

JAARVERSLAG
2010



samen streven naar topgeneeskunde



VOORWOORD

Zorgkwaliteit en patiëntveiligheid zijn onze absolute prioriteiten. Dat bewijst de JCI-accreditatie die UZ Leuven in 2010, als eerste Belgische ziekenhuis, behaalde. We illustreren het ook in dit jaarverslag met enkele concrete projecten. Daarnaast zetten we onze samenwerking met de universiteit, regionale ziekenhuispartners en de leden van het Vlaams ziekenhuisnetwerk K.U.Leuven in de kijker.

Al onze medewerkers zetten zich elke dag maximaal in voor de patiënt en verlenen hem een uiterst kwaliteitsvolle en veilige zorg. Ook de veiligheid van collega-werknemers en bezoekers van UZ Leuven krijgt prioritaire aandacht. Alle aspecten rond zorgkwaliteit en veiligheid worden nauwgezet opgevolgd en, waar mogelijk, continu verbeterd. Dat bevestigde de Joint Commission International (JCI) in 2010. Dit externe, onafhankelijke accreditatieorgaan kende aan UZ Leuven het JCI-label toe, na een inspectie van heel het ziekenhuis. Deze internationale erkenning, die we als eerste Belgische ziekenhuis behaalden, is een verdienste van alle UZ Leuven-medewerkers. Dat ze ook onze academische zorginstelling nog aantrekkelijker maakt voor kandidaat-medewerkers, is een mooie bonus. Want topgeneeskunde realiseer je maar met competente en gedreven medewerkers in alle disciplines en diensten van het ziekenhuis. Dat type medewerkers willen we dan ook blijven aantrekken en behouden.

Onze patiëntenzorg wordt bovendien ondersteund door de expertise van top-onderzoekers. Dat bewijzen onder meer de FWO-Excellentieprijs die in 2010 het wetenschappelijke onderzoekswerk van prof. dr. Paul Rutgeerts en prof. dr. Peter Carmeliet bekroonden. We willen de synergie tussen artsen en onderzoekers nog verhogen. Daarom investeerden we ook tijdens 2010 in hoogtechnologische en gespecialiseerde infrastructuur, samen met de groep Biomedische Wetenschap-

pen van de K.U.Leuven. Zo kunnen we in de toekomst hoogstaand en up-to-date translationeel onderzoek blijven verrichten. We bouwden onder meer het platform voor genetische analyses verder uit. Ons streefdoel is dan ook de technologische revolutie in het genetische onderzoek opvolgen én toepassen.

Samen met de universiteit bouwden we op campus Gasthuisberg in 2010 verder aan een heuse Health Sciences campus die patiëntenzorg, onderzoek en opleiding samenbrengt. Dat dit een maatschappelijk belangrijk project is, met voldoende financiële draagkracht, bewijst de leningstoezegging van 325 miljoen euro door de European Investment Bank. Naast nieuwbouwactiviteiten vonden in 2010 ook verbouwingen plaats binnen de huidige ziekenhuismuren. Zo openden we in campus Gasthuisberg het nieuwe centrum voor gynaecologische en verloskundige echografie.

Onze contacten met regionale ziekenhuispartners willen we nog versterken. In 2010 startten we een structurele samenwerking met het Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart Tienen. Dit ziekenhuis mochten we ook als nieuw lid van het Vlaams ziekenhuisnetwerk K.U.Leuven verwelkomen, samen met het Ziekenhuis Maas en Kempen. De kerntaak van dit netwerk is het samenbrengen en optimaal gebruiken van de knowhow van alle netwerkziekenhuizen. We willen dit kennisnetwerk nog verder strategisch uitbouwen. Wat goed is in de verschillende ziekenhuizen van het netwerk, willen we delen. Want dat dient altijd ons ultieme doel: dat de patiënt er beter van wordt!

prof. dr. Johan Kips
gedelegeerd bestuurder UZ Leuven

prof. dr. Guy Mannaerts
voorzitter bestuurscomité UZ Leuven



Voorwoord	3
Inhoudstafel	4
① Kwalitatieve en veilige patiëntenzorg	5
Eerste Belgische ziekenhuis met JCI-accreditatie	6
Uniforme en transparante evaluatie en opvolging van de patiënt, over de disciplines heen	9
Patient tracers: in het spoor van de patiënt	12
Opfrissen van Basic Life Support-vaardigheden met zelfleerstation	14
PICS-project: Patiënten Informatie- en CommunicatieSysteem	17
Nieuw centrum voor gynaecologische en verloskundige echografie	20
Uniek in België: beveiligd elektronisch communicatiekanaal tussen patiënt en ziekenhuis	23
UZ Leuven in cijfers	24
② Uitbouw netwerk	27
Een elektronisch medisch dossier over de ziekenhuisgrenzen heen	28
③ Translationeel onderzoek	31
Onderzoek naar innovatieve zorg die de levenskwaliteit van ouderen verhoogt	32
Nieuwe behandeling van Barrett-slokdarm onder de loep	35
Baanbrekend academisch onderzoek: van luchtpijptransplantaties tot buisjes in de lever	36
Nationale en internationale onderscheidingen	39
④ Rekruterings- en retentiebeleid	41
Aantrekkelijk voor (kandidaat-)medewerkers én patiënten	42
Brand voorkomen, beperken én doeltreffend ontvluchten	45
UZ Leuven-medewerkers in cijfers	48
Samenstelling bestuurs- en directiecomité	51



1

Eerste Belgische ziekenhuis met JCI-accreditatie

In juli 2010 behaalde UZ Leuven als eerste Belgische ziekenhuis de prestigieuze Joint Commission International-accreditatie. Deze erkenning toont aan dat UZ Leuven uitmuntend presteert op het vlak van zorgkwaliteit en patiëntveiligheid en continu naar verbetering streeft.



Op vraag van UZ Leuven nam de *Joint Commission International* (JCI) van 21 tot 26 juni 2010 heel het ziekenhuis onder de loep. JCI is wereldwijd actief als afdeling van de *Joint Commission USA*, die al vijftig jaar bestaat en ongeveer negentig procent van de Amerikaanse ziekenhuizen accrediteert. Om een JCI-accreditatie in de wacht te slepen, moet het kwaliteitssysteem van een zorginstelling voldoen aan de hoge eisen van de *JCI standards*.

INTERNATIONALE ERKENNING VAN ZORGKwaliteit

Brigit Devolder, projectverantwoordelijke JCI-accreditatie, legt uit waarom UZ Leuven voor het accreditatieorgaan JCI koos: "UZ Leuven is in België en Europa een toonaangevende academische zorginstelling, die continu streeft naar een nog betere en veiligere zorg voor de patiënt. Dat wil UZ Leuven ook zichtbaar maken en met objectieve criteria aantonen. Niet alleen voor het grote publiek en de overheid, maar ook voor onze (toekomstige) medewerkers en patiënten. Ook de toenemende internationalisering van de gezondheidszorg, met vrij verkeer van patiënten en zorgverleners, maakt het logisch dat het ziekenhuis voor een gerenommeerde, internationaal herkenbare bevestiging van kwaliteit en patiëntveiligheid kiest."

STANDAARDISEREN EN UNIFORMISEREN

In de aanloop naar de accreditatie implementeerde UZ Leuven over heel het ziekenhuis talrijke procedures, systemen en algemene maatregelen. Brigit Devolder: "Niet zozeer om *nieuwe* handelingen en attitudes bij onze medewerkers te introduceren, want zij leverden altijd al kwaliteitsvolle en patiëntveilige zorg. Maar om de *huidige* handelingen en attitudes over heel het ziekenhuis te standaardiseren en te uniformeren, door ze te expliciteren en te verfijnen." Alles wat met patiëntveiligheid te maken heeft, krijgt in UZ Leuven prioritaire aandacht. Zoals de zes *international patient safety goals*, waaraan je minstens moet voldoen om voor een JCI-accreditatie in aanmerking te komen. Prof. dr. Westhovens, een van de artsen van de projectgroep JCI-accreditatie, geeft toelichting bij deze zes internationale standards rond patiëntveiligheid.

CORRECT IDENTIFICEREN EN COMMUNICEREN

Standard 1: patiënten identificeren door dubbele identificatie Professor Westhovens: "In november 2008 voerde UZ Leuven een verplicht identificatiebandje in, voor iedere (dag)gehospitaliseerde patiënt. Bij elke medisch-

verpleegkundige handeling leest de zorgverlener van dit bandje de naam, voornaam en geboortedatum of het EAD-nummer af. Die vergelijkt hij met de identificatiegegevens voor de handeling die moet worden uitgevoerd." *Standard 2: noteren en herhalen van telefonische boodschappen* Professor Westhovens: "De zorgverlener die telefonisch een order of boodschap van een arts krijgt, noteert en herhaalt de inhoud en de identificatiegegevens van de patiënt; een dubbele controle."

VOORZORGEN BIJ MEDICATIE EN OPERATIE

Standard 3: veilig gebruik van hoogrisicomedicatie Professor Westhovens: "Geconcentreerde elektrolytoplossingen worden afgeleverd in een verzegelde plastic verpakking met een duidelijk etiket, en worden alleen net voor gebruik uitgepakt."

Standard 4: garanderen van de juiste ingreep, aan de juiste zijde, bij de juiste patiënt Professor Westhovens: "Bij een heelkundige ingreep is een vergissing van kant of plaats soms mogelijk, bijvoorbeeld wanneer het gaat om een lichaamsdeel waarvan je er minstens twee hebt. Dan markeert de chirurg bij de wakkere patiënt, op zijn huid, de plaats van de ingreep. Voor de patiënt onder narcose gaat, overlopen de anesthesist en verpleegkundige een

checklist. Een laatste controle, de zogenoemde time-out, gebeurt door de chirurg samen met het hele team, vlak voor hij insnijdt.”

INFECTIES EN VALINCIDENTEN INPERKEN

Standard 5: een correcte handhygiëne Professor Westhovens: “We blijven de medewerkers bewustmaken van de basisregels: houd de (voor)armen vrij van juwelen en de nagels kortgeknipt, zonder nagellak of kunstnagels, en ontsmet de handen met handalcohol.”

Standard 6: inperken van het valrisico Professor Westhovens: “Bij zijn opname krijgt de patiënt een folder met tips om vallen te vermijden. Binnen de 24 uur schatten we zijn valrisico in en nemen we zo nodig specifieke

maatregelen. Bovendien blijven we alle medewerkers bewustmaken van de algemene maatregelen, zoals obstakels en overtollig materiaal in de kamer en gangen verwijderen, en waarschuwborden plaatsen bij natte vloeren. Voor de hoogrisicogroep, de 75-plussers, zijn er vele specifieke initiatieven.”

TALRIJKE KWALITEITSNORMEN

Zijn er andere doelstellingen, naast de *international patient safety goals*, die prioritaire aandacht in UZ Leuven krijgen? Professor Westhovens: “De evaluatie en dagelijkse opvolging van iedere patiënt. Veilige zorg voor kwetsbare patiëntengroepen en bij hoogrisicoprocedures. De correcte informatie aan de patiënt via *informed consent*,

en de omgang met privacy en confidentialiteit. Een veilig medicatiebeleid, pijnbestrijding, en de preventie en controle van infecties. Het belang van een goede infrastructuur en maatregelen bij gevaar, brand en reanimatie. De opvolging van de klinische prestatie van medewerkers en het werken met procedures en protocols.”

TRAJECT VAN PATIËNT VOLGEN

JCI inspecteerde UZ Leuven van 21 tot 26 juni 2010. Brigit Devolder licht toe hoe JCI-auditeurs te werk gaan: “Ze inspecteren het ziekenhuis vanuit zijn dagelijkse werking. Hierbij focussen ze in de eerste plaats op de patiënt en laten ze zich gidsen door het patiëntendossier. Zo volgen ze het traject van enkele patiënten door heel

2010

MAART

Europese investeringsbank steunt
Health Sciences campus Gasthuisberg

UZ Leuven en K.U.Leuven hebben samen de ambitie om campus Gasthuisberg verder uit te bouwen tot een Health Sciences campus. Die centraliseert acute en gespecialiseerde ziekenhuisdiensten en biomedisch onderwijs en onderzoek op één locatie: campus Gasthuisberg. In al deze subdomeinen vervullen de medewerkers hun eigen opdracht én versterken ze elkaar door hun onderlinge samenwerking. Met deze geïntegreerde visie rond patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek wil Leuven zijn rol als universitair medisch centrum in Vlaanderen en Europa versterken. Het is een maatschappelijk belangrijk project, volledig conform het Europese beleid op het gebied van gezondheidszorg, onderwijs en innovatie. Dat erkent de Europese Investeringsbank (EIB) officieel op 8 maart 2010. Ze ondertekende een leningstoezegging van 325 miljoen euro voor de verdere uitbouw van de Health Sciences campus Gasthuisberg. De uitvoering van het projectplan verloopt door zijn omvang gefaseerd. Tot de lopende bouwprojecten behoren: een extra gebouw voor onderwijs en onderzoek, een kopstation en datacenter en een ondergrondse parkeergarage. Op korte termijn start UZ Leuven ook met de nieuwbouw voor kritieke diensten (nog in 2010), een psychiatrisch ziekenhuis (in 2011) en een kindziekenhuis (in 2013).





het ziekenhuis: van vóór hun opname tot na hun ontslag. Ze toetsen alles af aan de 300 JCI standards, die in 1 600 objectieve en meetbare criteria zijn geëxpliciteerd. Overal vragen ze de medewerkers naar hun manier van werken. Zo gaan ze na of de procedures van het ziekenhuis wel 'doorleefd' zijn. Ook de patiënten zelf worden bevraagd, bijvoorbeeld of ze goed geïnformeerd zijn over hun behandeling of ingreep. Bij de evaluatie zoomen de JCI-auditeurs natuurlijk ook in op beleidsorganisatorische zaken, zoals de preventie en beheersing van infecties, het medicatie-, personeels- en kwaliteits-

systemen en algemene maatregelen die nog doeltreffender zijn en de kans op fouten of onveilige situaties nog verminderen. Wie aanvankelijk sceptisch stond tegenover het standaardiseren en uniformiseren over heel het ziekenhuis, zag er al spoedig de voordelen van in en kwam vaak zelf met verbeteringsinitiatieven op de proppen." "Er ontstond een dynamiek onder de medewerkers die uitmondde in een heuse kwaliteitscultuur", vult professor Westhovens aan. "Met als kernattitudes: kritisch zijn voor jezelf en je collega's, openstaan voor veranderingen en fouten zien als een kans om te leren."

beleid, het algemene ziekenhuisbeleid, de veiligheid van gebouwen en infrastructuur, en de brand- en kindveiligheid."

VERDIENSTE VAN ÁLLE MEDEWERKERS

Begin juli 2010 werd dan bekendgemaakt dat UZ Leuven als eerste Belgische ziekenhuis de JCI-accreditatie had behaald. Brigit Devolder: "Deze erkenning is een verdienste van ál onze medewerkers, niet alleen het klinische personeel dat rechtstreeks betrokken is bij de zorg van de patiënt, maar ook de medewerkers van de technische dienst, het schoonmaakteam, de keuken, IT en de administratieve diensten. Zij zochten allemaal mee naar procedures, sys-

KWALITEITSCULTUUR ALS MOTOR

"Die kwaliteitscultuur is de motor voor een continue verbetering van de patiëntenzorg en -veiligheid", vult Brigit Devolder aan. "We zullen er alles aan doen om die motor goed geolied te houden. Voor de patiënt biedt dit als ultieme voordeel: een zorgverlening die altijd maar meer tegemoetkomt aan zijn behoeften." En de voordelen voor de medewerkers? "Meer structuur, houvast en kwaliteitscontroles. Dat geeft hen de waardering die ze verdienen en een geruster gevoel als ze hun job uitvoeren. Nieuwkomers werken zich ook vlotter in, en de evaluatie van medewerkers is transparanter. Er wordt ook steeds meer multidisciplinaire informatie centraal elektronisch beschikbaar, om álle zorg die de patiënt nodig heeft, gemakkelijker en efficiënter op te volgen."

GEEN DOEL MAAR MIDDEL

Dat JCI tijdens de inspectie ook verbeterpunten blootlegt, ziet UZ Leuven als een bonus. "Zo kunnen we knelpunten versneld en ziekenhuisbreed aanpakken", zegt professor Westhovens. "De JCI-accreditatie is voor ons dus geen doel op zich – ze moet trouwens elke drie jaar opnieuw worden behaald. Het is eerder een middel om de patiëntenzorg en -veiligheid in UZ Leuven permanent naar een hoger niveau te tillen."



Uniforme en transparante evaluatie en opvolging van de patiënt, over de disciplines heen



Al de zorgverleners van UZ Leuven gebruiken sinds 2010 eenzelfde elektronische module om informatie over de patiënt te verzamelen binnen de 24 uur na zijn opname. Dat maakt het mogelijk om een zo breed mogelijk en multidisciplinair behandel- en verzorgingsplan voor de patiënt op te stellen. Ook de verdere, dagelijkse opvolging wordt elektronisch geregistreerd.

Wanneer een patiënt in UZ Leuven wordt opgenomen, verzamelen en evalueren de verschillende zorgverleners systematisch en binnen de 24 uur gegevens over een heel aantal medische, paramedische en administratieve zaken. De Engelse medische term voor deze initiële evaluatie is *assessment*. Zo wordt alle zorg die de patiënt nodig heeft, meteen na zijn opname in kaart gebracht en zo snel mogelijk gestart.

ASSESSMENT-MODULE IN HET KWS

Tot in 2009 gebeurde deze initiële evaluatie op een minder uniforme manier. Artsen, verpleegkundigen en andere zorgverleners verzamelden, ieder voor zich, de noodzakelijke informatie over de patiënt. Ze bewaarden die ook op hun eigen manier, op papier of elektronisch. Hierin kwam verandering in januari 2010 met de invoer van de assessment-module in het klinisch werkstation (KWS). Dat is het informaticasysteem van UZ Leuven voor het beheer van het elektronisch medisch dossier. Prof. dr. René Westhovens legt uit hoe dat in zijn werk gaat: "In de assessment-module voeren al de zorg-

verleners hun verzamelde informatie over de patiënt in. Zo heeft iedere zorgverlener onmiddellijk zicht op dezelfde multidisciplinaire informatie van zodra deze is ingevuld. Bovendien heeft hij de garantie dat deze informatie altijd de meest recente is. Wanneer een patiënt zich bij zijn eerste contact met een arts bijvoorbeeld geen allergieën herinnert, en bij zijn tweede gesprek met een verpleegkundige wél, dan wordt de eerste informatie in de module door de laatste overschreven. Dit maakt een kwaliteitsvolle evaluatie mogelijk, zodat een breed en veilig behandel- en verzorgingsplan voor de patiënt kan worden opgesteld."

OPNAMEGEGEVENS EN ONTSLAGBELEID

De assessment-module is opgebouwd uit zes luiken. In het eerste luik wordt aangeduid of het om een acute (urgente) of niet-acute opname gaat. Het tweede luik vermeldt de reden van opname en eventueel de al geplande ingrepen. "Die informatie is vaak al door de opnamedienst in de opnamemodule van het KWS ingevoerd en wordt automatisch overgenomen door de

assessment-module", zegt professor Westhovens.

Ook peilen zorgverleners bij de opname van de patiënt al naar mogelijke problemen bij zijn ontslag uit het ziekenhuis. Professor Westhovens: "Zoals wanneer een alleenstaande patiënt met een gebroken heup opgenomen wordt. Het is mogelijk dat hij, zodra hij terug thuis is, thuiszorg nodig heeft. De aanvraag voor die hulp wordt nu meteen opgestart. Deze ontslaginformatie noteren we in het derde luik van de assessment-module."

ALGEMENE GEGEVENS

Het vierde luik van de assessment-module bevat algemene gegevens over de patiënt. Die worden voor een deel overgenomen uit de opnamegegevens en aangevuld door de artsen, verpleegkundigen en andere zorgverleners, zoals sociaal werkers. Professor Westhovens: "Dit luik bevat onder meer de contactgegevens van de huisarts, familie en verwanten van de patiënt. Verder bevat het ook zijn ziektenfonds en ziekteverzekering, zijn taal, zichtbare communicatieve handicaps zoals gehoor- en zichtproblemen, en zijn thuismedicatie. En ook de

2010

OKTOBER

UZ Leuven zet pijn op zijn nummer!

Onder het motto 'Zet pijn op zijn nummer!' vestigde UZ Leuven van 18 tot 24 oktober 2010 de aandacht van zorgverleners en patiënten op het pijnbeleid. De campagne met infostanden, posters en een patiëntenbrochure focuste op een goede herkenning en doeltreffende behandeling van pijn.

Zorgverleners vragen regelmatig aan de patiënt om een score toe te kennen aan de pijn die hij ervaart. Die gaat van nul (geen pijn) tot tien (maximale pijn), waarbij vanaf vier een pijnstillende interventie nodig is. UZ Leuven streeft naar een zo hoog mogelijk aantal patiënten met pijnscores onder vier.

Om het beleid voor de pijnbestrijding te stroomlijnen en de patiëntenzorg te verbeteren, werkte een groep van artsen, verpleegkundigen en apothekers van UZ Leuven een standaard pijnprotocol uit. Dat bevat richtlijnen voor het gebruik van vier specifieke pijnstillers. In bepaalde gevallen, zoals bij enkele aandoeningen, chronische pijn en pijn bij kinderen, is een (individueel) aangepast pijnbeleid nodig.



medicatie of voeding waarvoor hij allergisch is. Natuurlijk worden de allergieën die al bij vorige opnames waren gekend en bewaard in het elektronisch patiëntendossier, automatisch overgenomen."

MEDISCHE EN PARAMEDISCHE GEGEVENS

In het vijfde, medische luik vult de arts zijn bevindingen in, na de anamnese en het klinisch onderzoek van de patiënt. "Hiermee stelt hij een observatie- en behandelplan op en documenteert hij dit in de assessment-module", zegt professor Westhovens. In het paramedische luik ten slotte voeren de verpleegkundigen informatie in over talrijke zorgaspecten van de

patiënt. Professor Westhovens: "Onder meer over zijn sociale en psychologische status, zijn zelfredzaamheid op het vlak van hygiëne, beweging en voeding. Er komt ook informatie in over zijn specifieke noden, zoals wondzorg, en over enkele belangrijke aandachtspunten, zoals zijn voedingstoestand, zijn risico op vallen en doorligwonden, en zijn pijn. Al deze informatie is nuttig om het zorgplan voor de patiënt uit te stippen. Sommige zorgacties worden zelfs op basis van de ingevoerde informatie automatisch gegenereerd in de zorgmodule. Zoals bij een verhoogd risico op vallen: de educatie die de patiënt moet krijgen en de te nemen voorzorgsmaatregelen. Zo is opnieuw iedere verpleegkundige op de hoogte." De informatie in de *assessment*-module vormt dus eigenlijk de basis voor

het medische dossier en het zorgdossier voor de behandeling van de patiënt.

AANPASSINGEN NAAR LEEFTIJD EN PATIËTENGROEP

Aangezien het belangrijk is om zo snel mogelijk na opname (binnen de 24 uur) de assessment-informatie te verzamelen, wordt de status van het assessment visueel, met icoontjes, in het KWS aangegeven. Zo zien de zorgverleners in een oogopslag hoeveel uren nog resten om het assessment af te werken. "Uiteraard kunnen niet altijd alle zaken binnen de 24 uur worden ingevuld in de module", merkt professor Westhovens op. "Dat is bijvoorbeeld het

geval wanneer de opgenomen patiënt dementerend is en zelf weinig informatie kan verstrekken. "Werd een patiënt al eerder in UZ Leuven geëvalueerd, dan wordt de informatie die tijdens de vorige ziekenhuisopname werd verzameld, overgenomen. "Natuurlijk is altijd een validatie van deze gegevens nodig om na te gaan of ze nog correct zijn", zegt professor Westhovens. Een aangepaste vorm van deze assessment-module voor patiënten jonger dan zestien jaar wordt vanaf januari 2011 ingevoerd. Later volgt ook een aangepaste module voor patiënten op een psychiatrische verpleegeenheid en voor ambulante patiënten.

GESTROOMLIJNDE OPVOLGING

Tijdens zijn verblijf in UZ Leuven wordt de patiënt regelmatig opnieuw geëvalueerd: op weekdays minstens eenmaal per dag. De arts noteert zijn bevindingen in het KWS, in de opvolgnota's van het medische dossier. De verpleegkundige doet hetzelfde, in de verslagen van het zorgdossier. Zo moet minstens tweemaal per dag de pijn bij de patiënt worden bevraagd en genoteerd.

Om de opvolging van de patiënt in het weekend en op feestdagen nog vlotter te laten verlopen, ontwikkelde

UZ Leuven een nieuwe procedure. Die wordt vanaf april 2011 toegepast. Professor Westhovens blikt vooruit: "Wordt een patiënt in het weekend of op een feestdag opgenomen, dan is een dagelijkse medische opvolging vereist. Voor alle andere (al opgenomen) patiënten is dit nodig als de (behandelende) arts of verpleegkundigen ze aanvragen. Dat kan via een aanvraag in het KWS. Deze aanvragen komen automatisch op een werklust voor de artsen met wachtdienst. Zo hebben ze bij aanvang van hun wachtdienst meteen zicht op welke patiënten ze moeten opvolgen en evalueren."



2010

MAART

**UZ Leuven campus Pellenberg
adviseert fietsers met handicap**

Fietsen is helemaal in. Ook mensen met een fysieke beperking willen ervan genieten. En dat kan perfect met een driewielerfiets of handbike. Helaas kennen velen de mogelijkheden nog onvoldoende of worstelen ze met vragen. Hieraan wil UZ Leuven campus Pellenberg tegemoetkomen met een adviescentrum – het eerste in Vlaams-Brabant. Personen met een handicap kunnen er terecht bij de revalidatiearts die nagaat of er geen tegenindicaties voor het fietsen zijn. Wie groen licht krijgt, gaat langs bij de therapeut om de mogelijkheden van driewielerfietsen en handbikes in de praktijk te testen. Het centrum beschikt over het nodige materiaal en de expertise om advies op maat te geven. Het ultieme doel: zo veel mogelijk mensen met een handicap stimuleren om te fietsen, bij voorkeur samen met validen in hun eigen provincie.

Dit initiatief kwam tot stand dankzij de steun van de Vlaamse Gemeenschap en de provincie Vlaams-Brabant. Het kadert in het project 'Start to handisport of g-sport'. Hiermee wil de provincie in de eerste plaats personen met een handicap duurzaam aan het sporten krijgen en het maatschappelijk beeld van sport voor personen met een handicap verbeteren.



Patient tracers: in het spoor van de patiënt

In 2010 voerde UZ Leuven meerdere *patient tracers* uit. Door het traject van een individuele patiënt te volgen, komen zowel positieve zaken als aandachtspunten rond kwaliteit en patiëntveiligheid aan het licht.



UZ Leuven voerde de eerste *patient tracers* uit in de aanloop naar de accreditatie door JCI (Joint Commission International) en de visitatie door de overheid. Om op hetzelfde elan verder te gaan, heeft UZ Leuven beslist om deze tracers systematisch voort te zetten als een van de belangrijke pijlers in het continue verbeterproces voor kwaliteit en patiëntveiligheid.

Een *patient tracer* is een audit gebaseerd op de methode die JCI bij een auditbezoek toepast. Lieven Mangelschots, hoofd kwaliteitsmanagement van UZ Leuven, verduidelijkt: "Tijdens de audit volgen we altijd het traject van een individuele patiënt: van voor zijn opname tot na zijn ontslag. We laten ons hierbij gidsen door het patiëntendossier en zoomen in op alle aspecten van de behandeling en zorg. Met als ultieme doel: de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid evalueren."

VERRUIMDE BLIK

"Door het traject van de individuele patiënt te volgen, leren we heel wat over de dagelijkse werking van het ziekenhuis en capteren we op een doeltreffende manier de ervaring van de patiënt door heel het ziekenhuis heen", vervolgt Lieven Mangelschots. "We plannen een drietal patient tracers per maand en komen zo minstens een-

maal per jaar op elke afdeling van het ziekenhuis. Aanvankelijk legden we de focus tijdens de patient tracers meestal maar op één afdeling. Maar sinds enige tijd streven we de JCI-aanpak steeds meer na. Dat heeft als concrete doelstelling: de positieve punten expliciteren, en waar nodig de aandachtspunten aanpakken en verbeteren in heel het ziekenhuis."

PATIENT TRACER-TEAM

Het patient tracer-team van UZ Leuven wordt gecoördineerd vanuit de dienst kwaliteitsmanagement en wordt aangevuld met een ziekenhuishygiënist, een arts vanuit het management en de verantwoordelijken van de desbetreffende ziekenhuiszone.

De betrokkenen op de afdeling zijn de artsen van de afdeling, de hoofdverpleegkundige en eventueel de lokale kwaliteitsverantwoordelijke.

CHECKLIST MET MEETBARE ELEMENTEN

Tijdens de patient tracer bekijkt het team aan de hand van een checklist talrijke elementen, zoals de medicatie en dagelijkse opvolging van de patiënt, de valpreventie

en de time-outprocedure voor een ingreep. Allemaal elementen die rechtstreeks betrekking hebben op de patiëntenzorg. Lieven Mangelschots: "Zo zoomen we bijvoorbeeld ook in op de stalen die bij de patiënt worden genomen. Zijn ze correct aangevraagd door de arts? Zijn de stalen volgens de geijkte procedure afgenomen en verstuurd? Maar ook materiaal, zoals een infuuspomp bij chemotherapie, wordt bekeken. Werd de pomp volgens de geijkte procedure aangekocht, is ze niet verouderd en wordt de werking ervan nauwgezet opgevolgd?"

BEVRAGING VAN MEDEWERKERS, PATIËNT EN FAMILIE

Tijdens een patient tracer worden vooral de zorgverleners bevestigd. "Niet alleen over de directe patiëntenzorg", zegt Lieven Mangelschots. "Ook andere onderwerpen komen aan bod. Hebben ze bijvoorbeeld voldoende bijscholing genoten? Kennen ze de evacuatie-richtlijnen en bezitten ze een reanimatiecertificaat? Krijgen ze jaarlijks een functioneringsgesprek en hebben ze aandacht voor de privacy van de patiënt? Labelen en bewaren ze de medicatie op een correcte manier?"

Lieven Mangelschots: "Als hij hiervoor zijn toestemming geeft en zijn toestand het toelaat, bevragen we ook de

patiënt. Weet hij bijvoorbeeld waarom hij een identificatiebandje draagt en waarom we zo vaak naar zijn naam en geboortedatum vragen? Ten slotte luisteren we ook naar familieleden van de patiënt: zijn ze goed geïnformeerd over de ziekenhuisopname en de behandelingen, of weten ze dat er een ombudsdienst is? Tijdens de patient tracers hebben we zelfs oog voor mankementen van de infrastructuur – een losliggende tegel bijvoorbeeld. Uiteraard worden die zaken grondiger geïnspecteerd door de technische dienst van UZ Leuven. Kortom, alles wat direct of indirect met kwaliteit en patiëntveiligheid te maken heeft, ontsnapt niet aan de kritische blik van het patient tracer-team.”

SYSTEMATISCH, GESTRUCTUREERD PEILEN

Uiteraard heeft UZ Leuven zich altijd al om kwaliteit en patiëntveiligheid bekommerd. “Maar via de patient tracers peilen we hiernaar op een systematische, gestructureerde manier. Zowel op het niveau van een afdeling, als op het niveau van het ziekenhuis komen er positieve punten én verbeterpunten aan het licht. En we toetsen voortdurend af of UZ Leuven blijft voldoen aan de geldende JCI-standaarden. Het is niet voldoende dat er voor alle aspecten van behandeling en zorg procedures bestaan. Ze moeten ook in de dagelijkse praktijk zijn ingebed en worden nageleefd. Als dat niet of onvoldoende het geval is, komt dit vaak tijdens patient tracers aan het licht. Een mogelijke oplossing is dan de procedures verfijnen.”

VERRIJKEND VOOR BEIDE PARTIJEN

Voor het patient tracer-team enerzijds en de medewerkers op de ziekenhuisafdelingen anderzijds, zijn patient tracers een uitgelezen kans om direct contact met elkaar te hebben. “Dat is voor beide partijen verrijkend”, zegt Lieven Mangelschots. “Medewerkers voelen zich nog meer geapprecieerd voor hun dagelijkse werk. Want het patient tracer-team beschouwt alles wat goed loopt niet zomaar als een evidentie. Het zet de positieve punten in de schijnwerpers door ze te benoemen. En wijst in een heel open en constructieve sfeer op mogelijke aandachtspunten. Om die punten aan te pakken, worden samen met de dienst kwaliteitsmanagement acties en projecten opgezet, lokaal of over heel het ziekenhuis. Andere aandachtspunten zetten we soms ook in de schijnwerpers in de UZ Leuven-nieuwsbrief *Kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid* en via andere interne communicatiekanalen.

Onze medewerkers worden zo rechtstreeks bij alle aspecten van kwaliteitsvolle en patiëntveilige zorg betrokken. Deze directe uitwisseling van informatie houdt procedures rond kwaliteit en patiëntveiligheid levendig en voedt een cultuur van permanente kritische reflectie.”





Opfrissen van Basic Life Support-vaardigheden met zelfleerstation

Bij een hartstilstand is een correct uitgevoerde basisreanimatie van levensbelang. Sinds 2010 maken UZ Leuven-medewerkers gebruik van een computergestuurd zelfleerstation om hun vaardigheden in te oefenen en te evalueren.

Basisreanimatie, ook Basic Life Support (BLS) genoemd, is een belangrijke schakel in 'de keten van overleving' na een hartstilstand. Een beperkte opleiding volstaat om deze techniek onder de knie te krijgen. UZ Leuven verwacht van al zijn medewerkers met een klinische functie dat zij tweejaarlijks het BLS-certificaat behalen. Daarom voorziet het dan ook in een BLS-opleiding. Die bestond in 2009 nog uit oefensessies op een BLS-pop in groepen van vijftien deelnemers onder begeleiding van een reanimatie-instructor. Maar in 2010 werd het *Resusci Anne Skills Station*, een computergestuurd BLS-zelfleerstation, over heel het ziekenhuis uitgerold.

FEEDBACK VAN COMPUTER

Dr. Peter Vanbrabant, stafid urgentiegeneskunde en algemene interne geneeskunde, licht de werking van het zelfleerstation toe: "De deelnemer voert de oefening zonder de hulp van een reanimatie-instructor uit op een BLS-pop die verbonden is met een computer. Bij aanvang van de sessie bekijkt hij een korte film van een correct uitgevoerde basisreanimatie door een erva-

ren instructor. Dan klikt hij op de computer het onderdeel aan dat hij wil inoefenen: de hartmassage of de beademing. Tijdens de oefening geeft de computer onmiddellijk feedback. De deelnemer krijgt bijvoorbeeld te horen: 'U pompt te traag', 'U moet de borstkas dieper indrukken' of 'U doet het prima!'. Zo kan hij onmiddellijk en autonoom zijn handelingen bijsturen. Voelt hij aan dat hij de hartmassage- én beademingstechniek apart voldoende beheerst, dan doet hij de test. Daarin koppelt hij met een minimale onderbrekingstijd de beademing aan de hartmassage, zoals het in real life-omstandigheden hoort. Slaagt hij voor de test, dan behaalt hij het BLS-certificaat dat hem via mail wordt toegestuurd."

VANGNET VAN REANIMATIE-INSTRUCTOR

En wanneer de deelnemer *niet* slaagt? Dokter Vanbrabant: "Dan kan hij in een volgende sessie nog een poging wagen. Wanneer hij met vragen kampt of problemen ervaart, neemt hij beter eerst contact op met de verantwoordelijke reanimatie-instructor. Die zal hem verder begeleiden bij het behalen van het certificaat binnen de

vooropgestelde termijn van tien weken." De reanimatie-instructoren blijven dus een belangrijke ondersteunende rol vervullen. Zij kunnen bijvoorbeeld systematische fouten van de deelnemer aan het licht brengen. Bovendien organiseren zij nog altijd oefensessies in groep: voor de UZ Leuven-medewerkers die voor het eerst BLS inoefenen. Het zelfleerstation dient dus alleen voor de tweejaarlijkse opfrissingssessies. Studies tonen aan dat een instructie door een film, gevolgd door een individueel trainingsmoment met een zelfleerstation, even goede resultaten voor de deelnemers oplevert als een klassieke training met een reanimatie-instructor.

MINDER INSTRUCTOREN EN IN EIGEN TEMPO

Een BLS-zelfleerstation heeft als organisatorisch voordeel dat er minder reanimatie-instructoren nodig zijn. Dokter Vanbrabant schetst nog een andere troef van het systeem: "De deelnemer kan in eigen tempo én op een zelf gekozen moment zijn BLS-vaardigheden inoefenen. Hij moet zich hiervoor alleen online registreren en een tijdslot inboeken." Elk trimester wordt een groep UZ Leuven-

medewerkers hiertoe aangespoord met een persoonlijke mail. Dokter Vanbrabant: "We streven ernaar om al onze 5 600 personeelsleden met een klinische functie binnen de twee jaar een opleiding te geven, want het BLS-certificaat is maar twee jaar geldig. Wie niet op de persoonlijke uitnodiging ingaat, ontvangt eerst een herinnering en wordt dan door een leidinggevende aangesproken. Die peilt naar eventuele struikelpunten voor de deelname. Deze opvolging is uiteraard heel belangrijk, want een opleiding en evaluatie met een zelfleerstation vallen of staan met de medewerking van de personeelsleden."

GROEN LICHT NA TESTFASE

Voor het BLS-zelfleerstation in 2010 in heel het ziekenhuis werd uitgerold, testten de reanimatie-instructoren het eind 2009 uit. "Door hun jarenlange ervaring met het aanleren van de BLS-techniek waren zij het best geplaatst om het systeem te evalueren", zegt dokter Vanbrabant. "Zij gaven ons groen licht om het zelfleerstation ook bij een beperkte groep klinische personeelsleden uit te testen. We selecteerden een zeshonderdtal medewerkers uit verschillende disciplines van ons ziekenhuis. In deze testfase gingen we de haalbaarheid van het zelfleerstation na. Op basis van hun feedback, hun slaagpercentages en hun tevredenheid die we met een enquête onderzochten, besloten we eind 2009 om het systeem in heel het ziekenhuis uit te rollen."

HINDERNISSEN IN OPSTARTFASE

Zoals bij de opstart van elk nieuw systeem doken ook hier enkele problemen op. Dokter Vanbrabant: "Er waren onder meer problemen van technische aard, bijvoorbeeld met het instellen van de criteria die bepalend zijn voor het slagen van de test of het functioneren van de BLS-pop. Na veelvuldig gebruik vertoonden sommige poppen een geperforeerde long. We sloten een onderhoudscontract af met de fabrikant en kregen beduidend minder meldingen van technische problemen. In de opstartfase stootten we soms ook op IT-problemen, zoals het uitvallen van de server waarop het zelfleerstation draait. Deze typische opstartproblemen doen zich nu veel minder voor, maar we blijven de werking van het systeem nauwgezet opvolgen."

2010

SEPTEMBER

Behandeling voor gevorderde eierstokkanker met minder complicaties

De standaardbehandeling voor gevorderde ovarium- of eierstokkanker bestaat in een eerste fase uit (primaire) debulking chirurgie. Debulking verwijst naar het zo volledig mogelijk verwijderen van alle tumorhaarden. In een tweede fase volgt chemotherapie. Een nadeel van dit behandelingsschema zijn de veelvoorkomende complicaties van de primaire chirurgie, onder meer bloedingen, infecties, fistels en zelfs het overlijden van de patiënt.

Een internationale studie onderzocht het effect van chemotherapie vóór debulking chirurgie – of in medische termen neo-adjuvante chemotherapie, gevolgd door interval debulking chirurgie. Deze aanpak bleek gepaard te gaan met minder complicaties en een onveranderd overlevingspercentage. Alleen patiënten met kleine uitzaaiingen in de buik bleken meer gebaat te zijn bij primaire chirurgie. Deze EORTC-studie werd in UZ Leuven ontwikkeld onder leiding van prof. dr. Ignace Vergote, diensthoofd gynaecologie en verloskunde. 718 patiënten namen eraan deel, onder wie veel UZ Leuven-patiënten. Het gerenommeerde tijdschrift The New England Journal of Medicine presenteerde deze resultaten op 2 september 2010.



ENTHOUSIASTE DEELNAME

Twaalf maanden na de opstart van het systeem werd een tussentijdse balans opgemaakt. 3 102 van de 5 600 medewerkers met een klinische functie behaalden al het BLS-certificaat. Dat zijn meer medewerkers dan er een persoonlijke uitnodiging ontvingen voor het opfrissen van hun BLS-vaardigheden. Dokter Vanbrabant: "Naast de 'genodigden' bleken ook veel enthousiaste medewerkers op eigen initiatief te hebben deelgenomen. Onze informatiecampagne via mail, een folder, het intranet en nieuwsbrieven heeft duidelijk vruchten afgeworpen. Maar de hoge opkomst is zeker ook de verdienste van de reanimatie-instructoren en leidinggevendenden die iedereen motiveerden om zich voor een BLS-sessie in te schrijven. Wat zeker ook drempelverlagend heeft gewerkt, is de positieve mond-tot-mondreclame van de mensen die hun certificaat met het zelfleerstation al behaalden."

HOGTE TEVREDENHEIDSSCORE

Uit de tussentijdse evaluatie bleek niet alleen dat de opkomst van de deelnemers hoog was, maar ook hun slaagpercentage (95 %). Hun tevredenheid werd via een enquête gemeten. Ze apprecieerden de duidelijke instructies (91 %), de eenduidige feedback van het systeem (84 %) en de vrije keuze van oefentijd (91 %) en oefenmoment (97 %). 14 % van de deelnemers vond de inschrijvingsprocedure via het tijdslotsysteem niet gebruiksvriendelijk. 33 % wist niet waar ze terecht konden bij problemen tijdens de sessie. 20 % vond het nodig dat een reanimatie-instructor bij het leerstation aanwezig is. 87 % verklaarde zich globaal tevreden over het zelfleerstation. "Dat zijn zeker bevredigende resultaten", besluit dokter Vanbrabant. "Ze onderbouwen onze overstap naar een zelfleerstation voor het opfrissen van de BLS-vaardigheden."



ELKE SECONDE TELT

Elke week wordt gemiddeld één patiënt op een hospitalisatieafdeling van UZ Leuven door een hartstilstand getroffen. Voor hem is het van levensbelang dat zijn zorgverleners adequaat reageren. Zij moeten de hartstilstand onmiddellijk herkennen en overgaan tot een correcte basisreanimatie. Die bestaat uit een doeltreffende hartmassage en beademing. Elke seconde telt, want het hart en de hersenen dreigen door zuurstoftekort schade op te lopen. Zodra een defibrillator beschikbaar is, wordt zo nodig elektrische therapie voor hartritmestoornissen, ook defibrillatie genoemd, uitgevoerd. Op deze manier gaat het hart opnieuw zelfstandig pompen en herstelt de hersenfunctie volledig. De finale stap in 'de keten van overleving' na een hartstilstand is intensieve, geavanceerde reanimatiezorg door een gespecialiseerd team.



PICS-project: Patiënten Informatie- en CommunicatieSysteem



In het najaar van 2010 startte UZ Leuven met het installeren van een nieuw verpleegoproepsysteem en interactieve aanraakschermen voor de patiënten. Deze vernieuwende technologieën verhogen het comfort van de patiënt en ondersteunen de zorgverleners bij hun werk.

Vijf jaar geleden verliepen de huurcontracten van de televisietoestellen op de patiëntenkamers. UZ Leuven stond voor de keuze: ze verlengen of uitkijken naar apparatuur die ook de groeiende vraag van de patiënten naar internet kon beantwoorden. Tegelijk was het klassieke verpleegoproepsysteem – ‘de bel’ voor de patiënt – aan vernieuwing toe. Daarom startte UZ Leuven het project PICS (**P**atiënten **I**nformatie- en **C**ommunicatie**S**ysteem). Er werd een multidisciplinaire werkgroep opgericht met verpleegkunde, IT, dienst communicatie, technische dienst, medische instrumentatie en aankoopdienst.

MEERWAARDE AFTOETSEN

De werkgroep bezocht talrijke ziekenhuizen en firma's om het aanbod en de toepassingen van vernieuwende informatie- en communicatiesystemen te leren kennen. “We vroegen ook op fora naar de wensen en noden van de UZ Leuven-zorgverleners”, zegt Marc Vanschoonbeek, projectleider medische instrumentatie. “Zij stelden een verhoogd patiëntencomfort voorop en een ondersteuning van het werk van de zorgverleners. Tijdens ons marktonderzoek toetsten we de praktische haalbaarheid

van de technologische nieuwigheden stevast af met de zorgverleners op de werkvloer en met het competentiecentrum van UZ Leuven. Tot we in 2010 een finale besissing namen over de systemen en de firma waarmee we wilden werken.”

KLASSIEKE VERPLEEGOPROEPSYSTEEM

Hoe werkt het ‘verouderde’ verpleegoproepsysteem? Lieve Goos, verpleegkundig manager: “Als de patiënt een verpleegkundige wil oproepen, drukt hij op de bel naast het bed of in de badkamer. In de gang springt een lichtbalk aan en er gaat een lampje bij de kamerdeur van de patiënt branden. Tegelijk start een geluidssignaal. Dat is ook te horen in de kamer waar de verpleegkundige op dat moment aan het werk is. Want de beloproepen van de patiënten worden automatisch naar daar doorgezonden. Deze ‘roep-achtervolging’ wordt geactiveerd wanneer de verpleegkundige bij het binnenkomen van een kamer de aanwezigheidsknop indrukt. Een ingedrukte aanwezigheidsknop doet ook het aanwezigheidslampje aan de kamerdeur op de gang branden. Dat is het signaal voor een bezoeker die toekomt, dat hij even op de gang moet wachten.”

INTERCOM

Bij het nieuwe verpleegoproepsysteem moet de patiënt nog altijd een bel indrukken om een verpleegkundige te roepen. Lieve Goos: “Maar in de gang verschijnt dan op een lichtpaneel ook informatie over de oproep: het kamer- en bednummer én de melding ‘sanitaire oproep’ wanneer de patiënt vanuit zijn badkamer belt. Die informatie verschijnt ook op een muurpaneel in de kamer waar de verantwoordelijke verpleegkundige zich bevindt. Bovendien kan de verpleegkundige de patiënt vanop afstand meteen te woord staan via de intercomfunctie op het muurpaneel. Bijvoorbeeld om al naar de aard en dringendheid van de oproep te vragen.”

KNOPPEN VOOR EXTRA FUNCTIES

Het nieuwe verpleegoproepsysteem maakt ook een ‘assistentie-oproep’ mogelijk voor de verpleegkundige. Wanneer hij zich in een kamer aanwezig heeft gemeld, kan hij met de bel naast het bed of in de badkamer de hulp van een collega inroepen, bijvoorbeeld om een patiënt te verplaatsen. Met de knop ‘dringende hulp’ aan

2010

JUNI

Een blik achter de schermen van het revalidatiecentrum oogziekten

Het revalidatiecentrum oogziekten staat al dertig jaar garant voor een gespecialiseerde en ambulante revalidatie van slechtzienden en blinden.

Een multidisciplinair team stimuleert de zelfredzaamheid en verhoogt de levenskwaliteit van slechtzienden en blinden, in de thuis-, vrije tijd-, school- en werksituatie. De revalidatiearts informeert de patiënt over zijn aandoening, behandelingen- en revalidatiemogelijkheden. Op vraag begeleidt hij ook in studie- en beroepsoriëntatie. De low-visiontherapeut test met de patiënt hulpmiddelen uit die de communicatie vergemakkelijken, zoals (optische) leesloepen en (elektronische) beeldschermloepen. De mobiliteitsinstructeur ondersteunt de patiënt bij verplaatsingen. Niet alleen door hulpmiddelen zoals een witte stok aan te reiken, maar bijvoorbeeld ook door het openbaar vervoer te leren gebruiken. De therapeut dagelijks leven zoekt naar aanpassingen en hulpmiddelen die problemen in het dagelijkse leven van de patiënt verlichten. De sociaal werker geeft informatie en advies rond sociale en financiële voorzieningen, zoals de terugbetaling van hulpmiddelen en thuisbegeleiding. De psycholoog ten slotte focust op eventuele verwerkingsproblemen van de patiënt.



elk bed vraagt de verpleegkundige dringende medische bijstand. Ten slotte heeft het nieuwe systeem ook een 'beletknop'. Als de verpleegkundige die indrukt, springt aan de kamerdeur in de gang het beletlampje aan. Een bezoeker weet dan dat hij even op de gang moet wachten. "Maar in tegenstelling tot wanneer het aanwezigheidslampje brandt, worden beloproepen in dat geval *niet* doorgezonden naar de kamer en evenmin omgevormd tot assistentie-oproepen", zegt Lieve Goos. "De beletlamp zorgt er dus voor dat de patiënt privacy krijgt, zonder door beloproepen te worden gestoord. Bijvoorbeeld voor een persoonlijk gesprek met een arts of om borstvoeding te geven."

TOEGANGSPOORT VOOR MULTIMEDIA

Het verouderde televisietoestel, dat vaak met meerdere patiënten moet worden gedeeld, wordt vervangen door een groot computerscherm voor iedere patiënt. Via een draaiarm kun je het scherm gemakkelijk tot vlak voor de patiënt plaatsen. Dit interactieve aanraakscherm is de toegangspoort om televisie te kijken, naar de radio te luisteren, te telefoneren of op internet te surfen. Televisiekijken en naar de radio luisteren kan bovendien perfect zonder de andere patiënt in de kamer te storen. "Want we verkopen 'oortjes' tegen een heel democratische prijs", zegt Marc Vanschoonbeek. "Video on demand

bieden we niet aan, maar via een USB-poortje kan wel een eigen dvd-speler of *playstation* aan het scherm worden gekoppeld. Wie op internet wil surfen, hoeft zijn eigen laptop niet meer mee te brengen. Tenzij je wilt msn'en of bepaalde webtoepassingen moet installeren. Dat laten we om veiligheidsredenen niet toe op onze eigen systemen."

NIET-DRINGENDE OPROEPEN

Op termijn biedt dit interactieve aanraakscherm ook functies die het werk van de zorgverleners ondersteu-

nen. Lieve Goos blikt naar de toekomst: “Via dit scherm geeft de patiënt dan niet-dringende oproepen of informatie van op afstand aan de verpleegkundige door. Dat kan bijvoorbeeld zijn maaltijdkeuze zijn, de vraag om een afspraak met de diëtist, pastor of sociaal werker. Ook het melden van technische defecten wordt mogelijk, zoals een lamp die stuk is.”

‘AAN BED’-TAKEN

Marc Vanschoonbeek vervolledigt het toekomstbeeld: “Met zijn personeelsbadge roept de verpleegkundige bepaalde delen van het patiëntendossier op op het scherm. Hierin vult hij dan de resultaten in van metingen aan het bed van de patiënt, zoals een bloeddrukmeting. De laptopkar moet dan niet meer tot bij het bed van iedere patiënt worden gebracht, zelfs niet meer om barcodes te scannen. De verpleegkundige beschikt over een barcodescanner aan elk interactief aanraakscherm. Daarmee gaat hij na of de barcode op het identificatie-armbandje van de patiënt identiek is aan de barcode op het toe te dienen bloed of geneesmiddel. Is de patiënt op dat moment een tv-programma aan het volgen? Dan gebruiken we de pauzeknop, zodat hij niets moet missen.” Een laatste toekomstige troef van het interactieve aanraakscherm: “Via de knop ‘myUZ’ krijgt de patiënt informatiefilmpjes en -brochures om zich voor te bereiden op zijn specifieke behandeling of ingreep.”

OCTOPUZ

Het interactieve aanraakscherm heeft dus vele functies in petto die het comfort van de patiënt verhogen en het werk van de verpleegkundigen vergemakkelijken. Precies omdat het zo veel functies integreert, kreeg het systeem de gebruiksnaam OctopUZ. Die verwijst naar een octopus (inktvis) die met al zijn armen in staat is om veel, complexe taken uit de voeren, een idee van de 8 500 UZ Leuven-medewerkers!

GEFASEERDE INSTALLATIE

De interactieve aanraakschermen worden samen met het nieuwe verpleegoproepsysteem geïnstalleerd. Het uitrollen startte in het najaar van 2010 en verloopt gefaseerd over een periode van drie jaar. Er werd een volledige afdeling voor de duur van het project vrijgemaakt. Ze werd met de nieuwe technologieën ingericht én kreeg een grondige onderhoudsbeurt. In deze eenheid verblijft om de drie weken een andere afdeling die door de installatie- en onderhoudswerken van het PICS-project tijdelijk onderdak nodig heeft.



Nieuw centrum voor gynaecologische en verloskundige echografie



Een infrastructuur die de patiënt en het personeel veel comfort biedt. Spitstechnologische apparatuur om de grootste diagnostische uitdagingen aan te gaan én het wetenschappelijk onderzoek te bevorderen. Dat zijn enkele troeven van het nieuwe echocentrum van UZ Leuven dat op 29 oktober 2010 officieel zijn deuren opende.

Toen UZ Leuven in de jaren zeventig en tachtig op 'Gasthuisberg' gebouwd werd, stond de echografie als onderzoekstechniek in de medische wereld nog in haar kinderschoenen. De bouwplannen voor het ziekenhuis hielden dan ook geen rekening met de belangrijke rol die ze in de gynaecologie en verloskunde zou gaan spelen. De echografische onderzoeken vonden plaats in ruimten die eigenlijk voor consultaties waren ontworpen. Maar de echografische technologie en haar toepassingsgebieden breidden spectaculair uit. En het aantal klinische echografische onderzoeken groeide gestaag tot meer dan 26 000 per jaar. Ook de vereisten op het gebied van kwaliteit, opleiding en onderzoek namen toe.

PLUIM VOOR RUIMTEPLANNING EN TECHNISCHE DIENST

Toen ruimte vrijkwam in het centraal medisch archief, besliste UZ Leuven om die om te bouwen tot een echocentrum. Prof. dr. Dirk Timmerman, gynaecologie en verloskunde, blikt terug: "Samen met de (binnenhuis)-architecten van de dienst ruimteplanning werkten we

vanaf begin 2007 aan het concept en de indeling van het echocentrum. Daarna kregen we ook de steun van de technische dienst, bijvoorbeeld voor de inrichting van de airconditioning in de ruimten met echografische toestellen, die veel warmte afgeven. De samenwerking met beide diensten was bijzonder constructief. Samen met hen en met prof. dr. Luc De Catte, Siska Van Damme en Marga Theys (hoofdverpleegkundigen van het activiteitencentrum), ontwierpen we een optimaal plan. Daarna berekenden we het kostenplaatje en bespaarden we waar we konden. We kregen groen licht van het directiecomité en in het voorjaar van 2010 startten de verbouwingswerken. In juni 2010 namen we het nagelnieuwe echocentrum al in gebruik – nog voor de plechtige opening op 29 oktober 2010."

MEER DAGLICHT, LICHTER GEMOED

Een spectaculaire verbetering in het nieuwe echocentrum is volgens professor Timmerman de aanwezigheid van daglicht in de centrale gang en de wachtruimten voor de patiënten: "Als we een patiënt binnenroepen of

collega's raadplegen, zien we nu daglicht en dat werkt positief op het gemoed."

AANGENAMER WACHTEN

Een andere verbetering volgens professor Timmerman: "In plaats van één grote wachtzaal, beschikken we nu over vier kleinere wachtzalen. De patiënt ervaart meer geborgenheid en privacy en wordt voornamelijk door lotgenoten omringd. Zo hoeven vrouwen met vruchtbaarheidsproblemen bijvoorbeeld niet te wachten tussen zwangere dames. De tv-schermen in de wachtzaaltjes maken het wachten ook aangenamer. Ze brengen allerlei informatie – van 'weetjes' tot parkeerinformatie en vacatures. Nog een verbetering voor de patiënt: zij blijft vanuit de wachtzaal visueel in contact met haar directe aanspreekpersoon, de receptioniste. Die heeft een goed overzicht op de wachtende patiënten en merkt het bijvoorbeeld meteen als iemand onwel wordt. Nog een verbetering qua infrastructuur: er is nu een aparte ingang voor gehospitaliseerde en ambulante patiënten. Dat is vooral voor de gehospitaliseerde patiënten veel aange-



namer, zeker wanneer ze in een bed het echocentrum worden binnengereden. Dat beide patiëntenstromen niet te veel worden vermengd, komt ook de ziekenhuis-hygiëne ten goede.”

MEER PRIVACY VOOR PATIËNTEN

Het comfort van de patiënte is ook verhoogd in de nieuwe onderzoekscabines. Professor Timmerman: “Nu is er in elke cabine een afgesloten ruimte met toilet en wasbakje, waar de patiënt zich ook kan omkleden. Vroeger beschikten we maar over enkele toiletten voor de hele afdeling. Dat was bijzonder onpraktisch als je weet dat sommige onderzoeken een volle blaas vereisen en patiënten na afloop naar het toilet snellen. Bovendien moest de patiënt zich vroeger achter een gordijntje, zonder veel privacy, omkleden.”

SUPERVISIE VAN ELK ONDERZOEK

Ten slotte beschikt het nieuwe echocentrum nog over enkele extra kamers met bijzondere functies, die (in)direct de patiënt ten goede komen. Zoals de artsenkamer. Professor Timmerman verduidelijkt: “Wanneer een assistent echobeelden bij een patiënte maakt, overlegt hij voor de diagnosestelling altijd met de superviserende arts. Vroeger moest dit overleg in de gang of in de cabine gebeuren, in het bijzijn van de patiënt. Nu verlaat de assistent de cabine om in de artsenkamer alle elektronisch opgeslagen echobeelden

samen met de supervisor te bekijken. Zo nodig gaat die mee naar de patiënt om extra echobeelden te maken en om de bevindingen met haar te bespreken.”

OP ADEM KOMEN

De tweede extra kamer is de gesprekskamer. Professor Timmerman: “Wordt op de echo een ernstige afwijking vastgesteld, bijvoorbeeld bij een ongeboren kind, dan komt dit bij de ouders vaak bijzonder hard aan. Ze hebben dan nood aan een privéruimte waarin ze met de betrokken artsen rustig kunnen overleggen. In deze gesprekskamer geven ook andere orgaanspecialisten, zoals kindercardiologen, kinderneurologen en maxillo-faciale chirurgen, meer informatie over de afwijking en de mogelijke behandelingen. Die kunnen ze ook op een scherm toelichten.”

MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG

Ten slotte beschikt het nieuwe echocentrum ook over een ruime vergaderkamer met projector. Professor Timmerman: “Hier overleggen specialisten van verschillende disciplines over complexe casussen. En wekelijks vergaderen er artsen van het echocentrum met ingenieurs van het departement elektrotechniek (ESAT) van de K.U.Leuven. Zo werken we samen met de onderzoeksgroepen van prof. dr. ir. Bart De Moor en prof. dr. Sabine Van Huffel. Samen vertalen we klinische problemen en inzichten in mathematische modellen. Uit deze



samenwerking vloeiden al tientallen wetenschappelijke artikels en een twaalfstal doctoraatsthesis voort.”

SPITSTECHNOLOGIE

Het nieuwe echocentrum is uitgerust met technologisch hoogwaardige apparatuur voor echografische diagnosestelling. De infrastructuur is voorbereid op de technologische nieuwigheden die in de (nabije) toekomst verwacht worden, zoals apparatuur voor therapeutische echografie. Er gebeuren nu al ambulante ingrepen onder echogeleide.

PIONIER IN ONDERZOEK NAAR DIAGNOSE VAN EIER- STOKKANKER

Uiteraard oefent het gloed-nieuwe echocentrum extra aantrekkingskracht uit op kandidaat-onderzoekers. Hoewel: UZ Leuven heeft al een lange traditie van wetenschappelijk onderzoek in alle domeinen van de gynaecologische echografie, de foetale chirurgie onder leiding van prof. dr. Jan Deprest, en de prenatale diagnose en foetale

geneeskunde onder leiding van prof. dr. Luc De Catte. Sinds 1994 legt prof. dr. Dirk Timmerman zich toe op het onderzoek naar eierstokkanker – aanvankelijk bij zijn eigen patiënten, maar al snel hoofdzakelijk bij verwezen patiënten. Hij is coördinator van de IOTA (*International Ovarian Tumor Analysis*)-groep. Die bestaat uit artsen van echocentra verspreid over de hele wereld, en ingenieurs van het ESAT van de K.U.Leuven. Samen met hen ontwikkelde hij regels om echografisch goed- van kwaadaardige eierstokcysten te onderscheiden. Dat leverde talrijke publicaties in wetenschappelijke tijdschriften op, onder meer in december 2010 in het gerenommeerde *British Medical Journal*.

ANDERE ONDERZOEKSPROJECTEN

De officiële opening van het echocentrum in oktober 2010 zette nog enkele andere onderzoeksprojecten van de gynaecologische echografie in de kijker. Een beknopt overzicht:

- ★ Het doctoraatsonderzoek van dr. Thierry Van den Bosch naar technieken om endometriale pathologieën op te sporen, kreeg een internationaal verlengstuk met de oprichting van de IETA (*International Endometrial Tumor Analysis*)-groep.
- ★ Het onderzoek van dr. Joan Veldman focust op de elastografie, een techniek waarmee de elasticiteit van de weefsels transvaginaal wordt bestudeerd. Ze won hiermee recent een prijs op het wereldcongres van gynaecologische echografie.
- ★ Dr. Dominique Van Schoubroeck legt zich toe op het onderzoek naar follikelgroei en diepe endometriose. Ze toonde onder meer het klinische nut aan van een aantal technologische verbeteringen in toestellen.
- ★ Het echocentrum is trots op de *Pexsterscurve*, die dr. Anne Pexsters ontwikkelde om de zwangerschapstermijn heel precies te bepalen.
- ★ In de goed uitgebouwde multidisciplinaire kliniek voor bekkenbodemp Problemen worden, onder leiding van professor Jan Deprest en professor Dirk De Ridder, vrouwen met urine-incontinentie en verzakkingen doeltreffend geholpen. ○

Uniek in België: beveiligd elektronisch communicatiekanaal tussen patiënt en ziekenhuis

UZ Leuven lanceert voor de patiënt de webtoepassing 'myUZ'. Die laat hem toe om via internet op een beveiligde manier met zijn zorgverleners te communiceren.

Via myUZ krijgt de patiënt medische informatie op maat, op het gepaste moment in zijn behandelingstraject. Dat gebeurt automatisch op basis van wat in zijn persoonlijk medisch dossier staat. Zo ontvangt de patiënt een waaiervan informatie rond zijn ziektebeeld, onderzoeken, ingrepen of behandelingen. Die informatie wordt aange-reikt in de vorm van brochures, filmpjes, educatieve animaties, fotomateriaal, presentaties en webpagina's – van UZ Leuven zelf of van externe, door UZ Leuven gevalideerde bronnen.



MEER VAT OP AANDOENING EN BEHANDELING

De via myUZ aangeboden medische informatie is uiter-aard maar een aanvulling op wat de patiënt in het zie-kenhuis al te horen kreeg van zijn zorgverlener. Maar veel patiënten onthouden maar een fractie van mondeling verstrekte informatie. Dankzij myUZ kan de patiënt thuis alles nog eens rustig doornemen. Als hij zijn aandoening en behandeling beter begrijpt, krijgt hij er ook meer vat op. Dat werkt geruststellend en laat hem ook toe om nog beter mee te werken met zijn zorgverleners.

ACTIEVERE DEELNAME AAN BEHANDELING

UZ Leuven wil de patiënt via myUZ ook actiever laten deelnemen aan het behandelingsproces. Onder meer door onlinevragenlijsten in te vullen, bijvoorbeeld vóór een ingreep. Of door een dagboek bij te houden van ver-schillende parameters, zoals gewicht, bloeddruk en pijn-score. Die resultaten komen dan rechtstreeks in zijn per-soonlijk medisch dossier. Door dit voorbereidende werk verloopt een consultatie gerichter. De patiënt kan ook zelf berichten of vragen versturen naar zijn zorgverleners.



Ten slotte vindt hij in myUZ nog een overzicht van zijn afspraken en facturen.

De medische informatie op maat wordt via myUZ al aan-geboden in enkele zorgprogramma's, maar wordt nog gefaseerd uitgebreid. Het afspraken- en facturenover-zicht is wel al voor alle patiënten beschikbaar.

BEVEILIGDE TOEGANG

Om te garanderen dat de communicatie van de patiënt met zijn zorgverleners via myUZ privé blijft, is de toegang tot het persoonlijke myUZ-dossier van iedere patiënt beveiligd. De patiënt meldt zich op zijn computer thuis, in de myUZ-toepassing aan met zijn elektronische iden-titeitskaart (eID) en pincode. Deze beveiligde aanmel-dingsprocedure via internet passen veel Belgen al toe als ze hun personenbelasting aangeven of hun persoonlijke dossier bij het ziekenfonds raadplegen.



UZ Leuven in cijfers

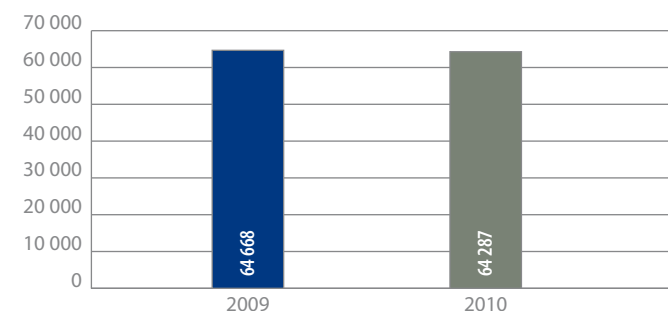
Gehospitaliseerde patiënten

In 2010 noteerde UZ Leuven 64 287 opnames of gehospitaliseerde patiënten. Dat is een daling van 0,6 % tegenover 2009. De gemiddelde verblijfsduur (8,1 dagen) en het aandeel geplande opnames (68 %) bleven stabiel.

Het aantal daghospitalisaties voor onder meer medische dagbehandelingen zoals chemotherapie, dialyse en pijntherapie, nam licht toe: in 2010 noteerde UZ Leuven 111 854 daghospitalisaties, een stijging van 0,8 % tegenover 2009.

In 2010 daalde het aantal bevallingen met 3 %. UZ Leuven noteerde gemiddeld 6 bevallingen per dag (2 224 in totaal).

Aantal gehospitaliseerde patiënten 2009-2010



Consultaties

Het aantal consultaties nam licht toe tegenover 2009. In 2010 bedroeg het totale aantal 635 513. Elke werkdag vonden gemiddeld 2 542 consultaties plaats, verspreid over de verschillende campussen van UZ Leuven (Gasthuisberg, Lubbeek, Pellenberg, Sint-Pieter en Sint-Rafaël).

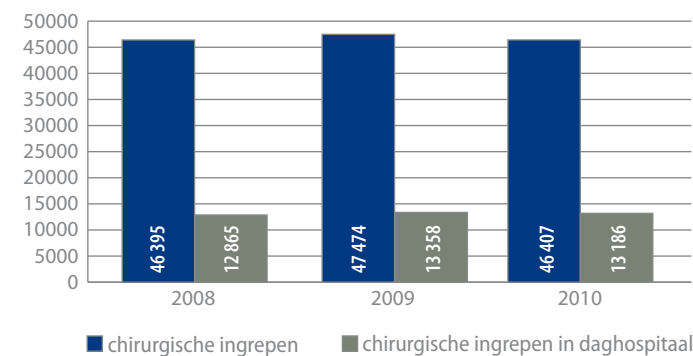
Chirurgische ingrepen

In 2010 werden er 1 067 chirurgische ingrepen minder uitgevoerd, een daling van 2,2 % tegenover 2009.

In vergelijking met 2008 bleef het aantal ingrepen stabiel.

Per werkdag werden in 2010 gemiddeld 186 ingrepen uitgevoerd, waarvan 53 in het chirurgisch dagcentrum. De helft van alle ingrepen situeerde zich in de disciplines orthopedie, oogziekten, abdominale heelkunde, traumatologie, neus-, keel- en oorziekten, gelaats- en halschirurgie.

Aantal chirurgische ingrepen 2008-2010



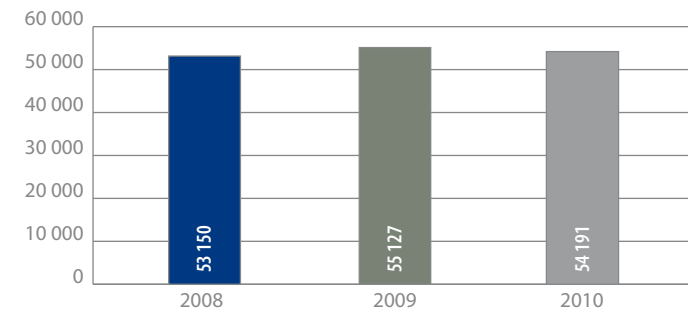
Spoedgevallen

De spoedgevallendienst noteerde 54 191 aanmeldingen in 2010, een daling van 1,7 % tegenover 2009 en een stijging van 1,96 % tegenover 2008.

Meer dan een derde van alle spoedgevallen leidde tot een ziekenhuisopname.

Het urgentieteam past sinds 2009 het triagesysteem toe. Zo onderscheidt het in de toenemende stroom van binnenkomende patiënten de meer kritieke van de andere.

Aantal aanmeldingen op de spoedgevallendienst 2008-2010



Transplantaties

Het aantal transplantaties blijft sinds 2008 licht toenemen tot 288 in 2010.

Niertransplantaties werden het meest uitgevoerd (125 in 2010), gevolgd door lever- (74) en (hart-)longtransplantaties (58). Het relatief aandeel van niertransplantaties daalde, terwijl dat van de lever- en longtransplantaties steeg.

Aantal transplantaties volgens type

type transplantatie	2008	2009	2010
■ levertransplantatie	62	60	74
■ dunne darmtransplantatie	2	0	0
■ niertransplantatie	140	148	125
■ nier-pancreastransplantatie	5	4	4
■ harttransplantatie	20	23	27
■ (hart)longtransplantatie	49	48	58
TOTAAL	278	283	288

Medisch-technische interventies en onderzoeken

Radiotherapie

2 545 patiënten werden in 2010 behandeld met een vorm van radiotherapie, de meesten met externe radiotherapie. Dit aantal bleef stabiel tegenover 2009. Deze patiëntengroep vertegenwoordigde in 2010 een totaal van 43 856 zittingen.

Nucleaire geneeskunde

Het totale aantal onderzoeken binnen nucleaire geneeskunde steeg met 2,3 % tegenover 2009. Het aantal PET-onderzoeken steeg met 3 % tot 2 797 en het aantal conventionele onderzoeken kende een lichte daling van 3 % tot 12 294.

Dialyse

Het aantal uitgevoerde nierdialyses in het dialysecentrum daalde met 7 % van 23 415 naar 21 709 (= 87 per werkdag). Het gaat in hoofdzaak om chronische dialyses, amper 1,3 % is acuut. De autodialyses namen toe van 812 tot 1 323.

Radiologie

Het totale aantal onderzoeken bedroeg 461 448, een daling van 1,8 % tegenover 2009. Gemiddeld werden er in UZ Leuven 1 264 radiologische onderzoeken per dag uitgevoerd. In 2010 werden 45 629 CT-onderzoeken uitgevoerd, een daling van 2,9 % tegenover 2009.

Functioniemetingen

Het aantal bezoeken aan de functioniemetingen voor cardiologie, pneumologie, endoscopie en neurofysiologie is vrij stabiel de jongste twee jaar: 125 871 in 2009 en 126 521 in 2010.

Laboratoriumonderzoeken

In 2010 werden in het ISO-gecertificeerde labplatform van UZ Leuven 12 162 070 laboratoriumtesten uitgevoerd. Dit betekent gemiddeld 33 321 testen per dag of 1 388 per uur. Voor het globale pakket aan laboratoriumtesten noteerde UZ Leuven een stijging van 0,4 % tegenover 2009.

Varia

Patiëntentransport

In 2010 vonden 240 012 interne patiëntentransporten plaats, bijvoorbeeld om gehospitaliseerde patiënten van een verpleegafdeling naar een functioniemeting te brengen, en terug. Dit betekent 658 transporten per dag. In 94 % van de gevallen ging het om volwassen patiënten, onder wie 54 % per rolstoel werd getransporteerd.



2



Een elektronisch medisch dossier over de ziekenhuisgrenzen heen

In 2011 start UZ Leuven in vijf netwerkiekenhuizen met het uitrollen van het klinisch werkstation (KWS). Dat is een systeem voor het beheer van het elektronisch medisch dossier (EMD). We kijken terug op de voorbereidende werken in 2010 en we kijken vooruit naar de voordelen van een centraal EMD.

Het informaticasysteem van UZ Leuven voor het beheer van het elektronisch medisch dossier draagt de gebruiknaam 'klinisch werkstation' of KWS. Het bestaat grotendeels uit zelf ontwikkelde software waarin aangekochte software werd geïntegreerd. De modules in het KWS bevatten onder meer processen en *workflows* voor de verschillende specialismen in een ziekenhuis: oncologie, radiologie, pneumologie enzovoort.

PROCESSEN AAN- EN BIJSTUREN

De modules in het KWS communiceren met elkaar dankzij de overkoepelende software. Het KWS is dus een sterk geïntegreerd systeem. Prof. dr. Bart Van den Bosch, directeur IT, verduidelijkt: "Een arts vraagt voor een patiënt op een verpleegeenheid een spirometrie aan. De afspraak wordt *niet* via de module voor pneumologie ingeboekt, maar via de algemene module die de afspraken voor alle specialismen regelt. De patiënt komt dan automatisch op een werklíst van longfunctiemetingen terecht – onder 'patiënten wachtend op spirometrie'. Na de spirometrie zet de zorgverlener de resultaten van de patiënt in het EMD. De patiënt verdwijnt automatisch van de werklíst

'wachtenden' en vervoegt de werklíst 'patiënten waarvoor verslag moet worden gemaakt'. Heeft de assistent het verslag afgewerkt, dan komt de patiënt op de werklíst 'patiënten waarvoor verslag moet worden gevalideerd door supervisor'. Moet de patiënt nadien naar een andere afdeling, dan lopen zijn gegevens en resultaten automatisch en transparant hiernaar door."

Het KWS stuurt dus via werklísten alle operationele processen in het onderzoek en de behandeling van de patiënt automatisch *aan* – over de specialismen heen. Bovendien stuurt het de processen ook met een zekere intelligentie *bij*. "Zoals wanneer blijkt dat een patiënt geïnfecteerd is met MRSA, de ziekenhuisbacterie", zegt professor Van den Bosch. "Dan voegt het KWS de nodige isolatiemaatregelen in de verpleegplannen voor de patiënt."

VANGNETTEN VOOR KWALITEITSBEWAKING

Ten slotte doet het KWS via ingebouwde vangnetten ook continu aan kwaliteitsbewaking. Dat is bijvoorbeeld het geval in de *assessment*-module. Professor Van den Bosch geeft uitleg: "Wanneer een patiënt in UZ Leuven wordt opgenomen, evalueren zijn zorgverleners ver-

plicht binnen 24 uur enkele zaken, zoals zijn pijn, valrisico, allergieën, voedingstoestand en andere specifieke noden of zorgplannen. Met deze informatie wordt het standaardzorgplan met minizorgplannen op maat van de patiënt aangevuld. Wanneer er 12 uur na de opname nog informatie of plannen ontbreken, herinnert het KWS de zorgverleners hieraan met een oranje klokje en een mededeling."

Nog een voorbeeld van kwaliteitsbewaking door het KWS? "Stel dat een arts elektronisch een geneesmiddel wil voorschrijven dat niet (goed) combineerbaar is met een ander, eerder voorgeschreven geneesmiddel, of met het dieet of de allergie van de patiënt. Dan krijgt de arts automatisch een waarschuwingsteken. Dat moet hij *overrulen* als hij het geneesmiddel toch wil voorschrijven. Dat kan bijvoorbeeld nodig zijn wanneer het niet toedienen van het geneesmiddel erger is dan de eventuele bijwerkingen door interacties. Wanneer bijzonder ernstige interacties worden verwacht, moet de arts een reden voor het overrulen opgeven en zijn paswoord opnieuw ingeven. En wanneer hij chemotherapie voorschrijft, wordt door het KWS automatisch de dosis berekend en gecheckt of de maximaal toegelaten dosis niet is overschreden."

KIEMEN VOOR BREDE VERSPREIDING

UZ Leuven rolde zijn KWS al eerder uit in het Nationaal Multiple Sclerose Centrum Melsbroek (2004) en AZ Diest (fase 1, 2007; fase 2, 2009). “Dat deden we op vraag van deze ziekenhuizen”, zegt dokter Wim Tambeur, operationeel directeur van UZ Leuven. “Zij waren heel tevreden over de implementatie. Hierdoor groeide bij ons het idee om dit ook voor andere netwerkziekenhuizen mogelijk te maken. In september 2009 ontwikkelden we het concept, de visie en de strategie.” De interesse van andere netwerkziekenhuizen bleef niet lang uit. In april 2010 tekenden voor dit aanbod: AZ Sint-Lucas (Brugge), AZ Glorieux (Ronse), AZ Sint-Blasius (Dendermonde), Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis (Aalst-Asse-Ninove) en AZ Groeninge (Kortrijk).”

BONUS VOOR PATIËNT EN ZIEKENHUIS

Het delen van een elektronisch medisch dossier met andere netwerkziekenhuizen kadert perfect binnen de visie van het Vlaams Ziekenhuisnetwerk K.U.Leuven. Dat heeft als kerntaak: de kennis en expertise van alle netwerkziekenhuizen samenbrengen om de kwaliteit van hun patiëntenzorg en bedrijfsvoering nog te verbeteren. Zo werken de leden van dit netwerk samen degelijke procedures uit rond kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. Om praktisch werkbaar te zijn, moeten deze procedures in het EMD worden geïntegreerd. “Wanneer je met verschillende ziekenhuizen hetzelfde beheersysteem voor het EMD gebruikt, is de kans op uniformiteit van zorg

en kwaliteitsbewaking nog groter”, zegt dokter Tambeur. “En dat komt de patiënt ten goede. Al de gebruikers van het KWS beschikken over dezelfde, recentste gegevens van de patiënt – tenminste op het moment dat zij de patiënt voor een onderzoek of behandeling ‘in huis’ hebben. Bovendien steunen ze ook op dezelfde elektronische vangnetten voor de kwaliteitsbewaking. Dat is bijvoorbeeld van belang als een patiënt een *second opinion* in een ander ziekenhuis wenst. Of als hij voor (een onder-

deel van) zijn behandeling naar een tweede ziekenhuis doorstroomt, maar weer in het eerste wordt opgevolgd. Ten slotte is er nog een praktisch voordeel voor het netwerkziekenhuis: het hoeft geen tijd meer te besteden aan de integratie van standaardprocessen in een elektronisch beheersysteem. Dat betekent concreet: meer tijd voor de werkgroepen van het ziekenhuis om zich te focussen op medisch inhoudelijke zaken.”





INZETBAAR IN ELK ZIEKENHUIS

Bij de implementatie van het KWS in Melsbroek en Diest gebeurden er ad hoc enkele technische aanpassingen om het UZ Leuven-systeem meer op maat van deze twee ziekenhuizen te snijden. In 2011 wordt het KWS in de vijf andere ziekenhuizen uitgerold. De uitvoering start in het voorjaar van 2011 en verloopt gefaseerd over een periode van ongeveer drie jaar. Technische ad-hoc-aanpassingen zijn door deze grotere schaal niet meer mogelijk. Professor Van den Bosch: "Daarom maakten

we het KWS in 2010 meer 'multizekenhuis': alle modules werden aangepast om generisch, over meerdere ziekenhuizen heen, te werken. We ontwierpen een standaard-KWS waarin IT-subsystemen van elk individueel ziekenhuis kunnen worden 'ingeplugd'. Want elk ziekenhuis heeft al toestellen met een IT-component in gebruik, zoals voor een elektrocardiogram of radiologische beeldvorming. Maar de toestellen, en dus ook de IT-subsystemen, zijn niet noodzakelijk van hetzelfde merk als die van UZ Leuven. Ook namen van campussen bijvoorbeeld moeten gemakkelijk kunnen worden aangepast. Bovendien waken we erover dat de nummers van de eenheden in de verschillende ziekenhuizen die het KWS gebruiken, uniek zijn. Zo zijn er ontelbare, grote en kleine, technische aanpassingen nodig."

ENERGIE- EN DATAOPSLAGVOORZIENINGEN

Het KWS is een dynamisch systeem: er komen altijd meer en complexere modules bij. Bovendien betekent de geplande KWS-implementatie in vijf netwerkiekenhuizen een schaalvergroting van 2 000 naar 6 000 bedden. En ten slotte waren de twee computerzalen in campus Gasthuisberg in 2009 al maximaal in gebruik. Dokter Tambeur: "Daarom bouwden we in 2010 een nieuw energiestation en datacenter met voldoende capaciteit om te beantwoorden aan de verhoogde noden van de toekomst. Het datacenter is een investering van 22 miljoen euro. We verwachten hiervan geen commerciële winsten. We legden zelfs een financiële provisie aan voor de voorinvesteringen en de risico's op niet te recupereren kosten."

NIEUW DATABASEPLATFORM

Een ander project dat door het brede uitrollen van het KWS in een stroomversnelling kwam, is de vervanging van het databaseplatform – de onderbouw van de KWS-databank. Professor Van den Bosch: "In 2010 selecteerden we een nieuw databaseplatform en bestudeerden we hoe we de overstap in de komende twee jaar praktisch zouden realiseren. Vergelijk het met de vertaling van een tekst. We weten al naar welke taal (*database*) we de tekst willen vertalen. En we kozen al de vertaalssoftware (*overstapschema*). Nu moeten we nog nagaan in welke mate de software correct 'hertaalt'. Hertalen is meer dan (letterlijk) vertalen. Het is vertalen én herschrijven, zodat de betekenis van de hertaalde tekst identiek is aan die van de brontekst. Wat de software niet correct hertaalt, moeten we zelf manueel hertalen. Deze 'tuning' duurt wellicht nog tot in 2013. De grote uitdaging hierbij is: dit allemaal doen zonder de normale, dagelijkse werking van het KWS in het ziekenhuis te verstoren!"





3



Onderzoek naar innovatieve zorg die de levenskwaliteit van ouderen verhoogt

De levenskwaliteit van ouderen optimaal beschermen: dat is de grote uitdaging van de geriatrie. UZ Leuven wil hierbij als academisch centrum een trekkersrol opnemen. Met – in belangrijke mate – eigen onderzoek, zet het stappen naar een vernieuwende, optimale ouderenzorg.

Veroudering heeft te maken met de ontwikkeling van ‘ouderdomsgebonden kwetsbaarheid’ – een voedingsbodem voor ziekten en verwikkelingen. Dit onvermijdelijke proces speelt zich af in alle weefsels en orgaan-systemen. Wetenschappers en klinici zoeken naar nieuwe middelen en methoden om de ziekten waarmee ouderen kampen, nog beter te behandelen. Zo zorgen ze ervoor dat steeds meer mensen een maximale levensduur bereiken, binnen het haalbare biologische kader. Maar wat ze vooral nastreven, is de bescherming van de levenskwaliteit van ouderen in hun laatste levensfase.

HEUPFRACTUUR: SIGNAAL VAN VERHOOGDE KWETSBAARHEID

Elk jaar breken ongeveer 18 000 ouderen in ons land hun heup. Een op de vijf overleeft het niet en sterft binnen het jaar aan de gevolgen. Maar het sterfterisico van wie het wél overleeft, blijft ook jaren na de heupfractuur verhoogd. Dat blijkt uit een grootschalig onderzoek van UZ Leuven (K.U.Leuven) en UZ Brussel (VUB) bij 750 000 patiënten. De resultaten verschenen op 16 maart 2010 in het gerenommeerde tijdschrift *Annals of Internal Medicine*. Ouderen die

een heup breken, blijken geen ‘gemiddelde’ ouderen te zijn, maar ouderen met een verhoogde ouderdomsgebonden kwetsbaarheid. Die maakt dat een verhoogde botafbraak tot osteoporose en heupfractuur leidt. Maar de breuk kan even goed te wijten zijn aan een valincident door verwardheid van de patiënt. De ziektebeelden van ouderen zijn vaak heel complex en vragen om een heel gerichte en tegelijk heel brede klinische benadering.

OSTEOPOROSEMEDICATIE, OOK VOOR HOOGBEJAARDEN

Ouderen, vooral hoogbejaarden, blijven vaak onderbehandeld. Dat medicatie bij hen onvoldoende werkt, is een misvatting die nog leeft. Alleen grootschalig onderzoek bij deze populatie kan daarin verandering brengen. Maar dat wordt vaak uit de weg gegaan. Het is dan ook heel complex, omdat ouderen vaak aan verschillende ziekten tegelijk lijden en veel geneesmiddelen nemen. De oproep van de Amerikaanse en Europese geneesmiddelenautoriteiten in de helft van de jaren negentig naar grootschalig onderzoek bij hoogbejaarden, bleef lang onbeantwoord. Een van de allereerste domeinen waarin

essentieel onderzoek werd opgestart, is osteoporose. En Leuven beet hierbij wereldwijd de spits af. Meer dan 2 000 patiënten met een recente heupbreuk werden vanuit een tweehonderdtal academische centra opgenomen in een studie van de universiteiten van Leuven en Duke (VS). Die toont aan dat osteoporosemedicatie óók bij ouderen voldoende werkzaam en veilig is. De positieve effecten op hun levenskwaliteit en -verwachting blijken zelfs meer uitgesproken te zijn dan bij jongere osteoporosepatiënten. Deze resultaten waren zo indrukwekkend dat ze (in 2007) vervroegd werden gepubliceerd op de website van de *New England Journal of Medicine* om de medische wereld zonder uitstel op de hoogte te brengen.

VAN ONDERZOEK NAAR PATIËNTENBED

Deze eigen wetenschappelijke onderzoeksresultaten, en die van andere leidende centra, worden klinisch toegepast. De dienst geriatrie ‘vertaalt’ ze naar zorgtrajecten voor de patiënt, zogenoemde zorgpaden. Dat zijn welomschreven procedures die garanderen dat iedere patiënt de juiste, gestandaardiseerde, kwaliteitsvolle zorg krijgt. Naast ‘zuiver’ geriatrische zorgpaden, zoals

‘Diagnosestelling en therapiebeleid bij acute geriatrische syndromen’, zijn er dienstoverschrijdende zorgpaden, zoals ‘Medische nazorg en preventie fractuurrecidieven’. Geriaters en artsen uit andere disciplines van UZ Leuven werken hiervoor nauw samen in de dienstoverschrijdende centra voor metabole botziekten, slikstoornissen, valproblematiek en cognitiestoornissen.

Naast zorgpaden ontwikkelt de dienst geriatrie ook specifieke richtlijnen voor (para)medici en verpleegkundigen. Die zoomen in op het inhoudelijke aspect van de zorg die in het zorgtraject wordt verleend.

De voortdurende wisselwerking tussen onderzoek en klinische praktijk vereist een degelijk uitgebouwde onderzoeksinfrastructuur vlakbij het ziekenhuis. Vandaar het grote belang van de Health Sciences campus die op Gasthuisberg steeds verder wordt uitgebouwd.

INTERNATIONAAL ERKENDE EXCELLENTIEPOOL

Geriatric is een bijzonder veelzijdige discipline. Het is onmogelijk om in alle subdomeinen diepgaand onderzoek te voeren. UZ Leuven wil zich richten op reële, grote

klinische noden in de oudere populatie en de vertaling van onderzoeksresultaten naar zorgvernieuwing. Het Leuvense geriatrische onderzoeksmodel is dus bij uitstek translationeel. Dat blijkt zijn vruchten af te werpen, want op het vlak van onderzoek wordt geriatrie in Leuven internationaal als excellentiepool erkend.

UZ Leuven koos voor drie grote onderzoekslijnen: ‘Ouderdomsgebonden osteoporose en sarcopenie’ (onder leiding van prof. dr. Steven Boonen), ‘Ouderdomsgebonden cognitiestoornissen en dementie’ (onder leiding van prof. dr. Jos Tournoy) en ‘Ouderdomsgebonden zorgmodellen en zorgkwaliteit’ (onder leiding van prof. dr. Koen Milisen).

FOCUS OP ALZHEIMER

Dementie heeft een grote impact op de levenskwaliteit van de patiënt en van de mensen in zijn omgeving. Bovendien wegen de grote zorgnoden, die deze aandoening onherroepelijk met zich meebrengt, zwaar op de maatschappij en de gezondheidseconomie. In België kampen 160 000 mensen met dementie, meestal door

MAN ALS ‘MODEL’ VOOR ONDERZOEK NAAR VEROUDERINGSPROCES

De levensverwachting blijft stijgen, voor mannen én vrouwen, maar mannen benen vrouwen langzaam bij. De levensverwachting nog eindeloos verlengen, is een utopie. Want een lichaam dat veroudert, wordt onherroepelijk kwetsbaarder. De vrouw ondergaat bovendien sterke geslachtshormoonveranderingen tijdens de menopauze, met een ingrijpende invloed op veel orgaansystemen. De man blijft hiervan gespaard: de androgeenspiegels dalen maar heel geleidelijk. Daarom is hij het model bij uitstek om de ouderdomsgebonden kwetsbaarheid, los van eventuele ziekten en verwikkelingen, te doorgronden. Geriater prof. dr. Steven Boonen en endocrinoloog prof. dr. Dirk Vanderschueren van UZ Leuven maken deel uit van een internationale stuurgroep die enkele jaren geleden de *European Male Ageing Study* (EMAS) startte. Ruim 3 000 mannen tussen veertig en tachtig jaar nemen hieraan deel in acht Europese centra. De EMAS brengt heel het verouderingsproces in kaart en zoomt in op de gevolgen van de geleidelijke testosterondaling bij de man. De klinische symptomen die hiermee gepaard gaan, beschreef de EMAS, voor het eerst, in 2010 in het toonaangevende tijdschrift *New England of Medicine*.



2010

JULI

EU-ambassadeurs bezoeken het Medical Imaging Center

Op 16 juli 2010 ontving het Medical Imaging Center (MIC) van UZ Leuven hooggeplaatste gasten: twintig ambassadeurs van de Europese Unie. Het bezoek vond plaats ter gelegenheid van het Europese voorzitterschap van België. Met als thema's: onderzoek, ontwikkeling, wetenschappelijke innovatie en valorisatie. Het MIC is een interdisciplinair onderzoekscentrum in campus Gasthuisberg dat zich richt op vernieuwende toepassingen in de medische beeldvorming. Tijdens de rondgang van de ambassadeurs gaven professoren toelichting en live demo's van verschillende projecten. Zo kregen de ambassadeurs een concreter beeld van de realisaties en doelstellingen van dit centrum.



de ziekte van Alzheimer. Met de toenemende vergrijzing van de bevolking wordt het probleem nog groter. Binnen de onderzoekslijn 'Ouderdomsgebonden cognitiestoornissen en dementie' spitst de Leuvense multidisciplinaire geheugenkliniek zich toe op het onderzoek naar de precieze ontstaansmechanismen van alzheimer en betere diagnostische tools. Daarnaast participeert de geheugenkliniek actief in het onderzoek naar betere behandelingsmethoden. Ze biedt ook patiënten de mogelijkheid om deel te nemen aan klinische studies. Hierin worden onder meer geneesmiddelen getest die de vorming van abnormale eiwitten in de hersenen van alzheimerpatiënten tegengaan, en ook vaccins tegen de ziekte.

VERWARDHEID EN VALINCIDENTEN VOORKOMEN

De onderzoekslijn 'Ouderdomsgebonden zorgmodellen en zorgkwaliteit' beoogt de ontwikkeling van gevalideerde gestandaardiseerde zorgprotocollen en een nauwe

samenwerking tussen artsen, verpleegkundigen en paramedici. Met als ultieme doel: een hoge zorgkwaliteit op de geriatrie dienst. *Hot topics* in deze onderzoekslijn zijn 'delirium', 'valpreventie', 'geriatrie assessment' en de 'interne liaisonfunctie'.

Rond de problematiek van delirium, de medische term voor acute verwardheid, richt het Leuvense onderzoek zich vooral op de preventie en vroegtijdige detectie bij gehospitaliseerde ouderen. Opleiding van verpleegkundigen en artsen rond dit fenomeen loont, zo blijkt uit een klinische studie van enkele jaren geleden. De werkgroep 'Delirium' in UZ Leuven 'vertaalt' bovendien de (eigen) wetenschappelijke onderzoeksbevindingen in richtlijnen voor het ziekenhuis.

Het valpreventieonderzoek legt het accent op een multidisciplinaire aanpak, en de ontwikkeling en implementatie van preventieve zorgmodellen voor de thuiszorg en de residentiële sector (woon- en zorgcentra). Het klinisch onderzoek beoogt vooral het ontwikkelen van screeningsmethodes om hoogrisicopatiënten op te sporen en het ontwikkelen en testen van preventieve interventies.

OUDEREN EVALUEREN EN MULTIDISCIPLINAIR OPVOLGEN

'Geriatrisch assessment' omvat een uitgebreide geriatrische evaluatie van de algemene gezondheidstoestand en het algemeen functioneren en welbevinden van de oudere patiënt. Een Leuvense doctoraatsonderzoek focust op de validatie en het gebruik van het RAI-screeningsinstrument als hulpmiddel bij dit assessment.

Binnen de koepel van 'Ouderdomsgerelateerde zorgmodellen en zorgkwaliteit' wordt ten slotte ook aandacht besteed aan de 'interne liaisonfunctie'. Via de multidisciplinaire geriatrische *liaison* wordt de geriatrische expertise aan het bed van iedere geriatrische patiënt gebracht – dus ook als hij bij een ziekenhuisopname op een niet-geriatrische dienst terecht komt.



Nieuwe behandeling van Barrett-slokdarm onder de loep



Het Barrett-slijmvlies van mensen die aan reflux lijden, kan recent zonder chirurgie of uitgebreide endoscopische behandelingen worden verwijderd. UZ Leuven onderzocht de veiligheid en doeltreffendheid van de innovatieve techniek.

Reflux is het terugvloeien van maaginhoud in de slokdarm. Hierbij komen zuur en gal uit de maag in contact met de slokdarmwand. Dat veroorzaakt mogelijk een beschadiging en ontsteking van het slijmvlies, zogenoemd refluxlijden. Jarenlang ernstig refluxlijden leidt in een op de tien gevallen tot een verandering van het 'normale' slijmvlies in Barrett-slijmvlies – genoemd naar de Engelse arts die dit in 1953 voor het eerst beschreef. Barrett-slijmvlies vertoont mogelijk gebieden met afwijkingen, dysplasie genoemd. Hier vertoeven 'onrustige' cellen die de kans op slokdarmkanker verhogen.

VERWIJDEREN EN VERHITTEN

Recent kwam een nieuwe techniek beschikbaar voor de verwijdering van Barrett-slijmvlies: *endoscopische resectie* gevolgd door *radiofrequente ablatie*. Endoscopisch wil zeggen dat de arts gebruikmaakt van een endoscoop, een 'kijkbuis' om lichaamsholten te onderzoeken en eventueel een biopsie of een ingreep uit te voeren. Bij de endoscopische resectie wordt het meest oppervlakkige laagje van het Barrett-slijmvlies met een endoscoop verwijderd. Toch is het niet uitgesloten dat in het

resterende deel van het Barrett-slijmvlies opnieuw 'onrustige' cellen ontstaan. Daarom wordt dit deel kortstondig sterk verhit met radiofrequentie-energie, waardoor het afsterft. Na deze radiofrequente ablatie van het Barrett-slijmvlies groeit er opnieuw 'normaal' slijmvlies en herstelt de slokdarm snel. Zuurremmende medicatie duwt dit proces mee in de goede richting. De combinatie van deze twee technieken in één behandeling maakt het mogelijk om chirurgie en uitgebreide endoscopische behandelingen te vermijden.

VEILIG EN DOELTREFFEND

UZ Leuven onderzocht in een eerste Belgische studie de veiligheid en doeltreffendheid van deze innoverende techniek voor de verwijdering van Barrett-slijmvlies. De resultaten werden tijdens de Belgian Week of Gastroenterology van 4 tot 6 maart 2010 gepresenteerd. Ze tonen aan dat de techniek bij goed geselecteerde patiënten veilig én doeltreffend is. Ook voor het verder bestuderen en toepassen ervan blijft UZ Leuven in Europa een belangrijke rol spelen.



Baanbrekend academisch onderzoek: van luchtpijptransplantaties tot buisjes in de lever



Verschillende artsen en onderzoekers bereikten in 2010 een doorbraak in hun onderzoeksdomeinen. Een team van UZ Leuven en de K.U.Leuven voerde als eerste een geslaagde luchtpijptransplantatie uit, de genezende werking van vetweefsel werd blootgelegd, de behandeling van longkanker kent hogere slaagkansen dan ooit tevoren, en een nieuw 'buisje' redt levens van leverpatiënten ...



WERELDPREMIER: SUCCESVOLLE LUCHTPIJPTRANSPLANTATIE

Op 14 januari 2010 presenteerde een team dat bestaat uit artsen van UZ Leuven en de K.U.Leuven een wereldprimeur in het gerenommeerde tijdschrift The New England Journal of Medicine (NEJM). Onder leiding van prof. dr. Pierre Delaere slaagde het in een luchtpijptransplantatie zonder afstotingsverschijnselen én met volledig herstel van de bloedtoevoer naar het donororgaan. Een topprestatie die voortvloeit uit twintig jaar intensief onderzoek en uit de samenwerking van diverse UZ Leuven-afdelingen: in de domeinen neus-, keel- en oorziekten, gelaats- en halschirurgie, pneumologie en chirurgie.

Een luchtpijpvernauwing kan aangeboren zijn of veroorzaakt worden door bijvoorbeeld een verkeersongeval. Wanneer ze na een ingreep terugkeert of langer is dan vijf centimeter, biedt vaak alleen een luchtpijptransplantatie nog uitkomst. De klassieke transplantatie faalt op twee punten: de bloedvoorziening van de luchtpijp raakt niet hersteld en de geneesmiddelen die de patiënt moet

2010

JANUARI

Leuven kankerinstituut vernieuwt chemosite en oncoboek

Om de communicatie met patiënten en zorgverleners te verbeteren heeft het Leuven kankerinstituut (LKI) een website over chemotherapie gelanceerd en het oncologische handboek vernieuwd.

In 2004 startte het LKI, met de financiële steun van Kom op tegen Kanker, het Cyttra-project (**Cytostatica Zorgtraject**). Cyttra ontwikkelde informatiemateriaal op maat van volwassen chemotherapiepatiënten. Deze info stelt UZ Leuven nu ook beschikbaar voor patiënten en zorgverleners buiten de ziekenhuismuren via www.chemotherapie.be. De vernieuwde website biedt algemene en behandelingsspecifieke informatie en (zelf)zorgadviezen voor al wie met chemotherapie te maken krijgt.

Het vernieuwde oncologische handboek biedt de modernste richtlijnen en protocollen voor de diagnostiek en behandeling van kanker. De informatie is gestructureerd per tumortype. Dit elektronische oncoboek is een leidraad voor medewerkers van UZ Leuven en de netwerkziekenhuizen. Het kwam tot stand dankzij de inzet van meer dan honderd betrokken artsen en andere zorgverleners.

nemen tegen de afstoting van het donororgaan, hebben ernstige bijwerkingen.

Met een 'dubbele' transplantatie omzeilden de UZ Leuven-artsen voor het eerst deze problemen. Ze plantten de donorluchtpijp in de arm van de patiënt in. Zodra de bloedtoevoer was hersteld, vervingen ze het slijmvlies van de donorluchtpijp gedeeltelijk door wangslimvies van de patiënt. Daarna konden ze de antiafstotingsmedicatie stopzetten en de donorluchtpijp naar de hals overbrengen.

BETERE AFLOOP VOOR KRITIEK ZIEKE PATIËNTEN MET WAT EXTRA VETRESERVES

Zwaarlijvigheid verhoogt de kans op ernstige aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten en diabetes. Maar wanneer u op de afdeling intensieve geneeskunde ligt, kan een beetje overgewicht uw leven net redden. Dr. Lies Langouche heeft samen met prof. dr. Greet Van den Berghe en collega's de beschermende werking van wat extra vet bij kritiek zieke patiënten opgehelderd.

Uit hun onderzoek blijkt dat het vetweefsel van deze patiënten allerlei veranderingen ondergaat. Het maakt

veel nieuwe, kleine vetcellen aan die als 'vuilnisbakjes' dienst doen. Ze nemen schadelijke stoffen, zoals een teveel aan glucose of triglyceriden, uit het bloed op en bewaren ze. Zo beschermen ze vitale organen zoals de lever en de nieren.

Zodra de achterliggende mechanismen volledig zijn uitgeklaard, kan de behandeling van kritiek zieke patiënten nog worden verbeterd. Het gerenommeerde tijdschrift *The American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* publiceert de resultaten van dit onderzoek in zijn augustusnummer.

BETERE OVERLEVINGSKANSEN MET VACCIN NA LONGKANKEROPERATIE

Longkanker is nog altijd de dodelijkste kanker. Patiënten zonder uitzaaiingen, bij wie de tumor chirurgisch wordt verwijderd, hebben veertig procent kans op genezing. Volgen ze ook chemotherapie, dan stijgt hun kans nog eens met tien procent. Helaas lijden veel longkankerpatiënten ook aan hart- en vaatziekten, waardoor ze de chemotherapie niet aankunnen.

Voor hen is er goed nieuws. Een nieuw vaccin, dat al bij 182 patiënten werd getest, blijkt in dezelfde mate als chemotherapie herval te voorkomen, én met minder nevenwerkingen. Het vaccin zorgt voor de aanmaak van antistoffen die het MAGE A3-eiwit in kankercellen vernietigen. Dit komt bij ongeveer een derde van alle longkankers voor.

Het vaccin verhoogt mogelijk ook, naar verhoopt met tien procent, de overlevingskansen van patiënten die na hun operatie wél chemotherapie krijgen.

Prof. dr. Johan Vansteenkiste van UZ Leuven is een van de trekkers in dit onderzoek. Dat is nu uitgebreid naar 10 000 patiënten, van wie 100 Belgen. Goede resultaten bieden ook perspectieven voor de behandeling van andere kankers, zoals huid- en blaaskanker.

LEVENSREDDEND BUISJE VOOR LEVERPATIËNTEN

Spataders in de slokdarmwand (slokdarmvarices) komen voor bij patiënten met leverziekten. Ze ontstaan door een hoge bloeddruk in de lever en bloeden gemakkelijk. Ernstige bloedingen worden vier op de tien patiënten met een leverziekte in een ver gevorderd stadium fataal.

Maar er is goed nieuws: het vroegtijdig inbrengen van een 'buisje' in de lever kan in acht op de tien gevallen levensreddend zijn. Dat rapporteren zeven gespecialiseerde Europese levercentra in The New England Journal of Medicine op 24 juli 2010. Onder hen de dienst hepatologie, in samenwerking met de afdeling interventionele radiologie van UZ Leuven.

Via de halsaders wordt een 'buisje' door de lever gestoken om een verbinding te maken tussen de bloedvaten aan de in- en uitgang van de lever. Hierdoor daalt de bloeddruk in de lever. Met amper 63 patiënten kon het wel-doende effect van deze transjugulaire portosystemische shunt (TIPPS) duidelijk worden aangetoond. Deze niet-chirurgische behandeling werd voordien alleen toegepast als andere behandelingen faalden. ○



Nationale en internationale onderscheidingen

In 2010 werd het wetenschappelijk onderzoek (UZ Leuven/K.U.Leuven) erkend en gelauwerd door verschillende instanties.

De FWO-Excellentieprijs werd toegekend, het echocardiolab en de dienst forensische geneeskunde verdienden beiden een internationale accreditering.



FWO-EXCELLENTIEPRIJZEN

Op 28 juli 2010 maakte het Fonds Wetenschappelijk Onderzoek (FWO) de vijf laureaten van de Excellentie-prijzen bekend. Deze prestigieuze 'Vlaamse Nobelprijzen' bekronen om de vijf jaar de onderzoekscarrière van eminente Vlaamse onderzoekers in vijf grote wetenschapsdomeinen. Een internationale jury van topwetenschappers beoordeelt de voorgedragen kandidaten en selecteert per domein een laureaat. Die ontvangt honderdduizend euro.

*Prof. dr. Paul Rutgeerts
(faculteit geneeskunde K.U.Leuven,
medisch diensthoofd endoscopie UZ Leuven)*

Met zijn klinisch onderzoek naar inflammatoire darmziekten, zoals de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa, heeft hij talrijke internationale publicaties op zijn naam en kreeg hij wereldwijd erkenning. Zijn collega's en ook patiëntenorganisaties roemen hem voor zijn invloed in de klinische praktijk en zijn voortrekkersrol bij de ontwikkeling van nieuwe therapieën.

*Prof. dr. Peter Carmeliet (faculteit geneeskunde
K.U.Leuven, directeur Vesalius Research Center van het
Vlaams Instituut voor Biotechnologie)*

Zijn vasculair onderzoek wordt wereldwijd erkend als baanbrekend. Hij is bovendien een van de voortrekkers in het translationeel onderzoek, onder meer voor kankers, oogziekten en de neurodegeneratieve ziekte ALS (amyotrofe laterale sclerose). Met meer dan vierhonderd wetenschappelijke rapporten in toptijdschriften is hij een van de meest geciteerde biomedische wetenschappers.

INTERNATIONALE ONDSCHIEDING VOOR ECHOCARDIOLAB

Echocardiografie is een onderzoekstechniek van het hart met ultrasoon geluid. Op de echobeelden wordt de werking van het hart en de hartkamers en -kleppen bestudeerd. Het echocardiolab van UZ Leuven staat onder leiding van prof. dr. Jens-Uwe Voigt.

Het lab werkt met de nieuwste technieken, zoals drie-

dimensionale beeldvorming en kwantitatieve beeldfunctiemetingen. Dat bewijst de advanced level-accreditering die het in november 2010 van de European Association of Echocardiography (EAE) kreeg, na een controle op eigen vraag.

Dit kwaliteitslabel erkent ook de competenties en inspanningen van alle labmedewerkers. De verpleegkundigen die als echocardiografist in het lab werken, krijgen een intensieve training op de werkvloer. Zij moeten zich via zelfstudie verder inwerken in de complexe materie. Want 'echocardiografist' is in ons land geen officieel diploma – hiervoor bestaat dan ook geen erkende opleiding.

INTERNATIONAAL ERKENDE ACCREDITING VOOR LIJKSCHOUWINGEN

De dienst forensische geneeskunde van UZ Leuven voert lijkschouwingen uit van ongewone, verdachte en gewelddadige vormen van overlijden. Zowel uitwendige

2010

AUGUSTUS

Leuvense navelstrengbloedbank vriest tienduizendste staal in

Patiënten met een aangeboren of kwaadaardige bloedziekte, zoals leukemie, hebben nood aan 'gezonde' stamcellen van een donor. Navelstrengbloed wint steeds meer aan belang als stamcellenbron. Het geeft minder aanleiding tot afstoting of aanverwante verwikkelingen. En het is sneller beschikbaar dan beenmerg van volwassen donoren – de klassieke stamcellenbron.

De Leuvense navelstrengbloedbank bewaart navelstrengbloedstalen zonder kosten voor de donor. Ze stelt ze ter beschikking van iedere patiënt, waar ook ter wereld, met voldoende weefselverenigbaarheid. De patiënten zijn vaak kinderen en de kans op succes bij een transplantatie is ongeveer een op de twee. Elke maand wordt een tweetal eenheden van de Leuvense bank gebruikt ... en wordt dus het leven van één kind gered.

Voor de inzameling van het navelstrengbloed werkt de Leuvense bank nauw samen met verloskundigen, huisartsen, vroedvrouwen en verpleegkundigen uit kraamklinieken, verspreid over heel Vlaanderen. Dankzij de belangeloze inzet van Vlaamse moeders is de kaap van 10 000 stalen bereikt.



lijkschouwingen als inwendige (autopsies). De biologische stalen worden onderzocht in het geaccrediteerde DNA-laboratorium van de dienst.

UZ Leuven beschouwde het als een uitdaging om, naast de verplichte lab-accreditering, een ISO 17020-accreditering te behalen voor het proces dat de staalanalyse voorafgaat. Met andere woorden: voor de uit- en inwendige lijkschouwing met de afname en de voorbereiding van de stalen voor pathologie, toxicologie, genetica, microbiologie en biochemie. Hierin slaagde het begin 2010.

Het internationaal erkende certificaat werd uitgegeven door het Belgische accreditatiebureau BELAC en is

momenteel zo goed als uniek in Europa. Met de razendsnelle evolutie van de forensische wetenschappen groeit in heel Europa het bewustzijn dat er nood is aan professionalisme en normering in deze discipline. Het door UZ Leuven behaalde certificaat past perfect binnen dit kader en komt de 'chain of custody', de zogenoemde bewijsketen, alleen maar ten goede.





4

Aantrekkelijk voor (kandidaat-)medewerkers én patiënten

UZ Leuven wil zijn aantrekkingskracht en sterke punten voor (kandidaat-)medewerkers en patiënten ook in de toekomst behouden. Dat weerspiegelen de gloednieuwe stijl van de wervingscommunicatie en talrijke andere accenten in het personeelsbeleid en verpleegkundige beleid van 2010.



De zorgsector kent een stijgende nood aan verpleegkundigen, medewerkers uit andere knelpuntberoepen of profielen met een heel specifieke kennis. Daarom wil UZ Leuven zich onder meer sterk profileren op de arbeidsmarkt en ontwikkelde het in 2010 een gloednieuwe vormgeving voor de wervingscommunicatie.

ZONDER BEELDEN, MAAR SPELEN MET WOORDEN

“Onze nieuwe jobadvertenties vallen op door hun eenvoudige, krachtige stijl, zonder foto's of afbeeldingen”,

zeft Griet Veeckmans. Ze is binnen de dienst personeelsbeleid van UZ Leuven verantwoordelijke rekrutering en selectie. “We gebruiken frisse kleurencombinaties en zetten woorden met een letterlijke en figuurlijke betekenis in de schijnwerpers. Zoals het woord ‘dosis’, dat een vertrouwd begrip is in de zorgsector, maar ook een figuurlijke betekenis heeft: een gezonde dosis adrenaline en een flinke portie verantwoordelijkheden. De figuurlijke betekenis van deze kernwoorden verwijst naar waarden die belangrijk zijn voor mogelijke sollicitanten én naar waarden waarop het humanresourcesbeleid van UZ Leuven steunt. Met de figuurlijke betekenis willen we ook de aandacht trekken van mensen uit niet-medische

disciplines. Want UZ Leuven stelt ook veel mensen tewerk in bijvoorbeeld IT, administratie, keuken en onderhoud. We plaatsen dan ook geen typische ziekenhuisbeelden meer bij de advertenties. Zo vermijden we dat kandidaten afgeschrikt worden door de associatie met het medische. We beogen vooral dat de ziekenhuiswereld in beeld komt als een werkomgeving waar heel verschillende disciplines met elkaar samenwerken en elkaar nodig hebben voor een optimaal resultaat.”

De nieuwe stijl in onze wervingscommunicatie loopt in de toekomst als een rode draad door alle wervingscommunicatiekanalen van UZ Leuven: de website, de communicatie van interne vacatures via intranet, de publi-



Dat UZ Leuven in juli 2010 als eerste Belgische ziekenhuis het JCI-kwaliteitslabel behaalde, is een verdienste van alle medewerkers. Daarom trakteerde UZ Leuven hen in september op een fuif in de Leuvense Brabant, met de toepasselijke naam: Time Out. Die verwijst enerzijds naar de time-outprocedure bij een heelkundige ingreep, een absolute JCI-vereiste. En anderzijds naar de time out die iedereen, na al de extra inspanningen in aanloop naar de accreditatie, méér dan verdiend had. De vijf feestregels op de affiche ‘speelden’ met de vijf wat-te-doen-bij-brand-regels, die bij de accreditatie in de schijnwerpers stonden. En het patiëntenarmbandje dat de feestvierders als toegangsbewijs ontvingen op vertoon van hun personeelsbadge ‘knipoogde’ naar de dubbele patiëntenidentificatie – een andere belangrijke JCI-vereiste. Onder het motto ‘no rules, great party’ konden de medewerkers hun batterijen weer helemaal opladen.



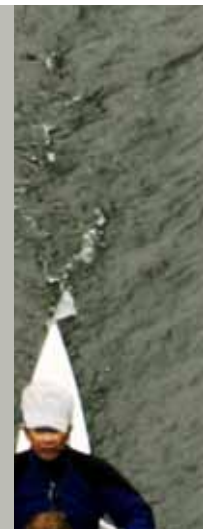
2010

OKTOBER

Dag van de ergotherapie

Op 27 oktober vierden de veertig ergotherapeuten van UZ Leuven, voor de tweede keer op rij, de 'dag van de ergotherapie'. Tijdens een door UZ Leuven aangeboden ontbijt of lunch wisselden ze ervaringen uit met collega's van de verschillende campussen.

Een ergotherapeut in UZ Leuven evalueert welke activiteiten de patiënt in zijn dagelijkse leven nog wel en niet meer kan uitvoeren. Van eenvoudige activiteiten, zoals zich aankleden, tot meer complexe, zoals telefoneren en maaltijden bereiden. De ziekenhuissetting verschilt van de reële thuissituatie van de patiënt. Daarom be vraagt de ergotherapeut ook familieleden, in het ziekenhuis of tijdens een huisbezoek. Hij stelt werkpunten voor de patiënt op en reikt hem hulpmiddelen of compensatiemethoden 'op maat' aan. Dat vraagt de nodige flexibiliteit, creativiteit en samenwerking met zorgverleners uit andere disciplines. Bovendien moet de ergotherapeut zich verdiepen in de specifieke problematiek van de patiëntengroep waarmee hij werkt. Van geriatrie en neurologische patiënten, tot patiënten in de reumatologie, traumatologie, respiratoire revalidatie, kindergeneeskunde, intensieve zorgen en het brandwondencentrum.



citeit rond informatieavonden voor laatstejaars-studenten, mailings naar scholen, en – last but not least – de communicatie over de jobinfobeurs van UZ Leuven.

DEELTIJDS STUDEREN EN WERKEN

De jaarlijkse jobinfobeurs richt zich niet alleen tot mensen die pas de school hebben verlaten en gericht een job zoeken. Ze wil ook mensen inspireren bij hun studie-keuze of heroriëntering van hun loopbaan. "Steeds meer mensen willen op een later moment hun loopbaan een andere wending geven", zegt personeelsdirecteur Marianne Vael. "Met de opkomst van afstands- en volwassenenonderwijs, wordt dat ook praktisch gemakkelijker haalbaar. Vaak gaat het om mensen met een hoge

motivatie en een – door hun (levens)ervaring – stevige 'ruggengraat'. Eigenschappen die we als werkgever sterk appreciëren. Daarom willen we ons inspannen om deze kandidaat-medewerkers te ondersteunen." Verpleegkundig directeur Koen Balcaen vult aan: "Dat doen we al concreet voor de studenten verpleegkunde uit het volwassenenonderwijs. Na een jaar opleiding kunnen ze onder het statuut van zorgkundige al deeltijds in UZ Leuven aan de slag. Door deeltijds te studeren en – betaald – te werken, vervolmaken ze hun opleiding gemakkelijker. En ze leren ons 'huis' en de concrete zorgomgeving al kennen."

BEGELEID INSCHOLEN

Nieuwe UZ Leuven-medewerkers worden goed inge-

schoolt in het ziekenhuis als organisatie en op de specifieke afdeling waar ze aan de slag gaan. Het is cruciaal dat zij hun rol en verantwoordelijkheden kennen. De leidraad daarbij is een functiebeschrijving met competentieprofiel: wat je moet kennen, kunnen en zijn. "Daarom willen we de beschrijving van UZ Leuven-functies actualiseren", zegt Marianne Vael. "Iedere medewerker moet hierover duidelijkheid hebben, elektronisch toegang krijgen tot zijn functieomschrijving en bevestigen dat hij die heeft doorgenomen. In 2010 hebben we dit al volledig structureel ingebed voor de verpleegkundigen."

Koen Balcaen: "Bij de intake van verpleegkundigen is deze functiebeschrijving een handig hulpmiddel om af te spreken wanneer de nieuwkomer bepaalde taken onder de knie moet hebben. Maar ook na het inwerktraject blijft dit document een uitgelezen (zelf)evaluatiemiddel."

WERKPLEK-LEREN

Een andere troef van UZ Leuven is het ruime aanbod van opleidingsactiviteiten. Daarmee versterken de medewerkers hun persoonlijke vaardigheden nog en groeien ze in hun job. "In 2010 legden we een belangrijk accent op werkplek-leren", zegt Marianne Vael. "Dat bestaat onder verschillende vormen, maar gaat altijd over het aanleren en toepassen van vaardigheden in concrete werksituaties." Koen Balcaen concretiseert: "We stimuleren onze medewerkers om wat ze via een cursus of op een ander leermoment opsteken, over te dragen aan collega's op de werkplek." Op vaste momenten, zoals teamvergaderingen? "Niet alleen dan, maar permanent – wanneer het van toepassing is – aan het bed van de patiënt. We spreken dan ook van *bedside teaching*. Een andere vorm van werkplek-leren is de bespreking van 'uit de werkplek gegrepen' casussen, die medewerkers zelf aanreiken tijdens cursussen."

HOOG VEILIGHEIDSGEVOEL

Dat UZ Leuven een omgeving is waarin veilig wordt gewerkt, verhoogt nog de aantrekkingskracht voor (kandidaat-)medewerkers. Dit veiligheidsgevoel steunt niet alleen op de moderne ziekenhuisinfrastructuur en -uitrusting en de sterk uitgebouwde ondersteunende diensten. Het vloeit ook voort uit de standaarden en protocollen die UZ Leuven hanteert om een veilige en kwaliteitsvolle patiëntenzorg te garanderen. De medewerkers kunnen de procedures bij twij-

fel altijd elektronisch opvragen. Dat deze procedures ook 'doorleefd' zijn, bewijst de JCI-accreditatie die UZ Leuven in 2010 behaalde. Deze erkenning heeft de kritische blik van de UZ Leuven-medewerkers nog meer aangescherpt. Koen Balcaen: "Sinds 2010 melden ze via een elektronisch systeem meteen alles wat een potentieel risico voor de patiënt en zijn omgeving inhoudt en dus niet aan onze standaarden voldoet. Dat kan bijvoorbeeld gaan om een losliggende kabel waarover mensen kunnen struikelen. Of medicatie die qua verpakking zo sterk op andere medicatie lijkt, dat de kans op vergissingen groot is. De meldingen worden automatisch doorgestuurd naar de bevoegde personen die op korte termijn een verbeterplan uitwerken. Zo wordt de kabel bijvoorbeeld vastgemaakt of ingewerkt, en krijgen de

gelijkaardige geneesmiddelen een opvallende sticker om ze goed van elkaar te onderscheiden."

ULTIEME DOEL

Al deze troeven en accenten die UZ Leuven aantrekkelijk maken voor medewerkers, dienen ook een nog hoger doel. Iedere UZ Leuven-medewerker – welke functie hij ook vervult – draagt rechtstreeks of onrechtstreeks bij tot een kwaliteitsvolle en veilige zorg voor de patiënt. Dat soort zorg steunt immers op de multidisciplinaire samenwerking en permanente verdere scholing van alle medewerkers, in een goed uitgeruste omgeving die aan hoge kwaliteitsstandaarden voldoet. 



Brand voorkomen, beperken én doeltreffend ontvluchten

In 2010 werkte de dienst preventie en milieu rond brandpreventie, samen met de dienst communicatie en de technische dienst van UZ Leuven.



Kwaliteitsvolle patiëntenzorg houdt onder meer in dat de ziekenhuismedewerkers in elke noodsituatie snel en doeltreffend handelen. Daarom hecht UZ Leuven er veel belang aan dat iedereen goed op de hoogte is van de noodmaatregelen die ze moeten nemen, zoals bij brand. Die werden in 2010 door de dienst preventie en milieu, samen met de dienst communicatie van UZ Leuven, in de schijnwerpers gezet.

TIJDLOOS INSTRUCTIEFILMPJE

“We wilden het vijfstappenplan ‘Wat te doen bij brand?’ bij alle UZ Leuven-medewerkers in het geheugen griffen”, zegt Willem Busschots, medewerker van de dienst preventie en milieu. “Budgettair en organisatorisch was het onmogelijk om iedereen een praktische opleiding te geven. We waren dan ook heel tevreden met het voorstel van de communicatiedienst om samen een tijdloos instructiefilmpje te ontwikkelen. We kozen voor bewegend pictogrammen, omdat beelden van personen sneller gedateerd raken.”

Het filmpje beeldt de vijf stappen uit die UZ Leuven-medewerkers achtereenvolgens bij brand moeten nemen.

VIJF GOUDEN REGELS

- 1 *Bel het noodnummer 2580 – niet toevallig de vier cijfers van de middelste kolom op de telefoon – en geef plaats en naam van de locatie door.*
- 2 *Onderneem één bluspoging met een brandblusapparaat.*
- 3 *Sluit deuren en ramen.*
- 4 *Evacueer de bedreigde zone via de (nood)uitgang.*
- 5 *Blijf ter plaatse en volg de instructies van de eerste interventieploeg of hulpdiensten.*

“Deze vijf regels bij brand zijn uiteraard niet nieuw: onze medewerkers volgen ze al jaren”, zegt Willem Busschots.

2010

M E I

**‘We go for it!’: 20 km door Brussel
voor revalidatiecentrum**

Met het project ‘We go for it!’ nam het revalidatiecentrum van UZ Leuven campus Pellenberg voor de vijfde keer deel aan de 20 km door Brussel. Lopers en handbikers trainden samen voor deze uitdaging. Ze lieten zich sponsoren en liepen voor een goed doel, wat in deze wedstrijd gebruikelijk is. De opbrengst van hun krachttoer ging integraal naar het revalidatiecentrum voor de aankoop van een balance master system. Dat is een stabiliteitsplaat die wordt ingezet om neurologische, orthopedische en geriatrische patiënten met evenwichts- en mobiliteitsproblemen te onderzoeken en te trainen.



2010

SEPTEMBER

Film en internetplatform brengen mucopatiënten op 'ADEM'

Een van de films die in 2010 in de bioscoop draaide, was 'ADEM'. Dit beklijvende langspeeldebuut van regisseur Hans Van Nuffel was op het Wereldfilmfestival van Montréal de grote winnaar. Veel scènes werden ingeblikt in een ziekenhuissetting in UZ Leuven. Op deze manier wil UZ Leuven bijdragen tot een juist beeld over mucoviscidose, de erfelijke en ongeneeslijke ziekte waaraan de hoofdrolspelers lijden. 'Adem' verwijst naar de natuurlijke ademhaling die bij mucopatiënten door taaie slijmen wordt bemoeilijkt. Ook fundamentele levensvragen, die mensen met mucoviscidose door hun beperkte levensverwachting al op jongere leeftijd stellen, komen aan bod.

Mucopatiënten, ouders en zorgverleners met vragen rond (de behandeling van) de ziekte kunnen terecht op www.ecorn-cf.eu. Experten, onder wie UZ Leuven-kinderpneumologe prof. dr. Kris De Boeck, beantwoorden er vragen en geven advies. Deze website is een initiatief van het Netwerk van Europese Referentiecentra voor mucoviscidose.



"Toch is er één wijziging doorgevoerd: regel twee van vroeger – het noodnummer bellen – is naar voren geschoven. We vragen nu om eerst het noodnummer te bellen en dan een bluspoging te ondernemen. De informatiecampagne van 2010 bood ons de ideale gelegenheid om ook deze wijziging meteen bij iedereen bekend te maken."

TWEE KLEUREN VOOR FIGUREN

Een ziekenhuisomgeving is geen doorsneewerkomgeving. Naast gezonde, volwassen medewerkers, zijn er ook hulpbehoevende patiënten van alle leeftijden, én bezoekers aanwezig. Zij zijn niet even goed op de hoogte van de evacuatie-richtlijnen als de personeelsleden, en moeten bij brand dan ook worden begeleid. Om de

medewerkers hierop attent te maken, kregen de pictogramfiguren een andere kleur: zwart voor de medewerkers en groen voor de patiënten en bezoekers.

FILM, AFFICHE EN STICKERS

De dienst communicatie moedigde de UZ Leuven-medewerkers aan om de vijf regels en het instructiefilmpje op het intranet te bekijken. Ze gebruikte hiervoor verschillende communicatiekanalen: een in het oog springende affiche, berichten in het personeelsmagazine InfuUZ en de interne nieuwsbrief DigUZtief, en briefings voor leidinggevend. Zo wordt van de leidinggevende onder meer verwacht dat hij al bij het eerste onthaal van een nieuwe medewerker de brandveiligheid toelicht en de eerste instructies geeft.

Ten slotte verspreidde men ook stickers. Die brengen dezelfde boodschap als de affiche – de vijf regels bij brand. Ze zijn verspreid op alle afdelingen van het ziekenhuis en kregen een permanente plaats op informatie- en planningsborden.

INTACTE BRANDDEUREN

Branddeuren zijn een must om de verspreiding van vuur en rook doeltreffend tegen te gaan. Samen met de technische dienst van UZ Leuven heeft de dienst preventie en milieu in 2009 en 2010 de toestand van de branddeuren grondig geëvalueerd en verbeterd. Beschadigde en slecht functionerende branddeuren werden hersteld of vervangen. "We hebben een grote 'herstelinhaalbeweging' gedaan en willen de huidige kwaliteit van de

branddeuren graag behouden”, zegt Herman Devriese, diensthoofd preventie en milieu. “Er is dan ook een medewerker van de technische dienst permanent vrijgemaakt voor het onderhoud van de branddeuren. En we roepen alle UZ Leuven-medewerkers op om de branddeuren met respect te behandelen.”

GATEN GEDICHT

De muren waarin de branddeuren zich bevinden, moeten uiteraard ook intact zijn. Anders kan het vuur en de rook zich alsnog verspreiden. Maar UZ Leuven is een dynamisch huis. Er worden niet alleen voortdurend



leidingen bijgelegd voor klassieke loodgieterijwerken, maar ook voor databekabeling. En hiervoor moeten gaten worden geboord. Het correct dichten van deze gaten heeft de technische dienst, samen met de dienst preventie en milieu van UZ Leuven, ter harte genomen. In 2010 kwamen de technische ruimten al aan bod. De overige ruimten van het ziekenhuis volgen in de komende jaren. “We hebben twee firma’s ingeschakeld die deze gaten professioneel dichten met een brand- en rookwerende pasta”, zegt Herman Devriese. “Het dichtgemaakte gat krijgt een nummer en een etiket dat aangeeft welke firma de werken heeft uitgevoerd. Bij een nieuwe doorboring moet altijd dezelfde firma het gat weer herstellen. Dat is van belang, omdat de ‘nieuwe’ pasta op de ‘oude’ moet hechten.”

VRIJE DOORGANG

Wanneer er brand uitbreekt, telt elke seconde. Mensen moeten worden geëvacueerd en de interventieploeg of de hulpdiensten moeten tot bij de brandhaard geraken. Dat is maar mogelijk als je gemakkelijk door alle ziekenhuisgangen kunt vooruitkomen. Helaas worden de gangen nog te vaak als nuttige opslagruimte aangezien. Hierop heeft de dienst preventie en milieu in 2010 de aandacht van alle UZ Leuven-medewerkers gevestigd. Herman Devriese: “Tijdens een grote schoonmaakoperatie hebben de medewerkers op de ziekenhuisafdelingen al het materiaal dat zich op de gangen bevond, kritisch bekeken. Wat overbodig was of op een andere plaats kon worden gestockeerd, hebben ze uit de gangen verwij-

derd. Uiteraard staat er nu nog altijd materiaal in de gangen, maar toch beduidend minder dan vroeger. Iedereen probeert bovendien al het materiaal aan één kant te plaatsen om de doorgang nóg te verbeteren.”

ETHER OP DE BON

Een van de heel vluchtige en brandbare vloeistoffen die in een ziekenhuis veel worden gebruikt, is ether. Het dient onder meer voor de schoonmaak van toestellen, grote wondverzorging en koudetests (meten van reactie bij patiënt op een koude prikkel). “Sinds 2010 krijgen alleen de afdelingen die ether voor deze doelen gebruiken nog ether in flacons van de ziekenhuisapotheek”, zegt Herman Devriese. “Al de andere afdelingen krijgen alleen individueel verpakte doekjes met ether doordrenkt. Een wat duurdere verpakkingsvorm, maar met een kleiner risico op brandincidenten.”

Een ander project van de dienst preventie en milieu in 2010 rond gevaarlijke stoffen in het algemeen, was de opleiding voor de mensen van het intern transport. “Ze transporteren dagelijks potentieel gevaarlijke stoffen in en rond het ziekenhuis. Met deze opleiding verruimen we hun kennis over deze producten. Zo kunnen ze nóg adequater reageren in geval van incidenten tijdens het transport.”

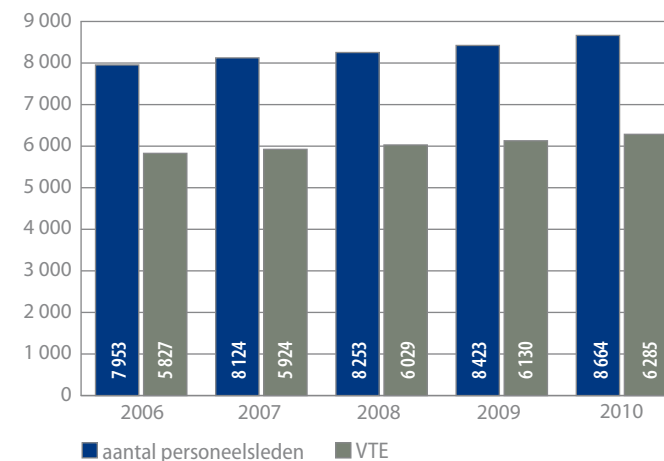
Al deze projecten kaderen perfect in de missie van de dienst preventie en milieu. Zorgen dat alle UZ Leuven-medewerkers op een veilige, hygiënische, gezonde en milieuvriendelijke manier kunnen werken en een veilige omgeving voor patiënten en bezoekers creëren. ○

UZ Leuven-medewerkers in cijfers

Aantal medewerkers

In 2010 telde UZ Leuven gemiddeld 8 664 personeelsleden of 6 285 voltijds equivalenten. Het totale aantal personeelsleden (medische en niet-medische functies) steeg tegenover 2006 met 8,9 %, of uitgedrukt in voltijds equivalenten, met 7,8 %.

Totale personeelsbestand 2006-2010

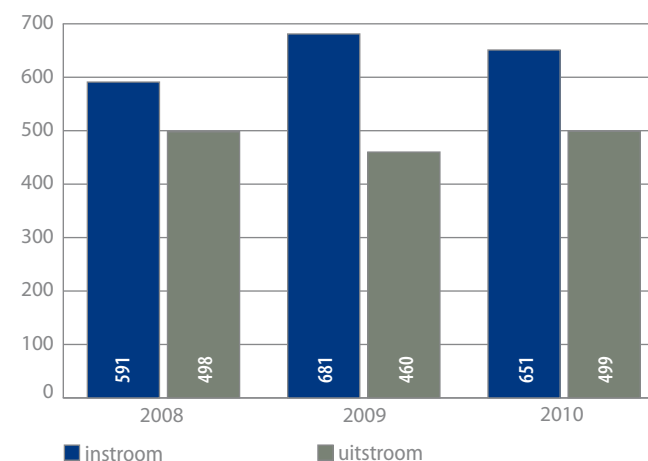


In- en uitstroom

In 2010 verwelkomde UZ Leuven 651 nieuwe medewerkers in niet-medische functies. 499 niet-medische personeelsleden verlieten het ziekenhuis om verschillende redenen zoals pensionering, (vrijwillig) ontslag en overlijden, einde contract.

De instroom in 2010 (651) daalde lichtjes tegenover 2009 (681), maar is nog altijd groter dan in 2008 (591). De uitstroom in 2010 (499) evenaarde het cijfer van 2008 (498), maar was hoger dan in 2009 (460).

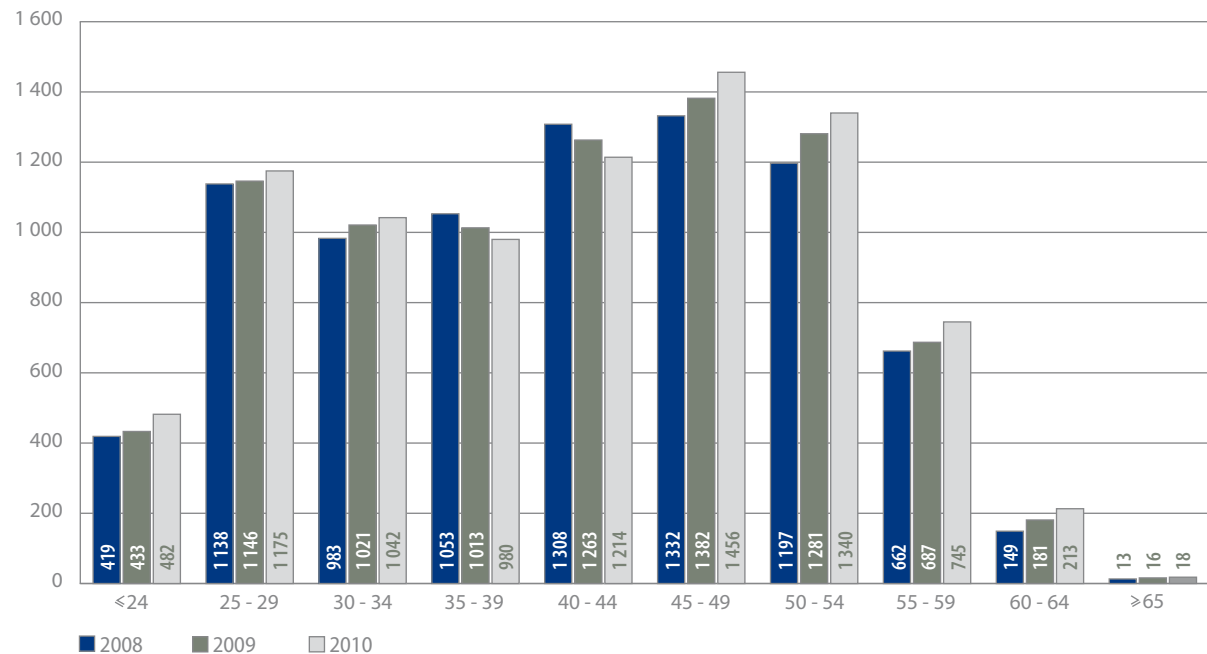
In- en uitstroom UZLeuven niet-medisch personeel 2008-2010



Leeftijdverdeling totale personeelsbestand

In 2010 waren 482 medewerkers (5,6 %) jonger dan 24 jaar, 213 (2,4 %) zaten in de leeftijdscategorie 60-64 jaar. Het grootste aantal personeelsleden (1 456 of 16,8 %) was tussen de 45 en 49 jaar oud. Daarop volgt de categorie 50-54 jaar met 1 340 medewerkers of 15,5 %. De op twee na grootste leeftijdsgroep was de groep 40-44-jarigen met 1 214 medewerkers (14,0 %). In 2010 bedroeg de gemiddelde leeftijd 41 jaar.

Leeftijdverdeling totale personeelsbestand 2006-2010



Mannen en vrouwen

De vrouwen zijn het meest vertegenwoordigd in het totale personeelsbestand van UZ Leuven. Het percentage vrouwelijke medewerkers steeg lichtjes van 73,9 % in 2006 naar 74,6 % in 2010.

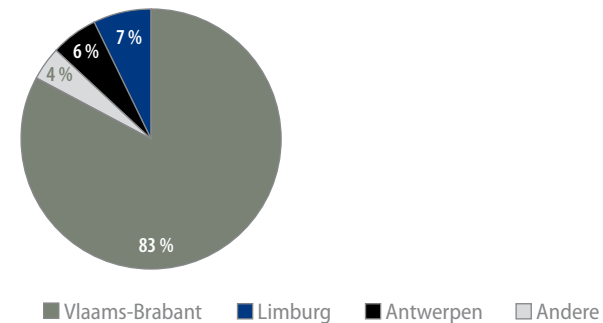
Voltijdse en deeltijdse tewerkstelling

In 2010 werkte 53,5 % van alle UZ Leuven-medewerkers deeltijds en 46,5 % voltijds. Het aandeel deeltijdse krachten in het totale personeelsbestand steeg van 52,3 % in 2006 naar 53,5 % in 2010.

Woonplaats

De meeste personeelsleden (83 %) wonen in de provincie Vlaams-Brabant. Daarop volgen de provincies Limburg (7 %) en Antwerpen (6 %).

Woonplaats totale personeelsbestand 2010



Woon-werkverkeer

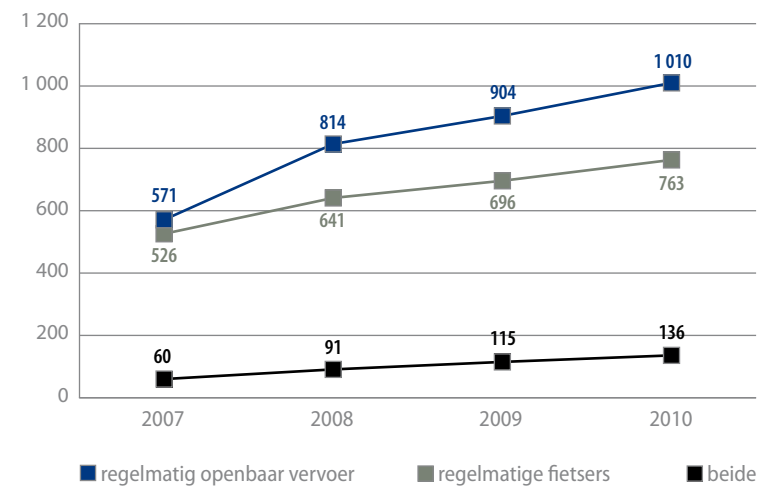
In 2010 kwam 22 % van de UZ Leuven-medewerkers op regelmatige basis met de fiets en/of het openbaar vervoer (bus en/of trein) naar het werk. Tegenover 2007 betekent dit een stijging van bijna 8 %.

In 2007 nam 7,1 % van de personeelsleden de fiets, in 2010 maar liefst 10,3 %. Dit betekent dus een aanzienlijke stijging over een periode van drie jaar.

In 2010 maakte 13,1 % van het totale personeelsbestand gebruik van het openbaar vervoer tegenover 7,7 % in 2007.

Sinds januari 2007 geeft UZ Leuven aan zijn werknemers een fietsvergoeding. Enkele maanden later, vanaf juni 2007, volgt kosteloos openbaar vervoer. De promotie van het gebruik van duurzame vervoersmiddelen werpt duidelijk vruchten af.

Woon-werkverkeer totale personeelsbestand 2007-2010



Samenstelling directiecomité (mei 2011)

Het directiecomité is verantwoordelijk voor de uitvoering van het beleid en het dagelijks bestuur van UZ Leuven.

Voorzitter

prof. dr. Johan Kips, gedelegeerd bestuurder

Leden

- Koen Balcaen, directeur verpleging en patiëntenbegeleiding
- prof. dr. Minne Casteels, voorzitter groepsbestuur Biomedische Wetenschappen K.U.Leuven
- prof. dr. Jean-Bernard Gillet, voorzitter zorgprogrammacomité UZ Leuven
- prof. dr. Katrien Kesteloot, financieel directeur
- prof. dr. Jozef Peuskens, voorzitter directiecomité UPC K.U.Leuven
- prof. dr. Frank Rademakers, hoofdgeneesheer
- dr. Wim Tambeur, operationeel directeur
- Paul Timmermans, logistiek directeur
- Marianne Vael, personeelsdirecteur
- Nancy Vansteenkiste, operationeel directeur
- Jan Verhaeghe, algemeen secretaris

Samenstelling bestuurscomité (mei 2011)

Binnen de K.U.Leuven is UZ Leuven een autonome organisatie voor gezondheidszorg. De beheersbevoegdheid van het ziekenhuis is door de universiteit gedelegeerd aan een apart orgaan, het bestuurscomité. Het comité is bevoegd voor alle aangelegenheden inzake de exploitatie van UZ Leuven, ook de medische en medisch-technische diensten.

Voorzitter

prof. dr. Guy Mannaerts

Leden

- | | |
|--------------------------------|------------------------------|
| • prof. dr. Filip Abraham | • prof. dr. Johan Kips |
| • prof. dr. Minne Casteels | • Paul Maertens |
| • Hugo Casteleyn | • prof. dr. Wim Robberecht |
| • prof. dr. Herman Daems | • prof. dr. Paul Rutgeerts |
| • prof. dr. ir. Koen Debackere | • Walter Vandenbempt |
| • Marie-Dominique De Jaegere | • dr. ir. Ludo Verhoeven |
| • prof. dr. Paul De Leyn | • prof. dr. Dirk Vlasselaers |
| • Willy Duron | • prof. dr. Mark Waer |

Secretaris-verslaggever

Jan Verhaeghe

Woont de vergadering bij

Jozef De Cuyper, regeringscommissaris



Ontwerp & realisatie: dienst communicatie UZ Leuven - foto's: Lies Willaert & UZ Leuven - mei 2011