

HARTslag

Medisch magazine van RZ Heilig Hart Tienen • juli 2016

Nieuwe endoscopie

in Tienen en Aarschot

pag. 10-11



rz **tiennen**
regionaal ziekenhuis
heilig hart tienenvzw

Hepatologie

pag. 6-7

Gangproblemen en recidiverend vallen

pag. 12-14

Inhoud

4-5	Centrale monitoring op Materniteit
6-7	Steatose en steatohepatitis
8-9	Minimaal invasieve rectumchirurgie
10-11	Nieuwe endoscopieafdeling in Tienen en Aarschot
12-13 13-14	Gangproblemen en recidiverend vallen neurologisch bekeken Functionele revalidatie van gangstoornissen
15	Elektronische aanvraag voor onderzoeken radiologie en nucleaire geneeskunde
16-17	Beddenherallocatie op maat van zorgvraag
18-19	Zorgtraject en conventie verbeteren zelfzorg diabetespatiënt
19-20	Kort nieuws

COLOFON

Hartslag is het medisch magazine van RZ Heilig Hart Tienen.

Hoofdredactie: 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

Druk: Drukkerij Trudo

Verantwoordelijke uitgever:

dr. Luc Belmans, Kliniekstraat 45 - 3300 Tienen

Redactieadres:

communicatiedienst@rztienen.be of
per brief aan RZ Heilig Hart Tienen,
Communicatiedienst - Kliniekstraat 45
- 3300 Tienen



Dr. Luc Belmans

Medisch directeur

Een druk voorjaar

Het eerste semester van 2016 bruipte van activiteit in RZ Heilig Hart Tienen. De zorgvraag was hoger dan verwacht. Vooral de activiteit in het dagziekenhuis is fors gestegen in vergelijking met de vorige jaren. De vernieuwde afdelingen endoscopie in zowel Tienen als Aarschot leveren hier een substantiële bijdrage aan. Wij laten u verderop dan ook een kijkje nemen in de vernieuwde eenheden.

Eén van de drijfveren om deze verbouwingen door te voeren, was het normenkader waaraan endoscopische afdelingen moeten voldoen. Zowel van de Vlaamse Zorginspectie als van het NIAZ (Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg) verwachten we hier de volgende jaren bezoek. De voorbereidingen voor de externe audit door deze laatste accrediteringsinstantie in juni 2017 zijn volop lopende. In alle geledingen van onze organisatie worden procedures geüpdatet, interne audits uitgevoerd, veiligheidsrondes gelopen en kwaliteitszorg en patiëntveiligheid verder bijgestuurd. De resultaten van de proefaudit van december 2015 hebben alvast de gekozen koers bevestigd. Met het oog op efficiëntere patiëntenzorg zullen we trouwens de zomermaanden benutten om een interne reorganisatie van verpleegeenheden uit te voeren. Ook hierover leest u verder meer.

Een problematiek waar huisartsen als gevolg van de vergrijzing van onze bevolking meer en meer mee te maken krijgen, zijn gangstoornissen. Deze meestal multifactoriële pathologie vereist een multidisciplinaire aanpak, zo lichten een aantal betrokken specialismen in deze Hartslag toe.

Een jonger segment van onze populatie kan state-of-the-art worden opgevangen op onze materniteit. De geïnstalleerde centrale monitoring draait er intussen op kruissnelheid.

Voor de diagnostiek en behandeling van abdominale pathologie hebben zowel de internisten als de chirurgen hun team versterkt in 2015. Beide nieuwe ziekenhuisartsen

weiden uit over hun stokpaardjes: voor de gastro-enterologie komt leversteatose ter sprake en de abdominaal chirurg brengt u de laatste informatie over minimaal invasieve rectumchirurgie. Nog een nieuwe arts, een lang verwachte endocrinoloog, onderstreept het belang van het zorgtraject en de 'conventie' voor de zelfzorg bij diabetespatiënten.

Een hoge activiteit in een beperkt tijdsvenster noopt zorgverleners en andere ziekenhuismedewerkers om efficiënt te werken. Voor de klinische activiteit heeft onze ICT-dienst daarom een 'elektronisch order' voor radiologische aanvragen ontwikkeld. Met een wizard kunnen onze specialisten nu digitaal medische beeldvorming aanvragen waardoor een grote tijdswinst wordt gerealiseerd. Op termijn zullen dergelijke e-orders ook mogelijk gemaakt worden voor externe verwijzers.

Om onze (talrijke) patiënten van over de taalgrens op een efficiëntere manier zorgen te kunnen aanbieden, heeft RZ Heilig Hart Tienen een consultatieactiviteit opgestart in Geldenaken. We lichten kort het zorgaanbod in het Maison Médicale des Spécialistes toe.

Ondanks de hoge klinische activiteit en de inspanningen die geleverd worden om een accreditering te behalen in 2017, is de regionale samenwerking niet van het toneel verdwenen. Zowel op formele als informele manier gaan meerdere artsen in gesprek met hun collega's over mogelijke samenwerkingsvormen waarbij het doel is met dezelfde middelen meer en/of betere patiëntenzorg te kunnen aanbieden. Bovendien lijkt het er meer en meer op dat regionale samenwerking een voorwaarde zal zijn voor subsidiëring van een nieuwbouw, een ander project dat op meerdere gremia binnen het ziekenhuis geagendeerd wordt.

Na een druk eerste halfjaar zal de 'grote vakantie' een aangename adempauze zijn. Ik wil u en uw familie dan ook een deugddoende, verkwikkende en inspirerende vakantie toewensen.

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.



Dr. Ine Riphagen

Centrale monitoring op Materniteit

Onze Materniteit kreeg een centraal monitoringsysteem, een vorm van patiëntbewaking door telemetrie. De artsen en vroedvrouwen kunnen de gegevens van alle aanwezige moeders en hun ongeboren baby op een groot overzichtsscherm in de verpleegpost opvolgen wanneer ze gemonitord worden. Het elektronisch systeem biedt nog een aantal bijkomende voordelen.

De gemonitorde gegevens zijn voornamelijk de hartslag van de baby maar ook contracties, bloeddruk en hartslag van de moeder. In geselecteerde omstandigheden is het vereist om ECG-gegevens van de ongeboren baby op te volgen via een STAN-monitor. Hierbij wordt er een continue elektrocardiografische ST-Analyse van de baby weergegeven na plaatsing van een scalpelektrode bij de baby. Het doel is om vroegtijdig foetale hypoxie te kunnen opsporen. In dat geval verschijnen er op de monitor 'STAN-events'. Wanneer er abnormale parameters worden vastgesteld tijdens de monitoring, gaat er in de centrale waakpost en op alle monitoringposten een alarm af.

Verder beschikt elke verloskamer over een pc-systeem waardoor alle gegevens bedside kunnen ingebracht worden. Het heeft als extra voordeel dat je vanuit de ene verloskamer alle gegevens van de andere verloskamers mee kunt volgen en ook aanvullen.

PAPIERLOOS MATERNITEITSDOSSIER

Alle prenatale cardiotocogrammen (CTG) worden in het systeem opgeslagen en van elke prenatale controle op onze

materniteit wordt er een kort verslag in opgenomen. Wanneer een zwangere vrouw komt bevallen, wordt ook het volledige arbeids- en bevallingsverslag geregistreerd, inclusief een grafische weergave van het verloop van de arbeid en bevalling, het partogram. Sinds 1 mei werken we volledig papierloos met een integraal elektronisch materniteitsdossier. Niet alleen de gynaecologen en vroedvrouwen, maar ook de pediaters en anesthesisten maken elk een gesystematiseerd verslag in dit dossier.

Op het einde van de bevalling worden alle bevallingsgegevens geïmporteerd en opgeslagen in ons elektronisch medisch dossier (EMD). Er is dus een perfect papierloze archivering van perinatale klinische gegevens en monitorgegevens. Die zijn permanent online beschikbaar, bij volgende zwangerschappen maar bv. ook voor didactische doeleinden en zo nodig in medicolegale discussies.

VIRTUELE AANWEZIGHEID

Tot slot biedt het monitoringsysteem ook de mogelijkheid aan de artsen om de CTG's, partogrammen en verslagen online op te volgen van op de raadpleging of van thuis. Een soort virtuele



aanwezigheid in de verloskamers van op afstand, zeg maar. Dit biedt ons team de mogelijkheid om sneller, duidelijker en vanop verschillende plaatsen met elkaar te communiceren over de bewaking van moeder en baby.

Het centrale monitoringsysteem betekent een grote stap voorwaarts naar een multidisciplinaire en meer accurate opvolging van de patiënt op onze materniteit, en een belangrijke winst in patiëntveiligheid voor moeder en baby.



Dr. Frederik Temmerman

Steatose en steatohepatitis

Iedereen kent wel de delicatessen foie gras, geserveerd aan het begin van een copieuze maaltijd bij een sneetje peperkoek of rozijnenbrood in combinatie met een zoete witte wijn. Om tot deze delicatessen te komen, wordt een gans vetgemest via de gavage techniek, waarbij het dier enkele malen per dag via een lange trechter gevoederd wordt met hoogcalorisch voer. Op deze wijze kan de lever abnormaal opzwellen. De lever van een niet-vetgemeste gans weegt ongeveer 100 gram en is roodbruin van kleur. De lever van gemeste vogels weegt ongeveer 700 gram en wordt gelig van kleur. Bij de mens is leververvetting de meest voorkomende leveraandoening in de westerse landen.

De lever heeft belangrijke metabole en secretoire functies en is betrokken in de vorming van gal, in de koolhydraat-, eiwit- en vetstofwisseling en in het 'ontgiften' van het lichaam na inname van bijvoorbeeld medicatie en alcohol. De lever kan ook stoffen opslaan als bijvoorbeeld glycogeen. Bij de mens kan leververvetting ontstaan door overmatig alcoholgebruik (i.e. >30 g/dag bij mannen, >20 g/dag bij vrouwen). Ook bij mensen die geen grote hoeveelheden alcohol consumeren, kan leververvetting ontstaan. Deze niet-alcoholische leververvetting (NAFLD) is de meest voorkomende leveraandoening in de westerse landen. NAFLD omvat 'benigne' steatose en steatohepatitis (NASH).

METABOOL

Bij 20-30% van mensen met NAFLD veroorzaakt de langdurige aanwezigheid van vetten een ontsteking in de lever met beschadiging van de levercel (ballooning) en al of niet optreden van fibrosering. Er is dan sprake van niet-alcoholische steatohepatitis (NASH). Bij 10-30% van de mensen met NASH ontstaat cirrose. Ook hepatocellulair carcinoma kan ontstaan als gevolg van NAFLD en NASH.

De prevalentie van NAFLD in de algemene bevolking wordt geschat op 20% en bij patiënten met overgewicht en obesitas op 50-100%.

NAFLD kan omschreven worden als de levercomponent van het metabool syndroom en is het gevolg van de westerse levenswijze (hypercaloriemaaltijden, verzadigde vetzuren, fructoserijke maaltijden, etc.). Er is globaal sprake van het metabool syndroom indien drie van deze vijf componenten aanwezig zijn: arteriële hypertensie ($\geq 130/85$ mmHg), buikomtrek van $\geq 80/\geq 94$ cm bij vrouwen/mannen, laag HDL ($< 40/50$ mg/dL bij mannen/vrouwen), verhoogde triglyceriden (> 150 mg/dL), en verhoogde nuchtere plasmaglucose (≥ 100 mg/dL; verhoogd HbA1c). Pathofysiologisch speelt insulineresistentie zijn rol. Er worden enerzijds meer vrije vetzuren in de lever opgenomen en omgezet in triglyceriden, en anderzijds worden er minder triglyceriden afgebroken. Hierdoor vindt vervetting plaats van de lever. Door de steatose wordt de lever gevoeliger voor onder andere cytokines, waardoor leverschade in de vorm van leverfibrose en uiteindelijk cirrose kan ontstaan.

DIAGNOSTIEK

Meestal hebben mensen met NAFLD geen klachten. Soms is er sprake van moeheid, algemeen onwel voelen of vage buikklachten. Klachten zoals gewichtsverlies en spierzwakte kunnen optreden bij NASH, als ernstige fibrose of cirrose zich heeft ontwikkeld. Indien een patiënt gediagnosticeerd wordt met NAFLD, is het belangrijk om bijkomend te screenen voor de componenten van het metabool syndroom. Dit gebeurt via klinisch onderzoek (gewicht, lengte, bloeddruk en buikomtrek) en bloedafname met bepaling van nuchtere plasmaglucose of HbA1c, cholesterol en triglyceriden. Vice versa is het eveneens aangewezen indien er sprake is van metabool syndroom om te screenen voor de aanwezigheid van NAFLD of NASH.

Bij licht verhoogde leverenzymen kan er sprake zijn van NASH. Bij beginnende leverziekten is de ALT/AST-transaminaseratio groter dan 1. Als de ratio kleiner dan 1 is, kan dit bij alcoholische hepatitis passen of bij een verder gevorderde leverziekte. Om het onderscheid te kunnen maken tussen NAFLD en NASH is in principe een leverbiopsie geïndiceerd met

het aantonen van steatose, lobulaire inflammatie en ballooning van de hepatocyten.

THERAPIE

In het algemeen is NAFLD een traag progressieve ziekte maar fibrose kan zich in 20% van de gevallen snel ontwikkelen. Patiënten met NAFLD kennen een progressie van ongeveer 1 fibrosegraad per 14 jaar. Bij NASH-patiënten is dit 1 per 7

jaar. Concomitante aanwezigheid van arteriële hypertensie verdubbelt de snelheid.

Er is op heden geen geregistreerde medicamenteuze therapie voor NAFLD. De behandeling is voornamelijk gericht op de componenten van het metabool syndroom. Levensstijladaptatie met gewichtsreductie (doel: 7-10% reductie) en lichaamsbeweging vormen de hoeksteen van de behandeling en kunnen het best in een multidisciplinaire setting worden uitgevoerd. Zonder evenwel duidelijke aanbevelingen kunnen NASH-patiënten behandeld worden met pioglitazone of vitamine E. Bariatrische heelkunde kan daarnaast steatose van de lever reduceren met tragere NASH-progressie.

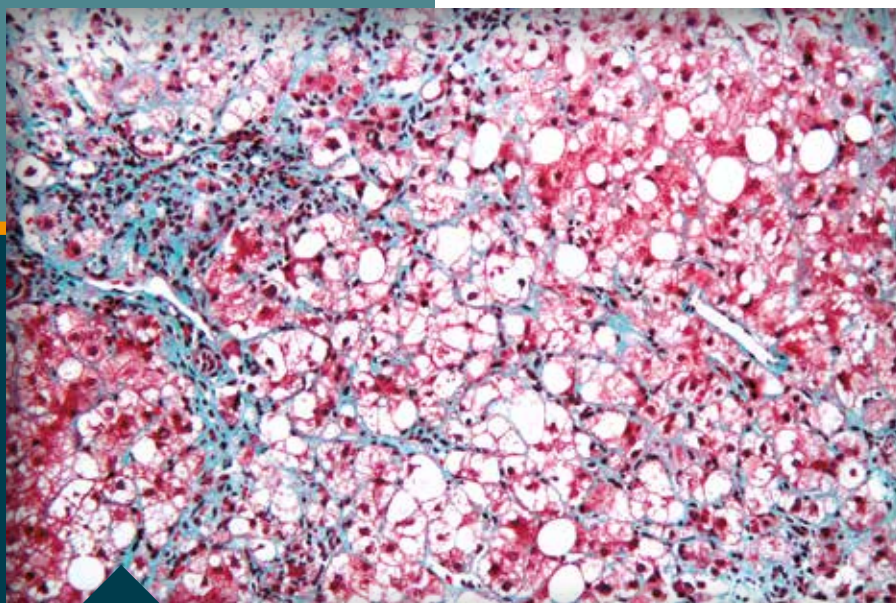


Fig. 1 Microscopfoto van periportale steatose (bron: Nephron - Own work, CC BY-SA 3.0, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=7782350>)

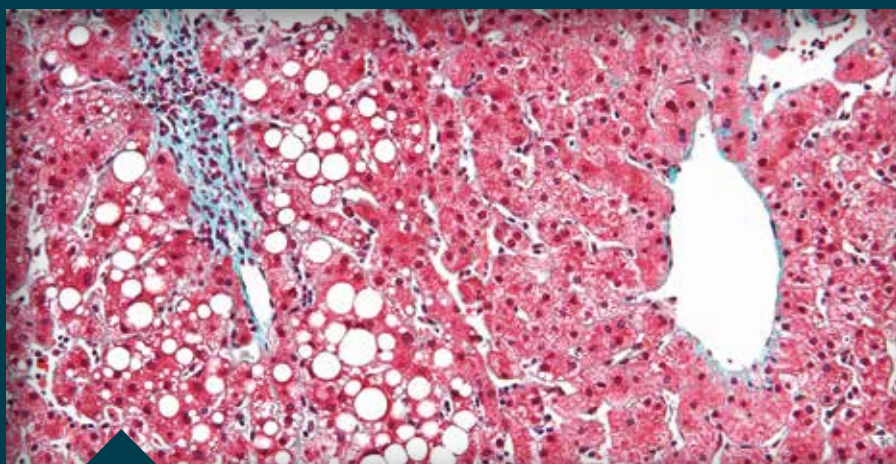


Fig. 2 Microscopfoto van steatohepatitis (bron: Nephron - Own work, CC BY-SA 3.0, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=7747223>)

UITBOUW HEPATOLOGIE

Het is de ambitie van onze afdeling Gastro-enterologie om de zorg voor patiënten met leverziekten uit te breiden en te optimaliseren. Hierbij denken we aan een vlotte samenwerking met de eerstelijnszorg en een laagdrempelig contact met tertiaire centra. Dit laatste houdt in dat onze patiënten zo nodig worden doorverwezen naar UZ Leuven en nadien terugkeren voor adequate follow-up.

Patiënten kunnen bij ons terecht voor diagnostiek bij gestoorde levertesten, behandeling van virale en auto-immune hepatitis, vanishing bile duct diseases zoals PBC en PSC, cirrose en hepatobiliopancreatische oncologie. Tevens willen we ons verder bekwamen in de indicatiestelling voor meer invasieve therapieën als TIPPS en levertransplantatie, een zorgpad uitbouwen voor patiënten met cirrose met zesmaandelijks follow up, opvolgen van fibrose door middel van fibroscan (via UZ Leuven) en echogeleide leverbiopsies.



Dr. Philippe Borreman

Minimaal invasieve rectumchirurgie

Sinds de introductie van de abdominoperineale rectumamputatie (APRA) door dr. Miles begin 20e eeuw heeft de rectumchirurgie een formidabele evolutie doorgemaakt. Met een perioperatieve mortaliteit van 40% en lokaal recidief in meer dan 50% van de gevallen was er toen nochtans sprake van een revolutionaire ingreep. Dit zijn cijfers die we vandaag niet meer gewoon zijn.

Een majeure stap was de totale mesorectale excisie (TME), op de kaart gezet door de Britse chirurg Heald. Hierbij wordt de nadruk gelegd op een scherpe anatomische dissectie van het rectum samen met zijn meso in één pakket, dit in tegenstelling tot de stompe manuele dissectie die tot dan vaak werd uitgevoerd. Lokaal recidief daalde hiermee naar 5%. Een rectumamputatie met definitief stoma is met deze techniek ook vaak te vermijden gezien een korte distale marge oncologisch correct is zolang het volledige mesorectum geresecteerd wordt. Ook tumoren dicht bij de anus kunnen zo radicaal geopereerd worden met een herstel van de transit als er geen invasie is van de bekkenbodem.

LAPAROSCOPISCH

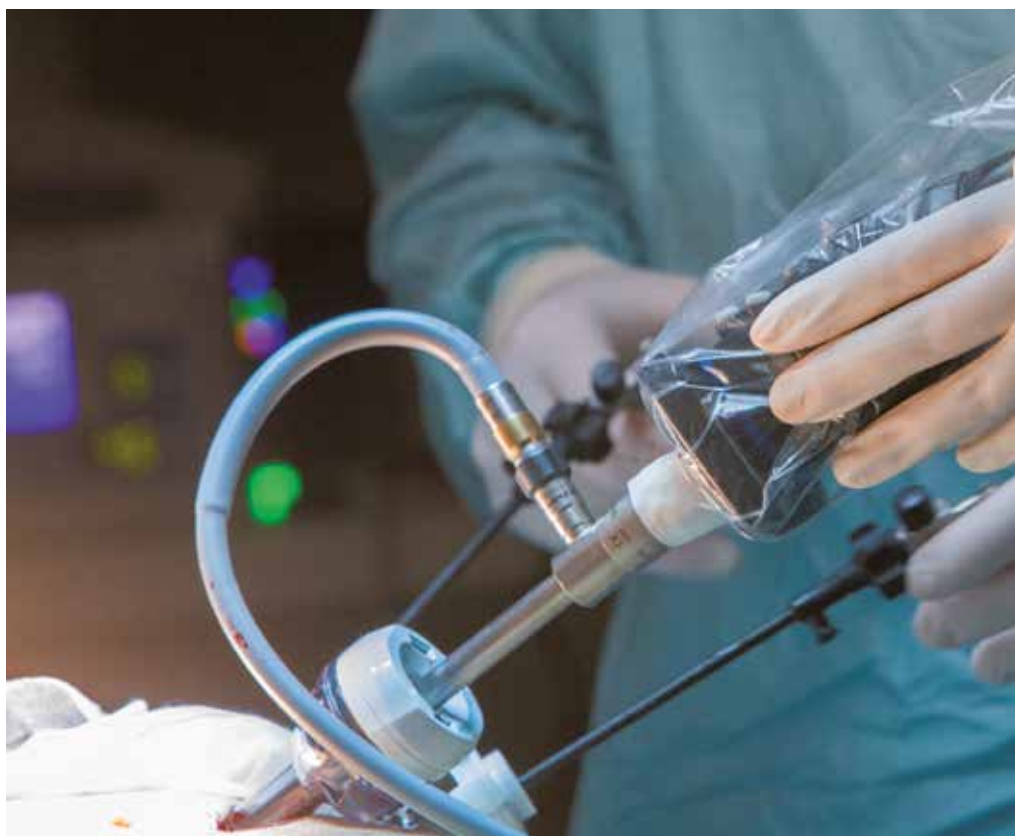
De laatste 25 jaar is er in de abdominale heelkunde vooral een evolutie naar minder invasieve technieken. De laparoscopische TME is intussen goed ingeburgerd. Met gerandomiseerde trials werd oncologische evenwaardigheid aan open chirurgie aangetoond. Buiten het feit dat er geen grote incisie nodig is, met minder pijn en bloedverlies als gevolg, is er het voordeel van de betere visualisatie diep in het bekken met een uitvergroting van het operatieveld op het beeldscherm, wat preciezere dissectie mogelijk maakt.

De autonome zenuwen rondom het mesorectum, van belang bij seksuele beleving en mictie, kunnen zo beter gespaard worden.

TAMIS

Voor oppervlakkige carcinomen of benigne poliepen in het rectum die

coloscopisch niet kunnen worden verwijderd, werd in 1986 de transanale endoscopische microchirurgie (TEM) ontwikkeld. Dit bestaat uit een rigide buis van 4 cm die via de anus in het rectum wordt gebracht. Het rectum wordt geïnsufflereerd met CO2 en met gespecialiseerde gebogen klemmen



kan de poliep of tumor in toto worden verwijderd. Hiermee worden gunstige resultaten bereikt, maar de techniek brak slechts langzaam door, vermoedelijk door de hoge kostprijs van het instrumentarium.

Dankzij ontwikkeling van nieuwe materialen werd deze techniek aangepast waarbij de rigide buis werd vervangen door een flexibel platform met standaard laparoscopische instrumenten. Met deze transanale minimaal invasieve chirurgie (TAMIS) kan in het hele rectum en distale sigmoïd worden gewerkt. Poliepen en tumoren kunnen zoals bij TEM in toto worden geresceerd met dichthechten van het defect in de darmwand. Maligne tumoren in een stadium boven T1 komen hier niet voor in aanmerking omdat met deze techniek het mesorectum niet wordt weggenomen.

EVALUATIE

In RZ Heilig Hart Tienen werd de TAMIS geïntroduceerd in 2014. Er

gebeurden 23 ingrepen tot op heden. Het merendeel van de geresceerde letsels betrof een grote goedaardige poliep. In zes gevallen was er invasieve tumor aanwezig waarvoor bij drie patiënten een bijkomende laparoscopische rectosigmoïdrectomie diende te gebeuren. Postoperatief is er quasi geen pijn aangezien er geen uitwendige wonden zijn, en patiënten kunnen snel de normale activiteiten hervatten evenals gewone voeding. Ook continentie en stoelgangsfrequentie blijven onveranderd na de ingreep. Gemiddeld blijven de patiënten twee dagen in het ziekenhuis.

TRANSANALE TME

De meest recente ontwikkelingen zijn de robot-geassisteerde rectumchirurgie en de transanale TME. De opzet van beide is om beter in de diepte van een soms smal bekken te kunnen werken. De robot heeft een theoretisch voordeel gezien de grotere vrijheidsgraad van de gebruikte instrumenten. Momenteel is hier echter nog geen evidentie voor,

terwijl er wel een belangrijke meerkost is. Bij de transanale TME gebeurt de dissectie van het rectum langs omgekeerde weg, vanuit de anus naar proximaal, met behulp van hetzelfde materiaal als de TAMIS. Vooral het meest distale deel van de dissectie is hiermee beter te visualiseren. Ook deze techniek moet zijn meerwaarde nog bewijzen.

Samengevat is een niet-gemetastaseerde rectumtumor meestal curatief en minimaal invasief te behandelen met een kleine kans op definitief stoma.



REFERENTIES

Miles, WE. A method of performing abdominoperineal excision for carcinoma of the rectum and of the terminal portion of the pelvic colon. Lancet 1908

Heald, RJ; et al. The mesorectum in rectal cancer surgery-the clue to pelvic recurrence? Br J Surg 1982, 69: 613-616.

Bonjer HJ et al. A randomized trial of laparoscopic versus open surgery for rectal cancer. N Engl J Med. 2015;372:1324-32.

Atallah S et al. Transanal minimally invasive surgery: a giant leap forward. Surg Endosc. 2010;24:2200-5.

Buess G et al. Endoscopic surgery in the rectum. Endoscopy. 1985;17:31-5.

Huerta S. Current Strategies in the Management of Adenocarcinoma of the Rectum. 2013



Dr. Michel Vandewoude

Nieuwe endoscopieafdeling in Tienen en Aarschot

In januari hebben we een volledig vernieuwde endoscopieafdeling in gebruik genomen in elk van onze medische centra in Tienen en Aarschot. De ingrijpende renovatie vergroot het comfort voor patiënten en is het sluitstuk van een reeks eerdere investeringen in nieuw medisch materiaal.

Er is de algemene trend om meer activiteiten in dagopname uit te voeren. Voor gastro-enterologie is dit op enkele jaren tijd met meer dan vijftig procent gestegen. Ook endoscopische onderzoeken gebeuren steeds vaker in het dagziekenhuis en meer specifiek voor onze discipline deed de colonkankerscreening het aantal coloscopieën fors toenemen, met meer dan twintig procent in minder dan drie jaar tijd. Een uitbreiding en modernisering van de endoscopieafdeling drongen zich op om te kunnen blijven voldoen aan de groeiende vraag naar dit type onderzoek.

TECHNISCH-INFRASTRUCTURELE VERBETERING

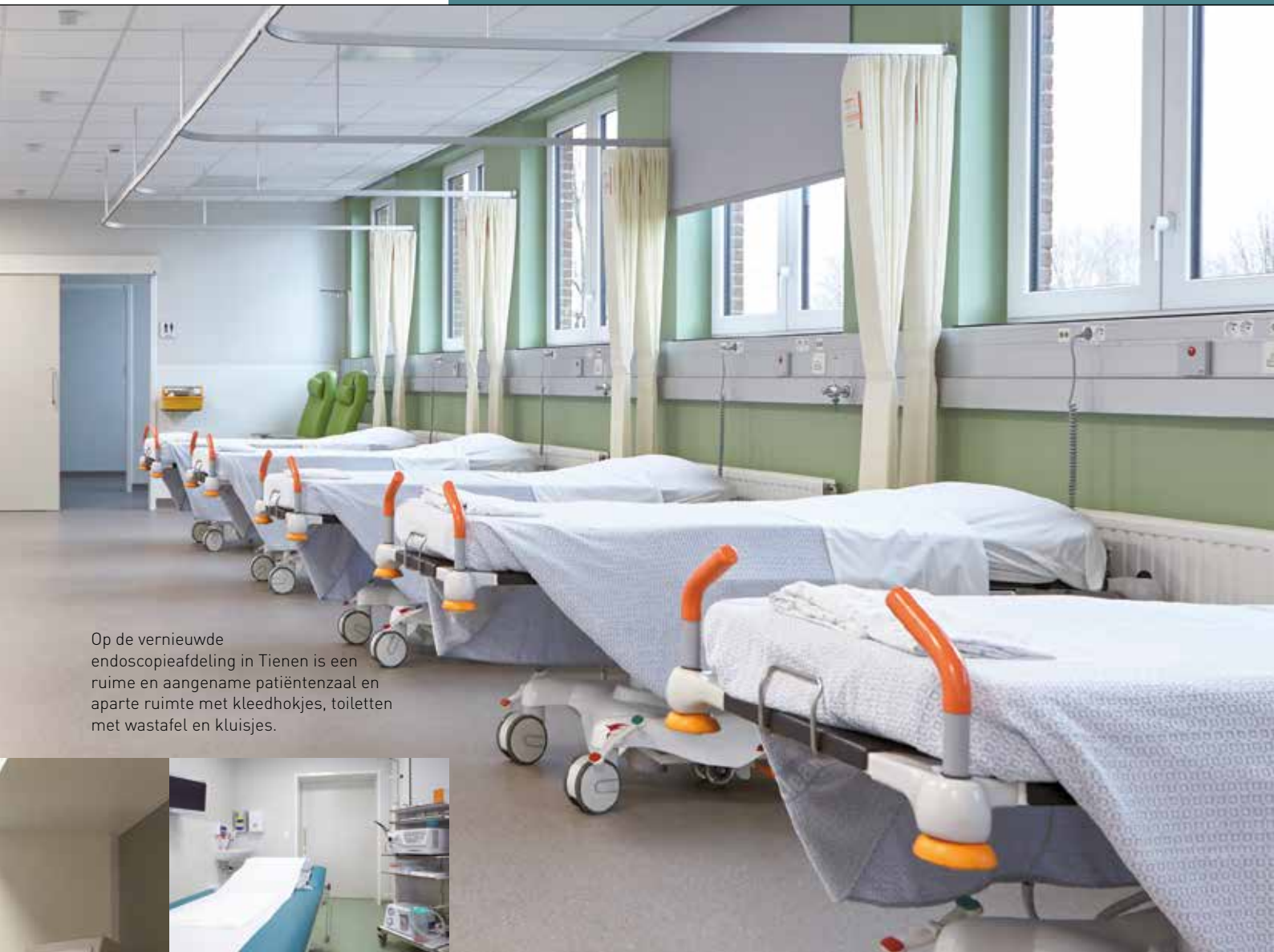
In geen van onze beide medische centra kon deze modernisering door aanpassing van de bestaande locatie. Er kwam infrastructureel dus meteen een volledig nieuw concept aan te pas. Met de nieuwe afdelingen hebben we dan ook twee vliegen in één klap geslagen: de capaciteit is groter en tegelijk voldoen we aan nieuwe technisch-infrastructurele vereisten en kwaliteitsnormen zoals gehanteerd door de Vlaamse Zorginspectie en onze



accrediteringsinstelling NIAZ. Zo ligt de ruimte waar de endoscopen gereinigd (gewassen en gesteriliseerd) en bewaard worden, afgescheiden tussen de twee onderzoekslokalen, met daarin een strikte ruimtelijke scheiding tussen de 'vuile zone' (met voorspoelbakken en wasmachines) en de 'zuivere' zone met doorgeefluiken en doorgeefdroogkasten.

MEER COMFORT

De endoscopie-afdeling kreeg in beide centra een extra onderzoekslokaal



Op de vernieuwde endoscopieafdeling in Tienen is een ruime en aangename patiëntenzaal en aparte ruimte met kleedhokjes, toiletten met wastafel en kluisjes.



De endoscopieafdeling kreeg in beide centra een extra onderzoekslokaal en beschikt nu over twee ruime endoscopiezalén.

en beschikt nu over twee ruime endoscopiezalén. Patiënten ondervinden voornamelijk meer comfort wanneer ze op onderzoek komen. De endoscopieafdeling kreeg immers een eigen dagzaal, die aansluit op de onderzoekslokalen en in Tienen ook op de raadplegingslokalen. Dit betekent geen transport meer door het ziekenhuis voor het onderzoek, strikte scheiding tussen gehospitaliseerde en ambulante patiënten, en communicatie arts-patiënt in alle privacy. Er is sanitair met wastafel en kluisjes waarin patiënten hun persoonlijke bezittingen kunnen opbergen.

De nieuwe werkruimte straalt verder positief af op de omkadering van de endoscopie, waarbij we denken aan onszelf, de verpleging, werkorganisatie en logistiek. We hebben de laatste jaren grote inspanningen geleverd voor inwendige onderzoeken door de aankoop van nieuwe materialen, zoals de meest geavanceerde endoscopen, professionele wasmachines, een droog- en bewaarkast voor endoscopen, en dit om tegemoet te komen aan de steeds strengere eisen die de overheid stelt aan ziekenhuizen inzake veiligheid en hygiëne.



Twee ruime patiëntenkamers in MCA bieden samen plaats voor zes patiënten. Er is sanitair met wastafel, patiënten kunnen hun persoonlijke bezittingen in kluisjes opbergen.



Dr. Anneke Govaerts

diensthoofd Neurologie



Patrick Van Schaeybroeck

afdelingshoofd Neurochirurgie

Gangproblemen en recidiverend vallen neurologisch bekeken

Stappen met behoud van evenwicht is een complexe taak, waarbij integratie van centraal en perifeer zenuwstelsel een cruciale rol spelen. Heel vaak is dan ook een neurologisch probleem de oorzaak van het falen hiervan. Een goede klinische observatie en (meestal) multidisciplinaire benadering en aanpak zijn essentieel om tot een optimale therapie te komen. De huisarts staat hierbij centraal.

Alertheid van de (huis)arts is geboden als er aanwijzingen zijn dat het vallen of struikelen van de patiënt niet louter 'accidenteel' is, zeker wanneer er sprake is van bewustzijnsverlies of van klachten zoals vertigo, hoofdpijn en paresthesiën, of bij klinische aanwijzingen dat gangmoeilijkheden meer zijn dan een orthopedische problematiek. Antalgische gangproblemen door een gewrichtsprobleem of deformatie zijn frequent bij de oudere populatie. Anamnese en heteroanamnese betreffen omstandigheden, uitlokkers, bewustzijnsveranderingen, klachten en medicatiegebruik. Ook metabole of bv. gangmoeilijkheden door zintuiglijke problemen moeten eerst onderkend worden.

Vele gangproblemen hebben een neurologische ondergrond. De gang kan gestoord zijn door een parese, een spastische gang of evenwichtsprobleem, of zogenaamd hypokinetisch of atactisch zijn. Ook symptomen die niet onmiddellijk verband houden met de gang, kunnen aanwijzingen geven over de aard van de ziekte, bv. het cognitief functioneren

van de patiënt, de aanwezigheid van incontinentie. Het blijkt dat vele patiënten met een centrale gangstoornis met eerder atypische symptomen onderbehandeld zijn, onder andere door de associatie met cognitieve problemen. Een specialistisch neurologisch of geriatriesch advies kan dus aangewezen zijn.

OOZAKEN VAN NEUROLOGISCHE GANGSTOORNISSEN

Het kan gaan van een centrale oorzaak zoals een hersentumor, cva, ziekte van Parkinson, dementie of epilepsie tot stoornissen van het vestibulaire of cerebellaire systeem. Minder bekend is de zogenaamde normaledrukhydrocefalie, waarbij de CT of MRI grote ventrikels in de hersenen toont door een liquorresorptiestoornis. Soms kunnen centraal neurologische oorzaken verkeerdelijk toch aan een perifeer probleem doen denken en vice versa. Druk op ruggenmerg of aantasting van perifere zenuwen of spieren kunnen eveneens een rol spelen. Een medullair probleem kan oorzaak zijn van slechter stappen.

Functionele revalidatie van gangstoornissen



Ilse Groeseneken

kinesitherapeut

Relatief frequent zijn bv. cervicale of lumbale spinaalkanaalstenosen op degeneratieve basis. Hier kan een ingreep de neurologische achteruitgang vaak voorkomen en soms zelfs omkeren.

TECHNISCHE ONDERZOEKEN

Aanvullend op het klinisch onderzoek wordt vaak specifieke beeldvorming gepland of zo nodig een EMG. Alleszins is de interpretatie meer nog dan anders strikt verbonden aan het klinisch inzicht, en vergt deze vaak een specialistische beoordeling. Bij patiënten op hogere leeftijd moeten we rekening houden met een groot aantal asymptomatische of atypische afwijkingen. Een louter technisch protocol volstaat dus niet voor een definitieve conclusie.

BEHANDELING

Het zou ons te ver leiden alle behandelingen hier te bespreken. Een multidisciplinaire aanpak is belangrijk, maar ook het schetsen van een realistisch en motiverend verwachtingspatroon. De meest adequate medicamenteuze behandeling en (vaak minimaal invasieve) neurochirurgische behandelingen worden afgewogen. Vaak is het therapeutisch succes afhankelijk van meerdere factoren, niet het minst de thuissituatie, omkadering en motivatie van de patiënt. Indien geen verdere oorzakelijke behandeling meer mogelijk is, of in aansluiting met een behandeling, is een revalidatie erg belangrijk voor een optimaal resultaat. Ons ziekenhuis heeft een team dat zich op deze problematiek toespitst (zie artikel hiernaast).

Er zijn tal van redenen waarom iemand niet goed meer kan stappen. Het revalidatieteam pluist uit welke factoren een rol spelen en welke oefeningen, technieken en strategieën effectief zijn bij de patiënt. Het is van belang om een individueel behandelplan op te stellen.

HET REVALIDATIETEAM

Het multidisciplinair team overlegt wekelijks en bestaat uit volgende medewerkers.

De **revalidatiearts** stelt een werkdiagnose op, gaat na voor welke nomenclatuur de patiënt in aanmerking komt, doet de nodige aanvragen en levert de voorschriften af. Hij coördineert het revalidatieprogramma en bewaakt de opvolging.

De **kinesitherapeut** geeft oefeningen om de verschillende aspecten van bewegen functioneel te trainen, d.w.z. tijdens bewegingen die de patiënt nodig heeft in zijn leefsituatie. De revalidatie tracht de bestaande motorische programma's in de hersenen opnieuw te activeren, desnoods aan te passen of nieuw te schrijven. Door feedback, bijsturing en veel herhaling doet de patiënt als het ware aan motorisch her-lernen. Bij gangstoornissen spreken we dan ook van gangreëducatie.

De **ergotherapeut** traint specifiek de taken die nodig zijn in het huishouden, bij de persoonlijke verzorging en bij de vrijetijdsbesteding (activiteiten van het dagelijkse leven, kortweg ADL). Hij geeft advies over hulpmiddelen en aanpassingen van de leefomgeving om zo zelfstandig mogelijk en veilig te functioneren.

De **logopedist** geeft advies aan de therapeuten over aanpak van taal- en slikstoornissen tijdens de oefensessies. Bijvoorbeeld: op welke manier leggen we een opdracht uit bij een taalprobleem? Dikken we de vloeistof in om verslikken te vermijden wanneer de patiënt dorst krijgt van het trainen?

De **orthopedisch verstrekker** kan demomateriaal leveren om hulpmiddelen uit te testen. Wanneer in samenspraak met het team en de patiënt gekozen wordt voor een hulpmiddel, zorgt de orthopedisch verstrekker voor de maatname, levering en eventuele aanpassingen.

NEUROLOGISCHE SPECIALISATIE

Grote troef is dat we een uitgebreid, langdurig en multidisciplinair revalidatieprogramma kunnen aanbieden op onze Tiense campussen. Ons team is gespecialiseerd in de revalidatie van neurologische aandoeningen. We bieden therapie in het acute, subacute en chronische stadium van de aandoening. De revalidatie start tijdens de hospitalisatie en kan ambulant verder gezet worden.

REVALIDATIEPRINCIPES

Het behandelplan wordt opgesteld volgens het ICF-model (International Classification of Functioning, Disability and Health). We bekijken de patiënt in zijn geheel en in de context waarin hij moet functioneren. Is er een mantelzorger aanwezig of professionele hulp bij verplaatsingen? Zijn er drempels of trappen in huis? Wat betekent een kwaliteitsvol leven voor de patiënt? Is hij tevreden als hij nog van zijn bed tot aan het toilet kan stappen of wil hij naar de kapper kunnen gaan een paar straten verderop? We stellen samen met de patiënt haalbare doelen voorop. We willen de hoogst mogelijke graad van zelfstandigheid bereiken op een veilige manier.

Het stappatroon verschilt sterk per pathologie, per patiënt en per ernstgraad van de aandoening. Eerst analyseren we het gangpatroon. Hoe verlopen de steun- en de zwaai fase? Welke factoren beïnvloeden de gang? Als we dit in kaart gebracht hebben, trachten we het normale gangpatroon opnieuw aan te leren. Blijkt dat niet mogelijk, dan leren we compensaties aan en schakelen eventueel hulpmiddelen in. Enkele heel concrete voorbeelden: visuele cueing bij freezing van een parkinsonpatiënt, een loophulpmiddel bij ataxie, manuele facilitatie bij parese van het onderste lidmaat na een CVA. Revalidatie is: stap voor stap je doel bereiken.



Elektronische aanvraag voor onderzoeken radiologie en nucleaire geneeskunde



**DR. BART
BOOMGAERT,
DIENSTHOOFD
RADIOLOGIE**

“Rondslingerende papieren

aanvragen die mogelijks verloren gaan, vergeten worden of op een verkeerde plaats terechtkomen en die eventueel niet worden opgevolgd, behoren tot het verleden. Ook onontcijferbare handschriften met het risico van verkeerde interpretatie worden historie. De aanvraag werd zo ontworpen dat ze alleen kan worden gevalideerd indien alle wettelijk vereiste gegevens zijn ingevuld in functie van het type onderzoek. Voor de aanvrager levert dit na een korte leercurve tijdswinst op: aanklikken van verschillende mogelijkheden in plaats van uitschrijven. Er kan gebruik gemaakt worden van zelf ontworpen standaardteksten of eerder gebruikte templates. Aanvragen voor verschillende follow-up onderzoeken kunnen vlot worden ontdebeld met verschillende dateringen. Klinische gegevens en diagnostische vraagstellingen zullen in de nabije toekomst automatisch worden overgenomen in het onderzoekverslag.”



**KRIS DELDIME,
DIENSTHOOFD
ADMINISTRATIE,
PROJECT-
COÖRDINATOR**

De dienst ICT zet RZ Heilig Hart Tienen op de kaart met een eigen ontwikkeling: we zijn, buiten UZ Leuven (KWS), het eerste ziekenhuis in Vlaanderen met een elektronische aanvraag voor radiologische en nucleaire onderzoeken. Dit project werd genomineerd voor de Agoria eHealth Awards 2016. Het nieuwe platform werd in mei intern uitgerold. Het is uitbreidbaar naar andere aanvragen en zal ook toegankelijk worden voor externe verwijzers. Enkele sleutelspelers van het project aan het woord.



**DR. PASCAL WERNAERS,
ORTHOPEDIE, SLEUTELARTS IN DE ONTWIKKELING**

“Wat een vooruitgang en een belangrijke stap naar een echt papierloos digitaal tijdperk - hoewel

we allen zogezegd ‘digitaal’ werken, is de papierconsumptie vandaag groter dan ooit tevoren. Een elektronisch order is sneller en correcter ingevuld dan een handgeschreven papier en gaat bovendien niet meer verloren. Beschikbare informatie vanuit ons eigen elektronisch medisch dossier wordt automatisch geïmporteerd of aangeboden als mogelijks relevante informatie (bv. diagnose, nierfunctie, allergie, voorafgegane onderzoeken).

Enkel relevante informatie wordt gevraagd (bv. zwangerschap bij vrouwen, contrastallergie enkel bij onderzoeken met contraststof). Via sjablonen kan met één klik een pathologiespecifieke aanvraag worden gedaan, automatisch aangevuld met patiëntspecifieke gegevens.

In de toekomst wordt actief inplannen van technische prestaties mogelijk, waarbij in het medisch dossier ook zichtbaar wordt welke onderzoeken aangevraagd zijn, wanneer ze gepland zijn en welke effectief al uitgevoerd zijn. Een grote stap vooruit naar een vernieuwd elektronisch patiëntendossier.”

“Doel van deze digitalisering is de patiëntveiligheid en efficiëntie te verhogen. Met het elektronisch order kunnen meerdere onderzoeken tegelijk aangevraagd worden en het systeem controleert of combinaties van onderzoeken binnen één diagnostische vraagstelling mogelijk zijn. In de rapportage van de resultaten is een kwaliteitscontrole ingebouwd waardoor de aanvrage arts automatisch gealarmeerd wordt bij relatief dringend op te volgen resultaten. Artsen en verpleegkundigen kunnen de status van de aangevraagde onderzoeken in het elektronisch medisch en verpleegkundig dossier bekijken.

In een volgende fase is de integratie met de digitale agenda voorzien waarbij de arts een voorstel krijgt van beschikbare tijdsloten en zelf zijn onderzoeken kan plannen. We reduceren hiermee dan ook gevoelig de telefonische belasting van de secretariaten. Het ontwikkelde platform met zijn modaliteiten en kwaliteitscontrole kan gebruikt worden voor andere aanvragen en diensten (bv. Klinisch Labo, Anatomopathologie, Fysische Geneeskunde, technische onderzoeken zoals EKG of longfunctie, interne consulten). Tot slot zullen we dit platform op termijn ook aan externe zorgverleners (huisartsen) kunnen aanbieden.”



Dr. Luc Belmans

medisch directeur,
diensthoofd Kwaliteit &
Procesoptimalisatie

Beddenherallocatie op maat van zorgvraag

Schuinliggers' worden ze genoemd in Nederland. Wij spreken eerder over 'zonevreemde patiënten'. Telkens gaat het om patiënten die al dan niet tijdelijk op een verpleegeenheid verblijven waar ze eigenlijk niet thuishoren. Dit kan een negatieve impact hebben op de kwaliteit van de zorg en de patiëntveiligheid. Op Campus Mariëndal voeren we deze zomer om die reden een herallocatie van de chirurgische en inwendige bedden door.

Niet zozeer de zorgvraag dan wel de variabiliteit van de zorgvraag is de grote uitdaging van een dienst Opnameplanning. De situatie komt in elk ziekenhuis voor: een drukke periode tijdens de wintermaanden met een te grote instroom van patiënten via Spoedgevallen en er ontstaat een tekort aan bedden op de verpleegafdelingen. Men spreekt ook wel van 'beddendruk'. Wanneer de urgentiebehandeling op Spoedgevallen afgerond is en een opname nodig blijkt, wordt de patiënt bij voorkeur zo snel als mogelijk naar een verpleegeenheid getransfereerd.

RISICO OP SUBOPTIMALE ZORG

Bij grote beddendruk komt het voor dat een patiënt niet op de aangewezen afdeling gehospitaliseerd kan worden. Dit heeft twee gevolgen: de expertise van het verzorgend personeel met de pathologie van de patiënt is niet steeds optimaal en er worden extra transfers gecreëerd. Dit is belastend voor de medewerkers en bemoeilijkt efficiënte, gestandaardiseerde zorg. Het is voor een verpleegteam allesbehalve comfortabel om geconfronteerd te worden met pathologie die het niet honderd procent 'in de vingers' heeft. Op zich zullen deze patiënten de beste zorgen krijgen maar het is net de vertrouwde met bepaalde pathologiepatronen die maken dat bepaalde tekens in een vroeg

stadium worden ontdekt. Zo ontstaat er dus een vermijdbaar risico voor de zorgkwaliteit en de patiëntveiligheid. De 'tussenstop' in afwachting van de transfer naar de juiste verpleegeenheid is vanzelfsprekend ook belastend voor de patiënt en zijn naasten.

De doelstelling van onze reorganisatie is dat de verpleegeenheden op elk moment voldoende vrije bedden hebben voor ongeplande patiënten via Spoedgevallen. Uiteraard moeten we dit realiseren zonder wijziging van de bedcapaciteit voor de verschillende specialismen en met minimale wijzigingen van de verpleegteams. We hebben geopteerd voor een herallocatie van bedden om het probleem van de zonevreemde patiënten te remediëren.

SNIJDEND VS. BESCHOUWEND

Men kan de klinische specialismen indelen in twee grote clusters: enerzijds de 'snijdende' cluster met alle chirurgische specialismen, anderzijds de 'beschouwende' cluster met alle inwendige disciplines en daarnaast ook neurologie en geriatrie. De instroom van deze twee patiëntengroepen verschilt fundamenteel. Ongeveer tweederde van de opnames voor snijdende specialismen zijn geplande electieve opnames, die tijdens de werkweek worden gepland. Bij de beschouwende

2 op 3 chirurgische opnames is gepland, bij de beschouwende disciplines is 9 op 10 een dringende opname via Spoedgevallen.



Op Campus Mariëndal verhuizen we een aantal bedden voor inwendige/ neurologische en chirurgische patiënten tussen afdelingen. Onze huidige Telemetrie gaat van 16 naar 30 bedden en krijgt een nieuwe eenheid voor beroertezorg ('stroke unit'). Telemetrie en Heelkunde 1 verwisselen hiervoor van plaats. Zo komt Telemetrie ook vlak naast Intensieve Zorgen te liggen. We maken gebruik van de jaarlijkse zomersluiting van de afdeling Kort Verblijf om de hinder van de werkzaamheden op te vangen.

specialismen is meer dan 90% van de klassieke hospitalisaties het gevolg van een dringende opname via Spoedgevallen.

De 'snijdende' en 'beschouwende' opnames worden in de reorganisatie beter afgebakend en er verhuizen ook fysiek een aantal bedden. Onze afdeling Kort Verblijf, die open is van maandagmorgen tot vrijdagavond, zullen we vanaf september selectief voorbehouden voor geplande chirurgische ingrepen met een kortdurende hospitalisatie. Vandaag wordt de helft van de twintig bedden

nog gebruikt voor de beschouwende disciplines, met al te vaak transfers wanneer deze patiënten langer moeten blijven. Deze bedden van de beschouwende specialismen worden geruild met chirurgische bedden op een verpleegeenheid die continu open is. Onze verpleegeenheid Telemetrie met zestien monitoringbedden gaat naar dertig bedden, waarvan vier voor een nieuwe eenheid beroertezorg (stroke unit, begin 2017 in gebruik). Ze verwisselt om die reden van locatie met de heelkundige afdeling die in beddenaantal inkrimpt ten voordele van Kort Verblijf.

De reorganisatie, die eind deze zomer rond is, brengt voor heel wat medewerkers een behoorlijke wijziging in hun werkomgeving teweeg. Het feit echter dat zonevreemde patiënten tot het absolute minimum kunnen worden herleid, heeft als gevolg dat de verpleegteams zich meer dan nu volop kunnen concentreren op hun patiëntenpopulaties. Dat biedt een grotere garantie voor optimale, veilige en efficiënte zorg op elk moment voor elke patiënt. Samen met een drastische daling van het aantal transfers durven we dan ook een grotere patiënten- en medewerkerstevredenheid verwachten.



Dr. Deborah Masfrancx

Zorgtraject en conventie verbeteren zelfzorg diabetespatiënt

Tot eind vorig jaar werd de zorgverlening in het kader van de diabetesconventie in ons ziekenhuis gecoördineerd door een gedetacheerd stafid van UZ Leuven. Met het aantrekken van een endocrinoloog kan RZ Heilig Hart Tienen dit zelf in handen nemen en de endocrinologie in Tienen en Medisch Centrum Aarschot verder uitbouwen.

De endocrinologie omvat de diagnose en behandeling van onder meer hypofysaire problemen, diabetes, schildklierlijden, obesitas en bijnierproblematiek. De meest frequente endocrinologische pathologie is diabetes. De endocrinoloog wordt in de aanpak ervan bijgestaan door gespecialiseerde diabetesverpleegkundigen/educatoren en diëtisten. Er is vaak ook overleg met andere disciplines.

Zoals onlangs nog te lezen stond in het medisch tijdschrift The Lancet: de prevalentie van diabetes stijgt wereldwijd, maar in enkele landen waaronder België is dit beperkter dan in bijvoorbeeld de zuidelijke landen. Dit komt omdat wij al langer aan preventie doen door te hameren op het belang van een gezonde levensstijl. Daarnaast wordt de diabetespatiënt goed omkaderd en begeleid. In Vlaanderen kunnen de patiënten geïncorporeerd worden in een diabeteszorgtraject of diabetesconventie.



ZORGTRAJECT

Zorgtrajecten verbeteren de aanpak van chronische ziekten. Het diabeteszorgtraject is een overeenkomst tussen een patiënt met type 2 diabetes mellitus, zijn huisarts en de endocrinoloog die bij de behandeling betrokken is. Het voordeel is dat de patiënt goed wordt opgevolgd door de huisarts (minstens twee contacten per jaar) en dat hij zelf het initiatief neemt om zijn diabetes aan te pakken dankzij de mogelijkheden van onder meer gratis glucosemeter en strips, terugbetaling van diëtist en podoloog (tweemaal per jaar) en medicatie zonder attesten. De inbreng van het diabetesteam onder leiding van de



endocrinoloog in de behandeling betreft vooral de aanpassing van medicatie en de diabeteseducatie: wat houdt diabetes in en wat zijn mogelijke verwikkelingen, hoe hyper- en hypoglycemie herkennen en wat te doen ...

Het valt op dat sinds het bestaan van het zorgtraject diabetespatiënten meer bewust met hun ziekte omgaan en die ook beter aanpakken, wat uiteindelijk ook het doel is. De voorwaarden tot inclusie zijn type 2 diabetes mellitus onder één of twee injecties insuline per dag of onder maximale niet-insulinetherapie waarbij insuline in de toekomst dient te worden overwogen.

DIABETESCONVENTIE

De diabetesconventie bestaat sinds 1987 en is een uniek systeem in ons land dat de zelfcontrole en educatie tot zelfzorg voor mensen met diabetes (type 1, type 2, zwangerschapsdiabetes) onder insulinetherapie financiert. Deze educatie wordt op de drie campussen van RZ Heilig Hart Tienen gegeven door gespecialiseerde diabetesverpleegkundigen, die erg bedreven zijn om de patiënt op een verstaanbare manier zaken uit te leggen en technieken aan te leren. Wij helpen om zelf insuline te leren inspuiten en de glycemie te meten, en bij het oplossen van alledaagse praktische problemen.

Om in aanmerking te komen voor aansluiting bij een diabetesconventie moet de patiënt behandeld worden met minstens twee insulinespuiten per dag en moet hij bereid zijn om minstens dertig bloedsuikermetingen per maand uit te voeren.

Kort nieuws

SYMPOSIA 2016

Op woensdag 14 september organiseren onze urologen een wetenschappelijk symposium onder de noemer State of the Art in Prostate Cancer. Op donderdag 8 december staat een ongetwijfeld geanimeerd eresymposium voor dr. Stefaan Poelmans op het programma, naar aanleiding van zijn pensioen eind dit jaar. Beide avondsymposia vinden plaats halfweg tussen Tienen en Aarschot, in de Winge Golf & Country Club in Sint-Joris-Winge.

RAADPLEGINGEN IN JODOIGNE

Ons ziekenhuis ontvangt in Tienen heel wat patiënten uit de regio Jodoigne, onder andere via de MUG en de dienst Spoedgevallen. In die context zijn in Maison Médicale de Spécialiste (MMS) in Jodoigne een aantal van onze medische specialisten van start gegaan met raadplegingen en stellen onze labo's Klinische Biologie en Anatomopathologie hun expertise ter beschikking. Wat de raadplegingen betreft, kunnen patiënten momenteel terecht bij Tiense specialisten van de disciplines algemene & abdominale chirurgie, vaatchirurgie, gastro-enterologie, gynaecologie, neurologie, orthopedie en urologie. Dit aanbod willen we graag in nauw overleg met de huisartsen uit de regio Jodoigne evalueren en uitbreiden waar wenselijk.

NIEUWE THEMAWEBSITES VOOR PATIËNTEN

Eind juni gaan de websites van de diensten Pediatrie en Abdominale heelkunde online. Op www.pediatrie.rztienen.be kunnen ouders en kinderen kennismaken met onze kinderafdeling en zich samen voorbereiden op een opname in ons ziekenhuis. De site www.heelkunde.rztienen.be verzamelt alle patiëntenfolders van onze dienst Algemene & Abdominale heelkunde en informeert voor welke aandoeningen men bij onze abdominale chirurgen terecht kan.

Nieuwe artsen



ANATOMOPATHOLOGIE Dr. Sumara Ahmad

Ons labo Anatomopathologie kon haar medisch team uitbreiden met een vierde collega. Dr. Sumara Ahmad kreeg haar opleiding tot arts in Hasselt en Leuven. Ze specialiseerde zich tussen 2010 en 2014 in de pathologische ontleedkunde in UZ Leuven en was nadien assistent in ZOL Genk.



GASTRO-ENTEROLOGIE Dr. Frederik Temmerman

Met het pensioen van dr. Ivo Vanderlinden vorig jaar trokken onze gastro-enterologen een nieuwe collega aan. Dr. Temmerman studeerde geneeskunde in Kortrijk en Leuven. Hij specialiseerde zich in inwendige geneeskunde in AZ Damiaan (Oostende) en UZ Leuven, met aansluitend een assistentschap maag-darm-leverziekten in Heilig Hart Ziekenhuis Roeselare. In 2014 rondde hij een doctoraatsstudie (met klinische activiteit in UZ Leuven) af met een proefschrift over polycystische leveraandoeningen. Onze dienst Gastro-enterologie wil met zijn expertise specifieke raadplegingen hepatologie uitbouwen in Tienen en Aarschot.



ALGEMENE HEELKUNDE Dr. Philippe Borreman

Onze dienst Algemene heelkunde werd recent uitgebreid met een vierde stafid. Dr. Philippe Borreman behaalde zijn diploma arts aan de KU Leuven en bekwaamde zich nadien in de heelkunde

met assistentschappen in Heilig Hart Ziekenhuis Lier, Maxima Medisch Centrum Veldhoven (Nederland), Jessa Ziekenhuis (Hasselt) en UZ Leuven. Na zijn opleiding als algemeen chirurg was hij een jaar resident op de dienst Abdominale heelkunde in UZ Leuven. Onze dienst Algemene heelkunde profileert zich vooral op het vlak van abdominale chirurgie, voor de behandeling van onder meer morbide obesitas, gastro-intestinale oncologie en bekkenbodempathologie.



RADIOLOGIE Dr. Laurent Blockx

Met de komst van dr. Laurent Blockx telt ons radiologisch team elf medische stafleden. Hij is actief op Campus Mariëndal en in Medisch Centrum Aarschot. Na een bachelor biomedische wetenschappen studeerde hij geneeskunde aan de KU Leuven. Hij specialiseerde zich in de radiologie in AZ Sint-Lucas Brugge en UZ Leuven. Hij behaalde in 2014 ook het European Diploma in Radiology in Parijs. Dr. Blockx heeft een bijzondere interesse in abdominale en musculoskeletale beeldvorming, mammografie en biopsie.



SPOEDGEVALLEN Dr. Kelly Mortelmans

De medische staf van Spoedgevallen wuifde eind vorig jaar dr. Jan Beirnaert uit en verwelkomde dr. Kelly Mortelmans als nieuwe collega. Zij rondde in 2009 haar opleiding geneeskunde aan de KU Leuven af en bekwaamde zich gedurende een jaar verder in de anesthesie en reanimatie in AZ Delta (Heilig Hartziekenhuis

Roeselare). Na een master in de huisartsgeneeskunde specialiseerde ze zich in de acute geneeskunde in UZ Brussel. Ze behaalde bijkomende getuigschriften van ALS, APLS, rampengeneeskunde en spoedeisende echografie.



ANESTHESIE Dr. Heidi Delrue

Dit voorjaar kwam er versterking voor onze diensten Anesthesie en Intensieve Zorgen in Tienen met dr. Heidi Delrue. Zij startte haar studie geneeskunde aan de KULAK en promoveerde tot algemeen arts aan KU Leuven in 2009. Ze studeerde in 2014 af als anesthesist. Tijdens haar specialisatie deed ze ervaring op in AZ Groeninge in Kortrijk en in UZ Leuven. Aansluitend volgde ze de opleiding intensieve zorgen in UZ Leuven en studeerde in 2015 af als intensivist.



OFTALMOLOGIE Dr. Sara Torfs

Onze oogkliniek in Medisch Centrum Aarschot kreeg in april een welkome uitbreiding met dr. Sara Torfs. Zij behaalde haar master in de geneeskunde in 2011 en kreeg haar opleiding tot oftalmoloog in Leuven. Zij liep stage in het Middelheim ziekenhuis en slaagde met succes voor het International Council of Ophthalmology examen. Na haar opleiding volgde zij een fellowship medische retina en cataractchirurgie in Ziekenhuis Oost Limburg. Patiënten kunnen bij haar terecht voor algemene oftalmologie, medische retina en cataractchirurgie.