

# HARTslag

Medisch magazine van RZ Heilig Hart Tienen • augustus 2017

**rz** **tienen**

regionaal ziekenhuis  
heilig hart tienen vzw

V.O. dr. Luc Belmans, Kliniekstraat 45 - 3300 Tienen



**RZ Heilig Hart Tienen behaalt  
internationaal kwaliteitslabel**

pag. 4-5

# Inhoud

- 4-5** Internationaal kwaliteitslabel voor RZ Heilig Hart Tienen
- 6** Naar tien polysomnografie-onderzoeken per week
- 7** Nieuwe gammacamera in Tienen
- 8** Ziekenhuisnetwerk in de steigers
- 9** De nieuwe orale coagulantia
- 10-11** Computerondersteunde screening voor baarmoederhalskanker
- 12-13** Het prikkelbaredarmsyndroom
- 14-15** Allergisch of extrinsiek astma
- 16-17** Kwaliteitsindicatoren rectumkanker op zorgkwaliteit.be
- 18-20** Kort Nieuws

## COLOFON

Hartslag is het medisch magazine van RZ Heilig Hart Tienen.

**Hoofredactie:** dr. Ann Cornelis

**Eindredactie:** Karla Venken

**Redactieraad:**

dr. Ann Cornelis - dr. Luc Belmans  
 - dr. Philippe Borreman - dr. Hans Struyven  
 - dr. Frederik Temmerman - Karla Venken

**Vormgeving:** Liebens Reclame

**Foto's:** Heidi Rombouts, Shutterstock

**Druk:** Drukkerij Trudo

**Verantwoordelijke uitgever:**

dr. Luc Belmans, Kliniekstraat 45 - 3300 Tienen

**Redactieadres:**

hartslag@rztienen.be



**NIAZ**<sup>®</sup>  
 Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg

instellingsbrede accreditatie voor:

**Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart Tienen**

Van 1 augustus 2017 tot 1 september 2021



Dr. Luc Belmans

hoofddarts

## Glansrijk geslaagd

De zomer van 2017 zal het grootste deel van zijn zonnestrallen al verschenen hebben wanneer dit nummer van Hartslag u bereikt. Niet dat we lui geworden zijn en nog minder dat we geen nieuws hebben. Het nieuws dat we kunnen brengen, is de kers op de taart van een project waaraan jarenlange voorbereiding is vooraf gegaan en dat bij de afronding zoveel focus en toewijding vergde van de organisatie dat zelfs het voorjaarsnummer van Hartslag werd verdaagd tot na de afronding ervan. 'NIAZ' was het codewoord dat trieerde: ofwel werden targets in een duizelingwekkende snelheid gerealiseerd ofwel werden targets met een meer dan gegronde reden uitgesteld tot nadien.

Maar het resultaat mag er ook wel wezen! We zijn bijzonder verheugd en fier dat we het NIAZ-accreditatielabel hebben behaald. Voor het eerst kan het ziekenhuis verwijzen naar een externe organisatie die bevestigt dat onze cultuur gericht is op voortdurende verbetering, dat onze zorgprocessen zo zijn ingericht dat ze reproduceerbaar leiden tot verantwoorde zorg en dat de veiligheid van onze patiënten naar behoren is geborgd. Vooral met de 100% score op de VIR's (voor de details verwijs ik naar het artikel) vinden we dat we onze plaats in het Vlaamse ziekenhuislandschap meer dan verdienen.

Toch is er na het NIAZ nog leven, veel leven zelfs. U hebt wellicht in de pers vernomen dat er een intentieverklaring voor de vorming van een Oost-Vlaams-Brabant ziekenhuisnetwerk is ondertekend. Samen met de drie andere ziekenhuizen maken we een regionaal zorgstrategisch plan op dat de volgende stap zal zijn naar de verwezenlijking van ons nieuw ziekenhuisgebouw in het volgende decennium.

De reorganisatie van het zorglandschap beperkt zich niet tot ziekenhuiszorg. Ook in de samenwerking met de eerste lijn worden de signalen van een hernieuwde aanpak met de dag duidelijker en helderder. Ik bedoel hier uiteraard het proefproject Chronic Care. We zijn als ziekenhuis verheugd dat de eerstelijnszorg van de regio Tienen-Landen geselecteerd werd om een project in te dienen en we hebben er het volste vertrouwen in dat de geïntegreerde chronische zorg betere zorg zal zijn voor de patiënten in ons attractiviteitsgebied.

Nu we het toch over de toekomst hebben, binnen de digitale wereld staan er meerdere projecten op stapel voor het laatste kwartaal van 2017 en 2018. Een eerste tipje van de sluier kan ik nu reeds oplichten: in het najaar zullen we een online afspraken tool implementeren die u als huisarts in de mogelijkheid stelt om 24/7 specialistische raadplegingen voor uw patiënten af te spreken. Evident houden we u ook op de hoogte van wijzigingen in ons zorgaanbod. U vernam al dat een nieuwe gammacamera op de dienst Nucleaire Geneeskunde in gebruik werd genomen. In het najaar houden we een nieuwe niersteenverbrijzelaar boven de doopvont. De ingebruikname van een gerenoveerde 'state-of-the-art' operatiezaal in het vierde kwartaal en de start van een wordzorgconsultatie zijn enkele voorbeelden die aantonen dat RZ Heilig Hart Tienen zijn zorgaanbod aanpast aan de noden van de patiënt. Dit gaat gepaard met versterking en uitbreiding van ons medisch korps.

### HEBT U VRAGEN OF OPMERKINGEN?

Uw suggesties of vragen aan het ziekenhuis, en opmerkingen over een hospitalisatie of ander patiëntencontact zijn welkom op het e-mailadres [huisarts@rztienen.be](mailto:huisarts@rztienen.be).

# Internationaal kwaliteitslabel voor RZ Heilig Hart Tienen



**NIAZ**  
Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg

NIAZ-Qmentum is een internationaal accrediteringsprogramma in de gezondheidszorg. De accreditatie wordt uitgereikt door het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ), een onafhankelijke instelling die kwaliteitsnormen voor de zorgsector ontwikkelt en zorginstellingen hierop toetst. Het gaat over specifieke zorgdomeinen zoals operatieve zorg, diagnostische beeldvorming, kritieke zorg, oncologische zorg, revalidatiezorg of verloskundige zorg, maar bv. ook over governance, leiderschap en voorbereid zijn op noodsituaties en rampen. Onze audit betrof de versie Kwaliteitsnorm Zorginstelling 3.0 (Qmentum) met behulp van de tracermethodiek. Een accreditatie is voor vier jaar geldig, waarna een volledige hertoetsing plaatsvindt. Tussentijds gaat het NIAZ de voortgang van de afgesproken verbeterpunten na en moet het ziekenhuis zich op de nieuwe (zwaardere) versie van de normensets voorbereiden.

## DOORLICHTING

Van 6 tot 9 juni streek een zevenkoppig team van experts uit de gezondheidszorg neer op onze campussen in Tienen en Aarschot

Ons ziekenhuis heeft het internationale NIAZ-Qmentum label behaald. De accreditatie volgt na de uitgebreide audit die van 6 tot 9 juni plaatsvond op onze campussen in Tienen en Aarschot. Een extern expertenteam heeft de algemene en zorgprocessen in het ziekenhuis grondig doorgelicht en een positieve beoordeling gegeven. Het is een erkenning voor de systematische verbeterinspanningen van onze medewerkers in de voorbije jaren, en een garantie voor patiënten en verwijzers dat ze bij ons kwalitatieve en veilige zorg krijgen.

voor een uitgebreide audit. Ze bekeken of de processen in onze zorg- en dienstverlening goed en veilig georganiseerd zijn. De auditoren volgden voor de toetsing het traject van een aantal type-patiënten, onder meer een patiënt met een bloedtransfusie, een patiënt met een geplande opname op geriatrie, een patiënt met ongeplande keizersnede en een oncologische patiënt. Er zijn ook organisatietracers: hoe gaan we in onze organisatie om met nieuwe of defecte apparatuur, met incidenten of met reiniging en sterilisatie van instrumenten. Daarnaast beoordeelden de auditoren het kwaliteitssysteem zelf: gebeuren er interne audits en metingen aan de hand van indicatoren,

**We haalden 100% voor de vereiste instellingsrichtlijnen, de VIR's. Zeer weinig ziekenhuizen slagen daar bij hun eerste accrediteringsaudit in**

wordt er structureel gestreefd naar continue kwaliteitsverbetering? In totaal werden op de werkvloer 2.300 normen afgetoetst in 19 domeinen.

## UITSTEKENDE RESULTATEN

Op 18 augustus ontvingen we het definitieve rapport met de resultaten van de audit en de bevestiging dat ons ziekenhuis glansrijk is geslaagd. We hebben het vooropgestelde kwaliteitsniveau ruimschoots behaald. Onze zorg voldoet voor 100% aan de vereiste instellingsrichtlijnen, de zgn. VIR's. Dat zijn ziekenhuisbrede kwaliteitsvereisten rond infectiepreventie, patiëntenidentificatie, medicatieverificatie en hoogrisico-medicatie, gebruik van de operatie-checklist, tromboseprofylaxe, val- en decubituspreventie, overdracht van patiënteninformatie, patiëntveiligheid (incidentopvolgsysteem), medische apparatuur en brandprocedures. Maar zeer weinig ziekenhuizen slagen daar bij hun eerste accrediteringsaudit in. Op de normen met hoge prioriteit halen we 95% (vereiste score 90%). We zijn erg blij dat we het kwaliteitslabel beet hebben voor de komende vier jaar. Het is een

erkenning voor al onze inspanningen maar ook een bevestiging voor patiënten en huisartsen dat ze kunnen vertrouwen op veilige en kwalitatieve zorg in ons ziekenhuis.”

De auditoren gaven ook extra complimenten voor ons goed uitgebouwd kwaliteits- en veiligheidssysteem, de grote betrokkenheid en voelbare VIP-cultuur (onze missie: vriendelijke, inlevende en professionele zorg), en ons Early Warning System (zie kader).

### CONTINU VERBETERPROCES

De voorbije jaren hebben onze artsen, verpleegkundigen en medewerkers van de ondersteunende diensten hard gewerkt om te kunnen aantonen dat we voldoen aan de kwaliteits- en veiligheidseisen van NIAZ-Qmentum. Deze accreditatie is naast een enorme beloning ook een belangrijke schakel in onze verbetercyclus. We gaan nu met de verbeterpunten uit het rapport aan de slag want ons einddoel blijft de best mogelijke en veilige zorg aan onze patiënten leveren. Dat is een continu proces.

(KV)

## Sterke punten

Enkele voorbeelden van zorgpunten die de auditoren als sterk bestempelden, mede door de digitale ondersteuning.

### PROCES MEDICATIEVERIFICATIE

Hiermee wordt bedoeld: de geplande medicatietherapie met de actuele thuismedicatie vergelijken en registreren in het elektronisch patiëntendossier, met documentatie van elke aanpassing. De procedure geldt bij elke opname en ontslag, en bij elke aanpassing van de medicatietherapie op een raadpleging. Het elektronisch medisch voorschrift bevat een module die automatisch interacties meldt op het therapieblad, met klinische toelichting en te nemen acties. De screening gebeurt op contra-indicaties en niet-aanbevolen combinaties. Ook de apotheekmedewerkers krijgen deze informatie te zien.

### ANTIBIOTICA- EN TROMBOSEPROFYLAXE

Wanneer een arts een patiëntendossier opent, wordt automatisch gevraagd of antibioticaprofylaxe en/of trombosprofylaxe is nagekeken. Zonder dit in te vullen, kan het dossier niet worden gesloten. Bovendien is vanuit dit elektronisch patiëntenblad een link beschikbaar naar een digitale tool om de Caprini-score te berekenen om het trombosrisico preoperatief in te schatten. We onderzoeken hoe deze preoperatieve voorbereidingen kunnen worden uitgebreid met koppelingen naar andere deelpakketten.

### INTEGRATIE MEDISCH EN VERPLEEGKUNDIG DOSSIER

Een geïntegreerd patiëntendossier ondersteunt de informatieoverdracht tussen de verschillende zorgverleners van de patiënt. Verpleegkundigen kunnen bv. onderzoeksverslagen en de medische opvolgnota's van de artsen raadplegen. Artsen hebben zicht op de risicobepalingen die de verpleegkundigen registreren (decubitus, malnutritie, vallen). In het elektronisch patiëntenoverzicht van een verpleegafdeling zijn de risico's van elke patiënt in één oogopslag zichtbaar.

### EWS-MONITORS

Early Warning System (EWS) is een internationale methode om vroegtijdig tekens van achteruitgang bij de patiënt te detecteren aan de hand van vitale parameters, berekend in de EW Score. De EWS-monitor is eigenlijk een

zuurstofsaturatie-, bloeddruk-, thermo- en polsmeter in één. Bijkomend registreren we ademhaling, bewustzijn en urine via de monitor. De geregistreeerde parameters worden van de EWS-monitor rechtstreeks doorgestuurd naar het elektronisch patiëntendossier. In het EPD wordt dan automatisch de EWS-score berekend en het bijhorende protocol met de te ondernemen acties getoond, en dit allemaal binnen een minuut.

Handig voor onze artsen is dat zij het EWS-protocol kunnen aanpassen voor een individuele patiënt door in zijn elektronisch dossier de parametrisering te wijzigen, bv. de arts oordeelt dat voor zijn COPD-patiënt met vernauwde luchtwegen de zuurstofsaturatie een lagere waarde mag hebben.





Dr. Annelies Vanhee

# Naar tien polysomnografie-onderzoeken per week

**O**m tegemoet te komen aan de stijgende vraag naar slaaponderzoek, breiden we de capaciteit van ons slaaplabo uit naar tien onderzoeken per week. We vatten nog even samen welke patiënten in aanmerking komen voor polysomnografie en overlopen mogelijke behandelingen bij slaapapneu. Voor CPAP en MRA werden begin dit jaar de terugbetalingscriteria aangepast.

## INDICATIES EN POLYSOMNOGRAFIE

1. Elke patiënt met hypersomnie komt in aanmerking voor een polysomnografie. De belangrijkste oorzaken van hypersomnie zijn slaapapneusyndroom, idiopatische hypersomnie, narcolepsie, periodic limb movements in sleep (PLMS) en *restless legs* syndroom (RLS). Slaapapneusyndroom komt voor bij 2% van de vrouwen en 4% van de mannen. Vaak klagen patiënten met slaapapneusyndroom over droge mond of pijnlijke keel bij het ontwaken, ochtendlijke hoofdpijn en geheugen- en concentratieproblemen. Deze patiënten hebben een hoger cardiovasculair risicoprofiel (hypertensie, hartfalen, myocardinfarct of CVA) met een verhoogde mortaliteit als gevolg.
2. Insomnie is geen indicatie voor het uitvoeren van een polysomnografie tenzij er aanwijzingen zijn voor slaapapneusyndroom, periodische beenbewegingen of een parasomnie. Wanneer we denken aan paradoxale insomnie (misperceptie van patiënt over slaapkwaliteit) is een polysomnografie ook nuttig.
3. Parasomnie zoals slaapwandelen, *sleep terrors*, nachtmerries of REM *sleep behavior disorder*. Bij patiënten met een parasomnie is het aangewezen om een polysomnografie uit te voeren indien de parasomnie aanleiding geeft tot agressief gedrag, indien er overdreven slaperigheid



is overdag of indien de parasomnie geassocieerd is aan een neurologische of psychiatrische aandoening. Differentiaaldiagnostisch moeten we bij deze patiënten ook denken aan nachtelijke epilepsieaanvallen (voornamelijk frontale lobepilepsie). Om deze diagnoses te stellen, is de video-opname van cruciaal belang. Deze wordt achteraf vernietigd en niet bewaard in het patiëntendossier.

## OBSTRUCTIEF SLAAPAPNEUSYNDROOM

Bij licht obstructief slaapapneusyndroom (apneu-hypopneu index, AHI, tussen 5-15) beginnen we vaak met conservatieve maatregelen zoals vermagering en positietraining. Een aanvullend NKO-onderzoek kan nuttig zijn bij patiënten met nasale klachten maar ook ter nazicht van de orale anatomie. Indien nodig kan bijkomend een DISE (*drug induced sleep endoscopy*) worden afgesproken om met meer zekerheid de regio verantwoordelijk voor het snurkprobleem te lokaliseren.

De behandelingsopties kunnen variëren van medicatie, een snurkbeugel (mandibulair repositieapparaat, niet terugbetaald) tot heelkunde.

Bij een matig (AHI 15-30) tot ernstig (AHI > 30) obstructief slaapapneusyndroom is de voorkeursbehandeling CPAP of MRA. Bij CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*) worden de luchtwegen open gehouden door een continue positieve luchtdruk. Een mandibulair repositieapparaat (MRA) zorgt ervoor dat de onderkaak iets naar voren wordt geduwd zodat de luchtweg vrij blijft.

Sinds januari 2017 zijn de terugbetalingscriteria voor CPAP en MRA aangepast waarbij de grens opgeschoven is van 20 apneu/hypopneus per uur naar 15 (enkel de obstructieve mogen meegerekend worden). Voor de opstart hiervan werken we samen met UZ Gasthuisberg.

Onze neurologen dr. Elke Peeters en dr. Annelies Vanhee en hun collega's pneumologen dr. Eva Vandoorne en dr. Anneleen Peeters zijn verantwoordelijk voor het protocolleren van de slaapstudies in RZ Heilig Hart Tienen.

# Nieuwe gammacamera in Tienen

**RZ** Tienen investeert continu om de snel evoluerende technologie bij te benen opdat diagnostiek in ons ziekenhuis op topniveau blijft. De gloednieuwe gammacamera voor onze dienst Nucleaire Geneeskunde in Medisch Centrum Tienen biedt weerom meer en snellere diagnostische mogelijkheden tegenover zijn voorganger.



dr. Raf Verscuren

Voor een onderzoek op Nucleaire Geneeskunde krijgt de patiënt een zeer kleine hoeveelheid van een kortlevend radioactief product toegediend. Zulke stoffen zenden stralen uit vanuit het lichaam van de patiënt en dienen zo als tracer. De gammacamera vangt deze stralen op en zet deze om in een bruikbaar beeld. Afhankelijk van de toegediende tracer wordt een ander orgaan of andere orgaanfunctie in het licht gesteld.

De nieuwe Siemens Symbia Evo is alweer sneller en wendbaarder dan zijn voorganger. Dit laat ons toe om de patiënten comfortabeler te installeren tijdens het scanproces. Ook de duurtijd van een aantal onderzoeken kan worden ingekort. Vooral bij de myocardperfusiescintigrafieën boeken we een belangrijke tijdswinst. Door de vier maal hogere stralingsdetectie van het nieuwe toestel bij hartonderzoeken kan zowel de scantijd worden ingekort als de stralingsdosis verminderd, waarbij de beeldkwaliteit desondanks nog kan worden verbeterd. Op die manier blijven we de stralingsbelasting, die op Nucleaire Geneeskunde al zeer laag is, nog verder naar beneden brengen zonder aan diagnostische kwaliteit in te boeten.

## UPGRADE SPECT/CT

Naast de vervanging van de ene gammacamera gebeurde er ook een upgrade op de andere scanner van de afdeling, de SPECT/CT. Dit toestel omvat naast de component gammacamera ook een CT-scanner. Hiermee kunnen geïntegreerde beelden van zowel de functie (nucleaire geneeskunde) als de morfologie (radiologie) op eenzelfde moment bij dezelfde patiënt in dezelfde houding worden gemaakt. Het betreft zonder twijfel een uiterst gesofisticeerd diagnostisch toestel. De huidige uitbreiding tracht dit ook voor kinderen nog toegankelijker te maken, want ook voor hen bestaan er heel wat onderzoeken op Nucleaire Geneeskunde. Dankzij een speciale pediatrie tafel voor de allerkleinsten kunnen voor sommige van deze scans nog nauwkeuriger beelden worden gemaakt. Daarnaast kunnen kinderen nu tijdens het onderzoek naar een dvd kijken op een in de scanner

geïntegreerd scherm. Zo wordt het een stuk aangenamer en makkelijker om geduldig stil te liggen tijdens het scannen, wat evident weerom betere beelden oplevert.

Ten slotte kregen beide toestellen ook een uitbreiding die de kwaliteitsbewaking standaardiseert en automatiseert en op die manier te allen tijde een feilloos en kwaliteitsvol functioneren garandeert. De dienst is zo helemaal up to date om verder hoogwaardige nucleair-geneeskundige zorg aan te bieden aan de artsen en hun patiënten uit onze zorgregio.



# Ziekenhuisnetwerk in de steigers



(vlnr) Ilse Van Asbroeck (algemeen directeur AZ Diest), dr. Hans Struyven (algemeen directeur RZ Heilig Hart Tienen), Katrien Van Gerven (algemeen directeur RZ Heilig Hart Leuven), prof. dr. Marc Decramer (gedelegeerd bestuurder UZ Leuven)

In zijn visienota 'Nieuw Vlaams Ziekenhuislandschap' schetste minister Jo Vandeurzen in juli 2016 de contouren van de nieuwe organisatie van de ziekenhuissector in Vlaanderen. Uitgaande van de zorgvraag moeten ziekenhuizen en andere zorgpartners in een regio netwerken vormen en taakafspraken maken over het zorgaanbod in een regionaal zorgstrategisch plan. Ook vanuit de federale overheid wordt dit plan ondersteund. Het wettelijk kader zal federaal door minister De Block vastgelegd worden, vermoedelijk in het najaar.

## LOGISCH ZORGGEBIED

Taakafspraken moeten gemaakt worden over verwijz- en terugverwijzpatronen, verdeling van pathologiegroepen en concentratie van zorgopdrachten op basis van evidence based gegevens, de beschikbare technologie, de nood aan continuïteit en evidentie van volume-outcome relaties.

Afleveren van planningen en erkenningen van diensten en zorgprogramma's zullen toegekend worden aan ziekenhuisnetwerken binnen

**O**p 16 mei hebben we samen met UZ Leuven, RZ Heilig Hart Leuven en AZ Diest een intentieverklaring tot samenwerking ondertekend. We bevestigen daarin dat we nauwer willen gaan samenwerken om de zorg in de regio beter op elkaar af te stemmen, zonder hierbij de eigenheid van elk ziekenhuis te verliezen.

zogenoemde logische zorggebieden. Deze zorggebieden worden niet top-down opgelegd, maar er moet wel rekening gehouden worden met logische basisregels zoals geografische aansluiting en het niet uitsluiten van partners in het zorggebied.

De focus van samenwerking ligt op de klinische zorg, maar ook samenwerking in de ondersteunende diensten (ICT, apotheek, HR, vorming en opleiding, aankoopcentrale, keuken, onderhoud ...) wordt aangemoedigd en zal verder ondersteund worden door aanpassingen van het wettelijk kader.

De doelpopulatie van een locoregionaal netwerk bestaat uit een bevolking van 400.000 tot 500.000 potentiële patiënten. Dit zal resulteren in een 25-tal netwerken in België.

Elk algemeen ziekenhuis moet zich aansluiten bij een netwerk, geen enkel ziekenhuis kan uitgesloten worden. Een ziekenhuis kan maximaal participeren aan één netwerk. Ook psychiatrische ziekenhuizen kunnen hierbij aansluiten.

## OOST-VLAAMS-BRABANTS NETWERK

In onze regio werden de eerste gesprekken over het vormen van een netwerk ruim een jaar geleden gestart. Heden zijn we zover dat er een intentieverklaring tot oprichting van een ziekenhuisnetwerk ondertekend werd. Vier ziekenhuizen uit Oost-Vlaams-Brabant onderschrijven de intentie om binnen dit netwerk samen te werken: UZ Leuven, RZ Heilig Hart Leuven, AZ Diest en RZ Heilig Hart Tienen. Samen verzorgen zij een populatie van 545.000 inwoners. De deelnemende partnerziekenhuizen hebben respect voor elkaars identiteit, missie, waarden

en autonomie en de daarmee gepaard gaande strategieën. Zij engageren zich om voor de locoregionale zorg de samenwerking exclusief in dit netwerk verder uit te werken. De komende jaren zullen de bestaande samenwerkingsverbanden verder worden uitgebouwd met behoud van de eigenheid en waarden van de verschillende partners. Het is de bedoeling om een antwoord te bieden op de zorgvraag in de regio waarbij de expertise van alle partners gevaloriseerd wordt. De samenwerking moet een meerwaarde betekenen voor de patiënten, huisartsen en andere zorgactoren. Dit logisch zorggebied komt in onze regio ook sterk overeen met de voorgestelde eerstelijnszones (reorganisatie van de eerste lijn is een andere doelstelling van de Vlaamse regering).

## GOVERNANCE

De volgende maanden zal gewerkt worden aan inrichting van de governance van het netwerk en dit na kennisname van de wettelijke voorschriften op dit vlak. Ook dienen enkele samenwerkingsvormen prioritair uitgewerkt volgens de zorgnood. Er wordt gekozen voor een bottom-up benadering. Dit wil zeggen dat artsentteams uit de deelnemende partnerziekenhuizen kunnen besluiten om te gaan samenwerken over ziekenhuismuren heen. Heel deze beweging zal een nieuw regionaal ziekenhuislandschap creëren, waarin ons nieuwbouwziekenhuis een eigen rol zal spelen, die ook gedefinieerd wordt in samenspraak met onze netwerkpartners.

(HS)



# De nieuwe orale anticoagulantia

**S**teeds meer patiënten worden behandeld met de nieuwe orale anticoagulantia (NOAC's). Deze bloedverduuners zorgen ervoor dat een bepaald type bloedklonter kan opgelost worden, wat belangrijke implicaties inhoudt in verschillende domeinen van de geneeskunde. Bij elke patiënt die een bloedverdunner dient te nemen, moeten we een afweging maken tussen het gunstig effect om een bloedklonter op te lossen en het intrinsiek verhoogd bloedingsrisico wanneer een bloedverdunner opgestart wordt.



Dr. Axel De Wolf

Er moet een onderscheid gemaakt worden tussen anti-aggregantia en anticoagulantia. Beide werken bloedverduunnend doch op een andere manier. Daarom hebben ze ook elk hun eigen indicaties.

Binnen de groep van de anti-aggregantia onderscheiden we de aspirines en de thiënoprydines (clopidogrel, prasugrel, ticagrelor). De anticoagulantia worden opgedeeld in de klassieke vitamine K-antagonisten (warfarine, fenprocoumon, acenocoumarol) en de NOAC's.

De anti-aggregantia vinden hun toepassing bij het oplossen van witte trombi (bloedplaatjesrijke klonters) in verstopte slagaders, bijvoorbeeld een hartinfarct door verstopping van de kransslagaders of een CVA door verstopping van de slagaders naar het hoofd. De anticoagulantia werken vooral in op rode trombi (rijk aan rode bloedcellen), bijvoorbeeld bij patiënten met voorkamerfibrillatie (ontstaan van bloedklonters door stase van bloed in de linkervorkamer) of longembolen (meestal vanuit de aders in de onderste ledematen na een diepe veneuze trombose).

## VASTE DOSIS

De NOAC's zijn sinds een tiental jaar op de markt. Hun grote voordeel is dat met één vaste dosis altijd de correcte graad van bloedverdunding bekomen kan worden, in tegenstelling tot de veel langer bestaande vitamine K-antagonisten (VKA) waarbij op regelmatige basis de graad van bloedverdunding (PT of INR) gemeten



Bij NOAC's moet niet langer op regelmatige basis de graad van bloedverdunding gemeten worden om de dosering te bepalen.

moet worden. In de praktijk bemerken we dat bij minder dan 70% van de patiënten die behandeld worden met VKA, de dosering correct geregeld is. Met als gevolg dat meer dan 30% van de patiënten ondanks inname van hun bloedverdunner toch nog bloedklonters kunnen aanmaken (bij subtherapeutische dosis: te weinig bloedverdunding) of een verhoogd bloedingsrisico vertonen (indien suprathérapeutisch).

Het grootste toepassingsgebied van de NOAC's is het voorkomen van een CVA bij patiënten met een voorkamerfibrillatie. Alle studies hebben aangetoond dat de NOAC's in deze setting minstens even goed en in sommige gevallen superieur zijn in vergelijking met de klassieke vitamine K-antagonisten. Afhankelijk van hun inwerking op de stollingscascade onderscheiden we binnen de groep van de NOAC's de factor Xa-inhibitoren

(rivaroxaban, apixaban en edoxaban) en de directe trombine-inhibitoren (dabigatran). Die laatste worden grotendeels gemetaboliseerd via de nieren in tegenstelling tot de Xa-inhibitoren. Daarom worden de directe trombine-inhibitoren vermeden bij patiënten met een belangrijke nierinsufficiëntie. Sommige NOAC's worden 1x daags toegediend (rivaroxaban en edoxaban), wat nuttig kan zijn bij patiënten met polyfarmacie, andere 2x daags (dabigatran en apixaban).

## ANTIDOTUM

Sinds kort bestaat er voor één type NOAC, met name dabigatran, een antidotum (idarucizumab) dat het bloedverduunnend effect onmiddellijk kan neutraliseren wanneer er zich een levensbedreigende bloeding voordoet. Ook voor de andere NOAC's zijn studies met specifieke antidota lopende.

NOAC's kunnen interfereren met bepaalde medicatie (bv. azolen, verapamil) waardoor het bloedverduunnend effect kan toenemen, soms met een factor 4 of meer. Ook het gelijktijdig gebruik met anti-aggregantia moet nauwkeurig opgevolgd worden omdat hier eveneens een verhoogd bloedingsrisico bestaat.

Gezien deze gegevens kunnen we ervan uitgaan dat op termijn vaste praktische richtlijnen zullen uitgebracht worden opdat elke patiënt die nood heeft aan bloedverduuners kan beschikken over een op maat gemaakt medicatieschema.



Dr. ass. Laura Gadeyne



Dr. Ann Cornelis

### DUNNELAAGTECHNIEK

Bij het oorspronkelijke 'uitstrijkje' werd het bekomen staal door de clinicus uitgestreken op een glaasje en gefixeerd met een fixatievloeistof. Door het manueel aanbrengen van het staal op het glaasje, lagen de cellen vaak niet mooi gelijkmatig verdeeld in het preparaat. Deze niet-gestandaardiseerde werkwijze bemoeilijkte het screenen en maakte de analyse door een computer of detector zelfs onmogelijk.

De huidige geautomatiseerde screening werd mogelijk met de invoering van de dunnelaagtechniek. Hierbij worden alle cellen op een homogene manier verspreid over een glaasje, waardoor zij allemaal in min of meer hetzelfde vlak gelegen zijn. Voor de bereiding

# Computerondersteunde screening voor baarmoederhalskanker

**H**et screeningsonderzoek voor baarmoederhalskanker heeft de laatste jaren heel wat veranderingen ondergaan. Dit onderzoek wordt aangeraden bij alle vrouwen tussen 25 en 65 jaar. Bij normale bevindingen wordt het uitstrijkje nu om de drie jaar terugbetaald. Door de verlenging van het screeningsinterval werd gezocht naar kwalitatief betere manieren om de stalen te analyseren. Zo werden geautomatiseerde methoden ontwikkeld, met onmiskenbare voordelen tegenover de manuele screening.

van dit preparaat wordt het staal na afname met een cervixbrush in een transportmedium overgebracht en in het pathologisch labo machinaal verwerkt. De cellen worden homogeen in de oplossing verdeeld en daarna gefilterd. Van dit filtertje wordt een afdruk op een glaasje gemaakt.

### TWEELEDIGE SCREENING

De glaasjes worden onderworpen aan een tweeledige screening, eerst door een scanner en vervolgens door een ervaren cytotechnicus. Concreet voor ons labo gebeurt de machinale screening met de Thinprep Imager in UZ Leuven. Deze scanner analyseert de DNA-inhoud van elke cel in het preparaat door de grootte en intensiteit van de kernen te bepalen. Met deze gegevens bepaalt het toestel de 22 meest verdachte cellen of celgroepjes. De exacte coördinaten van de verdachte

zones worden opgeslagen op een usb-stick die in ons labo uitgelezen wordt in de Hologic Review Scope Manual Plus. Met deze speciale microscoop worden de ingeladen coördinaten microscopisch bekeken. De cytotechnicus bepaalt dan of deze zones echt verdacht zijn.

Het grootste voordeel van de dubbele screening is ongetwijfeld de betere kwaliteit van de stalen. De sensitiviteit van het onderzoek wordt geoptimaliseerd. Ten opzichte van de manuele screening wordt de fractie van vals negatieve resultaten zelfs gehalveerd. Vooral de detectie van hooggradige letsels is opmerkelijk beter met deze techniek. Daarnaast kan een cytotechnicus ook een groter aantal glaasjes screenen binnen eenzelfde tijdsspanne. Keerzijde is dat momenteel voor deze techniek nog een niet-terugbetaalde meerkost van 7 euro geldt.

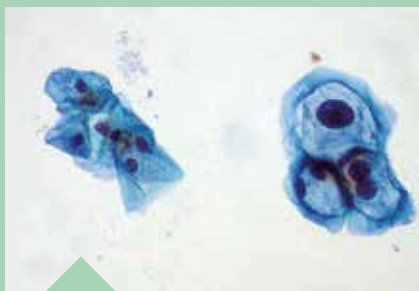
**Met de invoering van de computerondersteunde screening, werd de fractie van vals negatieve resultaten gehalveerd. Vooral de detectie van hooggradige letsels is opmerkelijk beter met deze techniek**

## SCREENINGSADVIEZEN

De screeningsadviezen werden door de jaren heen al meerdere keren aangepast. Met de invoering van de HPV-typing werden ze nog wat complexer. In België zijn er geen algemene adviezen maar de meeste laboratoria hanteren ongeveer dezelfde aanbevelingen. De patholoog bepaalt het screeningsadvies, omdat we hierbij soms de voorgeschiedenis van de patiënt in rekening moeten brengen en omdat we het resultaat van de cytologie én van de HPV-typing samen moeten interpreteren. HPV-typing wordt voorlopig enkel terugbetaald bij ASC-H, ASC-US en AGUS, en in het kader van follow-up na conus. De tabel biedt u een vereenvoudigd schematisch overzicht.



De cytotechnicus beoordeelt de zones die de scanner als verdacht heeft bepaald, onder een speciale microscoop



ThinPrep uitstrijkje met normale cervicale cellen links en HVP-geïnfecteerde cellen (koilocyten) rechts



Toestel waarin het dunnelaagpreparaat wordt gemaakt: de cellen worden homogeen in de oplossing verdeeld en daarna gefilterd. Van dit filtertje wordt een afdruk op een glaasje gemaakt

Screeningsresultaat	Adviezen voor opvolging	HPV-typing + advies
<b>HSIL - Spinocellulair carcinoma</b>	Colposcopie + biopsie	Enkel op vraag van patiënt/arts (kost door patiënt te dragen)
<b>LSIL</b>	Controlecytologie na 6 mnd	Enkel op vraag van de patiënt/arts (idem) <ul style="list-style-type: none"> <li>Negatief: controlecytologie na 6 mnd</li> <li>Positief: colposcopie + biopsie</li> </ul>
<b>ASC-H</b>	<b>Indien 1e keer:</b> 2e lezing door patholoog + HPV-typing  <b>Bij controlecytologie (follow-up):</b> HPV-typing	<ul style="list-style-type: none"> <li>2e lezing en HPV-typing negatief: controlecytologie + HPV-typing na 3 mnd</li> <li>2e lezing en/of HPV-typing positief: colposcopie + biopsie</li> <li>Cytologie en HPV-typing negatief: normaal herhalingschema</li> <li>2e lezing en/of HPV-typing positief: colposcopie + biopsie</li> </ul>
<b>ASCUS – AGUS – AGC</b>	<b>Indien 1e keer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 25 jaar: 2e lezing door patholoog + HPV-typing</li> <li>&gt; 25 jaar: 2e lezing door patholoog + HPV-typing</li> </ul> <b>Bij controlecytologie (follow-up):</b> HPV-typing	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 25 jaar: <ul style="list-style-type: none"> <li>HPV negatief: controle na 1 j</li> <li>HPV positief: controle na 6 mnd</li> </ul> </li> <li>&gt; 25 jaar: <ul style="list-style-type: none"> <li>HPV negatief: controle na 1 jaar</li> <li>HPV positief: colposcopie + biopsie</li> </ul> </li> <li>HPV en controlecytologie negatief: normaal herhalingschema</li> <li>HPV en/of cytologie positief: colposcopie + biopsie</li> </ul>
<b>NILM</b>	Normaal herhalingschema	Enkel op vraag van patiënt/arts of eventueel in follow-up na conus <ul style="list-style-type: none"> <li>Negatief: normaal herhalingschema</li> <li>Positief: controlecytologie na 1 j</li> <li>In follow-up na conus: screeningschema 6 mnd - 6 mnd - normaal</li> </ul>



Dr. Frederik Temmerman

# Het prikkelbaredarm-syndroom

**H**et prikkelbaredarmsyndroom (PDS) of irritable bowel syndrome (IBS) is een vaak voorkomende chronische functionele darmstoornis, enerzijds gekarakteriseerd door abdominale pijn en verandering in stoelgangsgewoonten en anderzijds door de afwezigheid van een organisch substraat. De globale prevalentie wordt geschat op 10-15%, maar slechts 15% van de patiënten zoekt medische bijstand. PDS maakt 12% uit van de diagnoses in de huisartspraktijk en 28% bij de gastro-enterologen.

## KLINISCHE PRESENTATIE EN DIAGNOSTIEK

Buikpijn is het meest kenmerkende symptoom en wordt omschreven als een zeurende, stekende of krampachtige pijn. De intensiteit, locatie en karakter kan sterk verschillen met periodische exacerbaties. Emotionele stress en (bepaalde) voeding kan de pijn doen toenemen. Defaecatie en flatus doen de pijn meestal verminderen.

Een afwijkend ontlastingspatroon is een tweede kenmerk. Naargelang het type onderkent men vier types PDS: constipatie, diarree, mixed type en *unspecified*.

Andere frequent voorkomende klachten zijn gastro-oesofagale reflux, vervoegd verzadigingsgevoel, opgeblazen gevoel en toegenomen gasproductie (meer boeren en toegenomen winderigheid). Globaal verschillen de klachten van persoon tot persoon en zelfs bij eenzelfde patiënt kunnen de klachten van dag tot dag verschillen.

## ALARMSYMPTOMEN

Omdat de symptomen van PDS erg lijken op die van andere darmaandoeningen, kan het lang duren voordat de diagnose gesteld wordt. Een specifieke biomarker bestaat niet. Daarom kan in de klinische praktijk gebruik gemaakt worden van de recent gereviseerde Rome-IV consensus symptoomcriteria (tabel 1). Bij alarmsymptomen dient de patiënt



evenwel verwezen te worden voor verder gastro-enterologisch nazicht: o.a. rectaal bloedverlies, onvrijwillig gewichtsverlies, anorexia, ferriprievie anemie, nachtelijke abdominale pijn, familiale voorgeschiedenis van colorectaal kanker, inflammatoire darmziekten, coeliakie. Bijkomend onderzoek ter differentiële diagnose kan bijvoorbeeld gebeuren aan de hand van een oriënterend

bloedonderzoek, stoelgangsonderzoek (parasieten, faeces occult bloed, calprotectine), gastro- en coloscopie, rx abdomen, en CT-scan.

Gezien patiënten vaak vermelden dat voeding klachten uitlokt, moet op grond van een uitgebreide voedingsanamnese een eventuele voedselallergie (immuungemedieerd) onderkend worden met specifieke IgE-bepaling en huidtesten.

De lactose-ademtest is vooral nuttig gezien de negatief predictieve waarde.

## OORZAKEN

Het begrip van het ontstaansmechanisme is tot op vandaag nog steeds onduidelijk en onvolledig. De heterogeniteit in de presentatie bemoeilijkt het mechanistisch onderzoek. De focus in de pathofysiologie ligt veelal op veranderingen in de gastro-intestinale motiliteit en viscerale hypersensitiviteit. In de pathogenese zijn er argumenten voor een rol van intestinale ontsteking (lymfocyten, mestcellen), voeding, veranderingen in de fecale microflora en psychosociale factoren.

## BEHANDELING

### Voeding

Naast gasvormende producten als kool, peulvruchten en ui vermijden PDS-patiënten vaak vet, melkproducten, koffie en suiker. Het introduceren van een lactose-arm dieet kan zinvol zijn bij patiënten die veel zuivelproducten gebruiken. De rol van gluten in PDS is daarnaast veeleer onduidelijk. Het uitsluiten van coeliakie is evenwel belangrijk doch sommige patiënten ondervinden subjectieve beterschap met een glutenvrij dieet zonder dat serologie of duodenumbiopsie tekens tonen van glutenenteropathie (niet-coeliakie-glutensensitiviteit).

FODMAPS (fermenteerbare oligo-, di- en monosacchariden en polyolen) leiden tot osmotische aantrekking van water in het lumen van de dunne darm en worden gefermenteerd tot korte keten vrije vetzuren en gas. Een dieet laag aan FODMAP's resulteert bij ongeveer 40% van de patiënten in een significante verlichting van de PDS-klachten. (Bronnen van FODMAP's, zie tabel 2). Het implementeren van het dieet wordt het best begeleid door een diëtist op advies van een gastro-enteroloog.

### Medicatie

Indien constipatie op de voorgrond staat, kunnen naast oplosbare vezels (psyllium, ispaghula), osmotische laxativa worden geprobeerd. Linaclotide kan in tweede lijn worden gebruikt. Colonobstructie moet evenwel uitgesloten worden.

Bij patiënten met diarreetype PDS kan loperamide (max. 16 mg per dag) in eerste lijn worden gebruikt. Gezien ongeveer 50% van deze patiënten ook galzuurmalabsorptie heeft, kan cholestyramine in tweede lijn worden gebruikt.

Bij buikpijn en opgeblazen gevoel kunnen spasmolytica (mebeverine, butylhyoscine) worden gebruikt naast eventueel pepermuntolie. Butylhyoscine heeft wel anticholinerge eigenschappen. Simeticon kan worden geprobeerd bij patiënten met vooral bloating gevoel door overdreven gasvorming.

Het tricyclisch antidepressivum amitriptyline (TCA) (10 mg voor slapen) heeft na 6 weken een analgetische werking en door middel van anticholinerge eigenschappen vertraagt het de transitijd waardoor het ook kan gebruikt worden bij PDS-diarree patiënten.

Ebastine (histamine receptor H1-antagonist) zou in een placebo-gecontroleerde studie de viscerale hypersensitiviteit en abdominale pijn verminderen.

Bij therapie refractaire IBD-patiënten zonder constipatie waarbij het opgeblazen gevoel op de voorgrond staat met weinig beterschap met dieetmaatregelen, spasmolytica en tricyclische antidepressiva kan eventueel rifaximin geprobeerd worden voor twee weken. Probiotica (oa. B infantis 35624) worden geassocieerd met verbetering van de PDS-gerelateerde klachten. De grootschaligheid van het effect en welke soorten nu meest effectief zijn, is evenwel nog niet geheel duidelijk.

### Tabel 1. Rome IV-criteria

Recurrente abdominale pijn gemiddeld minstens 1/week in de laatste 3 maanden, geassocieerd met 2 of meer onderstaande criteria

- Verband met defaecatie
- Geassocieerd met verandering in stoelgangsfrequentie
- Geassocieerd met verandering in stoelgangscistentie

*Belangrijkste wijzigingen met Rome III: abdominale pijn i.p.v. ongemak of pijn, verbetering na defaecatie is niet langer een criterium, maandelijks frequentie van pijn is hoger*

### Tabel 2. Belangrijkste FODMAP's: fermenteerbare oligo-, di- en monosacchariden en polyolen

- Fructose (in overmaat t.o.v. glucose): appel, asperges, artisjok, honing, kersen, mango, peer
- Lactose: melk, yoghurt, roomijs, kaas
- Fructanen/fructo-oligosacchariden: artisjok, look, perzik, prei, spruitjes, tarwe, ui, venkel, witloof, gerst, rogge
- Galacto-oligosacchariden: peulvruchten
- Polyolen: abrikoos, appel, avocado, bloemkool, champignon, peer, kers, nectarine, pruim

## REFERENTIES

1. T. Vanuytsel. Belang van voeding en voedingsadvies bij prikkelbare darmsyndroom. Tijdschr. voor Geneeskunde, 72, nr. 3, 2016
2. www.romecriteria.org
3. Halmos EP, Power VA, Shepherd SJ, Gibson PR, Muir JG. A diet low in FODMAPs reduces symptoms of irritable bowel syndrome. Gastroenterology 2014; 146: 67-75 e5.
4. Ong DK, Mitchell SB, Barrett JS, et al. Manipulation of dietary short chain carbohydrates alters the pattern of gas production and genesis of symptoms in irritable bowel syndrome. J Gastroenterol Hepatol 2010; 25: 1366-1373.
5. Wouters MM, Balemans D, Van Wanrooy S, et al. Histamine Receptor H1-Mediated Sensitization of TRPV1 Mediates Visceral Hypersensitivity and Symptoms in Patients With Irritable Bowel Syndrome. Gastroenterology. 2016;150:875-87.



Dr. Anneleen Peeters

# Allergisch of extrinsiek astma

**W**ereldwijd zouden 300 miljoen mensen aan allergisch astma lijden. In 2015 bleek 5 tot 7% van de Europese bevolking te lijden aan een vorm van astma, vooral in de Angelsaksische landen. De laagste cijfers werden opgetekend in Azië en Oost-Europese landen (2,1%). Bovendien is er een stijging van prevalentie opgemerkt. Hoewel tweeling- en familiestudies een belangrijke genetische component suggereren, worden er tot op heden geen consistente reproduceerbare associaties tussen astma en genetische varianten gevonden.

Wanneer in het voorjaar de natuur ontluikt, trekt een deel van ons de ramen toe. Gewapend met neussprays, antihistaminica en puffer proberen zij de eerste walmen van 'pollen' te overwinnen. Huisartsen en pneumologen zien dan ook frequent patiënten met allergisch of extrinsiek astma. Astma is een goed gekende maar heterogene ziekte, gekarakteriseerd door chronische luchtweginflammatie, met respiratoire symptomen variërend in intensiteit en in de tijd in combinatie met variabele expiratoire luchtstroombeperking.

## RISICOFACTOREN

Het onderliggend basisproces van astma is een inflammatie in de luchtwegen waarin verschillende celtypen kunnen betrokken zijn, o.a. mestcellen, eosinofielen, neutrofielen en T-lymfocyten. De patiënten vertonen een intermitterende dyspnee, thoracale beklemming en wheezing. Vaak is er een nachtelijke en vooral matinale toename van de klachten. Deze symptomen kunnen in aanvallen verschijnen en worden vaak getriggerd door inspanningen, koude, lachen, en blootstelling aan allergenen. De symptomen kunnen ook verslechteren

of verschijnen met een virale infectie. Ten slotte is er vaak, maar niet altijd, hoesten aanwezig. Enkel bij het type hoest-variant astma is dit de meest belangrijke klacht van de patiënt. Ondertussen zijn ook risicofactoren voor het ontwikkelen van astma gekend: Aanvankelijk vormen vooral de jongens voor de puberteit een risicogroep, later is dit eerder het vrouwelijk geslacht. Ook de graad van reactiviteit van de luchtwegen, aanwezigheid van atopie (verhoogd IgE, positieve huidtesten of positieve RAST/CAP op allergenen), de blootstelling aan omgevingsallergenen, pollutie binnen- en buitenshuis, expositie aan sigaretten pre- en postnataal, respiratoire infecties en antibioticagebruik op jonge leeftijd behoren tot risicofactoren.

## ENDO- EN FENOTYPERING

Astma kan onderverdeeld worden volgens etiologie en volgens ernst. Vroeger werd er een onderscheid gemaakt op basis van één karakteristiek: extrinsiek en intrinsiek astma. Tegenwoordig is dit complexer en volgt men meer het principe van endo- en-fenotypering. Dit wordt vooral belangrijk voor specifieke therapie. Extrinsiek astma (of allergisch astma

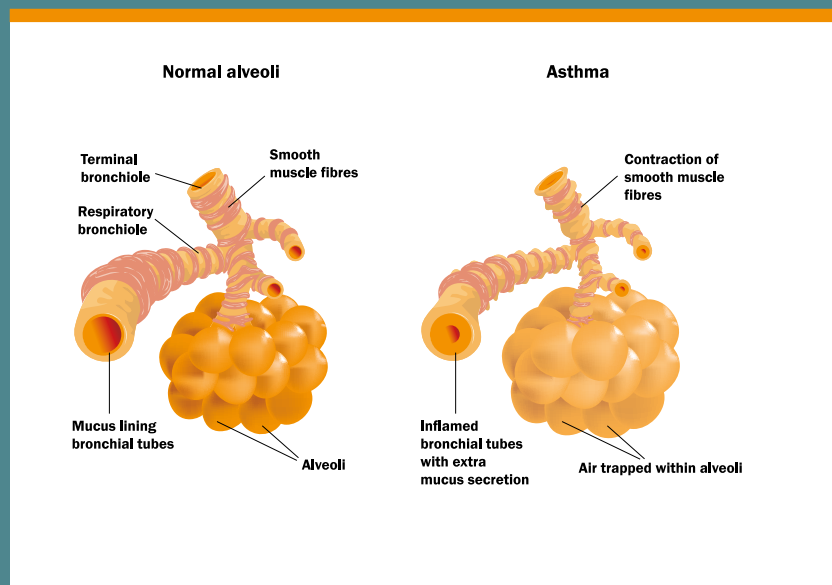
in 80% van de gevallen) ontstaat meestal op jonge leeftijd en doet zich voor bij atopici door IgE-gemedieerde allergie aan één of meerdere specifieke allergenen. Hieraan heeft de patiënt zich vooraf gesensibiliseerd. Vaak gaat dit type astma gepaard met rhinitis,



eczeem of familiale voorgeschiedenis. Huisstofmijt, vachtdieren of pollen zijn enkele voorbeelden van allergenen en lokken dus via vrijzetting en productie van mediators een rechtstreekse bronchoconstrictie uit. Bovendien komt er een inflammatoir proces op gang waardoor ook allerhande aspecifieke prikkels astmatische verschijnselen zullen uitlokken of verergeren.

### ANAMNESE

De diagnose van astma, en meer bepaald allergisch astma, verloopt meestal zonder al te veel problemen. Anamnese is de hoeksteen van de diagnostiek. De impact van blootstelling aan aspecifieke prikkels (geur, temperatuur, inspanning) navragen, kan al een goed idee geven over de ernst van de bronchiale hyperreactiviteit. Vervolgens sluiten een gewoon klinisch onderzoek en normale longfunctie astma niet uit, gezien de klachten en bronchoconstrictie episodisch zijn. Herhaalde spirometrische metingen kunnen wel richtinggevend zijn om variabele obstructie te objectiveren. De Tiffeneau-waarde is de betrouwbaarste parameter om luchtwegvernauwing te evalueren. Acute reversibiliteit kan



met bronchodilatatieproeven worden gemeten (significant reversibel indien ESW of FVC met 200 ml én 12% verbeteren). Als deze testen toch normaal blijken, moet een bronchiale provocatietest met mediators (bv. histamine) uitgevoerd worden. Deze hebben een rechtstreeks constrictorisch effect op de luchtwegen. Met stijgende concentraties wordt deze stof via inhalatie toegediend en zodra de ventilatoire parameters met 20% dalen, is de drempel bepaald. Andere gangbare en frequent gebruikte testen zijn de metingen van uitgeademd NO als parameter voor eosinofiele inflammatie van de luchtwegen. Huidtesten en RAST-en maken eveneens onderdeel uit van de diagnose. Meer specialistische onderzoeken, die in de toekomst meer gangbaar zullen worden, zijn een sputuminductie en serum periostin bepaling.

### GINA-RICHTLIJNEN

Behandeling van astma berust op de GINA-richtlijnen. Symptoomcontrole met goede tolerantie van de medicatie in combinatie met risicoreductie voor luchtweginflammatie en beschadiging zijn de basis van de therapie. Vooreerst moeten de uitlokkende allergenen in

de mate van het mogelijke vermeden worden (slaapkamersanatie, dieren verwijderen, vocht in huis bestrijden ...). Medicamenteuze therapie steunt op gebruik van kortwerkende bronchodilatatie (B2-sympatomimetica) in combinatie met anti-inflammatoire therapie (inhalatie- en systemische steroïden, leukotriënereceptorantagonis). Antihistaminica hebben weinig effect op de respiratoire klachten. Hyposensibilisatie is naar onze ervaring een zeer effectieve en duurzame therapie bij pollen- of huisstofmijt-geïnduceerd astma. Ten slotte kan bij een ernstig of refractair astma de mogelijkheid tot opstart van een monoclonaal antilichaam zoals anti-IgE AS (Omalizumab bij atopisch astma) of anti-IL 5 (Mepolizumab bij hypereosinofiel astma) worden overwogen. Andere mogelijke factoren die bijdragen aan de symptomen, moeten aangepakt worden, bv. dysfunctioneel ademen, chronische rhinosinusitis, nasale poliepen, bronchiëctasieën, obesitasgerelateerde dyspnee of luchtwegobstructie, ongecontroleerde GERD, stembanddysfunctie (VCD), tracheobronchomalacie.



Dr. Philippe Borreman

abdominaal chirurg

# Kwaliteitsindicatoren rectumkanker op zorgkwaliteit.be

VIP<sup>2</sup> Algemene Ziekenhuizen, de vereniging van de ziekenhuiskoepels, hoofdartsen en het Vlaams Patiëntenplatform, stelt indicatoren op om de zorgkwaliteit in ziekenhuizen te meten. Ziekenhuizen kiezen zelf of ze hieraan deelnemen en of ze hun resultaten publiek maken op [zorgkwaliteit.be](http://zorgkwaliteit.be). Op deze website zijn sinds begin juli de resultaten beschikbaar van kwaliteitsmetingen over rectumkanker.

In 2014 werden 2.590 nieuwe gevallen van endeldarmkanker geregistreerd in België, waarvan 1.644 mannen en 946 vrouwen (cijfers Stichting Kankerregister). De gemeten indicatoren zijn outcome-indicatoren: de overleving of het sterfterisico voor enerzijds alle patiënten met rectumkanker en anderzijds de subgroep van patiënten die een chirurgische ingreep ondergingen aan de endeldarm. Naast de sterftekans op korte termijn (30 en 90 dagen voor patiënten die een chirurgische ingreep ondergingen) wordt ook het sterfterisico vijf jaar na het stellen van de diagnose berekend. De resultaten gaan over patiënten die in de periode 2009 tot en met 2011 hun diagnose kregen.

## RESULTATEN VLAAMSE ZIEKENHUIZEN

50 ziekenhuizen namen in 2016 deel aan de metingen, 5 ziekenhuizen kozen ervoor om niet deel te nemen aan het domein oncologie (borstkanker en rectumkanker). Van deze 50 Vlaamse ziekenhuizen maken er 47 nu hun resultaten bekend op de website [zorgkwaliteit.be](http://zorgkwaliteit.be). Samengevat hierbij de globale resultaten.

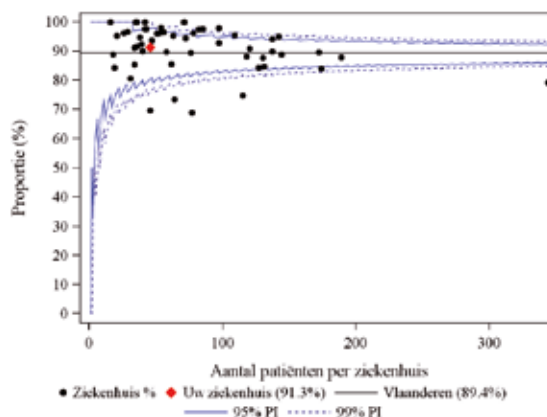
- Percentage van de patiënten met rectumkanker die na 5 jaar nog leven, indien we enkel kanker als mogelijke doodsoorzaak beschouwen: gemiddeld 66,7%

- Percentage van de patiënten met een chirurgische ingreep die na 5 jaar nog leven, indien we enkel kanker als mogelijke doodsoorzaak beschouwen: gemiddeld 78,1%
- Percentage patiënten overleden binnen 30 dagen na een chirurgische ingreep voor rectumkanker: gemiddeld 2,2%
- Percentage patiënten overleden binnen 90 dagen na een chirurgische ingreep voor rectumkanker: gemiddeld 4,4%

Patiëntenkenmerken zoals leeftijd of stadium van de ziekte op het ogenblik van diagnose, hebben een invloed op de overlevingskansen. Wanneer deze factoren in rekening worden gebracht, spreken we van gestandaardiseerde indicatoren. Deze indicatoren laten toe om de resultaten van ziekenhuizen met verschillende patiëntenpopulaties toch met elkaar te vergelijken. Ook deze gestandaardiseerde resultaten staan op [zorgkwaliteit.be](http://zorgkwaliteit.be).

Figuur 1

Rectumadenocarcinoom (2009-2011) – Funnel plot van het percentage patiënten besproken op een multidisciplinair oncologisch consult (MOC) binnen 6 maanden na incidentiedatum, per ziekenhuis.





## RESULTATEN RZ TIENEN

Ons ziekenhuis scoort zeer goed in de behandeling van rectumtumoren. Rectumkanker is een typisch voorbeeld van een ziekte die een multidisciplinaire aanpak vraagt met inbreng van gastro-enteroloog, radioloog, patholoog, radiotherapeut en chirurg om tot een optimale behandeling te komen.

- Van de behandelde patiënten werd 91% binnen de 6 maanden na diagnose op het multidisciplinair oncologisch consult (MOC) besproken (fig. 1).
- Dit resulteert in een geobserveerde vijfjaarsoverleving van 58,7%, die volledig in lijn ligt met het Vlaamse gemiddelde (fig. 2).
- In de groep van 30 patiënten die in de periode 2009-2011 een rectumresectie ondergingen in ons ziekenhuis, zien we geen postoperatieve mortaliteit op 90 dagen (fig. 3). De vijfjaarsoverleving van deze groep patiënten is met 83,3% bovengemiddeld (fig. 4).

Om deze goede resultaten te behouden, gaan we mee met de recente ontwikkelingen in de rectumchirurgie zoals onder andere de TaTME (Transanaale Totale Mesorectale Excisie), het gecombineerd laparoscopisch en transanaal uitvoeren van de ingreep.

## METEN OM TE VERBETEREN

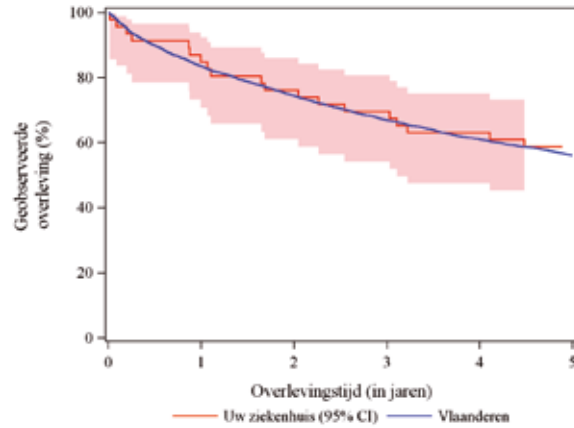
De indicatoren zijn gekozen door experts uit de sector en klinici van betrokken discipline(s). Deze experts komen regelmatig samen om de indicatoren te bepalen, te verfijnen en op te volgen. Doel van de kwaliteitsindicatoren blijft om ziekenhuizen een instrument in handen te geven waarmee zij de kwaliteit van zorg multidisciplinair kunnen bespreken en waar nodig verbeteren. De resultaten zijn ook een bron van informatie voor de patiënt en de verwijzer, die zich zo een beeld kunnen vormen van de resultaten van een ziekenhuis.

Naast de nieuwe indicatoren over rectumkanker zijn ook eerdere resultaten beschikbaar over borstkanker, patiëntenervaringen en ziekenhuisbrede kwaliteitsaspecten zoals handhygiëne, medicatieveiligheid, patiëntidentificatie en checklijst veilige heelkunde.

Meer info op [www.zorgkwaliteit.be](http://www.zorgkwaliteit.be)

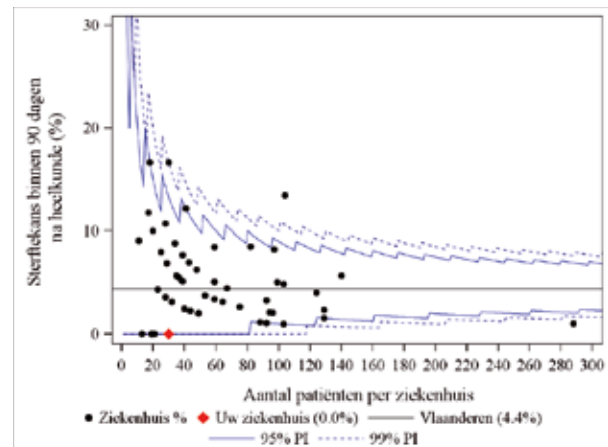
Figuur 2

Rectumadenocarcinoom (2009-2011) – Geobserveerde overleving voor alle patiënten van RZ Tienen (met 95% confidentie-interval) en het geheel van Vlaamse ziekenhuizen



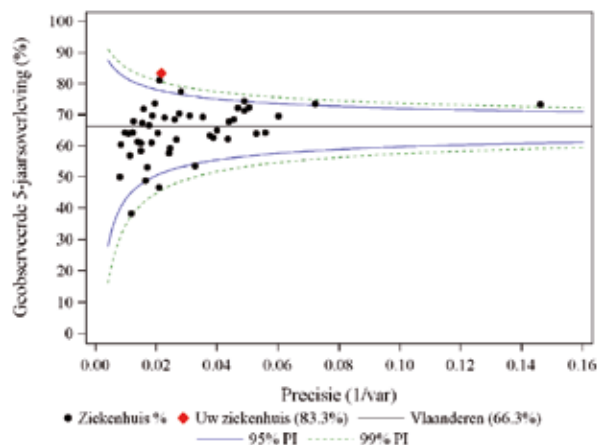
Figuur 3

Rectumadenocarcinoom (2009-2011) – Funnel plot van de 90-dagen postoperatieve mortaliteit voor patiënten die radicale resectie ondergingen (niet gestandaardiseerd), per ziekenhuis.



Figuur 4

Rectumadenocarcinoom (2009-2011) – Funnel plot van de geobserveerde vijfjaarsoverleving voor patiënten die radicale resectie ondergingen (niet gestandaardiseerd), per ziekenhuis



## Gastro-enteroloog uit Jodoigne



**RZ** Heilig Hart Tienen ontvangt door zijn ligging heel wat patiënten van over de taalgrens. Reden waarom deze Hartslag ook een Franstalige editie heeft. Het is dan ook niet onlogisch dat specialisten uit het zuidelijke landsgedeelte de weg naar ons ziekenhuis vinden. Gastro-enteroloog **dr. Nathalie Schoofs** houdt raadplegingen in Jodoigne en voert sinds begin dit jaar onderzoeken onder sedatie uit op de endoscopieafdeling van ons medisch centrum in Tienen. Ze heeft haar roots in onze regio (Hoegaarden) en studeerde aan de VUB en de ULB. Dr. Nathalie Schoofs: "Voor de onderzoeken onder lichte sedatie vragen de patiënten gemakshalve meestal het meest nabije ziekenhuis. Het merendeel van mijn patiënten is Franstalig en wordt door het personeel warm onthaald in hun eigen taal. De patiënten appreciëren eveneens de vlothedigheid en het gemak waarmee de preoperatieve administratieve taken gebeuren. Protocols worden in de taal van de huisarts gemaakt en via Medimail verstuurd."

## Workshops hechtingstechnieken

In het voorjaar zijn we gestart met workshops hechtingstechnieken voor arts-stagiairs. Als voorbereiding op hun stage heekkunde leert arts-assistent **dr. Sébastien Strypstein** hen extra technische vaardigheden aan om moeilijkere en diepere wonden te hechten. Ons ziekenhuis heeft hiervoor oefensets aangekocht die ontwikkeld werden door geneeskundestudent **Ali Zamani**. In aanloop naar zijn heekkundige stage zocht hij een alternatief voor de taai oefenhanddoeken van de universiteit. Hechtsetjes met namaakhuid waren echter heel duur, leken wel sponsjes en scheurden gemakkelijk. Hij zocht rubbermateriaal dat de elasticiteit van de huid beter benadert en knutselde zelf een hechtset in elkaar met verstelbare houder. Toen hij zijn prototype aan medestudenten toonde, bleek de interesse groot. Ali Zamani: "Ik wou de set zo goedkoop mogelijk aan studenten aanbieden. Ik heb ondernemers aangesproken en een bedrijfje opgericht. De productie van de statieven gebeurt in China, de huiden worden in Nederland gemaakt van een rubbermateriaal dat speciaal



is ontwikkeld en in België worden ze versneden. We hebben ook onze eigen hechtdraden om de prijs te kunnen drukken. De huid is levensecht en dankzij de velcro onder het huidkussen kun je de huid opspannen waardoor de wonde gaat openstaan. Het rubbermateriaal herstelt zich nadien perfect waardoor je op hetzelfde kussen tot dertig à veertig keer kunt naaien. Je kunt er zowel oppervlakkige als diepere hechtingen op oefenen.

Standaard is een chirurgische wonde voorzien maar op een onbesneden reservekussen kun je je eigen wonde creëren om andere hechttechnieken te oefenen en het niveau wat moeilijker te maken. Voor huisartsen die niet vaak moeten hechten, is de oefenset ideaal om de hechtvaardigheden te onderhouden."

Meer info op [www.medistitch.eu](http://www.medistitch.eu)

# Project chronische zorg Tienen Landen



Op een druk bijgewoonde 'infomarkt' in het Dagcentrum Alexianen Zorggroep Tienen, stelden eind juli de partners van het chronic care project voor de regio Tienen-Landen hun acties voor. Vooraf lichtte projectcoördinator dr. Jeroen van den Brandt de aanloop naar en de doelen van het project toe. Najaar 2015 lanceerden de federale en regionale ministers van Volksgezondheid een gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken onder de titel: 'Geïntegreerde

Zorg voor een betere gezondheid' en voorjaar 2016 volgde een open oproep om projecten in te dienen. De twintig geselecteerde kandidaten moeten een locoregionaal actieplan uitwerken.

Op basis van een uitgebreide SWOT focust het project van onze regio op chronisch zieken met specifieke kwetsbaarheid door (kans)armoede. Niet minder dan 17 acties willen de cirkel van chronische ziekte en kansarmoede helpen doorbreken. Medewerkers van RZ Heilig Hart Tienen participeren in een aantal van deze acties en ondersteunen ook de globale projectcoördinatie. We komen hier in volgende edities van Hartslag graag uitgebreider op terug.

Meer info op [www.chroniccarenlanden.be](http://www.chroniccarenlanden.be)

## Symposium

Zilveren jubileum voor Anatomopathologie

Op maandag 2 augustus 1992 ging in ons ziekenhuis een volledig nieuwe dienst van start. Eindelijk een eigen labo Anatomopathologie! Nu 25 jaar later is het een dienst met een stevige naam en faam. Het team viert zijn zilveren jubileum met een symposium op zaterdag 14 oktober in Hof Ten Steen (Linter). De pathologen blikken terug en vooruit, chirurgen en huisartsen nemen hun samenwerking en communicatie met de patholoog onder de loep. Dirk Dewolf, administrateur generaal Agentschap Zorg en Gezondheid, overloopt de kankeropsporingsprogramma's in Vlaanderen. Dr. Liesbet Van Eycken, directeur Stichting Kankerregister België, eert het werk van de patholoog als spil voor het Kankerregister en het pionierswerk van onze dienst Anatomopathologie op dat vlak. Onze verwijzers ontvangen een persoonlijke uitnodiging per post.

## Afsprakenplan HAZOH wachtpost en Spoedgevallen

De huisartsen van wachtpost Tienen en omgeving hebben samen met onze spoeddienst een afsprakenplan opgesteld. Op donderdag 3 augustus werd het ondertekend in aanwezigheid van de pers. Het plan legt afspraken vast voor de organisatie van de dringende zorg in de regio, doorverwijzing, communicatie en dienstverlening. Minister van Volksgezondheid Maggie De Bock verwacht dat tegen eind 2017 alle huisartsenwachtposten een dergelijk afsprakenplan hebben met de spoeddiensten uit hun regio. We zijn hiermee een van de eerste in de provincie Vlaams-Brabant. Het afsprakenplan formaliseert voor een groot deel de samenwerking zoals die al jaren in de praktijk loopt. De

overeenkomst wil ook de dringende zorg voor patiënten buiten de normale openingsuren verbeteren. Er worden afspraken gemaakt over een snelle doorverwijzing van patiënten door de huisarts vanuit zijn praktijk of huisartsenwachtpost naar RZ Heilig Hart Tienen als preferentieel ziekenhuis. Voorzitter huisartsenkring HAZOH **dr. Johan Wuyts**: "Aangezien Leuven en Tienen ook een pilootproject zijn voor het 1733-nummer, was dit protocolakkoord meer dan wenselijk. We hebben dit in een prima collegiale sfeer kunnen opstellen en we zijn ervan overtuigd dat dit zeker een meerwaarde betekent voor de niet-planbare zorg in de regio. We hopen dat voor zowel huisartsen

als spoedartsen dit afsprakenplan kan bijdragen tot een optimale samenwerking ten bate van de patiënt."

**Dr. Tine Crits**, medisch diensthoofd Spoedgevallen: "Het afsprakenplan beschrijft de richtlijnen voor een efficiënte verwijzing naar de Spoedgevallen via verwijsbrief. Een goede communicatie over de patiënt is essentieel. Met dit afsprakenplan hebben we hetzelfde doel voor ogen, nl. voor elke patiënt de juiste dringende zorg op de juiste plaats en op het juiste moment. Structurele overleg- en evaluatiemomenten tussen huisartsenwachtpost en Spoedgevallendienst helpen om dit doel te realiseren."

# Nieuwe artsen



## PNEUMOLOGIE

### Dr. Anneleen Peeters

Onze staf pneumologie telt ondertussen drie longartsen. Dr. Peeters studeerde geneeskunde aan de KU Leuven. Nadien volgden assistentschappen interne geneeskunde in UZ Leuven en ZNA Stuivenberg. Ze specialiseerde zich in de pneumologie in OLV Ziekenhuis Aalst-Asse-Ninove, UMC Sint-Pieter (Brussel) en UZ Leuven. Dr. Peeters heeft ruime ervaring met bronchoscopie en pleurapunctie en bekwaamt zich in ons ziekenhuis ook verder in slaappathologie en in allergologie in UZ Leuven (zie pag. 6).



## DERMATOLOGIE

### Dr. Kris Creybens

De staf dermatologie kreeg medio zomer een nieuwe jonge collega met dr. Creybens. Tijdens zijn opleiding geneeskunde (KU Leuven) liep hij onder meer ook stage op onze diensten Pediatrie, Gynaecologie-Verloskunde en Heelkunde. Zijn specialisatie in de dermatologie en venereologie kreeg hij in UZ Leuven. Dr. Creybens heeft een bijzondere interesse in de subdisciplines oncodermatologie, dermatochirurgie, dermatopathologie en contactallergie.

## UROLOGIE

Sinds 1 augustus vormen de urologen van RZ Heilig Hart Tienen en AZ Diest samen de Associatie Urologie Hageland, een eerste ziekenhuisoverschrijdende associatie van artsen-specialisten in het kader van regionale ziekenhuisnetwerking (zie pag. 8). Onze ervaren urologen dr. Jan Van Nuffel (afdelingshoofd), dr. Koen Slabbaert (tevens diensthoofd Heelkunde) en dr. Lodewijk Van Wynsberge krijgen voor de verdere uitbouw van de locoregionale urologische zorg versterking van twee jonge collega's.



## Dr. Joost Berkens

Met dr. Berkens verwelkomen we een oud-assistent. Dr. Berkens behaalde zijn master in de geneeskunde aan de KU Leuven in 2009 en specialiseerde zich in

de urologie in ons ziekenhuis (2010-2013), UZ Leuven, Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel en AZ Groeninge (Kortrijk). Hij heeft specifieke interesse in minimaal invasieve chirurgie en niersteenpathologie. Hij zal binnen de Associatie Urologie Hageland de steenkliniek uitbouwen. Tevens zal hij de robotchirurgie op zich nemen, in samenwerking met UZ Leuven.



## Dr. Karlien Peeters

Ook nieuwe uroloog dr. Peeters maakte eerder al kennis met ons ziekenhuis, tijdens stages heelkunde en pediatrie. Haar opleiding tot arts

ronde ze in 2006 af in Leuven. Nadien volgden assistentschappen in AZ Sint Maria (Halle), Atrium Medisch Centrum Parkstad (Heerlen, Nederland; huidige naam: Zuyderland), AZ Sint-Lucas (Gent) en UZ Leuven. Zij werkt sinds 2011 in AZ Diest, waar ze een multidisciplinaire bekkenbodempklinik startte. Zij legt zich in de nieuwe associatie ook verder toe

op functionele urologie, kinderurologie, endo-urologie en laparoscopie.

## PSYCHIATRIE



## Dr. Wouter Kerkhof

Midden augustus startte dr. Kerkhof als derde staflid psychiatrie. De medische basisopleiding kreeg hij in Hasselt

en Leuven. Hij rondde dit jaar zijn specialisatie tot volwassenenpsychiater af in het Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven (Campus Kortenberg en Gasthuisberg), na ook assistentschappen in Medisch Centrum St.-Jozef (Munsterbilzen) en het CGG VBO Leuven. Hij heeft een bijkomende interesse in relatie- en gezinstherapie, waarover hij in 2018 een postgraduaat afrondt.



## GYNAECOLOGIE

### Dr. Lieselore Vandermeulen

De nieuwe jonge collega voor ons gynaecologisch team was van 2013 tot 2015

assistent en dus al goed vertrouwd met ons ziekenhuis. Dr. Vandermeulen studeerde geneeskunde in Leuven en specialiseerde zich in AZ Sint-Maarten (campus Rooienberg, Duffel), UZ Leuven en GZA Ziekenhuizen (campus Sint-Augustinus, Wilrijk). Ze heeft een bijzondere interesse in subfertiliteit en endometriosechirurgie (consulentschap UZ Leuven).

