemie één afdeling stevig door elkaar schudde, dan was het wel de afdeling pneumologie. Christophe Libeer, een van de zeven pneumologen van het team, vertelt: “Het was voornamelijk de toestroom van covidpatiënten die ons parten speelde. Gelukkig konden we rekenen op een zeer gemotiveerd team artsen, verpleegkundigen, zorgkundigen, kinesisten en socialedienstpersoneel. Wat enorm geapprecieerd werd, was het feit dat de familie, die niet de mogelijkheid had om hun familielid te bezoeken, dagelijks werd opgebeld over een stand van zaken.”

Infectieziekten

Vandaag (september 2021) zijn er amper nog covidpatiënten op de speciaal hier-

vaak langdurig in isolatie moeten verzorgd worden. Ook voor andere infecties, niet direct aan een deeldiscipline toe te wijzen, worden patiënten op onze afdeling opgenomen.”

Specialisten thoracale tumoren

Het aantal gediagnosticeerde tumoren is de laatste jaren gestegen. “Binnen ons team hebben we twee artsen met als subspecialisatie thoracale tumoren, waaronder zowel long- als pleura- en mediastinale tumoren vallen. In ons ziekenhuis kan de patiënt het volledige traject van diagnose tot behandeling afleggen. We hebben een moderne endoscopie-eenheid waar de meest geavanceerde endoscopische technieken kunnen worden toegepast, waaronder endobronchiale ultra-

disciplinair besproken op een MOC vergadering.” Alle behandelingsvormen (heelkunde, systemische therapie of radiotherapie) kunnen in het AZ Sint-Maarten worden uitgevoerd.

“Vermeldenswaard is tevens de affiniteit die ons ziekenhuis, en de dienst pneumologie in het bijzonder, heeft met klinische studies. Deze omvatten alle fases (van 1 tot 4) waardoor het hele spectrum van klinische studies kan worden aangeboden. Hierdoor kunnen patiënten al vroeger een behandeling krijgen die vaak pas later als standaardbehandeling wordt voorgeschreven aan andere patiënten.”

COPD, een systeemziekte

De kennis omtrent COPD evolueert. “Het gaat om een systeemziekte, die naast chronische bronchitis en emfyseem, gepaard kan gaan met cardiale problemen, botontkalking, cachexie en zelfs depressie”, aldus dokter Libeer. Vandaar dat de patiënt vaak via de cardioloog passeert, en alle opgenomen patiënten worden gescreend door de diëtist (is er ondervoeding?). Aan COPD-patiënten wordt een revalidatieprogramma aangeboden om de spiermassa op peil te houden en daarnaast worden ze via rookstopconsultanten begeleid in een rookstopprogramma.

Allergieën en astma

Allergieën zitten in de lift. Dat is niet alleen te verklaren door de zogenaamde hygiënehypothese, maar heeft volgens Libeer ook met de slechte luchtkwaliteit te maken. “Mensen met allergie die niet goed behandeld worden, lopen meer risico op

astma. En wie astma onverzorgd laat, loopt meer risico op COPD.” Samenwerking met de dienst NKO en dermatologie gebeurt geregeld, omdat allergie zich op verschillende vlakken kan uiten.

Bij astma gebruikt één op de drie patiënten zijn puffer niet, twee op de drie doen dat wel, maar daarvan gebruikt een derde de puffer niet correct. “We hebben in ons team een verpleegkundige gespecialiseerd in het gebruik van puffers. Zij checkt bij iedere opgenomen patiënt of hij zijn puffer wel correct gebruikt. De gespecialiseerde verpleegkundigen op onze afdeling zijn van onschatbare waarde. Dat teamwerk is een zegen voor onze afdeling”, benadrukt Christophe Libeer.

Slaapproblemen en intensieve zorg

Twee pneumologen van het team hebben zich gespecialiseerd in slaapproblemen. Slaapapnoe opsporen en de behandeling op punt stellen heeft hier een belangrijk aandeel in. “Het aantal patiënten neemt de laatste jaren sterk toe, vandaar dat ons slaaplabo recent is uitgebreid naar negen bedden op een nieuwe locatie in ons ziekenhuis. Voor de behandeling wordt er nauw samengewerkt met de dienst NKO en stomatologie.”

Verder hebben drie van de zeven pneumologen de bekwaamheid intensieve zorg. “Onze dienst verzekert de dagelijkse aanwezigheid van een pneumoloog/intensivist die mee de behandeling uitstippelt op intensieve zorg.”

Marleen Finoulst

‘Het was voornamelijk de toestroom van covidpatiënten die ons parten speelde. Gelukkig konden we rekenen op een zeer gemotiveerd team artsen, verpleegkundigen, zorgkundigen, kinesisten en socialedienstpersoneel’

– dr. Christophe Libeer

voor voorziene afdeling in AZ Sint-Maarten. Wie er nog ligt, is niet of onvolledig gevaccineerd. Als gevolg van de coronamaatregelen bleef griep totaal afwezig. “We hebben het voorbije jaar geen enkele influenzapatiënt met pneumonie gezien”, zegt Libeer. Tuberculose echter is nooit weggeweest. “We zien toch maandelijks een paar tb-patiënten. Gelukkig heeft ons team de nodige expertise voor de behandeling van deze patiënten die

sound (EBUS) geassisteerde biopsienamen, cryotherapie- en cryobiopsienamen en biopsienamen middels mini-echoprobe voor perifere letsels. Voor de letsels die niet bereikbaar zijn via endoscopische weg werken we nauw samen met de dienst radiologie voor het aanpakken van letsels onder CT-geleide, en met de dienst vasculaire en thoracale heelkunde voor chirurgische biopsienamen. Eens de diagnose gesteld, worden alle patiënten multi-

Een nieuwbouw voor TheA

KINDER- EN JEUGDPsYCHIATRIE In juni volgend jaar verhuist het Therapeutisch Atelier – zeg maar TheA – vanuit het Psychiatrisch Centrum Duffel naar een nieuw gebouw vooraan het AZ Sint-Maarten. Een grote stap voor de patiënten en voor de medewerkers, die de voordelen van hun gloednieuwe optrek zeker kunnen appreciëren.

TheA is de dageenheid kinderen en jeugdpsychiatrie van AZ Sint-Maarten. We ontmoeten hoofdverantwoordelijke Eleni Van Looy en psychiater Daniëlle van de Merwe in de grote inkomhal van het ziekenhuis.

“Vier jaar geleden kwam er vanuit de Vlaamse overheid een oproep om bedden om te zetten naar nieuwe K-bedden. AZ Sint-Maarten heeft daar op ingetekend en we kregen 20 plaatsen ter beschikking”, legt Eleni Van Looy het ontstaan van de eenheid uit. “In eerste instantie hielden we een rondvraag bij verschillende voorzieningen en diensten over hun ervaringen met K-diensten. Op basis van die informatie hebben we het concept vorm gegeven, als een kortdurend traject, met stoelen dus in plaats van bedden. Inhoudelijk bepaalden we een aantal kernthema’s, zoals de samenwerking met het hele gezin van de patiënt, wat voor ons zeer belangrijk is, naast de andere hulpverlening en de school.”

Diverse groep

Het soort jongeren dat op de eenheid terecht komt, is heel divers, vervolgt dokter van de Merwe. “We hebben kinderen van twee tot en met 16 jaar, opgedeeld in drie groepen, een beetje zoals op school: kleuters, lagereschoolleeftijd en pubers. Bij de jongste kinderen is er vaak sprake van een moeilijke afstemming met de ouders, die meestal ook een eigen problematiek hebben. We zien in die groep ook kinderen met autisme, ADHD, of die trauma’s hebben. In de groep van de lagereschoolkinderen gaat de problematiek nog breder, denk maar een depressieve klachten, gedragsproblemen, kinderen die niet meekunnen op school,... Bij de pubers zien wij voornamelijk jongeren die het moeilijk hebben op verschillende domeinen. Vaak is er sprake van diverse problematieken die in de pubertijd opnieuw op de voorgrond treden. Ze lopen vast op school, hebben depressieve klachten, lopen vast met hun identiteit, treden niet meer in verbinding met hun ouders,... Ook beginnende persoonlijkheidsstoornissen komen voor.”

De jongeren verblijven enkel overdag op de afdeling. ‘s Avonds en tijdens het weekend gaan ze terug naar huis, of naar de jeugdzorg.

“Het belangrijkste aspect van de dagelijkse activiteiten is de leefgroep”, aldus de psychiater. “Daar komen de kinderen toe, spelen en eten ze samen, en werken ze rond sociale vaardigheden zoals communicatie en emoties herkennen bij zichzelf en bij anderen. Daarnaast gaan ze allemaal naar een aantal groepstherapieën, met een psychomotorische, creatieve, muzikale,... insteek.” Daarnaast heeft elk kind ook een individueel therapeut die in functie van de behoeften aan de slag gaat.

Corona

Een gezinstherapeut ziet bovendien alle gezinnen. “Als arts doen wij de intake en alle overlegmomenten, binnen het team, met de ouders en andere hulpverlening. Eén keer in de week komt normaal gesproken het hele gezin een dag meedraaien in onze werking, maar dat is wegens corona op een lager pitje gezet. Op

termijn hopen we wel de broers en zussen erbij te kunnen betrekken.”

Corona was voor de werking van de eenheid een hele belemmering, zoveel is duidelijk. Eleni Van Looy: “Net omdat wij zo hard willen inzetten op het werken met gezinnen, zodat ze mee deel uitmaken van het traject. Als dat niet kan, moeten we anders werken dan we eigenlijk voor ogen hebben.” Het kost zo meer energie om hetzelfde te bereiken, vult Daniëlle van de Merwe aan.

De eenheid heeft ook twee leerkrachten in dienst. “Voor onze jongeren is door hun problematiek school even niet meer prioritair, maar het neemt natuurlijk bij elk kind een grote plek in. De leerkrachten proberen per groep – kleuters en lagere, en de pubers – de achterstand wat te beperken en de leerstof actief te houden. Zeker voor het eerste leerjaar bijvoorbeeld, wanneer kinderen leren lezen en schrijven, is dat van groot belang. Daarnaast ondersteunen en adviseren we de scholen om de kinderen na hun traject bij ons weer op school te krijgen.”

Verhuis

Sinds de oprichting huist het Therapeutisch Atelier in een iets ouder gebouw van het UPC Duffel. “We zitten daar mooi in het groen, maar eigenlijk te ver van het ziekenhuis”, zegt Eleni Van Looy. “Inschrijvingen, administratie, dossierbeheer – dat alles zal een stuk vlotter verlopen eens we naar het nieuwe gebouw zijn verhuisd. Ook al wordt het even wennen.”

“Voordeel is wel dat we een gloednieuw gebouw krijgen”, pikt van de Merwe in. “We hebben mee mogen nadenken over de inrichting, qua veiligheid bijvoorbeeld, want we krijgen af en toe met agressie te maken. De nieuwbouw is dus volledig afgestemd op onze werking, wat uiteraard heel fijn is.”

Psychiater gezocht

Een opname in de dageenheid duurt tussen 9 en 12 weken. Van Looy: “Binnenkort starten we met een mobiele werking, waardoor we onze patiënten al in een voortraject en na de opname kunnen ondersteunen. En dat is zeer nuttig, want er moet dan nog veel geregeld worden, denk maar aan overleg op school en met de verdere hulpverlening.”

Los daarvan is de eenheid volop op zoek naar een extra psychiater. Dokter van de Merwe: “We zijn nu met drie, en louter voor de dagbehandeling volstaat dat wel. Maar we hebben nog een aantal projecten met jeugdzorg en we willen na onze verhuis ook sterk inzetten op de samenwerking met pediatrie, volwassenenpsychiatrie,... Dat is met de huidige bemanning jammer genoeg niet haalbaar.”

Veerle Caerels



Psychiater Daniëlle van de Merwe (links) en Eleni Van Looy op de bouwterrein waar de gloednieuwe dageenheid kinder- en jeugdpsychiatrie komt.

‘Het belangrijkste aspect van de dagelijkse activiteiten is de leefgroep. Daar komen de kinderen toe, spelen en eten ze samen, en werken ze rond sociale vaardigheden zoals communicatie en emoties herkennen bij zichzelf en bij anderen’

– dr. Daniëlle van de Merwe

De nazorg is inbegrepen

BORSTKLINIEK Multi-disciplinair samenwerken avant la lettre, zo zou je de borstklinieken kunnen omschrijven. De Borstkliniek van AZ Sint Maarten is een goed geoliede machine die jaarlijks zo'n 180 patiënten doorheen het hele traject begeleidt.

De borstkliniek van AZ Sint Maarten begeleidt gemiddeld 180 nieuwe patiënten per jaar, waaronder enkele mannen (minder dan vijf). Samen met de borstkliniek van UZ Leuven, waarmee nauw wordt samengewerkt, is dit het enige erkende centrum in België dat borstkankerpatiënten begeleidt vanaf de diagnose tot en met de nabehandeling, inclusief chemotherapie en hormoonbehandelingen, tot – indien nodig – palliatieve zorg en overlijden.

“We verwijzen onze patiënten enkel door voor radiotherapie en reconstructieve heelkunde, diensten waarmee we nauw samenwerken en die ook in ons ziekenhuis aanwezig zijn”, vertelt Patrick Berteloot, gynaecologisch oncoloog en hoofd van het uitgebreide team Borstkliniek in AZ Sint Maarten. “Ons team is een heel hechte groep,” klinkt het trots. “We hebben interdisciplinair een volledige doublure. Als iemand met verlof is of om een andere reden afwezig is, kan alles doorgaan als gepland. Dat vind ik erg belangrijk.” Ook onderstreept hij de samenwerking met UZ Leuven, een pluspunt voor patiënten. “Wanneer in Leuven klinische studies met nieuwe medicatie aan de gang zijn, kunnen onze patiënten daaraan deelnemen.”

Helikopteroverzicht

Patiënten komen op verwijzing of rechtstreeks naar de borstkliniek. “Na aanmelding worden onderzoeken gedaan die we binnen de week trachten af te ronden, en vervolgens zien we onze patiënt op een multidisciplinaire preoperatieve raadpleging, waarbij ook een



Patrick Berteloot: “Ons team is een heel hechte groep. We hebben interdisciplinair een volledige doublure.”

radiotherapeut aanwezig is”, zegt dokter Berteloot. “Wij willen onze patiënten een overzicht geven van hun hele behandeltraject, zodat ze weten waar ze voorstaan. Ze moeten een helikopterzicht hebben, om een idee te hebben van wat volgt.”

‘We zijn de eerste borstkliniek in België die de beeldvormingstechniek van de driedimensionele echografie toepast’

– dr. Patrick Berteloot

Zo’n preoperatieve multidisciplinaire raadpleging is uniek, maar in AZ Sint Maarten vinden ze deze aanpak zeer belangrijk voor de verwerking. “Meer nog, we voorzien twee dergelijke raadplegingen, zodat de patiënte kan nadenken en meer uitleg kan vragen.” In overleg met de patiënt wordt vervolgens een

traject uitgetekend. “De logistieke kern van ons centrum zijn twee borstverpleegkundigen en een psychologe die de planning maken en psychologische ondersteuning bieden.” Die ondersteuning loopt als rode draad doorheen het hele traject, tot en met de nazorg. Patiënten worden aangemoedigd een beweegprogramma te volgen en ze kunnen bij de psychologe terecht met vragen over werkhervatting, bij relatieproblemen of andere besognes.

Verfijnde behandeling

Ongeveer 80% van de borsttumoren kunnen behandeld worden met borstsparende chirurgie, eventueel vooraf gegaan door chemotherapie, om een downstaging te verkrijgen, de tumor technisch operabel te maken of omdat bepaalde niet-hormoongevoelige tumoren preoperatief neoadjuvante therapie vereisen. “Bij triple-negatieve tumoren (15%) en HER2-positieve tumoren (15%) starten we vooraf altijd met neoadjuvante therapie,”

verduidelijkt Patrick Berteloot. “De reactie van de tumor op deze neoadjuvante therapie verschaft ons meer inzicht in de slaagkansen van de nabehandeling, wat de prognose verder kan verbeteren.” De borstkliniek volgt de nieuwe ontwikkelingen op de voet.

In het geval van bepaalde hormoonpositieve tumoren wordt eveneens via *genetic profiling* nagegaan of chemotherapie als nabehandeling wel nuttig is. Daarvoor heeft de overheid een aantal tests ter beschikking gesteld voor erkende borstklinieken, waaronder AZ Sint Maarten.

Driekwart van alle borsttumoren is hormoongevoelig en deze patiënten krijgen hormoontherapie als nabehandeling. “Gewoonlijk geeft men gedurende vijf jaar hormoontherapie. Wij gebruiken software die toelaat het hervalrisico voor de individuele patiënt nauwkeuriger in te schatten en de behandelduur daaraan aan te passen”, klinkt het. “Personen die de hormoontherapie niet goed verdragen, is een onderschat probleem. Wie echt te veel last heeft, laten we de behandeling soms drie maanden onderbreken. Dat verhoogt het hervalrisico niet en laat toe te checken of de klachten inderdaad gerelateerd zijn aan de therapie.”

Screenen of niet?

Borstkankerscreening is nuttig, stelt Berteloot. “Wanneer een borsttumor vroegtijdig ontdekt wordt, heb je niet alleen een betere overlevingskans, maar ook meer kans op een minder zwaar behandeltraject. In geval van familiale belasting en in geval van zeer densus borstweefsel is screenen van vrouwen jonger dan 50 jaar eveneens zinvol,” vindt hij. De borstkliniek werkt sinds kort met een driedimensionele echografie, een weinig belastende methode die gebruikt wordt als aanvulling van een mammografie bij jonge vrouwen met zeer densus borstweefsel. “We zijn de eerste borstkliniek in België die deze beeldvormingstechniek toepast.”

Bij vermoeden van erfelijke borstkanker worden genetische tests uitgevoerd. “Dat doen we enkel indien een familielid drager is van een afwijkend gen, meestal BRCA. Op voorwaarde dat de drager bereid is die informatie met de familie te delen.”

Marleen Finoulst

Veel nieuws onder de zon

VASCULAIRE EN THORACALE HEELKUNDE Van de nieuwste segmentresecties bij longcarcinoom tot het stenten van venen, op deze afdeling werken vijf specialisten als een hecht team samen in een zeer divers domein.



'Patiënten worden veel sneller gemobiliseerd dan vroeger, ze gaan ook sneller en in betere toestand naar huis'

– dr. Valentin Noyez

Voor een perifere ziekenhuis is de dienst vasculaire en thoracale heelkunde een goed uitgebouwde dienst die zeer gespecialiseerde kennis in huis heeft. Diensthoofd Johan Duchateau startte in 2013 met een programma voor endoscopische longchirurgie in nauw overleg met de longartsen. De thoraxheelkunde werd nog versterkt en uitgebreid met de komst van zijn collega Valentin Noyez in 2018. Hij past enkel nog de nieuwste technieken toe. Bijvoorbeeld voor de technisch complexe segmentectomie bij longtumoren, wat tegenwoordig endoscopisch wordt uitgevoerd.

Bij sommige vroegtijdige stadia van longkanker kan het volstaan om slechts een onderdeel van een kwab (segmentectomie) weg te nemen in plaats van de volledige kwab (lobectomie). Zo leert recent onderzoek. Om het aangetaste segment scherp af te lijnen, wordt infrarood-fluorescentie met indocyaninegroen (kleurstof) gebruikt. De chirurg weet dan perfect waar de anatomische grens ligt

tussen de segmenten die weggenomen worden en degene die ter plaatse mogen worden gelaten. De genezingskansen zijn dezelfde en de patiënt behoudt een grotere longinhoud.

"Niet eenvoudig, maar veel interessanter voor de patiënt die sneller recupereert", vertelt Noyez. "Overigens worden de meest complexe operaties hier via één kleine incisie van 3 à 4 cm uitgevoerd", vult Duchateau aan. "Op thoracaal vlak behandelen we met de modernste technieken een brede waaier aan pathologie, van onder andere longen, thoraxwand, diafragma tot mediastinum." Noyez vervolgt: "We passen het ERAS (Early Recovery After Surgery) programma toe: patiënten worden veel sneller gemobiliseerd dan vroeger, ze gaan ook sneller en in betere toestand naar huis. We zien vooral veel minder respiratoire complicaties."

Helaas is slechts een kwart van alle longtumoren operabel op het moment van de diagnose. "Roken is oorzaak van veel kwalen op onze afdeling, maar volledige rookstop is ondanks de inzet van onze tabakologen soms moeilijk te bereiken."

Klamme handen

"Wij doen meer dan u denkt", lacht Valentin Noyez. "Bij gecompliceerde ribfracturen, met verplaatsing van botstukken kunnen wij de botstukken repositioneren met plaatjes en vijzen,

waardoor de patiënt veel sneller pijnvrij is." Een ander voorbeeld van een aandoening waarvoor je bij een thoraxchirurg terecht kan zijn zweethanden. Noyez: "Weinig mensen weten dat dit fenomeen kan verholpen worden met een endoscopische thoracale sympathectomie, een eenvoudige ingreep in dagopname met een zeer hoog slaagpercentage." Verder kan ook het complexere *thoracic outlet syndrome* (TOS) chirurgisch gecorrigeerd worden. Bij TOS is de ruimte tussen sleutelbeen en eerste rib vernauwd, met afklemmen van vaat- en zenuwbundels als gevolg. Er zijn diverse chirurgische behandelingen mogelijk en ook deze aandoening wordt hier tegenwoordig met een kleine kijkoperatie behandeld.

Flebologie

Wie denkt aan vaatchirurgie, denkt aan varices. "Klopt, varices opereren vormt een groot deel van het werk op onze afdeling," beaamt Noyez. "Het strippen van de uitgezette vene is de standaardtechniek, maar heeft voor een groot deel plaats gemaakt voor de minder bloederige endoveneuze ablatie." Deze ablatietechniek, met laser of hoogfrequente wisselstroom, biedt gelijkwaardige resultaten als het klassieke strippen, met als voordeel dat er postoperatief minder bloeduitstortingen optreden en de patiënt sneller te been is.

In het domein van de flebologie maken ook veneuze stents hun opwachting. "In

geval van een diepe veneuze obstructie, tengevolge van verlittekening bijvoorbeeld, kunnen we tegenwoordig een veneuze stent plaatsen om de doorstroming te herstellen", vertelt Johan Duchateau. Bij spataders in het klein bekken (pelvic congestion syndrome) kan de insufficiënte vena ovarica endoveneus geoccludeerd worden met coils of sclerotherapie, dit gebeurt allemaal via minimaal invasieve percutane procedures.

Claudicatio

Ook dichtslibbende slagaders in de benen kunnen voor problemen zorgen. Claudicatio is theoretisch te behandelen mits het aanpassen van de levensstijl en wandeltherapie. "Er is bij milde gevallen zeker een plaats voor wandeltherapie", verzekert dr. Duchateau, "Het is wetenschappelijk goed onderbouwd, maar vereist een goed gecoördineerde multidisciplinaire aanpak en vooral veel inzet en geduld. Veel patiënten hebben onvoldoende resultaat of houden het niet vol." Daarom blijft heelkundig ingrijpen, bijvoorbeeld een ballondilatatie of plaatsen van een stent, een belangrijke plaats innemen in deze pathologie. "De patiënt is meteen van zijn klachten af en kan opnieuw stappen", klinkt het. "We moedigen hem wel aan om zijn levensstijl aan te passen en te wandelen, om recidief te voorkomen."

Tot slot...

Er wordt goed samengewerkt met de huisartsen uit de buurt en met andere specialisten. "Omdat we met vijf zijn, zijn we als dienst altijd vlot bereikbaar", zegt Noyez, "Huisartsen kunnen ook dagelijks zelf digitaal dringende afspraken inplannen."

Marleen Finoulst

'De meest complexe operaties worden hier via één kleine incisie van 3 à 4 cm uitgevoerd'

– dr. Johan Duchateau



Bewegen is het beste medicijn

REVALIDATIE Tien jaar geleden was fysieke geneeskunde nog vrij onbekend. Vandaag is het booming. Bij heel veel pathologieën is revalidatie een onderdeel van de therapie. Deze afdeling is dan ook verweven met zowat alle andere afdelingen in het ziekenhuis, en daarbuiten.

De vraag naar revalidatie zit in de lift. “We breiden uit en trekken op termijn twee nieuwe artsen fysieke geneeskunde aan”, zegt Pieter Theuniers. “Een eerste vacature komt trouwens in Artsenkrant.”

Dokter Theuniers is een van de drie artsen-stafleden fysieke geneeskunde en revalidatie in AZ Sint-Maarten. Naast nog een vierde arts-assistent, telt het team een 30-tal therapeuten met diverse expertises: kinesitherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, psychologen, sociaal assistenten

‘De insteek van onze discipline legt de nadruk op functioneel herstel en socioprofessionele re-integratie’

– dr. Pieter Theuniers



en orthesisten. “We krijgen dagelijks een 400-tal patiënten over de vloer, ambulanten en patiënten uit diverse afdelingen in het ziekenhuis.” De afdeling zet in op gedifferentieerd en multidisciplinair samenwerken. “De insteek van onze discipline legt de nadruk op functioneel herstel en socioprofessionele re-integratie.”

Uiteenlopende pathologie

De patiëntenpopulatie die op deze dienst terecht komt is zeer divers, waardoor de revalidatietherapeuten zich genoodzaakt zien zich te bekwamen in deze of gene pathologie. “De grootste populaties zijn de heelkundige en neurologische patiënten. Daarnaast zien we meer rugproblematiek en uiteraard een toename van geriatrische patiënten.”

Het team zendt zijn therapeuten uit naar zowat iedere afdeling waar ze gevraagd worden, maar beschikt ook over een eigen revalidatie-afdeling. “We hebben een ambulante oefencentrum en een aparte oefenzaal voor onze hospitalisatie-afdeling met 44 bedden. Hier verblijven veelal CVA-patiënten en polytraumapatiënten of mensen die door hun aandoening in eerste tijd niet kunnen terugkeren naar een moeilijke of onveilige thuissituatie.” Het gaat om SP-bedden waar patiënten langere tijd kunnen verblijven.

De afdeling fysieke geneeskunde en revalidatie vangt niet alleen patiënten op uit andere afdelingen, ook huisartsen verwijzen patiënten door voor uiteenlopende ziektebeelden. “Patiënten van buitenaf komen veelal voor de rugschool”, zegt Theuniers, “of ze worden doorverwezen met *frozen shoulder*, een terugval in hun parkinsonproblematiek, en dergelijke.”

De dienst beschikt over een revalidatie-erkenning (conventie 950-centrum), die een optimale ondersteuning toelaat voor de patiënten, ook bij het verderzetten van de therapie in een ambulante setting in het oefencentrum en met inbegrip van patiëntenvervoer van en naar het ziekenhuis.



Het team fysieke geneeskunde: v.l.n.r An-Katrien Nauwelaers (arts-specialist in opleiding) en de dokters Stéphanie Van Kerckhoven, Pieter Theuniers en Els Goossens.

Naar ieders wens

“Vroeger gebeurde revalidatie volgens bepaalde vaste oefenschema’s, voor een knieprothese deed je de ene reeks oefeningen, voor een pijnlijke rug een andere. Nu is ons werk veel meer gedifferentieerd en vertrekken we vanuit de noden en verwachtingen van de individuele patiënt. Van daaruit stellen we een individueel gerichte aanpak voor.” Dat maatwerk vindt Pieter Theuniers zeer belangrijk. “Het motiveert patiënten om mee te werken en motivatie is essentieel om te komen tot een goede revalidatie. Sommige mensen zijn erg gedreven en willen het onderste uit de kan halen, voor anderen ligt de lat niet zo hoog. Daar stemmen we het revalidatieprogramma op af.”

Een andere manier om de motivatie aan te scherpen, zijn sociale contacten. “Hier komen patiëntengroepen rond een zelfde pathologie samen om te oefenen. We zien wel vaker vriendschappen ontstaan in het revalidatiecentrum”, klinkt het. “We hebben bijvoorbeeld een obesitasprogramma onder leiding van een obesitascoördinator. Met of zonder bariatrische ingreep, blijft een oefenprogramma essentieel in de aanpak van overgewicht. Dat samen kunnen doen, helpt volhouden.”

Een lichtpunt voor CVS en fibromyalgie

Een patiëntengroep waar de medische wereld niet goed weg mee kan, zijn patiënten met burn-out, CVS en fibro-

myalgie. Ze kunnen terecht op de afdeling. “Ook voor hen hebben we een specifiek evidence-based revalidatieprogramma (Levanter) dat we samen met de collega’s van psychiatrie runnen. Dat is een divers programma dat naast fysieke revalidatie, ook omgaat met de problematiek en aanpassen van de levensstijl omhelst. Er wordt onder andere een workshop gegeven door een diëtiste. De respons bij deze patiëntengroep is goed.”

Langdurige covid

Een voor de afdeling vrij nieuwe patiëntenpopulatie is die van de respiratoire patiënten, zeker sinds de coronapandemie. Het voorbije jaar passeerden hier heel wat covidpatiënten met langdurige klachten. “Bij de covidpatiënten die op intensieve zorg verbleven, zagen we onder andere neurologische problemen. Langdurige covid zagen we veeleer bij patiënten die de infectie thuis doormaakten en kampten met langdurige fysieke en psychologische sequellen. Naast een oefenprogramma schakelen we voor deze groep ook onze psycholoog in. De revalidatie werpt haar vruchten af. We hebben hier weer veel uit geleerd.”

Vermeldenswaard

De dienst maakt zelf orthesen en is tevens een erkend centrum voor elektrische knieprothese, ingezet bij amputatiepatiënten.

Marleen Finoulst

Healing environment

DUURZAAMHEID “Wie hier binnenkomt, moet zich goed voelen. Wie zich hier goed voelt, zal ook sneller genezen. Ook dat is een onderdeel van duurzaamheid.”



Alle patiëntenkamers krijgen rechtstreeks buitenlicht, de bedden staan er tegenover elkaar in plaats van naast elkaar.

Jan Claesen is technisch directeur van AZ Sint-Maarten, maar ook coördinator van de bouw- en duurzaamheidsprojecten van de Emmaüs-groep. Voor hem is duurzaamheid meer dan technologie. Het gaat in het ziekenhuis om een *healing environment*. Hij maakt zich sterk dat AZ Sint-Maarten een pionier van duurzaamheid was. Bij de conceptie van het nieuwe gebouw - in 2008 al - was de gedachte nooit veraf.

Conceptie

De vertaling van duurzaamheid naar beleving begint met het grondplan. Jan Claesen: “Op onze centrale zorgboulevard blijft het kalm ook wanneer er veel volk passeert. Loopafstanden voor het personeel zijn kort gehouden. De afdelingen zijn bovendien ingericht zodat de medewerkers zich makkelijk op hun zorgtaken kunnen concentreren. Alle patiëntenkamers krijgen rechtstreeks buitenlicht, de bedden staan er tegenover elkaar in plaats van naast elkaar. Duurzaam ont-

‘Duurzaam ontwerpen heeft te maken met respect voor je personeel, je patiënten, de bezoekers’

– Jan Claesen



werpen heeft te maken met respect voor je personeel, je patiënten, de bezoekers...”

“Over de ligging van de nieuwe campus is lang gepraat geweest met het stadsbestuur van Mechelen. Met resultaat. We zijn vlot toegankelijk met het openbaar vervoer, en langs een groene fietsroute”, weet Annelies Van Gaver, facilitair directeur.

JC: Het ziekenhuis ligt tussen de R6 en een groene zone voor wandelaars en fietsers. Aan de kant van de R6 ligt het parkeergebouw, dat het ziekenhuis tevens afschermt van het verkeerslawaaï. Aan de groene zijde liggen afdelingen met mensen die hier lang verblijven.

JC: Bij de bouw is ervoor gekozen die zaken te integreren die achteraf veel moeilijker te implementeren zouden zijn. Een warmtekrachtkoppeling staat mee in voor de energieproductie. De luchtgroepen gebruiken een warmtewiel om de warmte, of de koelte, binnen te houden. De (groen)daken vangen water op dat gebruikt wordt voor het doorspoelen van toiletten, ook in de patiëntenkamers. We produceren 25% van onze energie zelf. Zonnepanelen zijn nu goed voor 10%. Maar we willen die uitbreiden zodat we voor 50% van ons energiegebruik zelf kunnen instaan. Windmolens kunnen we in deze residentiële omgeving niet plaatsen.

Processen

“De processen in het ziekenhuis trekken de gedachte van duurzaamheid en duurzame beleving door”, zegt Annelies Van Gaver. “De toiletten worden met regenwater gespoeld en houden we proper met probiotische producten. Na een proefproject zijn we voor het schoonmaken van het ziekenhuis voor het grootste deel overgeschakeld op probiotische middelen. Besmette

oppervlakten worden natuurlijk wel nog gedesinfecteerd.

AVG: De reine sterilisatiedoeken omheen de instrumentensets krijgen een tweede leven. Op het operatiekwartier worden ze verzameld en we laten ze ophalen door een beschutte werkplaats die de etiketten verwijdert. Daarna worden ze geperst, opgewarmd en verwerkt tot propyleenkorrels, die worden gebruikt voor speelgoed, bloempotten. Duurzame processen hebben ook te maken met maatschappelijk verantwoord ondernemen, met het kansen creëren voor mensen. Onze groendienst hebben we zo ook uitbesteed aan een maatschappelijke werkplaats.

AVG: Ons GFT-afval verzamelen we in een daarvoor bestemde vacuümtank, die frequent wordt geleidigd voor verdere verwerking van de inhoud. Maar beter dan afval op een verantwoorde manier te verwerken is afval voorkomen. Je moet mensen zoveel mogelijk betrekken in je duurzame processen. En ook ernstig luisteren naar hun suggesties. Zo onderzoeken we momenteel een aantal voorstellen. Een voorbeeld daarvan is om alle koffiegruis te verzamelen en aan een champignonkwekerij te geven – die kunnen dan in ruil champignons aan het restaurant leveren voor onze medewerkers.

JC: De aandacht voor wat op het eerste gezicht misschien details lijken, kan een belangrijk verschil uitmaken. De excreties van patiënten bevatten vaak nog sporen van medicijnen. Die aan de bron wegfilteren voordat het water in het waterzuiveringsstation komt – waar die producten niet meer efficiënt kunnen worden verwijderd – is een belangrijk streefdoel. Of we in het algemeen ons eigen afvalwater kunnen zuiveren, zijn de overheidsdiensten aan het onderzoeken. We zouden het water weer kunnen gebruiken om



‘Duurzame processen hebben ook te maken met maatschappelijk verantwoord ondernemen, met kansen creëren voor mensen’

– Annelies Van Gaver

toiletten door te spoelen. Ook tuinbouwers uit de omgeving zijn geïnteresseerd.

Jan Claesen zat in de werkgroep die de duurzaamheidscriteria voor het VIPA voorbereidde. Ideeën doe je immers op door te praten met overheidsdiensten, de leveranciers, medewerkers, deel te nemen aan onderzoeksgroepen en je ogen steeds open te houden. AZ Sint-Maarten wisselt ervaringen uit met een netwerk van ziekenhuizen in het binnen- en buitenland. “Ik hoorde over een Vlaams bedrijf dat voor een klant in het buitenland een rad ontwikkelde om stroom op te wekken in rioolwater – op riolen zit wel altijd een verval. Misschien is dat in ons ziekenhuis mogelijk, hebben we daar een voorbeeldfunctie.”

Wouter Colson

Technologisch paradepaardje

ZIEKENHUISAPOTHEEK De ziekenhuisapothek van AZ Sint-Maarten is op meerdere vlakken een pionier. Zo werkte men hier als eerste ziekenhuis in Vlaanderen met dit type centrale robot. Voor de nakende PIC/S-normering is in de nieuwbouw alvast de nodige infrastructuur voorzien.

Dat onze apotheek best wel vooruitstrevend kan genoemd worden, hebben we voor een groot deel te danken aan de nieuwbouw, zegt hoofd-apotheker Jens van Krieken. “Daarbij is namelijk rekening gehouden met de technologie die we wilden implementeren en het ultieme doel dat we voor ogen hebben, nl. full traceability met bedside scanning. Dat concept vergt uiteraard ook de nodige inspanningen op de afdelingen zelf, maar het mag niet van ons afhangen wanneer het er komt. We kunnen er klaar voor zijn.”

‘We blijven ons inzetten om zo veel mogelijk scanbaar te maken, dat is ons grootste doel naar kwaliteit toe’

– Haiat Belhaj

Grote sprong

Een belangrijke vereiste daarbij is dat alle geneesmiddelen scanbaar zijn. Adjunct-hoofdapotheker Haiat Belhaj: “We herconditioneren nu zelf al 50% van de producten die we binnenkrijgen.

Daarnaast is 25% voorzien van een barcode vanuit de firma. De resterende 25% zijn we nog aan het opschalen.” Voor de unidosering heeft de apotheek vier robots ter beschikking. “Doel is om werkelijk alles te kunnen scannen, vanaf het moment dat de medicatie hier binnenkomt, tot aan het bed van de patiënt.”

In afwachting van de realisatie van de laatste schakel in die cirkel, is scannen nu al een enorme hulp bij het klaarleggen van de medicatie, op het niveau van de patiënt en op het niveau van de afdelingsvoorraden. Haiat Belhaj: “We weten te allen tijde in welk bakje op welke afdeling welk lotnummer met de bijpassende vervaldatum zit. Op de afdeling zelf wordt elk geneesmiddel dan op basis van het elektronische voorschrift gescand uit de voorraad, en checkt het systeem samen met de verpleegkundige of alles klopt.”

Op die manier is de foutenmarge enorm verkleind, en daar zijn we heel blij mee, voegt Jens van Krieken toe. “Het is al een grote sprong voorwaarts. De laatste stap naar bedside scanning vergt nog een aanzienlijke omschakeling, met karren tot aan het bed van de patiënt met ingebouwde scanapparatuur. Al bij al is dat nog maar een kleine stap.” Op afdelingen waar niet elektronisch wordt voorgeschreven, zoals de spoed en het OK, worden ook de centrale kasten gebruikt, waaruit de ver-

pleegkundigen door manuele ingave de nodige geneesmiddelen halen.

Volledige traceerbaarheid

De ziekenhuisapothek is ook verantwoordelijk voor de centrale sterilisatieafdeling (CSA). Jens van Krieken: “Onze ambitie is om ook hier tot een volledige traceerbaarheid doorheen het ziekenhuis te komen. Nu al garanderen we een volledige tracing van de operatiesets voor het OK. Volgend jaar komen daar ook de OK’s van het dagziekenhuis, de polikliniek en het cathlab bij.” Elke set wordt gescand en aan een welbepaalde patiënt gekoppeld. “Op die manier kunnen we achteraf gericht ingrijpen mocht er zich een probleem voordoen.”

Volgende stap in het proces is elk instrument op zich van een barcode te voorzien, zodat precies geweten is welk instrument (schaar, scalpel, enzovoort) in een welbepaalde operatieset zit. “Zo voegen we nog een extra controle niveau toe.”

“Verder zijn we bezig met het opschalen van de ‘in proces’-controles, waarbij we op geregelde tijdstippen de hele cyclus testen”, vervolgt apotheker van Krieken. “Momenteel is er een jaarlijkse validatie, maar dat willen we opdrijven. Het gaat immers om zeer kwaliteitskritisch materiaal dat rechtstreeks gebruikt wordt voor de patiënt.”

Ook aan de ergonomie op de afdeling werd gedacht. “CSA is immers veel trek- en sleurwerk, er passeert namelijk heel wat omvangrijk materiaal, denk aan karren en operatietafels. Daarvoor gebruiken we automatische (ont)laders. Tegelijk verhoogt op die manier ook de efficiëntie.”

Klaar voor PIC/S

Tegen eind volgend jaar moeten alle ziekenhuizen in ons land klaar zijn om conform de PIC/S-normen te bereiden. De afkorting staat voor Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme. “Dat houdt in dat we vanaf dan moeten werken volgens zeer hoge kwaliteitseisen, die in de buurt komen van de omstandigheden



De apotheek heeft vier robots ter beschikking.

in de farmaindustrie”, aldus Jens van Krieken. “Bij het bouwen van het ziekenhuis wisten we uiteraard dat die normering op komst was, en hebben we voor de nodige infrastructuur kunnen zorgen, zoals een cleanroom met een unidoseringsmachine, één voor de magistrale bereidingen en drie voor steriele en toxische bereidingen. We zullen daarbij onze eigen risicoanalyses en in-proces controles uitvoeren.”

‘Wij hebben relatief weinig stress over de PIC/S-normering’

– Jens van Krieken

AZ Sint-Maarten kan de deadline van december 2022 met een gerust hart halen, garandeert de hoofdapotheker. “Zeer veel ziekenhuizen maken zich zorgen over de infrastructurele kosten, timing en haalbaarheid. Wij hebben daar relatief weinig stress over.”

Veerle Caerels

Jens van Krieken en Haiat Belhaj: “Onze ambitie is om tot een volledige traceerbaarheid doorheen het ziekenhuis te komen.”



Geboortezorg op maat

MATERNITEIT Toekomstige ouders een zo gepersonaliseerd en geïntegreerd mogelijk zorgtraject bieden, startende van de preconceptionele raadpleging, over de zwangerschapsopvolging tot de uiteindelijke bevalling en de postpartale zorg. Dat is waar de dienst Verloskunde van AZ Sint-Maarten naar streeft.

Een partus 'op maat' met respect voor de fysiologie van de geboorte in een medisch veilige setting met maximaal comfort én respect voor de wensen van het koppel, is wat we in AZ Sint-Maarten beogen, vertellen Sarah Van Peer en Caroline Willem, beiden verloskundige.

Oog voor de kwetsbaren

Door te streven naar een gepersonaliseerd zorgaanbod, willen we inspelen op de noden van alle lagen van de Mechelse bevolking, zegt dr. Caroline Willem. Dat betekent onder meer: oog hebben voor de meer kwetsbare aanstaande ouders die extra ondersteuning kunnen gebruiken. "Denk aan koppels die recent naar Mechelen verhuisd zijn met een eventuele taalbarrière, tienermoeders, mama's met een psychische kwetsbaarheid enzovoort. Onze sociale dienst speelt hierbij een cruciale rol." Sarah Van Peer: "Sinds 2018 loopt de '16 wekenraadpleging' van de vroedvrouw in ons ziekenhuis, waar onder andere actief gescreend wordt naar kwetsbare zwangeren. De samenwerking met de Stad Mechelen via het project OPkomst sluit hierbij aan. Via dit multidisciplinaire aanspreekpunt kunnen wij en andere partners in de eerste en tweede lijn makkelijker en sneller schakelen naar de nodige steun op maat voor deze mensen. Omgekeerd worden zwangeren via OPkomst voor medische begeleiding en zorg doorverwezen naar het ziekenhuis."

Sarah Van Peer is sinds 2017 aan de slag in AZ Sint-Maarten, Caroline Willem startte in 2019. Samen met negen gynaecologen, 40 vroedvrouwen waarvan vijf lactatiedeskundigen, pediaters, anesthesisten en paramedici vormen ze de dienst gynaecologie-verloskunde van het ziekenhuis.

Het team gynaecologen bekwaamde zich in verschillende subspecialismen, waaronder gynaecologische oncologie, senologie, urogynaecologie met bekkenbodembodemkliniek, fertiliteit, en kindergynaecologie. De beide dokters hebben expertise in prenatale echografie, zij volgden daarvoor een bijkomende gecertificeerde opleiding.

Keuze

Sarah Van Peer: "Een gepersonaliseerd traject betekent voor ons dat – zo mogelijk – geopteerd kan worden voor een badbevalling, alternatieve bevallingshoudingen of begeleiding door een doula, alsook de mogelijkheid tot epidurale verdoving door de anesthesist die 24 op 24 uur in het ziekenhuis aanwezig is."

"Op onze materniteit worden ouders begeleid bij hun voedingskeuze, borstdan wel flesvoeding, met als grote meerwaarde onze vijf lactatiedeskundigen die dagelijks langskomen op de kamers", vult Caroline Willem aan. "Ze verblijven in een mooie, rustgevende en huiselijke omgeving en hebben de keuze tussen een luxekamer, een- of tweepersoonskamer." Sinds vorig jaar kan de geboorteaangifte ook in het ziekenhuis gebeuren, "erg gemakkelijk en minder tijdrovend".

Gentle sectio

Nieuw op de dienst sinds juni van dit jaar is de toepassing van de *gentle sectio*. "Het verschil met een klassieke keizersnede is dat bij we bij een *gentle sectio* zo dicht mogelijk proberen aan te leunen bij de beleving van een vaginale bevalling, al blijft het wel een operatie. Het initiële



Sarah Van Peer (l.) en Caroline Willem: "Een gepersonaliseerd traject betekent voor ons dat – zo mogelijk – geopteerd kan worden voor een badbevalling, alternatieve bevallingshoudingen of begeleiding door een doula, als ook de mogelijkheid tot epidurale verdoving."

streven blijft overigens zo weinig mogelijk keizersnedes", zegt dokter Willem.

"Bij de *gentle sectio* – letterlijk vriendelijke keizersnede – kunnen de ouders de geboorte mee volgen via steriele operatiedoeken met een doorzichtig luik, waarna gedurende de hele ingreep de pasgeborene *skin to skin* contact heeft met de

Pre-eclampsie

"We vinden het overigens belangrijk om op onze dienst recente wetenschappelijke ontwikkelingen in de pre- en postnatale zorg toe te passen", pikt Sarah Van Peer in. "Zo hebben we recent de eerste trimesterscreening naar pre-eclampsie geïmplementeerd, waardoor we aan de

'Als een koppel gelukkig is, ben je dat ook als hun arts'

– dr. Sarah Van Peer en dr. Caroline Willem

mama. Naast medische voordelen zoals het optimaal blijven van onder meer hartslag, bloeddruk, ademhaling, glycemie en temperatuur van de baby, biedt dit ook een meerwaarde op vlak van hechting en meer kans op een succesvolle borstvoeding. Ook wordt het gezin niet meer gescheiden, na de operatie blijven mama, partner en pasgeborene samen."

Ouders reageren enthousiast, in het bijzonder de koppels die kunnen vergelijken met een eerdere klassieke keizersnede, zegt Willem. "Dat is leuke feedback. Als een koppel gelukkig is, ben je dat ook als hun arts."

hand van de medische voorgeschiedenis, een dopplersonderzoek van de arteria uterina, de bloeddruk en een biochemische merker, bij hoogrisicopatiënten een preventieve behandeling kunnen starten met aspirine."

Multidisciplinaire opvolging, zowel pre- als postnataal is van essentieel belang, vult dokter Van Peer nog aan. "We volgen een zwangerschap preferentieel op altemerend met de huisarts en/of vroedvrouw."

Emily Nazionale

Bewaken van handen aan bed

VERPLEEGKUNDE De departementen die Annelies Van Gaver (facilitair directeur) en Lore Verstraete (HR-directeur) leiden, zijn erop gericht om de zorgverlening optimaal te ondersteunen en te bewaken dat zorgverleners zich kunnen focussen op de zorg voor de patiënt. Zorg die georganiseerd wordt door het verpleegkundig en paramedisch departement, geleid door Patrick Nieulandt (verpleegkundig en paramedisch directeur).

Net als in elk ziekenhuis zijn verpleegkundigen in AZ Sint-Maarten onmisbare schakels in het zorgtraject. “Tijdens en na de covidcrisis stonden we extra stil bij de vraag: wat drijft hen, waarvoor doen ze het?”, vertelt Patrick Nieulandt. “Voor de patiënt uiteraard, maar om dat te kunnen realiseren moeten verpleegkundigen en bij uitbreiding zorgverleners maximaal gefaciliteerd worden in de uitoefening van hun job. Samen-gevat wil AZ Sint-Maarten een organisatie zijn waar zij willen werken maar ook willen blijven.”

Patrick Nieulandt: “Onze mooie, nieuwe infrastructuur is daarbij zeker een troef, maar vooral belangrijk is de manier waarop een verpleegeenheid zich organiseert of kan organiseren. Enkele voorbeelden. In het nieuwe ziekenhuis zijn verpleegeenheden zo ontworpen dat ze steeds grenzen aan een zusterafdeling zodat verpleegkundigen makkelijk ‘bij de burens’ kunnen helpen. Ook hebben we sterk ingezet op de standaardisering van lokalen en stockageruimtes, wat helpt om bv. materialen snel terug te vinden.”

“Daarnaast is het essentieel om de verpleegkundigen zelf te versterken in hun kerntaak”, vervolgt Patrick Nieulandt. “Vanuit dat opzicht nemen we samen met

meer dan 70 ziekenhuizen uit België, Engeland, Duitsland, Ierland, Zweden en Noorwegen deel aan het onderzoeksproject Magnet4Europe dat het welzijn van zorgverleners en de patiëntveiligheid wil verbeteren.”

“We vertrekken daarbij vanuit een wetenschappelijk onderbouwd model en willen inzetten op wat er echt toe doet voor verpleegkundigen en wat nog beter kan vandaag in ons ziekenhuis, denk aan zichtbaar leiderschap op alle niveaus, het vergroten van de betrokkenheid en inspraak van verpleegkundigen in het beleid enz. In AZ Sint-Maarten zetten we reeds een belangrijke stap door structuren op te zetten waarin deze betrokkenheid verankerd is, zoals de oprichting van een ‘comité zorgbeleid’ waar hoofdverpleegkundigen gemandateerd zijn om het zorgbeleid mee vorm te geven. Een volgende stap zal zijn om verpleegkundigen zelf meer een stem te geven in het beleid.”

Facilitaire diensten

Zorgmedewerkers die zich kunnen focussen op de zorg: dat is ook het einddoel van de facilitaire diensten. “In 2015, toen het ziekenhuis nog over drie campussen verspreid was, voerden we een procesanalyse uit van de facilitaire en logistieke processen. Wat bleek? Taken

werden op een verschillende manier uitgevoerd per campus, per departement en zelfs per dienst, taken waren inefficiënt verdeeld, er was te weinig innovatie en automatisatie, er was nood aan meer zorgondersteunende werking door ondersteunende diensten en ga zo maar door”, blikt Annelies Van Gaver terug.

“Daarop tekenden we een nieuwe werking uit die in 2018 bij de verhuis naar het nieuwe gebouw werd geïmplementeerd. Alle processen werden opnieuw uitgetekend zodat ze *lean* verlopen, afgestemd zijn op het gebouw en de noden van de zorgmedewerker en de patiënt.”

“Als we kijken naar wat dit concreet betekent voor de zorg, dan zien we dat het servicegehalte van de zorgondersteuning toegenomen is”, legt Annelies Van Gaver uit. “Afdelingen krijgen meer facilitaire, logistieke, farmaceutische, administratieve en technische ondersteuning. Er vond een doorgedreven digitalisering plaats: facilitaire en logistieke diensten worden ondersteund door software bij het uitoefenen van hun taken, er is up-to-date informatie over de activiteit van de ondersteunende diensten zodat gericht kan bijgestuurd worden. We werken met *devices* om taken te registreren.”

Annelies Van Gaver: “Ergonomische hulpmiddelen ondersteunen de werking,

zo maken elektrische trekkers, scanners en karren het werk van ondersteunde diensten gemakkelijker. We zetten ook in op infrastructurele ondersteuning, dit uit zich onder meer in een vernieuwde zorgomgeving en kamers, de buizenpost tussen diensten en apotheek en labo, het terugspreeksysteem op de patiëntenkamers, enz. Tot slot moeten zorgmedewerkers hun afdeling bijna niet meer verlaten en zich niet meer bekommeren over allerlei niet-zorgtaken.”

Personeelsbeleid

“De ont-zorging van de zorgverlener en de maximale inzet op zorgondersteuning maakt dat ons zorgteam bestaat uit zeer diverse profielen”, zegt Lore Verstraete, “met naast verpleegkundigen en paramedici ook andere professionele medewerkers”.

Lore Verstraete: “Een van de belangrijkste uitdagingen voor de ziekenhuizen is het aantrekken en behouden van personeel. De krapte op de arbeidsmarkt zorgt ervoor dat wij andere paden bewandelen om medewerkers aan te trekken. Zo nemen we deel aan #kiesvoorzorg en andere initiatieven om zijinstromers aan te trekken en op te leiden tot verpleegkundigen. Ook intensifiëren we onze samenwerking met de hogescholen en opleidingscentra, via stages maar ook studiedagen, onderzoeksprojecten, bijscholingen. Niet te onderschatten is ook de steun van onze 200 vrijwilligers.”

“Toch blijft het aantrekken van medewerkers en in het bijzonder zorgpersoneel geen evidentie”, merkt Lore Verstraete op. “Een nieuwe evolutie is bv. de groei van het aantal zelfstandige verpleegkundigen op de arbeidsmarkt. Zij kunnen worden ingeschakeld om tijdelijke noden op te vullen, maar kunnen niet worden ingezet om een duurzaam team op te bouwen.”

“Vanuit het AZ Sint-Maarten hechten we verder veel belang aan de continue opleiding van onze medewerkers. Tot slot moeten onze kernwaarden OSKAR verder leven in alle acties die we nemen naar patiënten maar ook naar collega’s toe.”

Emily Nazionale

AZ Sint-Maarten wil een organisatie zijn waar zorgpersoneel en andere professionele medewerkers willen werken maar ook willen blijven



Lore Verstraete



Patrick Nieulandt



Annelies Van Gaver

Waar geen plaats is voor stress of schaamte

TRAMAINE DE SENNA Ze groeide op in California en studeerde kunst en architectuur aan de University of California - Berkeley. De liefde bracht haar naar België, ze volgde een master Fine Arts in Breda en vervolmaakte zich verder aan het Hoger Instituut voor Schone Kunsten in Gent. Begin 2020 kreeg ze een solotentoonstelling in het Museum voor Hedendaagse Kunst in Antwerpen (MuHKA) en kwam haar carrière in een stroomversnelling. Nu werkt ze aan een bijzonder artistiek project voor het nieuwe gebouw van TheA, de kinder- en jeugdpsychiatrie van het AZ Sint-Maarten, dat tegen de zomer van 2022 klaar zal zijn.



Tramaine de Senna: "De installatie zal tegelijk de aandacht trekken van de kinderen en jongeren, en hun associatievermogen en hun verbeelding aan het werk zetten."

Tramaine de Senna is een jongedame met pit en een sterk inlevingsvermogen. Dat blijkt al gauw uit een gesprek over haar leven, over haar kunst, over haar project.

Identiteit is een van de hoofdthema's in haar werk. Naast de gangbare vormen van identiteit speelt zij met een meerlagige, wisselende, dubbelzinnige, niet-rechtlijnige identiteit die haar werk iets raadselachtig geven. Niet te verwonderen als je weet dat haar roots als een patchwork verspreid liggen over de wereld: Chinees, Afrikaans (hoofdzakelijk Nigeria), Hollands, Portugees, Engels én Native American.

Verhalen

Tramaine is voortdurend op zoek naar verhalen en die vind je ook terug in haar kunstwerken. Getuige daarvan de maquette die ze heeft gemaakt voor de artistieke invulling van de afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie van AZ Sint-Maarten. Ze gaat daarbij op zoek naar elementen die mee de identiteit uitmaken van de locatie, in casu Mechelen en zo komt ze terecht bij het verhaal van Sint-Maarten, bij de Mechelse spotnaam Maneblussers, bij de pop Opsinjoorke.... Dat zijn elementen waarmee ze op speelse en soms ook dubbelzinnige wijze mee aan de slag gaat in haar kunstwerk.

Voor de nieuwbouw voorziet Tramaine de Senna een installatie bestaande uit objecten die van het plafond naar beneden hangen, plus twee muurfriezen van circa zes meter breed. Om de thematiek te doorgronden bezocht ze verscheidene keren de gezinsdagen van het Therapeutisch Atelier in Duffel, waar ze het gebeuren

observeerde en sprak met zorgverleners, met ouders en grootouders van jonge patiënten. In dat atelier wordt onder andere gewerkt met bewegingstherapie, muziek en beeldende kunst waarbij de deelnemers getriggerd worden om hun emoties uit te drukken.

Symbolen

Het viel Tramaine op dat er veel gebruik gemaakt wordt van symbolen: een kikkervors als mascotte voor de kleuter, de duim als teken voor OK voor de iets grotere kids, de knipoog die vele lagen van be-

tekenissen kan hebben maar ook een teken van identiteit is bij teenagers. Die symbolen wil ze ook in haar installatie voor AZ Sint-Maarten laten binnensluipen.

Tramaine deed verder onderzoek naar de visuele taal en de gedragstaal van de kinderen en jongeren. Ze observeerde hen bij het spelen, ze ontleedde hun tekeningen en de illustraties die ze gebruiken in de kalenders die ze samenstelden. En precies die elementen wil ze opnemen in haar installatie voor TheA.

Net als de verhalen die ze optekende en

die verbonden zijn aan de stad Mechelen: Sint-Maarten en de bedelaar bijvoorbeeld. Ze ging op zoek naar andere elementen die verbonden zijn met de geografische locatie, en kwam zo terecht bij de beiaard, bij de Mechelse kapelletjes, ja zelfs bij de Mechelse koekoek. Al deze elementen neemt ze mee in haar project dat ze in situ met diverse materialen wil realiseren in de tweede helft van 2022. Zo ontstaat een op het eerste gezicht speels werk, dat echter vele onderliggende lagen bevat, én dat de creativiteit van jongeren kan triggeren.

Open site

"De nieuwe afdeling wordt een soort speelruimte, waar kinderen en jongeren op exploratie gaan, in relatie met andere kinderen en jongeren", zegt Tramaine. "Daarom heeft men ook gekozen voor een open site die je niet aanvoelt als een plaats voor therapie, maar als een plek waar men zich thuis kan voelen. Het aspect 'playtime' en 'fun' is altijd wel ergens in mijn werk aanwezig. Door het gebruik van diverse materialen wil ik een gezellige – cosy – sfeer creëren. Het moet een ruimte worden waar geen plaats is voor stress, voor schaamte. En daar moet het kunstwerk mee toe bijdragen. En tegelijk hun aandacht trekken en hun associatievermogen en hun verbeelding aan het werk zetten."

Tramaine de Senna stelde de voorbije jaren onder meer tentoon in Rotterdam, Keulen, California. Ze nam in 2015 ook deel aan de Sixth Moscow Biennale of Contemporary Art in Moskou.

Henk Van Nieuwenhove



De maquette met de artistieke invulling voor het nieuwe gebouw van TheA.

© Tramaine de Senna

De helende dimensie van kunst

DE LOODS Ook in de vergaderzalen van AZ Sint-Maarten hangt kunst aan de muren. Het zijn werken vervaardigd door kunstenaars verbonden aan De Loods, een kunstencentrum in Duffel, voor mensen met en zonder psychische kwetsbaarheid. Maar ook de artsen varen er wel bij: aan de Harvard University is kunst zelfs een onderdeel van de medische studies.

Personen die in het reguliere kunstcircuit moeilijk aansluiting vinden, krijgen in De Loods kansen om zich artistiek te ontplooiën. Doel: psychosociale rehabilitatie.

Sedert 2005 heeft De Loods een onderdak gevonden in de voormalige goederenloods van de NMBS in Duffel. Kunstenaars van uiteenlopende disciplines krijgen er de kans om deel te nemen aan vrije ateliers, tentoonstellingen en tijdelijke projecten met externe (semi-)professionele kunstenaars.

“Het doel van het kunstproject is bij te dragen tot de psychosociale rehabilitatie van personen die niet of niet meer opgenomen zijn”, zegt Christian Verschelden, coördinator van De Loods. “Het project kadert in de vermaatschappelijking van de zorg. Door de vrije tijd van kwetsbare personen zo goed mogelijk in te vullen, wordt de kans kleiner dat ze moeten worden (her)opgenomen. De gemeenschap draagt op die manier zelf bij tot de zorg.”

‘Het project kadert in de vermaatschappelijking van de zorg. Door de vrije tijd van kwetsbare personen zo goed mogelijk in te vullen, wordt de kans kleiner dat ze moeten worden (her)opgenomen’

– Christian Verschelden



Kunstateliers

De Loods is onderdeel van het zorgnetwerk Emergo dat de regio Groot-Mechelen beslaat. Momenteel zijn er een 40-tal kunstenaars aan verbonden, vóór corona waren dat er circa 100. “Helaas hebben we het atelier een tijdlang moeten sluiten wegens de covidpandemie”, zegt Verschelden. “Helaas heeft nog niet iedereen de weg naar onze organisatie teruggevonden.”

Diverse kunstdisciplines komen in de ateliers aan bod: tekenen en schilderkunst, poëzie, video en theater... In de pijnlijnen zitten ook dansworkshops en een improvisatie-atelier. Sommige deelnemers

combineren dit met lessen aan de Academie of het Conservatorium. “Met hun werk naar buiten komen en deelnemen aan tentoonstellingen helpt de kunstenaars in het proces van destigmatiseren”, zegt de coördinator van De Loods. “Ook samenwerkingen met professionele kunstenaars dragen ertoe bij. Met Anne Dijkstra bijvoorbeeld werden videoworkshops georganiseerd, waarbij de deelnemers filmtechnieken aanleerden en hun eigen leven in beeld brachten. Met het museum Hof van Busleyden in Mechelen werden samenwerkingen opgezet in het kader van de tentoonstellingen van Rik Wouters en Berline De Bruyckere. Voorstellen voor participatieprojecten stromen binnen. We kunnen de vraag haast niet volgen.”

Betere artsen

“Ik was naakt en gij hebt mij gekleed”, zo luidt de naam van het project dat De Loods heeft opgezet in samenwerking met AZ Sint-Maarten. De woorden verwijzen naar de legende van Sint-Maarten die de helft van zijn mantel aan de bedelaar schonk. De muren van de tien vergaderzalen van het nieuwe AZ waren naakt en werden met kunst bekleed door de



‘Kunst versterkt de observationele vaardigheden van de arts, leidt tot een betere medische beeldvorming, versterkt de empathische skills in non-verbale communicatie en in de relatie arts-patiënt’

kunstenaars van De Loods. Vandaar de naam van het project.

“Wij als kunstenaars kleden het ziekenhuis aan en bieden zorg aan”, duidt Christian Verschelden. “Kunst heeft een positief effect op de patiënten, maar ook op het personeel en op de artsen. Kunst leidt ook tot betere artsen. Aan de Harvard University is kunst zelfs een onderdeel van de medische opleiding. Kunst versterkt de observationele vaardigheden van de arts, leidt tot een betere medische beeldvorming, versterkt de empathische skills in non-verbale communicatie en in de relatie arts-patiënt. Bovendien heeft de aanwezigheid van kunst een helend effect op de werkvloer, het werkt stressverlagend door het vrijgeven van dopamine.”

Helende omgeving

De kunstwerken in de vergaderzalen worden gekozen door de coördinator van De Loods, Christian Verschelden, voorgelegd aan de communicatiedienst van het ziekenhuis. De werken kunnen verkocht worden, de opbrengst gaat dan naar de kunstenaar. Ieder jaar wordt een nieuwe selectie gemaakt door de kunstcommissie.

“Kunst is net als architectuur en een groene omgeving één van de elementen die bijdragen tot een helende omgeving”, besluit Christian Verschelden.

Henk Van Nieuwenhove





Kunst geïntegreerd in de architectuur

KOEN VAN DEN BROEK AZ Sint-Maarten is een huis waarin kunst nadrukkelijk aanwezig is. Maar de meest opvallende artistieke aanwezigheid is het werk van Koen van den Broek die op de glazen buitengevels van het gebouw zijn merktekens heeft aangebracht.

In de ruime inkomhal van het AZ Sint-Maarten hangen schilderijen van Barbara Van Dromme en Anne Mariën. Op de eerste verdieping bevindt zich een heuse kunstgalerie waar tijdelijke exposities worden gehouden. Ten tijde van deze reportage hing er werk van Linde Deldine. En in de traphal pronkt Sint-Maarten die, gezeten op zijn paard, zijn mantel in tweeën snijdt om die aan de armen te geven, een kopie van het beroemde werk van Antoon van Dyck dat zich bevindt in de parochiekerk van Zaventem. Maar het grootste kunstwerk bevindt zich op de zes gevelpartijen van het ziekenhuis. *Sampled!*, is de naam voor dit 'verzamelwerk' dat kleur geeft aan het AZ Sint-Maarten en tegelijk een geheel van oriëntatiepunten vormt voor het personeel.

"Een ziekenhuis is niet de favoriete plaats waar je wil liggen", zegt Koen van den Broek. "Daarom ben ik gaan grasduinen in mijn herinneringen en schetsboeken van vroegere reizen naar Parijs, de VS, Azië. Daaruit heb ik beelden verzameld – vandaar de naam *Sampled!* – die ik tot één geheel heb geassembleerd, tot iets totaal nieuws. Je kan het vergelijken met 2ManyDJs die met de muziek van The Rolling Stones en andere groepen aan de slag gaan om die te 'samplen' tot iets totaal

nieuws." Om een totaalbeeld te krijgen van dit gevelkunstwerk heb je een drone nodig.

Rustpunt

Het werk van Koen van den Broek voor AZ Sint-Maarten is allicht het meest bekeken kunstwerk van het land. Het is immers zichtbaar niet alleen vanop de parking die plaats biedt aan 1.600 voertuigen, maar bovendien vanop de drukke

'Het kunstwerk kan nieuwe perspectieven en indrukken openen, waardoor je misschien ook de dingen die je meemaakt in een ziekenhuis in een ander perspectief kunt plaatsen'

– Koen van den Broek

expressweg die Mechelen met Heist-op-den-Berg verbindt. Bezoekers van het ziekenhuis kunnen er niet naast kijken. Het betreft een geïntegreerd kunstwerk dat bij de bouw van het ziekenhuis mede werd geconcipieerd en zich zowel inhoudelijk, contextueel, architecturaal als ruimtelijk met de architectuur verbindt. Het kunstwerk is als het ware verwerkt in de ruggengraat van het gebouw, de kleuren – geel, blauw en rood – helpen de be-

zoekers om zich te oriënteren, en de artsen en het ziekenhuispersoneel om zich te identificeren met hun afdeling.

Wat is het belang van het integreren van kunst in een zorgarchitectuur? Heeft kunst ook een helende werking? "Een kunstwerk is een rustpunt", zegt Koen van den Broek. "In zekere zin ondersteunt het kunstwerk de dagelijkse beleving van patiënten, bezoekers, voorbijgangers, maar ook van artsen en verplegers. Het

kleur. Het kunstwerk is transparant zodat je erdoorheen de lucht kan waarnemen en tegelijk wordt de reflectie een deel van de artistieke waarneming." Het werk bevindt zich letterlijk op de snijlijn tussen architectuur en beeldende kunst. "In de schilderkunst vertrek je meestal van een centraal beeld en deint het werk uit naar de zijkanten", zegt Koen. "Ik ga omgekeerd te werk. Ik werk van de zijkanten naar het middelpunt. Zo krijg je een andere benadering van leegte versus volumes."

Koen van den Broek heeft inmiddels een stevige band met de stad Mechelen. In de stedelijke tentoonstellingsruimte De Garage, rechtover de Sint-Rombouts kathedraal, is de voorgevel bewerkt door een constructie van Koen van den Broek in lijnen en kleuren. "Is dat werk nog steeds aanwezig?", klinkt het verwonderd. "Het is enkele jaren geleden geconcipieerd toen De Garage een solotentoonstelling aan mijn werk heeft gewijd. De afspraak was dat het zou blijven, tot een andere kunstenaar er iets nieuws mee deed. Waar wachten ze op?" Misschien wil een kunstenaar het gevelkunstwerk van tentoonstellingsruimte De Garage in Mechelen wel samplen tot iets nieuws?

Henk Van Nieuwenhove

kunstwerk kan nieuwe perspectieven en indrukken openen, waardoor je misschien ook de dingen die je meemaakt in een ziekenhuis in een ander perspectief kunt plaatsen."

Transparant

Ondanks de plaats die het kunstwerk in de ruimte inneemt, is het overal subtiel aanwezig. "Ik wil niet dat de mensen overstelpt worden met een overdaad van