# hallo

MAGAZINE VOOR HUISARTSEN • MEI 2021 • #29

MARIA MIDDELARES

# Telemonitoring van COVID-patiënten via MijnMariaMiddelares

Value-based aanpak van prostaatkanker in alle stadia

Niet elke Helicobacter is een Helicobacter pylori

Deelname aan het MOC via nieuw systeem videoconferentie

Vernieuwende REZUM-stoomtherapie bij plasproblemen

**VERANTWOORDELIJKE UITGEVERS**
Dr. R. Goethals
Ir. C. Mouton
Dr. L. Temmerman

**REDACTIELEDEN**
Dr. F. Ameye
Dr. D. Baert
Dr. J. Bonte
Dr. P. Germonpré
Dr. L. Temmerman
Dr. H. Vanoverschelde
C. Zenner

**EINDREDACTIE**
A. Buyle
J. Mestdagh
G. Vindevoghel
C. Zenner

**GRAFISCHE VORMGEVING**
E. Soenen

**FOTOGRAFIE**
Dienst communicatie

MARIA MIDDELARES

Dit magazine voor huisartsen is een publicatie van vzw AZ Maria Middelares
Buitenring Sint-Denijs 30
9000 Gent.

# #29

## IN DIT NUMMER

**04** Kort
**06** Nieuwe artsen
**08** Dossier value-based healthcare
» De patiënt beslist mee
» Waarde creëren bij prostaatkanker
**13** Deelname aan het MOC via nieuw systeem videoconferentie
**14** Urologen hanteren vernieuwende REZUM-stoomtherapie bij plasproblemen
**16** Hoe de telemonitoring van COVID-19-patiënten ziekenhuis, huisarts en thuiszorg verenigt rond de patiënt

**20** Helipath-studie: niet elke Helicobacter is een Helicobacter pylori
**23** Agenda Medische Kring
**23** Oplossingen quiz fysische geneeskunde
**24** Quiz anesthesie

# **Primeur** voor AZ Maria Middelares met Intuitive Telepresence

Bij een operatie met de da Vinci-robot eind februari 2021 heeft AZ Maria Middelares als eerste binnen Europa gebruikgemaakt van Intuitive Telepresence. Via dat beveiligd platform kunnen geïnteresseerde professionals wereldwijd in realtime (beeld én klank) een ingreep volgen. Op die manier zijn ze virtueel aanwezig in de operatiezaal waar de ingreep uitgevoerd wordt. Bovendien krijgen ze ook in realtime de beelden te zien die geregistreerd worden door de endoscoop.

Tijdens de ingreep is interactie tussen beide partijen mogelijk. Dat geeft beginnende tot zelfs ervaren chirurgen een unieke kans om bij te leren over bepaalde robotgeassisteerde operaties. Een welkom en efficiënt alternatief voor observaties ter plaatse in deze tijden van reisbeperkingen.

Voor deze primeur werd een cystectomie (operatieve verwijdering van de blaas) uitgevoerd en een vervangblaas aangelegd door prof. Karel Decaestecker in AZ Maria Middelares. Dr. Clemens Wiesinger van de Klinikum Wels-Grieskirchen volgde deze operatie in realtime vanuit Oostenrijk.

# Dermatologen geselecteerd voor RIZIV-project **teledermatologie**

**De groep dermatologie van AZ Maria Middelares maakt sinds februari 2021 een jaar lang deel uit van een nationaal proefproject teledermatologie van het RIZIV. In dat proefproject kan de huisarts via een template in eHealth op een beveiligde digitale manier contact opnemen met een dermatoloog om advies te vragen over een dermatologisch probleem.**

Het project verloopt volgens het principe 'store and forward' (geen 'live consult'). Concreet verstuurt de huisarts, met schriftelijke toestemming van de patiënt, de nodige medische gegevens, enkele correct genomen foto's en zijn klinische vraag via eHealth naar de dermatoloog. Deze werkwijze is conform de GDPR-wetgeving, in tegenstelling tot vragen via e-mail of platformen zoals WhatsApp. De dermatoloog kan vervolgens online een diagnose stellen, zonder de patiënt gezien te hebben, en dat binnen de 24 tot 48 uur. De kostprijs is 22,33 euro per consult en wordt via de derdebetalersregeling volledig door het ziekenfonds gedekt (geen remgeld).

"Voor onze dermatologen is de deelname aan dit proefproject een mooie verderzetting van wat in 2019 al werd gestart. Doelstelling is over de duurtijd van het project (1 jaar) in totaal 2 000 teleconsultaties met de huisarts te houden", vertelt **dr. Linda Temmerman**. Het proefproject is een succes: de voorziene plaatsen voor huid- en huisartsen zijn inmiddels volzet.

Dr. Sam Dekeyser (links) en dr. Linda Temmerman (rechts).

## → Heeft u vragen?

Deelnemende dermatologen uit AZ Maria Middelares in alfabetische volgorde:

- Dr. Lien De Smet: **lien.desmet@azmmsj.be**
- Dr. Sam Dekeyser: **sam.dekeyser@azmmsj.be**
- Dr. Linda Temmerman: **linda.temmerman@azmmsj.be**
- Dr. Els Van Autryve: **els.vanautryve@azmmsj.be**
- Dr. Jolien Veramme: **jolien.veramme@azmmsj.be**

Een goed en eenduidig preoperatief beleid reduceert de kans op overlijden, verhoogt de patiëntveiligheid alsook de patiënttevredenheid.

Het E17-ziekenhuisnetwerk, waartoe ook ons ziekenhuis behoort, werkte om die reden, in nauwe samenwerking met de huisartsenkringen, een uniform preoperatief medicatiebeleid uit. Onze digitale oplossing, met name de bridging app, laat bovendien een vlotte en eenvoudige preoperatieve voorbereiding van patiënten toe.

→ Tijdens een webinar voor huisartsen op 24 maart 2021 werden de richtlijnen en de bridging app aan de hand van enkele praktische voorbeelden uitgebreid toegelicht. Op www.mariamiddelares.be vindt u de belangrijkste info voor de huisarts.

Scan mij

# Heeft uw patiënt een **bewijs** van een **negatieve coronatest** nodig?

AZ Maria Middelares biedt de mogelijkheid een PCR-test te laten afnemen om verschillende redenen: in het kader van een ingreep, een hoogrisicocontact (met CTPC-code), vertrek naar het buitenland en terugkeer uit het buitenland (met CTPC-code).

Alle informatie staat op **www.mariamiddelares.be**

Scan mij

IKG GEÏNTEGREERD KANKERCENTRUM GENT

# Onderzoek naar efficiëntie **coronavaccin** bij oncologische patiënten

Patiënten onder een actieve oncologische behandeling lopen een hoger risico op een ernstig ziekteverloop na een infectie met COVID-19. Dat we hen maximaal willen beschermen door het handhaven van hygiënemaatregelen en vaccinatie spreekt voor zich. In de huidige studies naar de werkzaamheid van de vaccins werden echter nauwelijks patiënten met kanker onderzocht. Nochtans zou de ziekte op zich of de behandeling ervan een impact kunnen hebben op de werkzaamheid van het vaccin.

Om de efficiëntie van het coronavaccin bij verschillende vormen van antikankerbehandelingen na te gaan, hebben de Clinical Research Unit van AZ Maria Middelares en het Universitair Ziekenhuis Antwerpen de voorbije maand 450 patiënten gevaccineerd. Daarbij werden ook bloedstalen afgenomen om onder meer de antistoffen te bepalen. Deze studie zou tegen de zomer 2021 duidelijk moeten maken of deze patiënten na vaccinatie voldoende beschermd zijn tegen een infectie met het coronavirus.

## DR. MARC DE VREEZE

**spoedgevallendienst**

Dr. Marc de Vreeze versterkt sinds 1 maart 2021 de dienst spoedgevallen. Hij is 46 jaar lang huisarts geweest in Laarne en heeft op 1 januari 2021 zijn praktijk stopgezet. Hij is CRA-arts in WZC Molenkouter in Wichelen. Op de spoed engageert hij zich in projecten rond patiëntenbegeleiding en kwaliteit van zorg. Hij zal samen met de spoedartsen peilen naar patiëntenervaringen (PREM) en evalueren of de voorgestelde therapie ook leidt tot de verwachte resultaten (PROM). Hij zal op die manier een belangrijke feedback leveren, waardoor de dienst spoedgevallen de kwaliteit van de zorg verder kan verbeteren.

## DR. MAXIME DEWULF

**algemene heelkunde**

Dr. Maxime Dewulf rondde in 2012 summa cum laude zijn opleiding geneeskunde af aan de UGent. Tussen 2012 en 2018 werd hij opgeleid tot algemeen chirurg. Daarbij deed hij als assistent in opleiding ervaring op in het UZ Gent, AZ Sint-Lucas Gent en AZ Maria Middelares. Aansluitend aan zijn opleiding werd hij fellow in AZ Maria Middelares, met de focus op robotchirurgie, colorectale en buikwandchirurgie. Als fellow van de European Hernia Society deed hij ook bijkomende ervaring op in Edinburgh. Sinds 2019 is dr. Dewulf aan het werk als fellow in het MUMC+ in Maastricht, met focus op hepatobiliaire chirurgie. In ons ziekenhuis zal hij zich naast de algemeen abdominale chirurgie ook verder richten op de heelkunde van lever, galwegen en pancreas. Hij blijft ook als consulent verbonden aan de dienst hepatobiliaire heelkunde van de Universiteit van Maastricht en werkt er momenteel aan zijn PhD.

## DR. FÉLIX GREMONPREZ

**medische oncologie**

Dr. Félix Gremonprez studeerde af in 2020 als medisch oncoloog aan de UGent. Voorheen behaalde hij in 2018 een doctoraat in de gezondheidswetenschappen na de succesvolle verdediging van zijn thesis over intraperitoneale chemotherapie. Als lid van het team medische oncologie en het geIntegreerd Kankercentrum Gent zal hij mee instaan voor de zorg van alle patiënten met solide tumoren. Daarbij zal hij zich ook specifiek toeleggen op de zorgvuldige begeleiding van klinische studies om zo patiënten toegang te kunnen bieden tot de meest innovatieve therapie.

## DR. KARL VAN DEN DOOREN

**oftalmologie**

Dr. Karl Van den Dooren versterkt sinds 1 maart 2021 de dienst oftalmologie. Hij is momenteel vast staflid oogheelkunde in AZ Glorieux in Ronse (partnerziekenhuis in het E17-ziekenhuisnetwerk) en zal als toegelaten arts samenwerken met het team oogartsen uit AZ Maria Middelares in het kader van de wachtdiensten oftalmologie.

## DR. CHIRIK WAH LAU

**cardiologie**

Dr. Chirik Wah Lau behaalde het diploma arts in 2013 aan de Universiteit Antwerpen. Tijdens zijn klinische opleiding cardiologie in het Ziekenhuis Oost Limburg Genk raakte hij geïnspireerd door de uitgebreide zorg die hartfalenpathologie met zich meebrengt, maar ontwikkelde tegelijkertijd ook een interesse voor de technische mogelijkheden van de interventionele cardiologie. In 2019 specialiseerde hij zich verder in het OLV Ziekenhuis Aalst met bijkomende ervaring in de zorg bij gevorderd hartfalen met onder andere resynchronisatietherapie (CRT), alsook een bijzondere bekwaamheid in de cardiale revalidatie. Sinds 2021 legt hij zich verder toe op de interventionele cardiologie in AZ Maria Middelares, met initiële nadruk op coronaire interventies en invasieve hemodynamica, om nadien op termijn verdere bekwaamheid in structurele interventies te kunnen verwerven. Hij hoopt op deze manier een interventioneel hartfalenkader te kunnen voorzien om specifieke patiënten die, ondanks aanpassingen aan hun levensstijl en medicamenteuze behandelingen, blijvend symptomatisch zijn, een aanvullende behandeling te kunnen aanbieden.

## DR. ELINE MARIN

**neus-, keel- en oorziekten**

Dr. Eline Marin versterkt sinds 1 maart 2021 het neus-, keel- en oorteam van AZ Maria Middelares. Dr. Eline Marin studeerde geneeskunde en specialiseerde zich tot NKO-arts aan de UGent. Haar opleiding tot NKO-specialist genoot ze in het Sint-Elisabeth ziekenhuis in Brussel, University of British Columbia ziekenhuizen in Vancouver en het UZ Gent. Na haar opleiding tot NKO-arts deed zij een subspecialistische fellowship in otologie en neuro-otologie aan Oxford University Hospitals. Naast algemene NKO-pathologie heeft dr. Marin een specifieke interesse in problemen van het oor zoals gehoorverlies, oorinfecties, draaiduizeligheid en oorsuizen.

## DR. MIEKE THIJSEN

**anesthesie**

Dr. Mieke Thijsen versterkt sinds 24 februari 2021 de dienst anesthesie.

## DR. STEFAN VAN LANGENDONCK

**gastro-enterologie**

Dr. Stefan Van Langendonck rondde zijn opleiding geneeskunde af aan de UAntwerpen in 2013. Na 18 maanden opleiding neurochirurgie in Duitsland en Zwitserland maakte hij de switch naar inwendige geneeskunde en vervolledigde hij de opleiding gastro-enterologie in 2021. Hij genoot zijn opleiding in achtereenvolgens AZ Damiaan, het UZA en finaal in AZ Maria Middelares. Tijdens deze opleiding ging zijn bijzondere interesse al snel uit naar interventionele endoscopie. Hij bouwde zowel nationaal als internationaal een mooi wetenschappelijk palmares op. Hij werd aanvaard voor een observership in het AMC in Amsterdam en werd geselecteerd voor een Europese grant in interventionele technieken in Portugal. Eens afgestudeerd als gastro-enteroloog zal hij zich in AZ Maria Middelares verder bekwamen in de interventionele endoscopie bij prof. Dewint en dr. Rasquin. Bijkomend is hij ook aanvaard als resident in de gerenommeerde dienst van prof. Deprez (UCL). Voorts is hij een zeer gewaardeerde collega gastro-enteroloog die zowel in AZ Maria Middelares als in het Medisch Centrum Maria Middelares werkt in de algemene gastro-enterologie.

## DR. KATRIEN VANDENBROUCKE

**gastro-enterologie**

Dr. Katrien Vandenbroucke, sedert augustus 2008 werkzaam in de Sint-Jozefskliniek in Izegem als gastro-enteroloog met bijzondere bekwaming in de digestieve oncologie, is sinds januari 2021 gestart met een opleiding echo-endoscopie in AZ Maria Middelares. Zij zal hiervoor telkens op donderdagnamiddag om de twee weken aanwezig zijn.

# VALUE-BASED HEALTHCARE de patiënt beslist mee

AZ Maria Middelares neemt met drie proefprojecten initiatief om waardegedreven zorg te integreren in het behandeltraject.

Patiënten zijn vandaag goed geïnformeerd en veeleisend op alle vlakken: ze willen weten wat hun te wachten staat en zelf kunnen meebeslissen over hun behandeling. Daarom is het meer dan ooit belangrijk dat we in de gezondheidszorg patiënten zien als een partner met wie je overlegt en discussieert. Deze value-based healthcare (VBHC) luidt een grote verandering in die zich de komende jaren zal doorzetten. Ook in AZ Maria Middelares. "Kwaliteit en innovatie zitten in ons DNA", zegt **Linda Staessen**, kwaliteitscoördinator van AZ Maria Middelares. "Na een cyclus rond patiëntveiligheid en een rond het verhogen van de kwaliteit van zorg zitten we nu in een cyclus waarin wordt gefocust op de patiëntenervaring. Daarvoor werken we ook met een patient experience officer. Met value-based healthcare komt daar nog een extra laag bovenop, waarbij ook de kost meegenomen wordt in de definitie van 'waarde'."

## Fundamenten

De patiënt staat bij value-based healthcare voorop, met als doel de **individuele uitkomsten** te verbeteren, terwijl de **kosten van de gezondheidszorg onder controle** blijven. Op die manier creëer je **'waarde'**. Patiëntrelevante uitkomsten vind je door de patiënt zelf te vragen wat belangrijk is. Naast de klinische, objectieve uitkomsten — zoals de overleving, de graad van herstel of de complicaties – worden dus ook deze patient reported outcomes (PROMs) — zoals welke activiteiten de patiënt kan uitvoeren en welke niet, of hoe zwaar de bijwerkingen van de therapie wegen – meegenomen in de beslissing over de te volgen behandeling. De kosten worden per patiënt en over de volledige zorgcyclus in rekening gebracht. Dus niet alleen de uitvoering van de procedure zoals dat nu gebeurt, maar ook de diagnostiek, de behandelkeuze(s) en de nazorg. Dat is niet alleen op het ziekenhuis van toepassing, maar op het volledige traject dat de patiënt aflegt.

"We zullen meer inzetten op het meten van deze **PROMs**", zegt Linda Staessen. "We gebruiken daarvoor internationale vragenlijsten, maar zien er tegelijk op toe dat we de patiënt niet overbevragen. De antwoorden dienen daadwerkelijk gebruikt te worden in het gesprek met de patiënt, anders zullen we niet genoeg respons krijgen. Wie een vragenlijst invult en er achteraf niets meer van hoort, is niet meer gemotiveerd om dat nog eens te doen."

Om een volledig en evenwichtig beeld te krijgen, is het belangrijk dat patiëntrelevante uitkomsten gekozen worden uit drie niveaus: de gezondheidsstatus, het herstelproces en de kwaliteit van leven. "Wat we hieruit leren, is niet alleen interessant voor het bepalen of bijsturen van het individuele traject van de patiënt. Je kan ook verschillende patiëntengroepen en hun opties voor behandeling vergelijken. Op een derde niveau kan je die resultaten benchmarken en je zo als ziekenhuis internationaal vergelijken."

Daarnaast zijn er ook nog de patiëntervaringen tijdens het zorgtraject **(PREMs)**. Aan de hand van de patiëntrelevante uitkomsten en ervaringen wil AZ Maria Middelares voortbouwen op de solide fundamenten van het kwaliteitssysteem. "Het data- en IT-gedeelte – de software om alles efficiënt te registreren en uit de dossiers te halen zonder extra werk voor de zorgverlener en de patiënt – zijn daarbij heel belangrijk.



"Binnen het value-based healthcare-model wordt gewerkt in geïntegreerde zorgeenheden rond een specifieke medische aandoening. Alle medewerkers van zo'n unit dragen samen verantwoordelijkheid voor alle zorg rond een bepaalde aandoening (inclusief de geassocieerde problemen), en betrekken daarbij ook de patiënt en familie."
**Linda Staessen**

## Legoblokjes

Binnen het value-based healthcare-model wordt gewerkt in integrated practice units (IPUs of **geïntegreerde zorgeenheden**) rond een specifieke medische aandoening. Alle medewerkers van zo'n unit dragen samen verantwoordelijkheid voor alle zorg rond een bepaalde aandoening (inclusief de geassocieerde problemen), en betrekken ook de patiënt en familie bij het zorgproces. Zij zijn samen de experts van een bepaalde aandoening en maken gebruik van data om de zorg continu te verbeteren. Vertrouwen en korte communicatielijnen zijn essentieel voor een optimale coördinatie.

"Het idee van waaruit we vertrekken is: hoe kunnen we met de 'Legoblokjes' die we ter beschikking hebben, het beste traject voor en rond een specifieke patiënt uitwerken en overbodige stappen uitsluiten?", zegt Linda Staessen. "Het is niet de bedoeling onze hele werking om te vormen naar geïntegreerde zorgeenheden. Maar we willen wel dat iedereen vanuit dezelfde achtergrond naar die processen kijkt. We willen dat iedereen de basisprincipes mee heeft. Daarom hebben we ingezet op het aanleren van die gemeenschappelijke taal, onder andere via een interne nieuwsbrief. Daarnaast hebben we een brede basisopleiding voorzien en werden ook een veertigtal mensen opgeleid tot 'Green Belt'. Dat houdt in dat zij al een goede theoretische bagage hebben over wat VBHC inhoudt."

Meer weten?
Bekijk de reportage op Kanaal Z
**https://bit.ly/3vRziwI**

## Pilootprojecten

"We focussen op drie projecten: prostaatkanker, chronische rugpijn en kleplijden", zegt **dr. Filip Ameye**, voorzitter van de medische raad van AZ Maria Middelares. "Als medical leaders willen we in AZ Maria Middelares echt initiatief nemen in value-based healthcare."

Terwijl de pilootprojecten lopende zijn en zorgen voor concrete praktijkervaring, organiseert AZ Maria Middelares ook drie inspiratiesessies met internationale sprekers om duidelijk te maken hoe je VBHC concreet aanpakt. "We maakten onder andere kennis met een project uit Denemarken rond osteoartritis. Om ons te laten begeleiden gingen we ook in zee met een consultancybedrijf en intern creëerden we een ondersteuningsteam met de bedoeling in een volgende fase zelf projecten op te starten en te begeleiden.

We dromen van een soort patient dashboard waarop uitkomsten van een bepaalde patiënt vergeleken worden met die van patiënten in een gelijkaardig traject. Zo kunnen ze zien waar ze zich bevinden ten opzichte van anderen en welke de keuzemogelijkheden zijn. Dan zitten we in een verhaal van shared decision making. Dat is nog werk in uitvoering, maar het geeft een ongelooflijke dynamiek en dat is heel mooi om vast te stellen."

"We dromen van een soort patient dashboard waarop uitkomsten van een bepaalde patiënt vergeleken worden met die van patiënten in een gelijkaardig traject."
**dr. Filip Ameye**

# VALUE-BASED HEALTHCARE waarde creëren bij prostaatkanker

AZ Maria Middelares bouwt een VBHC-project uit rond prostaatkanker in alle stadia, zowel lokaal beperkt als gevorderd of gemetastaseerd. Dat vloeit voort uit de eerdere ervaring met ProstaQare voor prospectieve registratie van lokaal beperkte tumoren.

Het gebruik van technologie zoals robotchirurgie en radiotherapie neemt toe en is duur. Door de steeds stijgende kosten vroeg het RIZIV in 2007 om de meerwaarde van dergelijke technologische middelen te bewijzen, als een van de voorwaarden voor terugbetaling.

"We zijn toen in AZ Maria Middelares begonnen met de prospectieve registratie van vooral functionele data van de RALP (Robotgeassisteerde laparoscopische prostatectomie)", zegt **dr. Filip Ameye**, diensthoofd urologie en voorzitter van de medische raad van AZ Maria Middelares. "Dat was voor elk centrum verplicht. We hebben onze registratie **ProstaQare** genoemd, met de Q van Quality. Eigenlijk hebben we daarmee in ons ziekenhuis een systeem opgezet om *avant la lettre* de principes van value-based healthcare toe te passen. Maar het is nooit structureel ingevoerd voor alle stadia van prostaatkanker: het bleef een initiatief van een individuele dienst, weliswaar ondersteund door het ziekenhuis. In zekere zin zijn we dus al meer dan tien jaar met VBHC bezig. We hebben die ervaring nu geënt op het theoretisch model van VBHC zoals het zou moeten zijn. We rollen daarbij alle stappen uit volgens het model van Porter, de grondlegger van de VBHC-principes. Wij zijn in AZ Maria Middelares, denk ik, het eerste centrum dat het Porter-model uitgeschreven heeft en wenst toe te passen op de behandeling van prostaatkanker in *al* zijn stadia. We vonden het althans nog nergens terug in de literatuur."

"Het model van VBHC zet in op de opmaak van een zorgpad. De vraag daarbij is onder andere: wanneer detecteer je prostaatkanker in een vroegtijdig geneesbaar stadium? Wereldwijd heerst de perceptie dat in het verleden te veel prostaatkanker werd ontdekt, waardoor sprake was van overbehandeling. Maar nu slaat de slinger door naar de andere kant."

**dr. Filip Ameye**

Het model van VBHC zet in op de opmaak van een **zorgpad**, dat je kan definiëren voor de intramurale zorg, maar ook voor wat ervoor en daarna gebeurt. De eerste vraag daarbij is: wanneer detecteer je prostaatkanker? Wereldwijd heerst de perceptie dat in het verleden, door het gebruik van PSA, te veel prostaatkanker werd ontdekt, waardoor sprake was van overbehandeling", zegt dr. Ameye. "Maar nu slaat de slinger door naar de andere kant. In de eerstelijnszorg geldt zelfs de aanbeveling om geen PSA meer te meten. Op Europees niveau zien we dat de incidentie van lokaal gevorderde en gemetastaseerde tumoren begint te evolueren naar wat de situatie was vóór de PSA-screening mogelijk was. Je hebt meer mensen die prostaatkanker hebben én in een stadium dat het niet meer te genezen is. Dus als je je zorgpad value-based wil maken, is het zaak om daarop een antwoord te geven en samen met de eerstelijnszorg een correct beleid van vroegtijdige detectie te ontwikkelen binnen een wetenschappelijk onderbouwd zorgpad."

In het ICHOM (International Consortium for Health Outcomes Measurement) wordt een onderscheid gemaakt tussen lokaal beperkte en *gevorderde tumoren*. "Wij hebben hierbinnen nog een andere onderverdeling gemaakt: de eerste is de *controleerbare* en geneesbare prostaatkanker, de tweede is de *oncontroleerbare* en daarin heb je drie fases.
Ten eerste een gemetastaseerde tumor, waarbij de patiënt een combinatie van hormonen en meestal een nieuwere generatie van medicatie (NARTA of New Androgen Receptor Target Agents), zoals abiraterone, enzalutamide of apalutamide ... krijgt. Dat zijn de *hormoonnaïeve patiënten*. Vervolgens heb je de patiënt die *castratieresistent* wordt of CRPCa (Castraat resistent prostaatcarcinoom). De hormonale behandeling heeft onvoldoende effect en nieuwe types van behandeling dienen te worden opgestart, zoals NARTA, chemotherapie of radionucliden. Daar waar we vijftien jaar geleden bijna geen mogelijkheden hadden om patiënten met uitgezaaide prostaatkanker te helpen, beschikken we nu over een heel gamma van nieuwe medicatie en gerichte therapieën die vaak een bewezen levensvoordeel geven van één à twee jaar, bovenop het effect van vroegere standaard hormonale therapie. Die medicatie is echter enorm duur en heeft soms een belangrijk toxiciteitsprofiel. Een **multidisciplinaire aanpak** met een team van urologen, medisch oncologen, radiotherapeuten en 'dedicated' uro-oncoverpleegkundigen en coaches, biedt de beste garantie op een kwaliteitsvolle begeleiding en aanpak. "In een derde fase ontsnapt de patiënt op een bepaald moment aan behandeling, en komt hij in de palliatieve fase terecht. Ook deze fase dient maximaal begeleid te worden door dit oncoteam, uitgebreid met de nodige palliatieve ondersteuning."



IN **AZ MARIA MIDDELARES** LOPEN EEN AANTAL PILOOTPROJECTEN ROND **VALUE-BASED HEALTHCARE** (VBHC). IN DE KOMENDE NUMMERS VAN HALLO FOCUSSEN WE TELKENS OP EEN VAN DEZE PROJECTEN. DEZE EDITIE: PROSTAATKANKER.

Dat is ons VBHC-model voor prostaatkanker. **Per medische conditie** hebben we het hele zorgtraject in al zijn aspecten uitgeschreven binnen een Care Delivery Value Chain (CDVC) of ***waardeketen***, gevolgd door de ontwikkeling van patiëntrelevante kwaliteitsindicatoren en methodes van kostprijsberekening per onderdeel van deze waardeketen. Dat is een uniek concept, want iedereen focust op de lokale en beperkte tumoren. Dat is het gemakkelijkste: je wordt behandeld en je geneest binnen een af te sluiten periode. Maar het aandeel van patiënten in de tweede, meer chronische en uiteindelijk palliatieve conditie, met nood aan strikte opvolging, intensieve begeleiding en innovatieve behandelingen neemt toe en heeft het meest nood aan waardecreatie door kwaliteitsoptimalisatie aan een beheersbare kost. De Martini Klinik in Duitsland is het organisatiemodel dat AZ Maria Middelares nastreeft. "De Martini Klinik was een middelgroot centrum in Duitsland, waar destijds het model van Porter ingevoerd werd", zegt dr. Ameye. "Intussen is dat hét best uitgeruste centrum ter wereld, een referentie voor VBHC. In België voeren we gemiddeld 3 500 prostatectomieën per jaar uit, daar halen ze dat cijfer bijna jaarlijks in één centrum."

ProstaQare
AZ MARIA MIDDELARES

## → Economisch gegeven

Je zou je kunnen afvragen of patiëntgeoriënteerd behandelen niet veel duurder is dan het uitrollen van een algemene behandeling. "Het is een heel complex verhaal, waarbij veel spelers en knowhow aan de orde zijn", zegt **dr. Ronny Goethals**, gynaecoloog en medisch directeur van AZ Maria Middelares. "Dat patiënten vaak een eenheidsworstbehandeling krijgen, zorgt ervoor dat er een aantal keuzes worden gemaakt die niet optimaal zijn voor elke individuele patiënt.

“Door ervoor te zorgen dat de patiënt krijgt wat hij echt moet hebben, ga je op nationaal vlak, op het niveau van het RIZIV, besparen. Hoe complexer het wordt, hoe sterker het model zichzelf betaalt.”

**dr. Ronny Goethals**

En dat kost net veel geld. Daarmee creëer je niet de waarde voor je patiënt die VBHC voor ogen heeft. Door te zorgen dat de patiënt krijgt wat hij echt moet hebben, ga je op nationaal vlak, op het niveau van het RIZIV, besparen. Hoe complexer het wordt, hoe sterker het model zichzelf betaalt. Als je als organisatie verantwoordelijk bent voor het hele traject van je patiënten, is dat een batig saldo. De Belgische situatie is echter dat niet alle kostenbesparingen en opbrengsten ten gunste van het ziekenhuis zijn. Vaak is het omgekeerd: als je erin slaagt om bepaalde interventies of medicatie die duur zijn *niet* te moeten gebruiken, dan krijg je daar geen centen voor. Je hebt de nodige inspanning gedaan om het traject goed uit te leggen en te begeleiden, maar de overheid voorziet niet in de financiën. Dat is de complexiteit van de gezondheidsfinanciering. Het samenbrengen van alle levels van financiering zou een betere manier zijn voor dergelijke modellen. Als je niet de hele populatie hebt, maar alleen de moeilijke gevallen, waarvoor je je hele organisatie inzet en waarvoor je financieel eerder als uitzondering dan als regel iets overhoudt, dan heb je ook een probleem. Je moet voldoende aantallen en geografisch bereik halen opdat het model zichzelf kan dragen.”

“We zitten nu in een *fee for service*-model”, zegt dr. Ameye. “*Bundled payment* bekijkt de kosten vanuit het hele traject. Daar moet een overheid – zoals in Nederland – een prijs op zetten, met respect voor de knowhow, expertise en inspanning van alle gezondheidsactoren. In Nederland kennen ze het DBC-systeem (Diagnose Behandelcombinatie): diagnostiek, behandeling en opvolging. Daar krijgen het ziekenhuis en de arts een bedrag voor. Met dat bedrag moeten ze het doen en dan zie je alle marktmechanismen ontstaan – de gezondheidszorg is ook een economisch gegeven. Juist dan bereikt het model zijn volle waarde: de hoogste kwaliteit voor een bepaald bedrag.”

## → “Wij nemen onze verantwoordelijkheid”

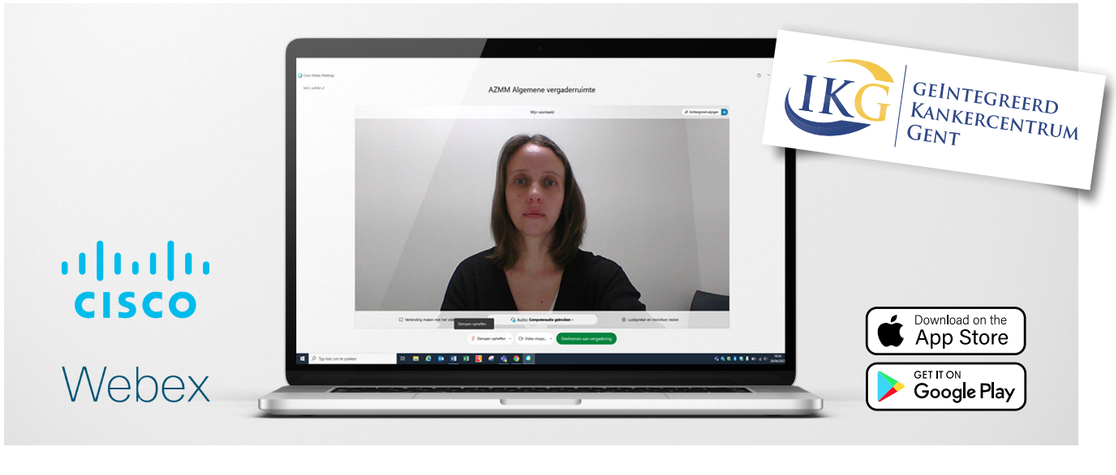
“Ivan Van de Cloot, van Itinera, zei een paar maanden geleden in De Tijd dat hij een beetje ziek werd van mensen die vinden dat ze hun verantwoordelijkheid nemen als ze opstappen, maar die die verantwoordelijkheid weleens zouden durven vergeten als ze aan het roer staan”, zegt dr. Goethals. “Daarom zeg ik: wij willen onze rol opnemen en zoeken naar andere modellen, ook al vergt dit van ons als ziekenhuis een bijzondere investering. Onze gezondheidszorg is ons te waardevol!
De huisarts zal daarbij een heel belangrijke rol spelen. We hebben als ziekenhuis immers niet de ambitie zorg aan huis te verlenen. We gaan huisartsen ondersteunen in het monitoren van de zorg voor de patiënt. De ondersteuning zal komen vanuit een backoffice, waar alle gegevens van de patiënt bewaard en bewaakt worden en van waaruit de aansturing kan gebeuren. Althans, dat is mijn aanvoelen.”

Waarom zouden huisartsen patiënten met prostaatkanker naar AZ Maria Middelares verwijzen? “Wij bieden een geïntegreerd zorgaanbod in het totaalspectrum van prostaatkanker aan”, zegt dr. Ameye. “Wat is voor de individuele patiënt de beste behandeling met de hoogste kwaliteit en de laagste kost? Hoe leeft een patiënt langer met voor de maatschappij zo laag mogelijke kosten? Dat proberen we door een gestructureerd zorgpad uit te rollen. Dat is de rode draad. En we zetten als ziekenhuis heel sterk in op de *patient journey*, met digitale zorgpaden waarbij je de patiënt sterk kan betrekken, want gehoord worden en verbonden zijn met het zorgteam is belangrijk. Wij willen, zoals de titel van het boek van Steven Van Belleghem luidt, als ziekenhuis aan elke patiënt met prostaatkanker een behandeling van topniveau aanbieden … *An offer you can't refuse*.



# DEELNAME AAN HET MOC VIA NIEUW SYSTEEM VIDEOCONFERENTIE

Voor het Multidisciplinair Oncologisch Consult (MOC) werkt AZ Maria Middelares sinds kort met een nieuw systeem: Webex, het cloud-gebaseerde samenwerkingsplatform van de firma Cisco. Het systeem is eenvoudig in gebruik. Huisartsen die het al gebruikten, blijken er erg positief over.




## → Hoe werkt het?

Via uw e-health inbox ontvangt u een MOC-uitnodiging. Om online deel te nemen aan het MOC klikt u op de link in de uitnodiging. Bij een eerste gebruik zal u ‘altijd toestaan’ moeten aanvinken op de vraag ‘Cisco Webex meeting openen’. Bij een volgend gebruik komt deze vraag niet meer terug.

## → Enkel via de PC of laptop?

U kan deelnemen via PC of laptop (ook Mac), tablet of smartphone. De enige vereiste is een stabiele internetverbinding.

## → Handig om weten

Als u inbelt, staat de microfoon automatisch gedempt. Kies ‘dempen opheffen’ als uw patiënt wordt besproken en u aan het gesprek wil deelnemen. Als u het overleg vervoegt, maar het woord niet dient te nemen, laat dan uw microfoon gedempt staan.

» Gebruik best een hoofdtelefoon. Dat komt de gesprekskwaliteit ten goede. Indien u werkt met ingebouwde of losstaande luidsprekers en microfoon, vermijd dan dat het volume te hoog staat, want anders treedt mogelijk een pieptoon op.
» Gebruik bij voorkeur Google Chrome als internetbrowser.

Op de website van het IKG kan u de beknopte handleiding en binnenkort ook een instructiefilmpje raadplegen (onder ‘praktisch’). De nomenclatuur werd zo aangepast dat de huisarts die aan het MOC deelneemt via videoconferentie hiervoor vergoed wordt binnen de geldende RIZIV-reglementering.

Scan mij

## → Wie bellen bij IT-problemen?

Bij technische problemen kan u de helpdesk contacteren via **09 246 29 29**. Zij verbinden u door met degene die op dat moment verantwoordelijk is voor het video-MOC.

## → Vragen over de MOC-bespreking of het tijdstip?

Neem contact op met één van onze MOC-datamanagers:
» Marieke Willems: **09 246 95 20**
» Sofie Demuynck: **09 246 95 21**
» Liesbeth Schepens: **09 246 96 25**

Of via **aanvragen.MOC@azmmsj.be**

Een typisch ouderdomsfenomeen is de goedaardige groei van de prostaatklier (adenoom) of 'benigne prostaathyperplasie (BPH)'. Zodra een bepaald prostaatvolume bereikt is, zal die een obstructie veroorzaken ter hoogte van de blaasuitgang met typische plasklachten tot gevolg (straalvermindering, moeilijk en/of frequent plassen, zowel overdag als 's nachts). Meestal worden deze klachten tijdelijk verholpen met medicatie. Soms worden de klachten te ernstig waardoor uiteindelijk een heelkundige behandeling noodzakelijk wordt. De impact op de seksuele functie, zoals het verdwijnen van de zaadlozing of verminderen van de erecties, weerhoudt vooral jonge patiënten om deze ingreep te laten uitvoeren. De **REZUM-stoomtherapie** is een vernieuwende, minimaal invasieve techniek die ingezet kan worden bij goedaardige prostaatvergroting. Een woordje uitleg.

# UROLOGEN HANTEREN VERNIEUWENDE REZUM-STOOMTHERAPIE BIJ PLASPROBLEMEN

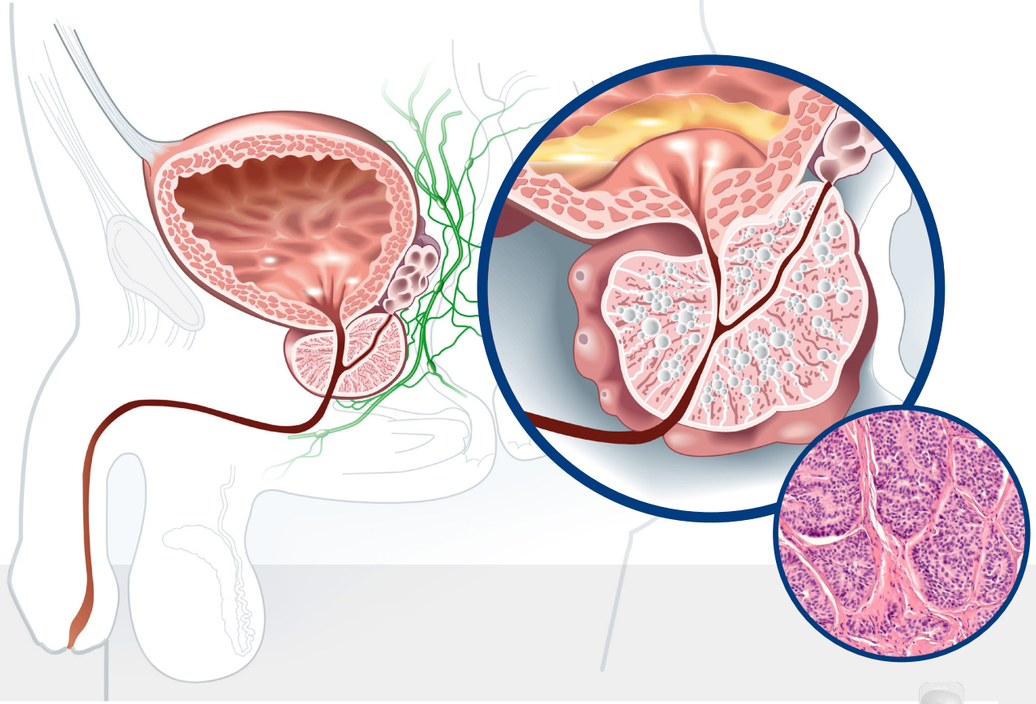
Bij een REZUM-stoombehandeling wordt thermische energie onder de vorm van stoom gebruikt om de aangroei van de prostaat te doen afsterven. Dit systeem, ontwikkeld door het Amerikaanse bedrijf Boston Scientific, bestaat uit een radiofrequentie (RF) stoomgenerator en een stoom-toedieningsinstrument (het stoompistool).

Het **REZUM-stoompistool** wordt via een kijkoperatie doorheen de plasbuis ingebracht. Onder endoscopisch zicht wordt met behulp van dit pistool en een ingebouwde **injectienaald** stapsgewijs stoomtherapie in het centrale deel van de prostaat (adenoom) ingebracht. De lengte van de naald van het stoompistool is standaard vastgelegd. Deze wordt endoscopisch gecontroleerd in het adenoom ingeprikt.

Daarbij wordt telkens een door de generator geproduceerde **standaardhoeveelheid stoom** geïnjecteerd. De **stoomgenerator** heeft verschillende beveiligingssystemen om de benodigde thermische energie (103° Celsius) te produceren en thermische ablatie (verschrompeling) van het adenoom te verzekeren. De rest van de plasbuis, de blaashals, de sluitspier en het ejaculatiemechanisme worden daarbij beschermd: de stoom kan niet doordringen tot in de buitenste (perifere) zone van de prostaat, die intact blijft.

De behandeling zelf neemt 5-10 minuten in beslag en gebeurt doorgaans onder **korte algemene verdoving**. Op het einde van de ingreep wordt een blaassonde doorheen de plasbuis geplaatst, soms ook met een fijne katheter boven het schaambeen, die rechtstreeks in de blaas uitmondt (cystofix met bedieningskraantje). Deze blaassonde bevordert het lokale genezingsproces en wordt 5-7 dagen ter plekke gelaten om de prostaat te ontlasten. Verwijdering vindt pijnloos plaats op de raadpleging, waarna het spontane plaspatroon zich zal herstellen over het verloop van de volgende weken. De **cystofix** is een veiligheidsklep die toelaat om de weken na de ingreep verder plastraining toe te passen, tot volledig herstel van de plas- en blaasfunctie. Ook deze wordt pijnloos verwijderd op de raadpleging.

© Boston Scientific



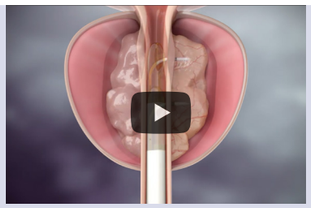
## Wanneer is REZUM-stoomtherapie aangewezen?

- Bij urinaire klachten die onvoldoende reageren op medicatie
- Als alternatief voor langdurig medicatiegebruik
- Bij urineretentie
- Bij patiënten met wens tot behoud van zaadlozing
- Bij hoogrisicopatiënten onder bloedverdunnende medicatie
- Prostaatvolumes tussen 30 en 80 gram

© Boston Scientific

## Een veelbelovende behandeling

- De REZUM-stoomtherapie leidt tot celdestructie en het afsterven van het obstructieve prostaatweefsel, met **al na twee weken een duidelijke verbetering van de symptomen**, op veilige en effectieve wijze. Zo is er tevens behoud van de seksuele functie, met bewaarde zaadlozing en erecties.
- **Nevenwerkingen** zijn bovendien **beperkt in tijd en in intensiteit**, en verdwijnen typisch na 2 tot 6 weken.
- **De IPSS (plasscore), Q-max (piekstraal bij Uroflow), QoL (quality of life)** blijven na 5 jaar **significant beter** in vergelijking met conservatief beleid. Hieruit blijkt dat de REZUM-behandeling een nieuwe veelbelovende behandeling is. De langetermijnresultaten over meer dan 5 jaar zijn, gezien het vernieuwend karakter van de techniek, nog niet gekend.
- De behandeling kan uitgevoerd worden bij **jongere patiënten** met wens tot behoud van zaadlozing.
- **Oudere hoogrisicopatiënten**, al dan niet onder bloedverdunnende medicatie, zijn een goede indicatie bij een prostaatvolume tussen 30 en 80 gram.
- De ingreep wordt in **dagopname** of 'one night stay' uitgevoerd.



© Boston Scientific

Bekijk het Engelstalig filmpje over de behandeling op https://www.youtube.com/watch?v=ukQpfBE0oMg

Scan mij

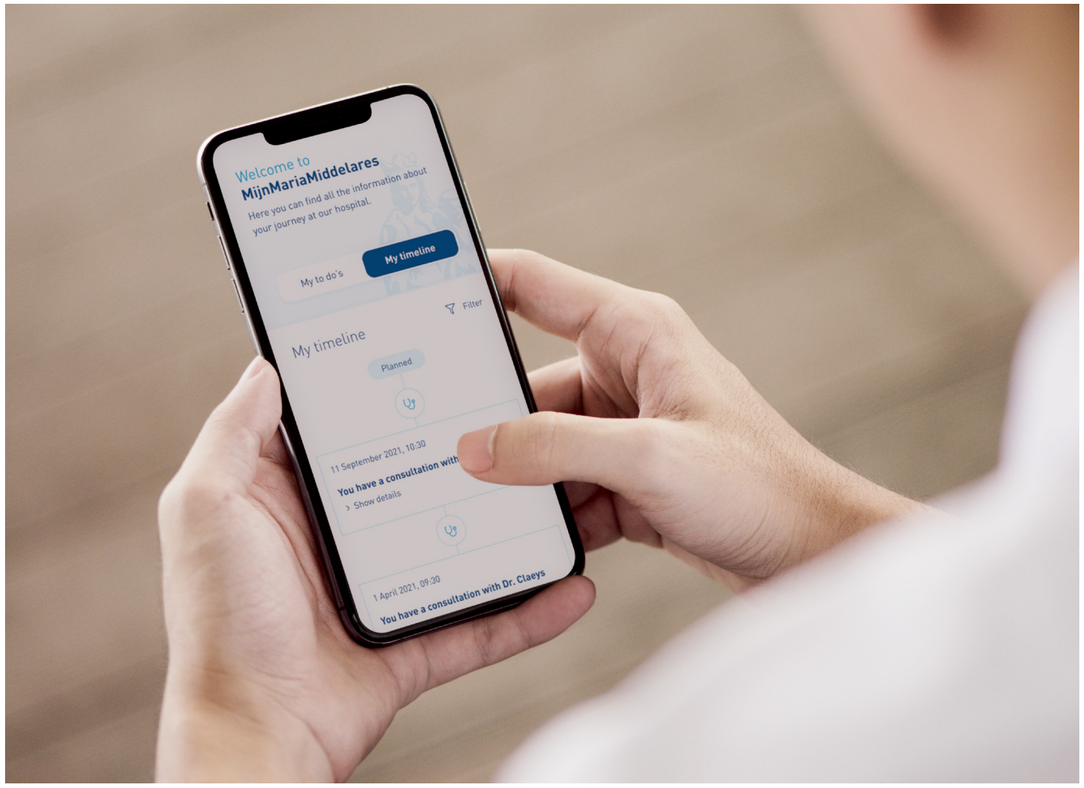
## CONTACT

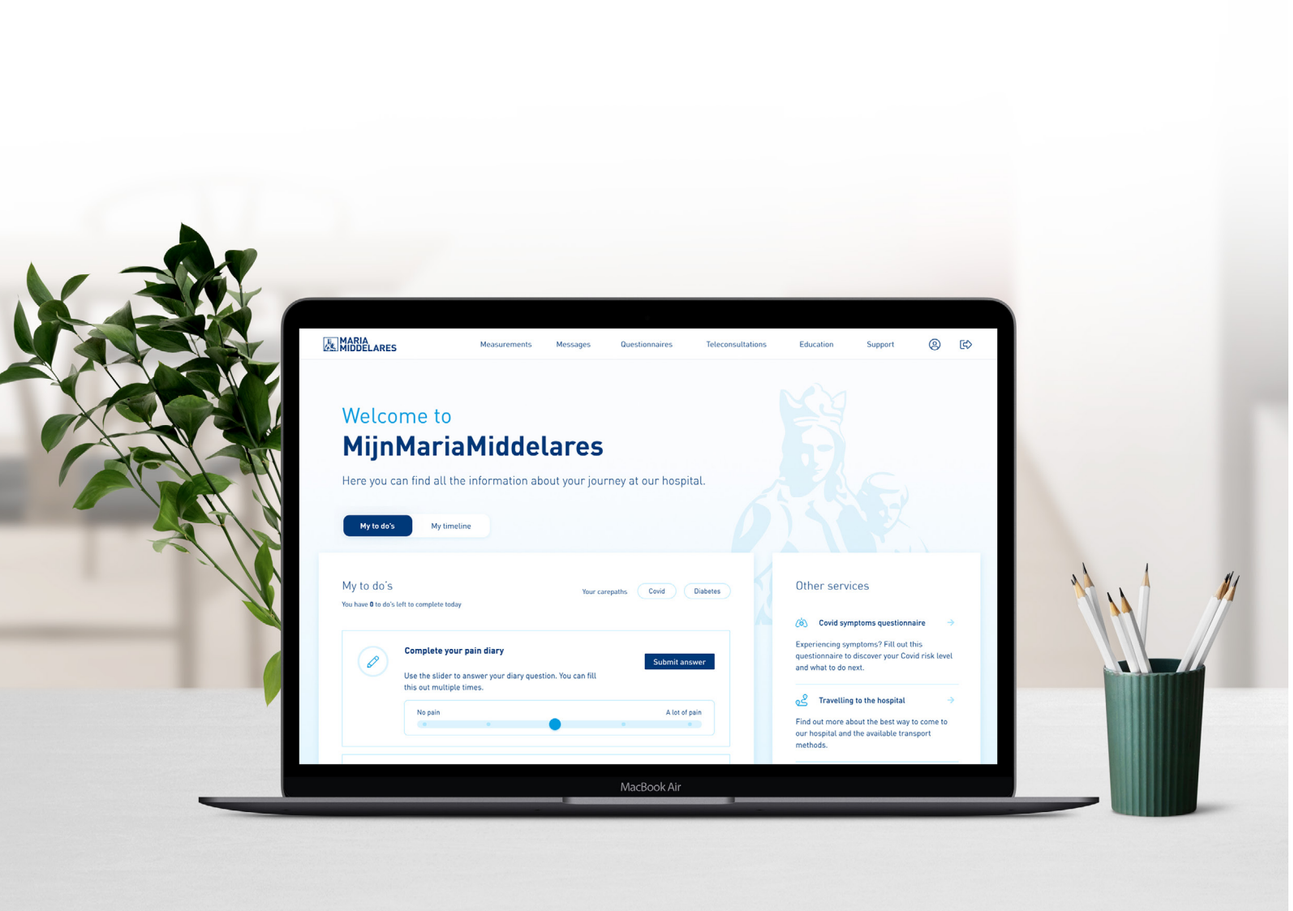
**Vragen over deze techniek?**
Neem contact met de urologen via **09 246 79 00** of **09 246 79 90**.

Virtueel ziekenhuis

# HOE DE TELEMONITORING VAN COVID-19-PATIËNTEN ZIEKENHUIS, HUISARTS EN THUISZORG VERENIGT ROND DE PATIËNT

Eind december 2020 lanceerde het RIZIV een projectoproep voor zorg op afstand voor COVID-19-patiënten. Vanuit de overtuiging dat deze innovatieve benadering zowel de patiëntenbeleving als de zorgorganisatie naar een hoger niveau tilt, diende AZ Maria Middelares zijn project in, dat meteen werd goedgekeurd.



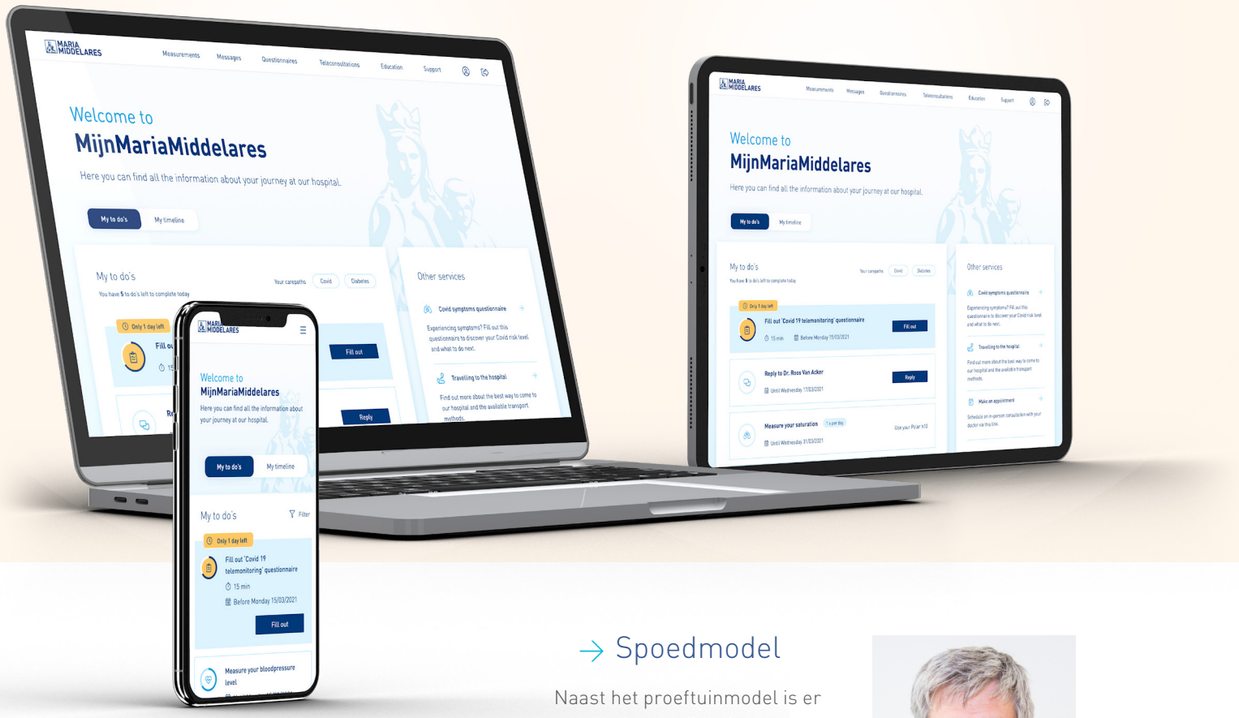




**Dr. Henk Vanoverschelde**, anesthesist en diensthoofd anesthesiologie-reanimatie: "We zijn zeer enthousiast op de projectoproep ingegaan, omdat we er meer mogelijkheden in zien dan telemonitoring bij coronapatiënten alleen. Dit project, gesteund door de overheid, helpt om ervaring op te doen met de monitoring van patiënten in hun thuissituatie. **COVID-19** is een complexe ziekte om uit te leren. Idealiter krijg je immers objectieve zwart-wit-signalen waarop je je kan baseren, maar bij corona is dat niet zo eenvoudig: wanneer is de toestand alarmerend en wanneer niet? De situatie kan bovendien snel omslaan. Anderzijds kan je veel bijleren op korte termijn. Daarom zijn we gestart met een **proeftuinmodel**: de geïncludeerde patiënten worden al bij de opname in het ziekenhuis opgevolgd en vervolgens na ontslag ook verder thuis."

Het project is een bijkomende bouwsteen in het recent gelanceerde **patiëntenplatform MijnMariaMiddelares**. Dit is gebaseerd op het Well@Home-platform van BeWell Innovations, dat **het niveau M2 heeft in de validatiepiramide van mHealth Belgium**. Het platform vormt de digitale toegangsdeur tot het ziekenhuis en biedt naast de fysieke contacten in het ziekenhuis een digitale ondersteuning doorheen de patiënt journey. Het digitale platform is nauw verbonden met het elektronisch patiëntendossier Synops. Alle door de patiënt ingegeven gegevens zijn voor de behandelende arts direct zichtbaar vanuit de vertrouwde Synops-omgeving. Bovendien blijven op deze manier ook alle patiëntengegevens veilig binnen de ziekenhuismuren.

## → Zelf scoren

**Kurt Roesbeke**, beleidsmedewerker: "Patiënten krijgen een saturatiemeter mee en vullen vragenlijsten in over ziekteparameters zoals koorts en kortademigheid, maar ook over hun psychisch welbevinden en praktische noden zoals ondersteuning in het huishouden. Het Rapid Respons Team (RRT), bestaande uit speciaal daartoe opgeleide intensieve zorgverpleegkundigen, dat 24/7 ter beschikking staat, bekijkt minstens één keer per dag de gegevens van alle geregistreerde patiënten. Bij opeenvolgende alarmwaarden bij een patiënt zien we op het digitaal overzichtsplatform dat een patiënt dringende aandacht vereist. We onderzoeken nog hoe we de verzamelde gegevens rechtstreeks toegankelijk kunnen maken voor de huisarts en de thuisverpleegkundige."



Dr. Vanoverschelde: "De gemeten saturatie en de antwoorden op de vragen worden weergegeven in een dashboard. Op basis van de waarden en antwoorden die er gegeven worden, zijn daarin eventuele alarmwaarden zichtbaar. Het ziekenhuis gebruikt al ruim tien jaar een gelijkaardig **scoresysteem** in Synops om patiënten *binnen* de muren van het ziekenhuis 24/7 op te volgen aan de hand van een early warning score (EWS). Een volgende logische stap was dan ook om deze expertise en kennis ook te gebruiken *buiten* het ziekenhuis. Het grote verschil is nu dat de patiënt zichzelf een score geeft. Wat voor de ene patiënt een alarmwaarde is, is voor een andere zijn normaalwaarde.  We merken daaruit dat er naast de digitale geletterdheid bij patiënten ook zoiets bestaat als gezondheidsgeletterdheid."

"Als er een alarmsituatie is, kunnen de RRT-verpleegkundigen de toestand van de patiënt in het ziekenhuisbed checken, of - als we dat doortrekken naar de thuissituatie - vanop afstand de situatie opvolgen. Gebaseerd op de vragenlijsten en de waarden gegenereerd door de gekoppelde saturatiemeter", gaat preventieadviseur en beleidsmedewerker **Jolien Vanden Berghe** verder.

## → Spoedmodel

Naast het proeftuinmodel is er nu ook de ontwikkeling van het spoedmodel, waarbij de spoedarts bekijkt of de patiënt thuis veilig kan opgevolgd worden met telemonitoring. **Dr. Diederik Van Sassenbroeck**, urgentiearts en diensthoofd dienst spoedgevallen: "We weten niet altijd wat er scheelt met een patiënt die naar de spoed komt. Als je een aantal onderzoeken doet en de resultaten zijn normaal, dan wil dat niet zeggen dat er níéts is, maar wel dat je niet wéét wat er is. Een oudere patiënt nemen we dan bijvoorbeeld op ter observatie, terwijl je een jongere naar huis stuurt met een aantal alarmsymptomen waarbij die het ziekenhuis moet contacteren. **Thuismonitoren is sterker**, want dan stel je het vast als er iets gebeurt. Dat is anders dan doorsnedes maken." Jolien Vanden Berghe**:** "In de toekomst willen we verder inzetten op dat **thuismodel**, waarbij het misschien mogelijk wordt dat de patiënt niet meer naar de spoed hoeft te komen, maar door de huisarts wordt gezien en geïncludeerd in het thuistraject voor opvolging."

Dr. Vanoverschelde: "De overheid wil nagaan hoe we patiënten uit het ziekenhuis kunnen houden, maar ze toch veilig opvolgen in hun thuissituatie en erop toezien dat de juiste personen op het juiste moment naar de dienst spoedgevallen komen. Dat model spaart geld uit aan de overheid omdat er minder patiënten onnodig een bed innemen. Een coronapatiënt die opgenomen is en van wie de toestand de laatste dagen niet verandert, wanneer mag die naar huis? Na twee dagen zonder verandering of na vier dagen? Telemonitoring zou in dit geval **drempelverlagend** kunnen zijn om een patiënt vroeger uit het ziekenhuis te ontslaan."



## GENOMINEERD VOOR DE SHARED PATIENT EXPERIENCE AWARD 2021!

De **vzw Shared Patient Experience** reikt in mei, naar aanleiding van het tweejarig bestaan van de vzw, een award uit voor een initiatief dat de patiëntenbeleving op bijzondere wijze bevordert.

Ook dit project werd geselecteerd voor de shortlist van tien beste initiatieven. Bij het ter perse gaan van Hallo was de winnaar nog niet bekend, maar bekijk zeker onze reportage op **https://youtu.be/NCkWICnlp2I**.

Scan mij

## → 'Vorm van gerustheid'

Er is nog een ander pluspunt aan telemonitoring. Dr. Vanoverschelde: "We stellen vast dat we beduidend minder met acute reanimaties te maken krijgen door ons EWS-systeem: er zijn altijd voortekenen dat iemands toestand achteruit gaat. We brengen op dat moment patiënten proactief naar een hoger zorgniveau. Het systeem geeft een gerust gevoel aan zowel de spoedarts die de patiënt naar huis stuurt als de huisarts en de verpleegkundige die de situatie mee opvolgen. Ze hebben immers een back-up op het moment dat de toestand slechter wordt." Er is een zicht op de **trend** van gegevens. Deze trend zegt veel meer dan een unieke waarde.

Dr. Van Sassenbroeck: "Als we iemand naar huis sturen zonder diagnose — alles was geruststellend — wanneer moet je die patiënt dan opnieuw checken: de voormiddag, de namiddag, de volgende dag? Je weet het niet. Bij telemonitoring sturen we een patiënt naar huis met een veiligheidsmechanisme dat alarm zal slaan. De huisarts kan gewaarschuwd worden en de patiënt alsnog naar de dienst spoedgevallen sturen, of verder gebruikmaken van thuismonitoring indien de situatie het toelaat."

Ook patiënten voelen zich dankzij de thuismonitoring geruster als ze niet langer in de beschermde omgeving van het ziekenhuis verblijven. Kurt Roesbeke: "Onlangs kreeg ik van een coronapatiënte van midden in de 50 te horen dat ze ongelooflijk gerustgesteld was dat ze die saturatiemeter en vragenlijst mee naar huis mocht nemen. Terwijl ze perfect ontslagen kon worden uit het ziekenhuis."
Dr. Vanoverschelde: "Ik hoor van de verpleegkundigen dat de patiënten zeer tevreden zijn over de interactie. Mensen die erin geloven voelen zich nog meer beschermd."

"Als er een alarmsituatie is, kunnen de RRT-verpleegkundigen de toestand van de patiënt in het ziekenhuisbed checken, of - als we dat doortrekken naar de thuissituatie - vanop afstand de situatie opvolgen. Gebaseerd op de vragenlijsten en de waarden gegenereerd door de gekoppelde saturatiemeter."

**Jolien Vanden Berghe**

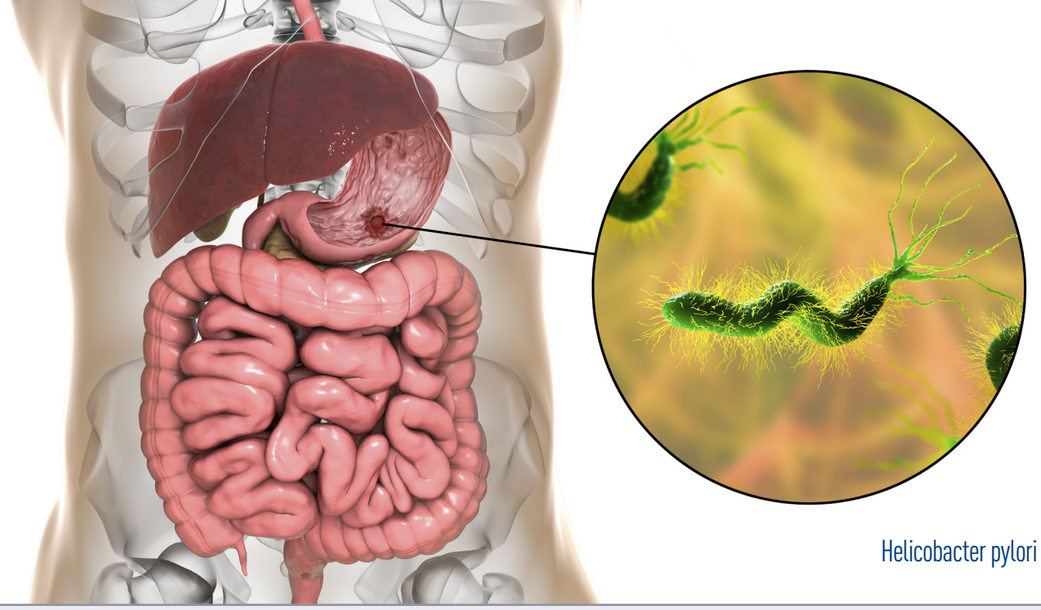
Dr. Van Sassenbroeck: "Het is een concept dat veel veiligheid geeft aan professionelen, omdat je de momentopnames kwijt bent. Ik ben ervan overtuigd dat dit zal leiden tot **andere strategieën in behandeling en diagnostiek**. Het gaat om continu informatie krijgen versus om de zoveel tijd eens op consultatie komen." Jolien Vanden Berghe: "Er mag ook geen twijfel over zijn: patiënten die opgenomen móeten worden, zúllen ook opgenomen worden."

Het Wit-Gele Kruis is voor dit project een belangrijke partner van AZ Maria Middelares, al is het de bedoeling ook met andere partners de handen in elkaar te slaan. Kurt Roesbeke: "We hebben met hen al afgesproken dat ze na het ontslag van de patiënt aan huis kunnen gaan om een visuele toets te hebben van de vragenlijst en op de meting van de saturatie. Zij vormen de brug tussen patiënt, ziekenhuis en huisarts." Dr. Vanoverschelde: "In de toekomst zullen thuisverpleegkundigen, in overleg met de huisarts, ook patiënten kunnen aanbrengen om gebruik te maken van deze extra ondersteuning die we aanbieden."

STUDIE voor mensen met maagklachten

# HELIPATH-STUDIE: NIET ELKE HELICOBACTER IS EEN HELICOBACTER PYLORI

Bij een groot aantal mensen met maagklachten wordt een bacterie aangetroffen in de maag, namelijk de Helicobacter pylori. Dat is een bacterie die in het slijmvlies van de maagwand leeft en een belangrijke rol kan spelen in het ontstaan van een maagzweer. Bij sommige mensen met maagklachten kan er, naast de Helicobacter pylori, sprake zijn van grote, spiraalvormige bacteriën: de niet-Helicobacter pylori helicobacters (NHPH). Deze bacteriën komen erg vaak voor bij (huis)dieren zoals honden, katten en varkens.



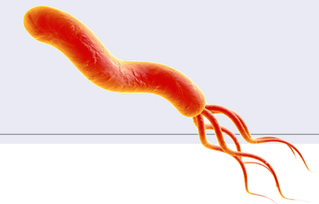
Helicobacter pylori

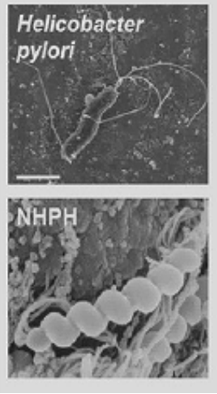
Momenteel zijn er geen gegevens beschikbaar over hoe vaak een NHPH-infectie bij mensen voorkomt in België en wat de rol van de bacteriën is in de maagklachten. Een van de beperkingen bij het begrijpen van de pathogeniteit van NHPH is de veeleisende strategie om deze bacteriën aan te tonen. De klassieke ureum-ademtesten, snelle ureasetesten, immunohistochemische testen en serologische testen zijn niet toepasbaar voor NHPH. Voor de detectie van NHPH wordt momenteel gewerkt met PCR-technieken. Deze testen gebeuren in samenwerking met de Vakgroep Pathologie, Bacteriologie en Pluimveeziekten van de Faculteit Diergeneeskunde van de UGent, onder leiding van prof. dr. Freddy Haesebrouck en doctorandus Emily Taillieu.

## → Doelstelling van de helipath-studie

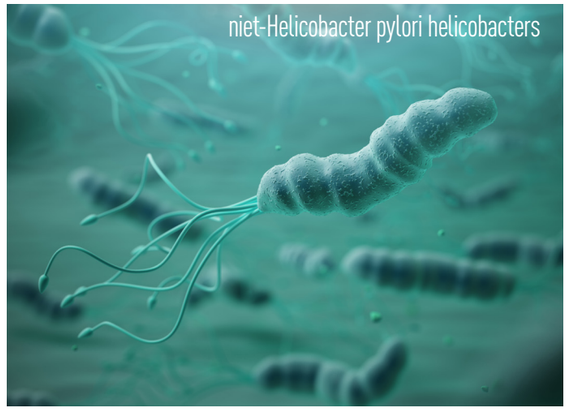
AZ Maria Middelares werkt samen met AZ Groeninge in de helipath-studie naar niet-Helicobacter pylori helicobacters (NHPH).

De studie heeft als doel **de aanwezigheid en de rol van NHPH in het menselijke maagmicrobioom te begrijpen**. Daarnaast zal nagegaan worden of een NHPH-infectie bij de mens kan worden opgespoord met een **speekselstaal**, in plaats van met een gastroscopische bioptname.






De typische morfologie van Helicobacter pylori, vergeleken met de grotere spiraalvormige niet-Helicobacter pylori helicobacters (NHPH).



## → **Welke patiënten** kunnen deelnemen?

1. Patiënten met dyspepsie gedefinieerd volgens de Rome IV criteria, met actieve chronische gastritis, atrofische gastritis of intestinale metaplasie op een eerder maagbiopt en dat niet door een andere etiologie kan worden verklaard (zoals: Helicobacter pylori, NSAID, acetylsalicylzuur of auto-immune oorzaken).
2. Niet-Helicobacter pylori MALT-lymfoma patiënten (zeldzaam).
3. Niet-Helicobacter pylori lymfoïde aggregaten/follikels op eerder maagbiopt.
4. Onverklaarde peptische maagulcera: patiënten zonder geïdentificeerde risicofactoren voor peptische ulcera (bv. Helicobacter pylori, recent gebruik van NSAID's).

## → Overdracht van de H. Suis (de belangrijkste NHPH bij de mens) tussen verschillende gastheren.

## → Wat wordt verwacht van een deelnemende patiënt?

Voor een goede afloop van de studie is het belangrijk dat de patiënt volledig meewerkt met de onderzoeker en dat zijn/haar instructies nauwlettend opgevolgd worden. Het volgende moet voorzien worden:

- een speekselstaal voor de detectie van NHPH
- analyse van de weefselstukjes die eerder via een gastroscopie werden genomen
- invullen van een vragenlijst naar de risicofactoren voor besmetting met NHPH
- toegang tot een aantal gegevens uit het medisch dossier, zoals: leeftijd, geslacht, medicatiegebruik, resultaten van bloedanalyses etc.

Als er NHPH zit in de weefselstukjes, wordt contact genomen met de patiënt voor een behandeling en verdere opvolging.

### INCLUSIE VAN EEN PATIËNT?

Als u een patiënt heeft die tot de doelgroep behoort, kan u steeds contact opnemen voor meer gedetailleerde informatie en eventuele inclusie, t.a.v. **prof. dr. Christophe Van Steenkiste**:
**09 246 71 00**
**poligastro@azmmsj.be**



## Save the date
## Agenda Medische Kring

14 SEPTEMBER 2021:
Infectiologie en pneumologie: respiratoire infecties

19 OKTOBER 2021:
**Dienst dermatologie**
De nagel op de kop: praktische aanpak nagelpathologie

**Inschrijven is mogelijk via e-mail:**
**medische.kring@azmmsj.be**

Scan mij

## Oplossingen quiz **fysische geneeskunde** (Hallo nr. 28)

De collega met de meeste juiste antwoorden was dr. Van Laeken Nienke (praktijk van dr. Veeckman en dr. Coigné). Ze heeft alle vragen correct beantwoord. Zij ontvangt de **Cadeaubon Gent van 150 euro**.

### WAT IS DE MEEST WAARSCHIJNLIJKE DIAGNOSE IN ONDERSTAANDE GEVALLEN?

1. Een 35-jarige zelfstandige vloerder, rechtshandig, is tevens een gepassioneerde mountainbiker. Hij consulteert voor periodische tintelingen in beide handen. Links zijn de tintelingen zelfs iets meer uitgesproken dan rechts en ze treden vooral op tijdens en na intensief mountainbiken. 's Morgens heeft hij tijdelijk slapende handen en tijdens zijn werk voelt hij krachtverlies.
   **B** **een nervus medianus letsel**
   1. aan de pols

2. Een 32-jarige dienster in een drukke brasserie consulteert voor tintelingen in de rechterpink met tevens drukpijn t.h.v. de ulnaire rechterelleboog. Ze is rechtshandig en torst zeer frequent zware dienbladen.
   **A** **een nervus ulnaris letsel**
   1. aan de pols

3. Een verliefd koppel consulteert ongerust. Zij vierden hun eerste 'date verjaardag' en de jongeman stond deze morgen op met een lamme rechterhand. Hij kan zijn hand, noch vingers optrekken. Zijn partner vertoont nekpijn omdat zij vermoedelijk met haar hoofd langdurig op de gestrekte rechteronderarm van haar partner lag. Quid jongeman?
   **C** **een nervus radialis letsel onder de elleboog**

4. Een kranige en verzorgde dame, 82 jaar jong, consulteert voor tintelingen in de vierde en vijfde vinger aan beide handen. Een week geleden bezocht zij haar kapster waar haar haren achterover gewassen werden door een wat hardhandige stagiaire. De dag na de kappersbeurt vertoonde ze de tintelingen.
   **D** **een laag cervicaal radiculair letsel**

**HET ANTWOORD OP DE SCHIFTINGSVRAAG:**

De Biking Doctors fietsten tijdens hun trappistenfietstocht einde juni 2020 op negen dagen 1 283 km.

# Waag uw kans. Quiz anesthesie

CADEAUBON GENT

Waag uw kans en stuur uw antwoorden (1 per vraag) **vóór 12 juli 2021**
via e-mail naar **medische.kring@azmmsj.be**.
Misschien wint u een cadeaubon Gent 'De hele stad in één geschenk' van 150 euro.

## ZIJN DE ONDERSTAANDE STELLINGEN JUIST OF FOUT?

1) Een spinale anesthesie is een verdoving waarbij de onderste ledematen verdoofd worden door een zogenaamde ruggenprik. Blijvende verlamming van de onderste ledematen is een gekend risico van de spinale anesthesie.

   **juist/fout**

2) Bijna alle operaties aan de voorarm of hand gebeuren in AZ Maria Middelares onder gedeeltelijke, zogenaamde locoregionale anesthesie van de arm of hand. De patiënt zelf blijft hierbij wakker. Door deze techniek toe te passen, moeten de afspraken in verband met nuchter zijn voor een operatie niet gevolgd worden.

   **juist/fout**

3) Meer dan 75 % van de aanstaande moeders wensen een epidurale verdoving bij de bevalling. Dit type verdoving vermindert de kracht van de weeën en verhoogt daardoor het risico op een keizersnede.

   **juist/fout**

4) Nuchter zijn voor een operatie: ik mag in normale hoeveelheden water of sportdrank, doch geen melk drinken tot 2 uur voor de operatie.

   **juist/fout**

### SCHIFTINGSVRAAG

**Wat is de gemiddelde tijdsduur tussen aankomst op de ontwaakzaal en het moment waarop de patiënt die mag verlaten (2020)?**