



Accrediteringstraject:
interne audits



Hervormingen in
pijntherapie



PACSonWEB:
beelden in the cloud



Nieuwbouw Intensieve Zorgen en Geriatrie in gebruik



HARTSLAG

Medisch magazine van RZ Heilig Hart Tienen • juni 2014

rz **tienen**

regionaal ziekenhuis
heilig hart tienen vzw

- 3 Nieuwe dienst Kwaliteit & Procesoptimalisatie
- 5 Accrediteringstraject: interne audits
- 6 Hervormingen in de pijntherapie
- 8 Nieuwe vleugel in gebruik
- 10 Radiologiebeelden *in the cloud*
- 11 Provinciaal darmkanker-screeningsproject
- 12 Gehoorschade door lawaai
- 13 Polsarthroscopie
- 14 Symposium antibioticabeleid



Voorwoord

Na het positief advies voor ons zorgstrategisch plan in 2013, volgt nu de fase van uitwerking van een financieel-technisch plan. De eerste stap voor een nieuwe, eengemaakte Tiense campus is het plan-MER (milieueffectenrapport), waarbij potentiële locaties bestudeerd worden. Voor Medisch Centrum Aarschot wordt gekeken naar de specifieke rol die een stand-alone dagziekenhuis met medisch-technische diensten, operatiezalen en consultatieruimten kan spelen in het moderne zorglandschap.

De ziekenhuisfinanciering staat voor belangrijke uitdagingen. Het staat buiten kijf dat kwaliteit - terecht - een steeds belangrijker rol zal spelen in de verdeling van de beschikbare middelen. Het is niet toevallig dat een eerste Vlaams rapport over kwaliteitsindicatoren in ziekenhuizen, met name over borstkankerzorg, zoveel weerklank heeft gekregen in de media. Het is mee in die context dat de directie heeft beslist om een nieuwe dienst Kwaliteit & Procesoptimalisatie in het leven te roepen, die in zijn startfase drie medewerkers zal tellen (tegenover één kwaliteitscoördinator voordien). Adjunct-medisch directeur dr. Luc Belmans is bereid gevonden om deze dienst te leiden. Gezien zijn ervaring met het registratiegebeuren en de daaraan gekoppelde financiering, is de link met de toekomst gelegd.

Het voorliggende nummer van *Hartslag* illustreert opnieuw het dynamisme en de spirit van vernieuwing in ons ziekenhuis, alsook de nauwe samenwerking met UZ Leuven, een win-winsituatie voor alle partijen, niet het minst voor de patiënt. Zo lezen we in het artikel van dr. Roel Mestrum over de evoluties in de regelgeving en de organisatie van de pijntherapie door de overheid. Die verplicht ziekenhuizen en pijncentra ondertussen tot samenwerking, o.a. in verband met chronische pijn. Ons ziekenhuis heeft recent een samenwerkingsakkoord met UZ Leuven in die zin afgesloten.

We laten u ook een kijkje nemen in onze nieuwe vleugel, waar eind januari de afdeling Intensieve Zorgen en een tweede geriatrische afdeling hun intrek hebben genomen.

De dienst Orthopedie gaat verder met het differentiëren van het aanbod. Dr. Chul Ki Goorens getuigt hiervan met zijn artikel over zijn subspecialiteit, de hand- en polspathologie. Arthroscopie in deze anatomische regio behoort sinds kort tot het diagnostisch en therapeutisch orthopedisch arsenaal dat beschikbaar is in RZ Heilig Hart Tienen.

De dienst NKO laat haar nieuw staflid, dr. Ann Torfs, aan het woord over gehoortrauma. Ook hier gaat het om een relatief recente aandoening, die te maken heeft met onze moderne maatschappij. De rol van preventie in dit verband kan niet voldoende benadrukt worden.

Onze radiologen zijn figuurlijk én letterlijk in de wolken. Voortaan kunnen al hun externe verwijzers na eenvoudige eenmalige registratie de beelden en verslagen *in the cloud* raadplegen, via de online toepassing PACSonWEB. We kunnen zo komaf maken met de dure en tijdrovende maak en verzending van cd-roms, en ook de patiënt zal de beelden online kunnen bekijken.

Organisator dr. Hans Struyven brengt tot slot verslag uit van ons symposium op 11 maart over antibioticabeleid, met uitermate boeiende lezingen van de Leuvense gastsprekers prof. dr. Johan Van Eldere en prof. dr. Willy Peetermans. Een goed antibioticabeleid is zowel binnen als buiten het ziekenhuis essentieel. De monitoring van resistenties en het aanpassen van het antibioticabeleid moeten gebeuren in nauw overleg met alle echelons in de gezondheidszorg.

Prof. dr. Jan Verlooy
Medisch directeur



Nieuwe dienst Kwaliteit & Procesoptimalisatie

Dr. Luc Belmans, adjunct-medischdirecteur, MZG-arts, diensthoofd Kwaliteit & Procesoptimalisatie

Begin dit jaar kreeg ons ziekenhuis een nieuwe dienst die het kwaliteitsbeleid en procesmanagement over alle departementen heen ondersteunt. De dienst centraliseert ook de gegevens over (zorg)kwaliteit en efficiëntie, en coördineert de voorbereidingen voor zorginspecties en accreditering.

De voorbije jaren is er in ons ziekenhuis duidelijk vooruitgang geboekt op het vlak van kwaliteitsmanagement. Er werd werk gemaakt van een incidentenmeldsysteem en een meldcultuur. Er kwamen gerichte acties om zorgprocessen efficiënter, effectiever en veiliger te laten verlopen, onder andere via methodieken zoals zorgpaden en lean. In een aantal departementen wordt gebruik gemaakt van indicatoren om processen te verbeteren en onze resultaten te vergelijken met andere ziekenhuizen. Vorig jaar zijn we gestart met kwaliteitsaudits in het voorbereidingstraject voor de NIAZ-accreditatie (zie artikel pag. 5) en ook het normenkader van het nieuwe zorg-inspectiemodel van de overheid is een goed instrument gebleken voor continue verbetering. Toch is er nog een weg af te leggen om alle diensten, disciplines en medewerkersgroepen hierbij te betrekken en om eenzelfde visie en aanpak van kwaliteitsbeleid ziekenhuisbreed ingang te doen vinden.

Het team wil voor alle diensten een meerwaarde kunnen zijn in volgende domeinen:

- gegevens over zorgkwaliteit en efficiëntie verzamelen, analyseren en ter beschikking stellen van de organisatie;
- het kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid verder ziekenhuisbreed integreren en borgen;
- de patiëntveiligheid verhogen door processen te optimaliseren en de evolutie naar een open en lerende cultuur te bewerkstelligen;
- zorgkwaliteit en patiëntveiligheid verder kwantificeren via indicatoren en deelname aan benchmarks in de sector;
- processen efficiënter en effectiever organiseren, met evenwicht tussen de zorginzichtelijke (evidence based) en kosteneffectieve (lean) aanpak;
- in samenwerking met de ICT-dienst de administratieve processen in de zorg verder verbeteren om voor de zorgverleners meer tijd bij de patiënt te realiseren.

> Indicatoren

Onze sector ervaart ook druk van buitenaf om steeds meer in te zetten op kwaliteit: de middelenschaarste in de gezondheidszorg, de evoluties op het vlak van kwaliteitsmanagement (accreditatie, indicatoren ...) en de druk van de overheid zelf. Er is tevens een groeiende vraag van de samenleving om zorgindi-

catoren te publiceren en zo ziekenhuizen te kunnen vergelijken. Recente debatten in de media bevestigen dit. Ziekenhuizen zullen zich in de toekomst immers steeds meer onderling positioneren op basis van resultaten m.b.t. zorgkwaliteit en patiëntveiligheid.

Kwaliteitsindicatoren worden almaar vaker door de overheid en de ziekenhuissector samen vastgelegd, om de resultaten van de zorg op eenzelfde manier te meten en onderling te kunnen vergelijken. Sinds 2013 nemen we deel aan het Vlaams Indicatorenproject VIP² (zie kadertekst en pag. 4), waarvan we de resultaten voor ons ziekenhuis ook op onze website publiceren. Doel van dit project is meer transparantie te creëren. Voorlopig kiezen de ziekenhuizen nog zelf of en welke indicatoren ze meten en of ze die ook publiek maken.

Ons ziekenhuis neemt ook deel aan de kwaliteitsbenchmark van het Vlaams Ziekenhuisnetwerk KU Leuven, het samenwerkingsverband van UZ Leuven en 18 regionale ziekenhuizen. We vergelijken momenteel de meetresultaten voor decubitus, handhygiëne en MRSA-infecties, pijnmeting, fixatie, valincidenten en het dragen van identificatiebandjes. De resultaten van deze benchmarks worden intern aan alle zorgafdelingen gecommuniceerd en opgevolgd door onze cel zorgkwaliteit & patiëntveiligheid. ►►

Vlaams indicatorenproject VIP²

Het VIP²-project is een initiatief van de Vlaamse overheid, de Vlaamse Vereniging van Hoofdgeneesheren, Zorgnet Vlaanderen en ICURO. Het doel is feedback te geven aan de ziekenhuizen over hun kwaliteit van zorg en waar nodig een stimulans te zijn om de zorgkwaliteit verder te optimaliseren. Ziekenhuizen nemen vrijwillig deel en meten indicatoren van klinische processen en resultaten. De indicatoren werden gekozen door groepen met onder meer klinisch experts van de betrokken discipline, vertegenwoordigers van beroepsorganisaties en wetenschappers. Er

werden sinds 2011 indicatorensets voor borstkanker, moeder-kindzorg, cardiologie, orthopedie en een aantal ziekenhuisbrede items voorbereid. In december 2013 werden de eerste resultaten gerapporteerd aan de ziekenhuizen, over de borstkankercare (zie pag. 4). Midden 2014 verwachten we het rapport over de orthopedische indicatoren, die zich toespitsen op knie- en heupprothesen. Meer informatie over het project en uitgebreide toelichting bij de indicatorensets vindt u via deze webpagina: www.zorg-en-gezondheid.be/kwaliteitsindicatorenziekenhuizen.

VIP²-indicatoren: borstkankerzorg

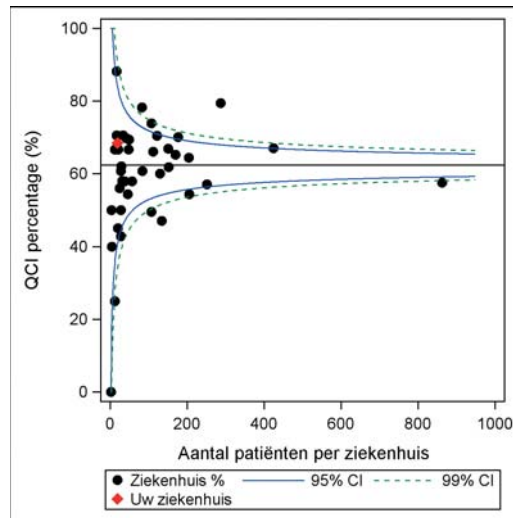
Voor borstkanker heeft het VIP²-project dertien indicatoren opgenomen met betrekking tot diagnosestelling, behandeling, vijfjaarsoverleving en secundaire preventie. De cijfers zijn gebaseerd op gegevens die de ziekenhuizen aan de ziekenfondsen en aan het nationaal kankerregister moeten aanleveren. Er namen 48 ziekenhuizen deel.

De resultaten voor ons ziekenhuis zijn goed tot zeer goed. De zwakke score voor de indicator 'multidisciplinaire benadering' (aandeel vrouwen met invasieve borstkanker die besproken werden op een multidisciplinair oncologisch consult (MOC) binnen een vaste termijn na incidentiedatum) heeft een louter administratieve reden. Al sinds 1992, jaren voor de overheid het concept van het MOC in het leven riep, organiseert RZ Heilig Hart Tienen immers maandelijks multidisciplinaire vergaderingen om het beleid bij patiënten met borstkanker te bespreken. Voor de periode 2011-2013 gebeurde dit voor 98% van de patiënten.

Belangrijk om weten is dat het VIP²-onderzoek gebeurde met gegevens uit de periode 2007-2008. Intussen zijn onze diagnostische en therapeutische protocollen verder verfijnd en verbeterd. Vandaag is ons borstzorgtraject volledig ingebed in het zorgprogramma van UZ Leuven. Recenter cijfers zullen dus zelfs nog beter liggen. Omdat we aan alle kwaliteitsparameters voldoen, zullen we binnenkort de erkenning aanvragen als satellietborstcentrum van UZ Leuven.

Hiernaast lichten we drie indicatoren toe. De volledige resultaten vindt u op onze website: www.rztienen.be/borstkankerindicatoren. We maken gebruik van de presentatietool van ICURO, die met trechterdiagrammen werkt. Alle resultaten die binnen de trechter vallen, zijn normaal. De andere kunnen ook nog normaal zijn maar vereisen bijkomende verduidelijking.

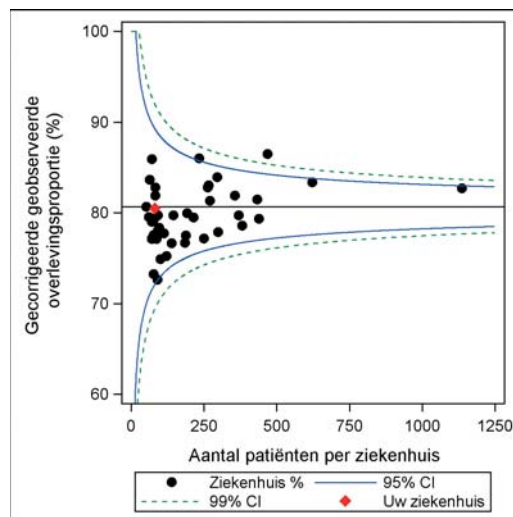
Indicator 6: borstsparende chirurgie (periode 2007-2008)



Het aandeel vrouwen met borstkanker in c-stadium I of II bij wie een borstsparende heelkundige ingreep werd uitgevoerd, bedroeg in de periode 2007-2008 68 %. In de periode 2011-2013 was dit 84%.

Indien medisch verantwoord, verdient een borstsparende ingreep de voorkeur. Bij vrouwen met borstkanker in c-stadium I of II en die hiervoor in aanmerking komen, geeft borstsparende heelkunde gevolgd door radiotherapie dezelfde resultaten inzake het onder controle houden van lokale tumoren, de tijd tot herval en de algemene overlevingskans als de radicale borstamputatie.

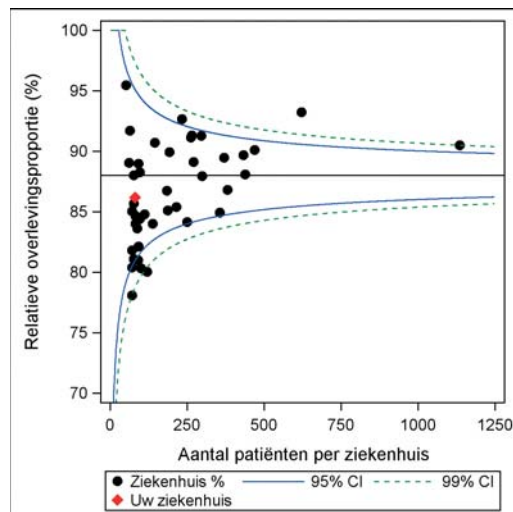
Indicator 11: vijfjaarsoverleving (periode 2007-2008)



De geobserveerde vijfjaarsoverleving (%) van alle patiënten met een diagnose van invasieve borstkanker bedroeg in ons ziekenhuis 78% in de periode 2007-2008. Wanneer een correctie uitgevoerd wordt voor de leeftijd van de patiënten en voor het stadium van de ziekte, is dit 80,5% (indicator 12).

In deze analyse worden alle doodsoorzaken opgenomen (dus bv. ook borstkankerpatiënten die stierven ten gevolge van een ongeluk of van een hartinfarct).

Indicator 13: relatieve vijfjaarsoverleving (periode 2007-2008)



De relatieve vijfjaarsoverleving sluit alle overlijdens uit waarvan de oorzaak niet gebonden is aan de borstkanker. In de periode 2007-2008 bedroeg het aandeel borstkankerpatiënten met een overleving van 5 jaar 86,5%. Bij patiënten jonger dan 50 was dit 96,3%, bij patiënten ouder dan 70 was dit 64,9%.

Globale opmerking

Alle resultaten in dit onderzoek zijn in zekere mate relatief. Resultaten kunnen beter zijn als er toevallig minder agressieve kankers zijn geregistreerd, of net minder goed doordat er meer oudere patiënten deel uitmaken van het onderzoek.

Accrediteringstraject: interne audits

In 2013 gingen we van start met interne audits, de eerste stap van ons NIAZ-accrediteringstraject. Ook een tiental artsen nam de taak van interne auditor op. Een van hen is dr. Ivan Kerschaever, abdominaal chirurg en medisch diensthoofd van ons chirurgisch dagziekenhuis in Tienen. De groeiende focus op kwaliteitsmanagement in ziekenhuizen is een tendens waarin ook het artsencorps moet meegaan.



“Tijdens de opleiding tot interne auditor hebben we een proefaudit van de apotheek gedaan, mijn eerste ‘echte’ audit was van de sterilisatieafdeling, samen met een ziekenhuishygiënist en een administratief medewerker. Die gemengde professionele achtergrond in een auditteam zorgt voor verschillende invalshoeken, het trekt je blik vanuit je eigen discipline open. Het geeft ook voldoening om een afdeling onder de loep te nemen waarvan je weinig af weet. Als chirurg vond ik het zeer leerrijk om het dagelijkse werk op de sterilisatieafdeling van hun kant te bekijken. Het vergroot je begrip, ook voor zaken die voordien misschien ergernis konden opwekken. Als zelfstandig arts moet je er wel eigen werktijd voor opofferen. De voorbereidingen en ook een goed en werkbaar rapport opmaken, vergen heel wat tijd.”

“Momenteel bestuderen we het aangepaste normenkader. Het NIAZ stapte recent over naar de systematiek van het Canadese accreditatieprogramma QMentum. De basis van dat programma zijn *evidence-based* kwaliteitsnormen voor excellente zorg. Het vroegere NIAZ-model keek meer naar de organisatie van de zorg en minder naar de resultaten, en meer in de breedte dan in de diepte. NIAZ-QMentum 3.0 vertrekt vanuit de eigenheid van een dienst of vanuit concrete situaties, wat helpt om je audit goed af te bakenen.”

> Ziekenhuisfinanciering

“Net zoals in andere sectoren, focussen ziekenhuizen steeds meer op kwaliteitsmanagement. In de artsenopleiding is daar vooralsnog weinig aandacht voor. En het is ook niet evident om de werkwijzen die je in de loop van je loopbaan ontwikkelt, aan te

passen aan nieuwe methodieken. Mijn indruk is dat verpleegkundigen zich de kwaliteitsgestuurde aanpak van processen meer en sneller eigen maken. Als zelfstandig arts zie je dat plaatje vanuit een ander perspectief, maar toch doet het artsencorps er goed aan hier volop aan mee te werken. De aangekondigde hervorming van de ziekenhuisfinanciering zal de tendens van de ziekenhuisinspecties volgen en veel meer gebaseerd zijn op kwalitatieve aspecten. En voorlopig is het nog vrijwillig, maar ziekenhuizen worden in de toekomst allicht verplicht om cijfers over de kwaliteit van hun zorg publiek te maken.”

> Zorginspectiemodel

“Het nieuwe inspectiemodel van de overheid is zeker een stimulans. Dat heb ik zelf kunnen vaststellen bij onze voorbereiding van de inspectie van het chirurgisch zorgtraject vorig jaar. Alle normen werden door de betrokken diensten en afdelingen tegen het licht gehouden. Het doet je stilstaan bij je werk: hoe doen wij het en doen we het goed? Sensibiliseren rond kwaliteit is geen eenvoudige zaak. Belangrijk is dat je de mensen er nauw bij betreft en iedereen laat meedenken over hoe we kunnen verbeteren. De basis van je organisatie moet als het ware geïnfecteerd zijn door de verbetergedachte, om kruisbestuiving te kunnen realiseren. De normsets van zorginspectie en accreditering zijn goede instrumenten om een cultuur van kwaliteitsverbetering te helpen borgen.”

> Standaardiseren

“Alle initiatieven die de kwaliteit van de zorg verbeteren, moeten we als arts toejuichen. Maar bewijzen dat je aan kwaliteit werkt, gaat vaak gepaard met een administratieve

“Bewijzen dat je aan kwaliteit werkt, gaat vaak gepaard met administratieve werklast en dat botst op weerstand bij artsen”

werklast en dat botst op weerstand. Neem de *safe surgery checklist* (SSC). Chirurgen en anesthesisten hebben dit uiteraard al altijd gedaan: elementaire zaken uit het medisch dossier nog een laatste keer controleren, de identiteit van de patiënt en de te opereren zijde bevestigen ... Een modern kwaliteitssysteem vereist dat je die checks niet alleen doet maar ook dat ze gestandaardiseerd verlopen én dat je ze documenteert. Als je zo een standaardlijst oplegt, wordt dat aanvankelijk ervaren als een louter administratieve last en niet als een instrument om fouten of vergissingen te helpen uitsluiten. Het vergt dan sensibilisering om die werkwijze bij iedereen ingang te doen vinden. Ik hoor van Nederlandse creatieve oplossingen om het gebruik van de SSC sluitend te maken: pas als alle items digitaal gevalideerd zijn, gaat de operatielamp automatisch aan. Als je tien keer tegen de lamp loopt, om het zo te zeggen, ben je wel snel geleerd. Het is inderdaad belangrijk om goede ondersteunende *tools* te krijgen voor de registratie. Een aandachtspunt in het OK is bijvoorbeeld de communicatie-overdracht in het chirurgisch proces: preoperatief, van OK naar de recovery en nadien naar de afdeling. Uitdaging is dan om het proces en de registratie zo te verbeteren dat je het voor alle betrokkenen aantrekkelijker maakt dan de bestaande werkwijze.”

Hervormingen in de pijntherapie

Dr. Roel Mestrum, anesthesist

In 2013 nam de overheid een aantal maatregelen die aanpassingen impliceerden voor de behandeling van subacute en chronische pijn. Zo werd in het kader van besparingen in de gezondheidszorg de nomenclatuur voor epidurale infiltraties gewijzigd. Daarnaast voerde de FOD Volksgezondheid hervormingen door in de structuur van pijncentra in België. We schetsen hier het bredere kader van deze evoluties.

De wijziging in nomenclatuur voor epidurale infiltratie heeft betrekking op de interlaminaire lumbale epidurale infiltratie (LEI). Deze techniek werd in België verreweg het meest van alle invasieve pijnbestrijdingstechnieken gebruikt. Dit gebeurde echter niet altijd voor de juiste indicatie, zodat er sprake was van een echte overconsumptie op nationale schaal. Sinds 1 februari 2013 is er slechts terugbetaling voorzien voor een LEI in geval van neurogene claudicatio ten gevolge van een spinaal-kanaalstenose of in geval van postherpetische neuralgie. Deze besparingsmaatregel werd genomen op basis van internationale richtlijnen die gestoeld zijn op de beschikbare wetenschappelijke evidentie.

> Transforaminele benadering

Dit impliceert dat er geen terugbetaling meer is van LEI's voor subacute ischialgie ten gevolge van discoradiculaire conflicten (discushernia's of discusbulgingen) of bepaalde degeneratieve afwijkingen (bv. neuroforaminele of laterale recessus stenosen). Voor deze laatste indicaties wordt lumbaal geopteerd voor de wetenschappelijk bewezen meer efficiënte transforaminele benadering (TF). Hierbij kunnen de corticosteroiden preciezer aangebracht worden in het ventrale deel van de epidurale ruimte ter hoogte van de geïnflammeerde zenuwwortel. De corticosteroiden werken er ontstekingsremmend: ze inhiberen er onder andere de door fosfolipase A2 geïnitieerde arachidonzuurcascade. Deze techniek wordt onder fluoroscopische röntgendoorlichting met contrastcontrole uitgevoerd.

> Socio-economische kost

Dat chronische pijn een steeds grotere socio-economische impact heeft, wordt onder meer duidelijk aan de hand van de indrukwekkende cijfers uit een studie in het vooraanstaande tijdschrift *The New England Journal of Medicine*.¹ Die schat de totale jaarlijkse uitgaven voor chronische pijn in de Verenigde Staten tussen de 560 en 635 miljard dollar, meer dan de uitgaven voor kanker, hartziekten en diabetes samen. In België werd de totale kostprijs voor chronische pijn in 2010 geschat op 11,6 miljard euro. Chronische pijn omvat doorgaans een complexe problematiek en de aanpak dient daarom vaak specialistisch en/of multidisciplinair te verlopen. Men verwacht de komende decennia een stijging van de incidentie met 30%.



> Referentiecentra en algologische functie

In 2005 werden er in België 9 multidisciplinaire referentiecentra voor chronische pijn opgericht, met name 7 universitaire en 2 niet-universitaire centra. Vanaf 2009 financierde het Riziv in 73 ziekenhuizen, waaronder RZ Heilig Hart Tienen, proefprojecten voor de uitbouw van een zogenaamde algologische functie in de tweede lijn. Deze algologische functie moet worden gezien als een *interne liaison*, bestaande uit een algoloog en een verpleegkundige, die zorgverstrekkers sensibiliseert voor een patiëntgerichte benadering van pijnbestrijding en ziekenhuisbreed voor het pijnbeleid instaat. In deze periode ging dr. Kris Aerts van start met de pijnkliniek in RZ Heilig Hart Tienen en nam hij de algologische functie op.

De structuren van deze Riziv-proefconventie met referentiecentra en proefprojecten hielden minder dan 8 jaar stand en werden in 2013 hervormd. De resultaten vielen namelijk tegen. Daarnaast bleken voor de meeste referentiecentra de toegekende vergoedingen voor

Totale jaarlijkse uitgaven voor chronische pijn in US zijn hoger dan die voor kanker, hartziekten en diabetes samen

Gebruik van echografie bij interventionele pijnbestrijdingen in onze pijnkliniek

Met de komst van tweede pijnspecialist dr. Roel Mestrum medio 2013 en door aanpassingen in de interventionele prik-sessies kon de capaciteit van onze pijnkliniek uitgebreid worden. Er zijn nu ook een aantal echografisch geleide infiltraties mogelijk (Ultrasound-Guided Interventional Procedures in Pain Medicine, USPM).

Door middel van echografie kan men weke delen, gewrichten en botoppervlakten visualiseren. Dit biedt de mogelijkheid om de accuraatheid van een bepaalde invasieve techniek te verbeteren, door real-time zicht van de naaldvoortgang en/of spreiding van een injectaat ter hoogte van de targetstructuur en met eventueel een risicoreductie van potentiële complicaties, weke-delenschade en vermindering van perprocedurele pijn. Een aantal strikt geselecteerd axiale, niet-axiale/perife-re en musculoskeletale interventionele pijnprocedures die traditioneel op basis van anatomische *landmarks* of onder fluoroscopie worden uitgevoerd, kunnen in onze pijnkliniek ondertussen onder echografie plaatsvinden. Enkele voor-beelden zijn perifere neuropathïen zoals ilioinguinalisneural-gie, genitofemoralisneuralgie, meralgia paresthetica ten ge-volge van neuropathie van de n. cutaneus femoris lateralis, blokkade van de n. suprascapularis bij bepaalde aanslepen-de (postoperatieve) schouderklachten, intercostalisneural-

Dr. Kris Aerts (foto rechts) is samen met dr. Roel Mestrum als algoloog actief in onze pijnkliniek. Beide anesthesisten zijn houder van de titel *Fellow of Interventional Pain Practice* van het *World Institute of Pain*. Met dit certificaat behaald tijdens een unieke internationale toetsingsmogelijkheid geven zij blijk van een uitstekende theoretische kennis en praktische kunde op het gebied van inter-ventionele pijnbestrijding volgens de criteria van *evidence-based medicine*.



gie of bursitiden. Ook hier blijft het principe gehandhaafd dat hoe beter de patiëntselectie voor een bepaalde interventie gebeurt (door zo mogelijk een pijnsyndiagnose op te stellen), hoe beter de outcome is van de desbetreffende interventie. Niettemin blijft de behoefte aan goede vergelijkende studies tussen USPM, conventionele (en gevalideerde) fluoroscopi-sche en *landmark based* pijnbehandelingstechnieken.

Meer informatie over de pijnkliniek van RZ Heilig Hart Tienen vindt u op www.rztienen.be/pijnkliniek.

de paramedische screenings en behandelzittingen door psychologen en kinesitherapeuten, met nadruk op revalidatie en cognitief gedragsmatige begeleiding, ontoereikend. De vergoeding van interventionele pijnbestrijding valt overigens volledig buiten dit kader en is voorzien in de nomenclatuur 'chronische pijn'.

Vanaf 1 juli 2013 werd het aantal erkende referentiecentra opgedreven naar 36 (4 in Brussel, 21 in Vlaanderen en 11 in Wallonië). De geografische verdeling is in Vlaanderen alvast niet evenwichtig uitgedraaid. Zo heeft in Vlaams-Brabant enkel het Leuvens Algologisch Centrum (LAC) van UZ Leuven deze erkenning gekregen. Het totale budget voor de paramedische ondersteuning werd grosso modo verdubbeld tegenover de oude conventie - toch opmerkelijk in tijden van besparingen. Aangezien bij chronische pijn een losstaande curatieve behandeling niet mogelijk is, zijn de hoofddoelstellingen bij een chronische pijnpatiënt om tot een functionele verbetering te komen, met verbetering van zijn of haar zelfbeheer en optimalisatie van een medicamenteuze behandeling om uit-

Incidentie van chronische pijn zal komende decennia met 30% stijgen

eindelijk minder een beroep te moeten doen op de gezondheidszorg. Essentiële componenten in de multidisciplinaire aanpak zijn educatie (zowel van patiënten als zorgverleners), re-adaptatie ("leren leven met de pijn"), psychologische ondersteuning en beheer van medicamenteuze behandelingen met eventuele toepassing van invasieve therapeutische procedures, waarbij men de gevolgen van de pijn tracht te beperken en de sociale, familiale en professionele integratie tracht te behouden.

Daarnaast moest elk Belgisch ziekenhuis een multidisciplinair algologisch team vormen dat chronische-pijnpatiënten vanuit een biopsychosociale visie behandelt, ondersteunt en begeleidt.

> Samenwerking met UZ Leuven

In het kader van de uitbouw van een kennisnetwerk heeft RZ Heilig Hart Tienen binnen de hervormde structuur van pijncentra een overeenkomst gesloten met UZ Leuven om de samenwerking op het vlak van chronische pijn regionaal en supraregionaal te stimuleren. Deze overeenkomst biedt perspectief om de zorg voor chronische pijnpatiënten in onze provincie beter te stroomlijnen en de kwaliteit van de zorg te verbeteren, onder meer door *medical shopping* tegen te gaan.

De behandeling van chronische pijn blijft complex, het aandeel en belang van multidisciplinariteit hierin nemen alleen maar toe. Ook in RZ Heilig Hart Tienen staan we voor de uitdaging om in deze nieuwe structuur hieraan vorm te geven.

¹. Pizzo, P.A. & Clark, N.M. (2012). Alleviating Suffering 101. Pain Relief in the United States. *New England Journal of Medicine*, vol. 366, nr. 3, 197-199.

Nieuwe vleugel voor Geriatrie



Eind 2012 koos ons ziekenhuis voor een nieuwbouw omdat de beoogde vernieuwing van de afdelingen Intensieve Zorgen en Geriatrie niet mogelijk bleek binnen het bestaande campusgebouw. Met steeds meer patiënten en daaraan gekoppeld de infrastructurele eisen van de zorgprogramma's was vooral het gebrek aan uitbreidingsmogelijkheden de grote struikelblok. De bouw startte in april 2013 en verliep helemaal volgens het strakke schema en vooropgestelde budget. Eind januari 2014 namen de beide afdelingen hun intrek in de nieuwe vleugel achter het hoofdgebouw van Campus Mariëndal.

Met de nieuwbouw beschikt ons ziekenhuis nu over een tweede volwaardige geriatrie afdeling, die voldoet aan alle eisen van zorgprogramma. De afdeling is heel ruim en telt 24 bedden in 12 eenpersoonskamers en 6 tweepersoonskamers. De kamers hebben een ergonomische inrichting aangepast aan de behoeften van de geriatrie patiënt en zijn voorzien van alle modern comfort zoals een individueel koelingssysteem.

> Senior friendly hospital

Afdelingsarts dr. Anne Beyen: "We hebben ons laten inspireren door het concept van *senior friendly hospital*, wat de laatste jaren een leidraad vormt voor veel afdelingen geriatrie. Zo hebben we op de gang en in de kamers aangepast licht overdag en 's avonds. De afdeling is overal vlot toegankelijk voor rolstoelen en is zeer veilig ingericht met bv. donkere vloerstroken aan de buitendeur om weggelooptgedrag bij sommige patiënten te verminderen. De badkamer is gescheiden van de kamer met een grote schuifwand die volle-

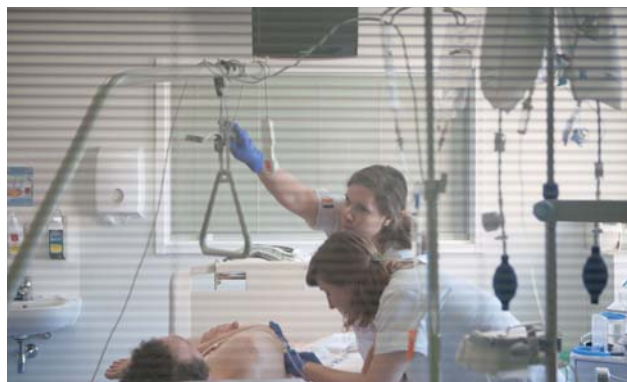
en **Intensieve Zorgen** in gebruik



dig open kan, zodat kamer en badkamer een geheel vormen. Dit bevordert dat patiënten 's nachts zelfstandig naar het toilet kunnen. Bij het herstel van oudere patiënten is het belangrijk dat ze zo veel mogelijk zelfstandig kunnen blijven functioneren. De badkamers in de eenpersoonskamers hebben een grote inloopdouche. In onze aparte kinézaal en ergozaal met een aangepast oefenkeukentje kunnen we die autonomie van de patiënten maximaal stimuleren en ondersteunen. We zijn ook zeer blij met de gezellige zithoek met veel natuurlijk daglicht en uitzicht op de kloostertuin van de Grauwzusters. Voor de verpleging is het totaaloverzicht op de gang vanuit de verpleegpost dan weer een groot voordeel.”

> **Privacy, rust en natuurlijk licht**

De nieuwe afdeling Intensieve Zorgen oogt niet alleen modern, ze straalt ook veel meer rust uit. Geen grote zaal met gordijnscheidingen meer, wel 10 eenpersoonskamers waarvan 2 met sas en isolatiebox, geschikt rondom een ruime en open verpleegpost. “Hierdoor kunnen we te allen tijde al onze patiënten zien”, aldus dr. **Veerle Gregoor**, diensthoofd Intensieve Zorgen. “Elke kamer is uitgerust met 2 ultramoderne pendels met alle technische voorzieningen voor een efficiënte beademing, monitoring en toediening van medicatie. De verpleging kan de patiënt optimaal verzorgen en tegelijk oogt de kamer rustig. De ruime kamers bieden plaats om in de toekomst nieuwe technieken in te voeren. In elke kamer staat een pc zodat verpleging en artsen de patiënten volledig aan bed kunnen volgen. In de isolatiebox wordt er een constante overdruk van de kamer naar het sas gecreëerd, zodat er zich geen besmetting kan voordoen. Alle kamers zijn individueel geklimatiseerd. De grote buitenramen zorgen voor natuurlijke lichtinval, de binnenramen kunnen we blinderen om voldoende privacy te garanderen. De verpleging beschikt nu ook over een volledig elektronische medicatiekast. Een gesprek met de familie kunnen we in alle rust in een aparte ruimte voeren. We hebben vooral veel meer plaats en licht op onze nieuwe afdeling, wat het welbevinden van patiënten én medewerkers ten goede komt.”





Digitale mammograaf voor Medisch Centrum Aarschot

Na Campus Mariëndal in 2012, nam eind april ook Medisch Centrum Aarschot een digitale mammograaf in gebruik. Met een digitaal toestel gebeurt het onderzoek sneller, beter en met een lagere stralingsdosis. Door de kantelbare plaat wordt een betere en minder pijnlijke compressie van de borst verkregen, met toch een betere spreiding en fixatie van de weefsels als resultaat. Het nieuwe toestel maakt ook 3D-tomosynthesis mogelijk. Dit biedt een antwoord op het probleem van de superpositie-artefacten, en laat toe om in dense borsten (met grote dichtheid van melkklieren) letsels te vinden die met de klassieke 2D-mammografie onzichtbaar blijven.



Dienst Radiologie in de wolken met PACSonWEB

Dr. Bart Boomgaert

PACSonWEB is een online toepassing om snel en veilig radiologische onderzoeksbeelden en verslagen beschikbaar te stellen van de aanvragende arts. Eind juni gaan we ermee van start.

Interne verwijzers ontvangen radiologische beelden en verslagen al langer via ons eigen PACS-systeem, dat de informatie oplaadt in het elektronisch medisch dossier van de patiënt. Huisartsen die aangesloten zijn op ons extranet, hebben ook op deze wijze toegang tot beelden en verslagen. Deze systemen blijven operationeel. Huisartsen die niet aangesloten zijn op ons extranet en andere verwijzers kregen tot dusver een cd-rom met de post toegestuurd, een tijdrovende en dure oplossing. Het gaat bovendien om een aanzienlijke groep, want onze dienst Radiologie krijgt heel wat verwijzingen van buiten de regio en van over de taalgrens.

PACSonWEB slaat de beelden en verslagen op *in the cloud*. Er is dus geen specifieke software voor nodig, en het gebruik is volledig gratis. Enige vereiste voor toegang is dat de aanvragende arts een internetverbinding heeft en zich eenmalig geregistreerd heeft. Zodra een verslag gevalideerd is door de radioloog, heeft de aanvrager toegang tot beelden en verslag op <http://rx.rztienen.be>, via gebruikersnaam en paswoord of e-ID, of via het uniek referentienummer van het onderzoek en de geboortedatum van de patiënt.

De patiënt krijgt na zijn onderzoek op de dienst Radiologie een kaartje mee met het referentienummer en de vermelding dat het verslag aan de aanvragende arts ter bespreking werd bezorgd. De patiënt kan met dat nummer in combinatie met zijn geboortedatum ook zelf de beelden bekijken, maar heeft geen toegang tot het protocol. De patiënt kan zo ook andere artsen dan de oorspronkelijke aanvrager toegang geven tot de beelden. Is

deze arts geregistreerd op PACSonWEB, kan hij via de knop 'onderzoek toevoegen' het verslag oproepen. Beelden en verslagen kunnen op deze manier ook gedownload worden door andere ziekenhuizen, bv. bij een dringende transfer.

> Hoe registreren?

Alle artsen die naar onze dienst Radiologie verwijzen, ontvingen een informatiebrief en werden normaal gezien gecontacteerd door de firma die PACSonWEB beheert, Dobco Medical Systems, met het verzoek tot registratie. Artsen kunnen ook zelf een account aanvragen door een mail te sturen naar het bedrijf, support@dobcomed.be. Verdere ondersteuning gebeurt door de helpdesk van het bedrijf en kan in de drie landstalen. Desgewenst wordt het systeem voorgesteld aan huisartsenkringen, ook over de taalgrens. Hiervoor kunt u contact opnemen met het bedrijf op hetzelfde e-mailadres.



Vlaamse screening colorectaal carcinoom

Dr. Renilde Kums

Na een proefproject in de regio Hageland, startte de Vlaamse overheid in oktober 2013 het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker. De eerste resultaten werden in april bekendgemaakt. Van de 48.970 mensen die in 2013 uitgenodigd werden (uit 5 leeftijdsgroepen tussen 66 en 74 jaar) stuurde 43% een stoelgangstaal naar het labo. Daarvan was 9,3% afwijkend.

Jaarlijks krijgen in Vlaanderen meer dan 5.000 mensen de diagnose en overlijden 1.800 patiënten aan de ziekte. Colorectaal carcinoom (CRC) is wereldwijd de tweede meest frequente kanker bij vrouwen en de derde meest frequente bij mannen. Gemiddeld één op drie van de patiënten overlijdt aan deze ziekte. CRC is zeldzaam voor de leeftijd van 40 jaar en de incidentie stijgt geleidelijk naar 3,7/1000 per jaar op de leeftijd van 80 jaar. De kans op CRC is 5% bij personen met een gemiddeld risico, met 90% van de carcinomen boven de leeftijd van 50 jaar. Erfelijke of familiale belasting en inflammatoir darmlijden verhogen het risico op CRC.

> Adenomen

CRC is anderzijds jaren vooraf opspoorbaar en geneesbaar. De meeste CRC's ontstaan uit tubulaire adenomen (poliepen, fig. 1), die groeien (fig. 2) naar dysplasie en maligniteit evolueren. Het duurt gemiddeld 10 jaar vooraleer een kleine poliep zich ontwikkelt tot een carcinoom (fig. 3). Het tijdig opsporen en verwijderen van poliepen kan dit voorkomen, het wegnemen van beperkte maligne letsels kan overlijden vermijden. Screening kan dus zowel de frequentie als mortaliteit van CRC verminderen. Bij een goed screeningsprogramma zou het sterftecijfer met 20% kunnen dalen.

> iFOBT

In 2011 liep een proefproject in het Hageland om na te gaan of een screening door middel van stoelgangonderzoek op voldoende respons kon rekenen. Aan de aangeschreven personen werd gevraagd om een stoelgangstaal op te sturen. Dat werd met een zeer gevoelige methode, de immunochemische

Fecaal Occult Bloed Test (iFOBT), onderzocht op de aanwezigheid van bloed, een indicatie van het bestaan van grotere poliepen of maligniteit. Met meer dan 40% respons was het proefproject een duidelijk succes.

De Vlaamse overheid besloot dan ook tot een grootschalige darmkankerscreening, die wordt uitgevoerd door het Centrum voor Kankeropsporing. Elke Vlaming tussen 56 en 74 jaar (later mogelijk vanaf 50 jaar) zal tweejaarlijks een brief en iFOBT-kit krijgen. De test met zelf te nemen stoelgangstaal kan met de voorgedrukte en gefrankeerde envelop naar het laboratorium gestuurd worden. De deelnemer en zijn huisarts worden binnen de 14 dagen schriftelijk op de hoogte gebracht van het resultaat.

> Coloscopie

Bij een afwijkende test wordt verdere investigatie onder vorm van coloscopie aangeraden. Zo worden poliepen of grotere afwijkingen opgespoord. Kleinere poliepen worden tijdens het onderzoek weggenomen en histologisch onderzocht, van grotere letsels worden biopsies genomen. Een coloscopie gebeurt tijdens een dagopname, de voorbereiding kan thuis gebeuren. Bij wegname van poliepen worden patiënten gedurende enkele uren geobserveerd om eventuele perforatie of bloeding tijdig te onderkennen. Tijdig stoppen van anticoagulantia is dan ook noodzakelijk om het risico op bloeding bij polypectomie zo klein mogelijk te houden. Zo nodig kunnen LMW-heparines gestart worden.

Bij mensen met een verhoogd risico op CRC is de iFOBT minder geschikt als screeningsmethode. Voor deze groep is regelmatige controle met coloscopie meer aangewezen.



De meeste CRC's ontstaan uit tubulaire adenomen (poliepen, fig. 1), die groeien (fig. 2) en naar dysplasie en maligniteit evolueren. Het duurt gemiddeld 10 jaar vooraleer een kleine poliep zich ontwikkelt tot een carcinoom (fig. 3).



Op onze Dag v/d Zorg in Medisch Centrum Aarschot legde dr. Kums samen met verpleegkundige Margie Lambrechts aan de bezoekers uit waarom het darmkankerscreeningsproject zinvol is, wat het concreet inhoudt en hoe een coloscopie verloopt. Meer over onze open dag van 16 maart kunt u lezen op pag. 15.



Gehoorschade door lawaai

Dr. Ann Torfs

> Hoe ontstaat gehoorschade?

Gehoorschade kan plots ontstaan door een zogenaamd akoestisch trauma of progressief door chronische lawaai blootstelling. Het akoestisch trauma verwijst naar een kortdurende blootstelling aan een zeer intense geluid, bijvoorbeeld een explosie of geweerschot. Dit impulslawaai bevindt zich meestal rond de 120-140 dB. Door de grote vibraties in de cochlea worden de haarcellen beschadigd. Het gevolg is een plots en meestal pijnlijk gehoorverlies over alle frequenties. Dit kan gepaard gaan met een trommelvliesperforatie en onderbreking van de beentjesketen.

Chronische lawaai blootstelling aan minder intense geluidsniveaus leidt tot een geleidelijk toenemend gehoorverlies. Dit wordt veroorzaakt door metabole processen die leiden tot de productie van vrije radicalen op het niveau van de haarcellen en tot de verhoogde vrijzetting van de neurotransmitter glutamaat, die een ototoxisch effect heeft.

In een eerste fase is de beschadiging ter hoogte van de haarcellen nog omkeerbaar, de zogenaamde temporary treshold shift. Dit manifesteert zich onder de vorm van een kortdurend gehoorverlies met tinnitus na een periode van lawaai blootstelling. Na een bepaalde tijdspanne recupereert het oor en verdwijnen de symptomen. Bij herhaalde blootstellingen aan voldoende hoge intensiteiten is het gehoorverlies echter wel permanent. De gehoorschade is in de eerste fase niet meetbaar door middel van een klassieke audiometrie. In een verder stadium is er een kenmerkende perceptiedip op 4000 Hz. In een nog later stadium zullen de gehoordrempels op 3000 en 6000 Hz toenemen en uiteindelijk zal het gehoorverlies uitbreiden naar de lage frequenties. Lawaaischade kan behalve gehoorverlies ook tinnitus en hyperacusis veroorzaken.

> Welke geluiden zijn schadelijk?

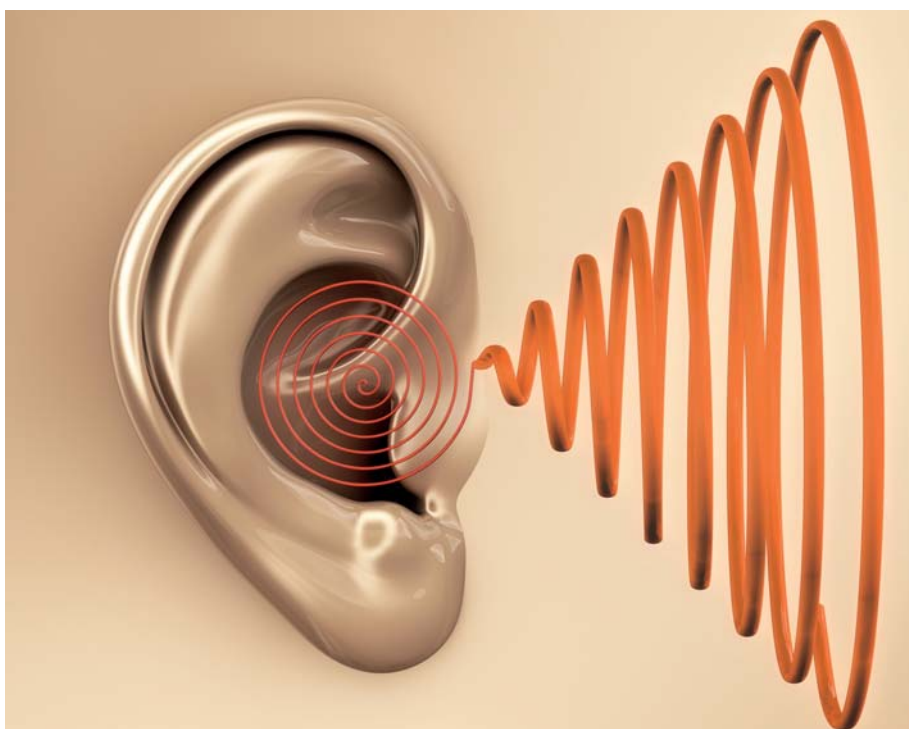
Men mag aannemen dat een geluid met een intensiteit minder dan 75 dB geen permanen-

te schade kan veroorzaken. Een geluid met een intensiteit van 85 dB kan schade veroorzaken als men hieraan 8 uur of meer wordt blootgesteld. Wanneer het lawaai een hogere intensiteit heeft, moet de tijdspanne van blootstelling verkort worden. Aangezien geluid een logaritmische grootte is, kan voor elke halvering van de expositieduur het geluidsniveau met 3 dB verhoogd worden: 83 dB bij 4 uur per dag, 86 dB bij 2 uur per dag ...

> Belang van preventie

De therapie bij acuut lawaaitrauma bestaat uit corticoïden en hyperbare zuurstof. Bij onvoldoende recuperatie van het gehoor na behandeling of bij gehoorsdaling door chronische lawaai blootstelling wordt er een hoorapparaat aangemeten. De tinnitusklachten hieraan gekoppeld zijn te behandelen met maskering, medicatie, psychosomatische behandelingen (bv. tinnitus retraining therapie) en vermindering van versterkende factoren (bv. spierspanning nek).

Omdat de schade op het binnenoor door lawaai meestal onomkeerbaar is, dient de nadruk gelegd te worden op preventie. Het dragen van gehoorbescherming bij blootstelling aan lawaai kan niet genoeg benadrukt worden. Oorkappen geven een demping van gemiddeld 27 dB en worden meestal gebruikt voor volwassenen in een werkomgeving of voor kinderen. Naast de op maat gemaakte oordoppen bestaan er ook universele oordoppen met of zonder filter.

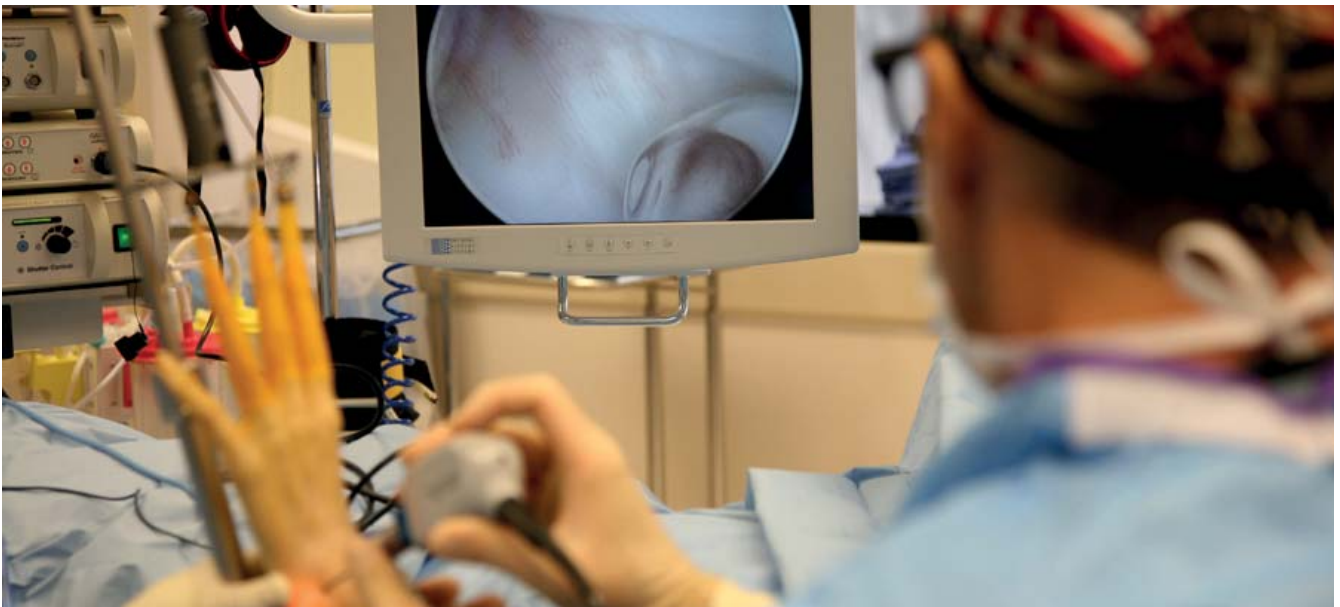


Naast presbycusis is gehoorverlies door lawaai de meest frequente vorm van gehoorverlies. Niet enkel de beroepsbevolking loopt een ernstig risico, maar in toenemende mate ook adolescenten, door het stijgend gebruik van draagbare muzikspelers en het bijwonen van concerten, festivals of fuiven.

De rol van polsarthroscopie in de handchirurgie vandaag



Dr. Chul Ki Goorens



De polsarthroscopie speelt een centrale rol in de behandeling van diverse polsaandoeningen. Deze relatieve recente techniek met stijgende frequentie in de hedendaagse handchirurgie, wordt vaak overwogen voor diagnostische of therapeutische redenen na falen van conservatieve behandeling. Expertise in de polsarthroscopie wordt wel pas bereikt na grondige anatomische en technische vaardigheidskennis en zeer regelmatige ervaring.

Diagnostisch is de arthroscopie sensitief en specifiek evenwaardig aan de (arthro-)MRI en kan ze bijgevolg aangewend worden als adjunct voor beeldvorming. Op een weinig invasieve wijze laat het de visualisatie toe van de meeste kraakbeenoppervlakten van de carpale beenderen, intrinsieke en extrinsieke ligamenten en het triangulare fibrocartilagecomplex (TFCC), de zogenaamde meniscus van de pols. Bij de analyse van polspathologieën probeert men zo af te stappen van veralgemenende, weinig zeggende termen als distorsie en tendinitis.

Daarnaast zijn er therapeutisch talrijke indicaties voor polsaandoeningen beschreven.

> TFCC-schade

Het meest uitgevoerd is de behandeling van ulnaire polspijn wegens TFCC-schade. Het TFCC is een complexe structuur die het distale radio-ulnaire gewricht (DRUJ) stabiliseert en als schokdemper tussen onderarm en carpus fungeert. Traumatische scheuren aan het TFCC worden ingedeeld per lokalisatie die ook de behandelingswijze bepaalt. Perifere letsels laten meestal een arthroscopische hechting toe, terwijl centrale letsels enkel arthroscopisch gedebrideerd worden. Het TFCC kan ten slotte ook beschadigd worden door chronische slijtage, waarbij een arthroscopisch debridement van het TFCC uitgevoerd wordt met eventuele verkorting van de ulna.

> Carpale instabiliteit

Carpale instabiliteit wordt veroorzaakt door ligamentaire letsels. Deze kunnen in een vroeg stadium meestal nog reparatief of reconstructief (ligamentoplastie, tenodesis of capsulodesis) behandeld worden, al dan niet

In ons orthopedisch team heeft naast dr. Chul Ki Goorens ook dr. Bart Kestens een specifieke bekwaamheid in de handchirurgie. Met deze subspecialisatie streeft het team ernaar om de meest recente gewrichtsparende en reconstructieve technieken in de handchirurgie te kunnen aanwenden.

arthroscopisch. Zo probeert men te voorkomen dat er irreversibele kraakbeenschade optreedt die salvage procedures noodzakelijk maken (carpale rijsecties, partiële of totale arthrodesis).

De arthroscopie laat ook een precisere reconstructie van de radiocarpale congruentie toe bij de behandeling van complexe intra-articulaire distale radiusfracturen. Andere beschreven toepassingen zijn bij de behandeling van onder meer slijmvliesontstekingen (synovectomie) en ganglioncysten, voor het losmaken van contracturen (adhesiolyse) en het verwijderen van losse fragmenten.



Antibiotica: het einde van een zegen?

Dr. Hans Struyven, pneumoloog, voorzitter antibioticabeleidsgroep

Op ons voorjaarssymposium maakten twee Leuvense experts ons wegwijs in multiresistentie en goed antibioticagebruik.

Prof. dr. Johan Van Eldere beschreef het complexe probleem van antibioticaresistentie. Dragerschap/infectie met MRSA (*methicilline resistente Staphylococcus aureus*) is vooral een probleem van woonzorgcentra en ziekenhuizen, maar lijkt de laatste jaren niet toe te nemen in Noord-Europa dankzij hygiënische maatregelen zoals handhygiëne. Wel is er een toename wereldwijd, alsook in de thuis situatie. Landen met een beperkt MRSA-probleem in ziekenhuizen worden nu meer bedreigd door vee-gerelateerde MRSA-stammen.

Het verschijnen van *vancomycineresistente enterokokken* (VRE) in 1986 illustreert de snelle ontwikkeling van resistentie tegen multiple antibiotica, met een snelle wereldwijde verspreiding in ziekenhuizen. Een groot gevaar is de transfer van dit genoom naar de *staphylococcus aureus* met verspreiding van een glycopeptideresistente MRSA. Ook hier zien we een snelle verspreiding in landen met een ongebreideld voorschrijven van antibiotica. In de jaren '80 werd voor het eerst resistentie van *extended-spectrum beta-lactamase Gram-negatieve bacteriën* (ESBL's) tegen derde generatie cephalosporines vastgesteld. De epidemiologie toonde eveneens een duidelijk verband met ongebreideld antibioticagebruik. In België is dit op dit moment vooral een probleem in woonzorgcentra en ziekenhuizen, met stabiele prevalentie van ESBL: *E.Coli* rond de 7%, ESBL *Klebsiella pneumoniae* rond 15%, ESBL *Pseudomonas aeruginosa* rond 8%.

Een recenter probleem is het verschijnen van *multiple drug resistant* (MDR) enterobacteria

met productie van zowel ESBL's, cephalosporinases en carbapenemases (CP), waardoor ze resistent zijn tegen bijna alle antibiotica. Tegen deze micro-organismen zijn op dit moment enkel colistine, tigecycline en fosfomycine actief, in mindere mate gentamycine en carbapenem.

De slotsom is verontrustend. Antibiotica-resistentie verspreidt zich vanuit de ziekenhuizen naar de samenleving, het wordt zeer moeilijk tot onmogelijk om deze epidemie en de kosten ervan onder controle te houden. Infectiepreventie, controle op antibioticagebruik noch nieuwe diagnostische middelen zullen volstaan: er is dringend nood aan nieuwe antibiotica om de race tegen de verspreiding van MDR-bacteriën te kunnen winnen.

> Antimicrobial stewardship

Prof. dr. Willy Peetermans ging dieper in op optimaal antibioticagebruik. Dit dient enkel voorgeschreven indien in het voordeel van de individuele patiënt, met een antibioticum gericht op de veronderstelde verwekker, met de juiste dosis en duur. Uiteraard dient onderscheid gemaakt tussen profylaxe, empirische of gerichte therapie. De basis van het voorschrift is een correcte klinische diagnose, eventueel via technische onderzoeken en laboanalyses. Men gaat altijd uit van een vermoede of aangetoonde verwekker. De medische voorgeschiedenis van de patiënt (voorgaand antibioticagebruik in thuis- of zorgsituatie, ICU/chronische ziekte ...) bepaalt mee het voorschrift.

Bij de keuze van het antibioticum dient gedacht aan zijn effectiviteit, toxiciteit, resistentierisico en kostprijs. Het antibioticaformularium biedt een beperkte en beperkende

lijst van antibiotica die volstaan voor de normale klinische praktijk in het ziekenhuis en die de aanbevelingen van het antibioticabeleid weerspiegelen. Een hulpmiddel in de ambulante praktijk is de antibioticagids van de BAPCOC (*Belgische Commissie voor de Coördinatie van het Antibioticabeleid*).

Voor het meten van *out patient antibiotic prescribing* is het beter de aantallen doosjes te hanteren dan de vroegere DDD, *defined daily dose*. In België bedraagt de antibioticumconsumptie in de ziekenhuizen slechts 9,2% van het totale verbruik. Bij gehospitaliseerde patiënten werd een verband aangetoond tussen verblijfsduur en colonisatie/resistentie van Gram-negatieve bacteriën. Boodschap: kort hospitaliseren. Het antibioticaverbruik in Belgische ziekenhuizen ligt boven het Europese gemiddelde (2,3 DDD/1000 persons per day tegenover 2,1). Sinds 2007 hebben de ziekenhuizen in ons land een wettelijk verplichte antibioticabeleidsgroep, de overheid legde het takenpakket vast. Deze groep stelt het antibioticabeleid op met praktijkrichtlijnen, antibioticagidsen, epidemiologie van infecties en resistentieprofielen.

Ook internationaal is er veel literatuur over *antimicrobial stewardship* in ziekenhuizen, met verschillende technieken zoals restrictieve formularia, behandelingsalgoritmes, educatie, dosisoptimalisatie, programma's voor switch van intraveneus naar peroraal. Zij tonen een effect op het volume van voorgeschreven antibiotica, op de juistheid van het voorschrift, de kosten en soms ook de klinische outcome, maar ze geven geen reductie van resistentie. Er is ook geen evidentie dat het cyclisch voorschrijven van antibiotica een reductie van resistentie geeft. Een combinatietherapie wordt enkel aangeraden in empirische setting bij kritisch zieke patiënten met risico op infecties met multi drug resistente pathogenen. Het afbouwen van empirische therapie volgens resultaten van culturen geeft wel een reductie van mortaliteit en kosten. Ook de snelle IV-PO switch volgens bepaalde criteria verdient aandacht.



Prof. dr. Johan Van Eldere, diensthoofd Laboratorium-geneeskunde UZ Leuven



Prof. dr. Willy Peetermans, diensthoofd Interne Geneeskunde UZ Leuven

Nieuwe artsen



Spoeedgevallen Dr. Tine Crits

De medische staf van onze dienst Spoeedgevallen kreeg er op 1 februari een jonge urgentiearts bij. Dr. Tine Crits behaalde haar diploma in de geneeskunde aan de K.U. Leuven in 2007. Haar specialisatie in de urgentiegeneeskunde kreeg ze in ZOL Genk en UZ Leuven, met roterende stages op de diensten Heelkunde, Inwendige Ziekten, Anesthesie en Spoeedgevallen. Verder liep ze nog een stage pediatrie in UZ Brussel (VUB) en volgde ze een jaar opleiding intensieve zorg in Genk.



Neurologie Dr. Vijay Saxena

De dienst Neurologie kreeg begin februari ook versterking. Dr. Vijay Kumar Saxena studeerde geneeskunde aan de University of Rajasthan, India. In 1987 startte hij in ons land zijn specialisatie tot neuroloog aan de Universiteit Antwerpen. Die bracht hem onder andere naar ZNA Middelheim en Psychiatrisch Centrum Sint-Hiëronymus in Sint-Niklaas. Dr. Saxena houdt raadplegingen in ons ziekenhuis en voert onderzoeken uit zoals elektrofyysiologie, EP en EMG.



NKO Dr. Ann Torfs

De medische staf Neus-Keel-Oren kreeg er een vijfde collega bij. Dr. Torfs studeerde geneeskunde aan de K.U. Leuven en specialiseerde zich nadien in Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL, Genk) en UZ Leuven. In het chirurgisch dagcentrum van ZOL was ze medecoördinator van een patiëntveiligheidsproject, dat ze voorstelde op het *International Forum on Quality and Safety in Health Care* in 2012. Ze volgde onder meer bijkomende opleidingen in beeldvorming van hoofd en nek (Leuven, 2011) en in functionele endoscopische sinuschirurgie (*International FESS-course*, Gent, 2012). Dr. Torfs heeft raadplegingen op onze campusen in Tienen (medisch centrum en St.-Jan) en Aarschot.

Wijziging symposiumdatum

Het eerder aangekondigde symposium voor 13 september, over de multidisciplinaire aanpak van gangstoornissen, wordt verplaatst naar voorjaar 2015. Bij de planning was geen rekening gehouden met het jaarlijkse St.-Lucas-symposium van de Geneeskundige Kring Tienen en Omstreken, op 12 september. Onze excuses hiervoor.

Dag v/d Zorg in Aarschot

Ons ziekenhuis nam op zondag 16 maart opnieuw deel aan de *Dag v/d Zorg*, een initiatief van de Vlaamse overheid ter promotie van de gezondheids- en welzijnzorg. Ditmaal zetten we de deuren van ons Medisch Centrum Aarschot, dat eind 2013 nog zijn 25-jarig bestaan vierde, open voor workshops, interactieve rondleidingen, gezondheidstests en een speels aanbod voor kinderen. Deelnemende diensten waren Abdominale Heelkunde, Endocrinologie (diabetes), Gastro-enterologie, Gynaecologie, NKO, Nucleaire Geneeskunde, Oftalmologie, Operatiekwartier, Pediatrie, Radiologie en Spoeedgevallen. Externe partners waren het Lokaal Multidisciplinair Netwerk Hageland (dat kantoren heeft in medisch Centrum Aarschot) en het Provinciaal Platform Promotie Zorgberoepen.



De pediaters informeerden ouders over hun zorgaanbod, terwijl kleuters hun zieke knuffels lieten onderzoeken en verzorgen. Kinderen vanaf 8 jaar konden proeven van de job van verpleegkundige.



In de oogkliniek kregen bezoekers informatie over cataract en glaucoom en konden zij hun oogdruk laten meten. Ook de nieuwe OCT-scanner, voor de opsporing van ouderdomsblindheid, werd gedemonstreerd.



De abdominaal chirurgen toonden hun bezoekers 3D-beelden van een laparoscopie en lieten hen ook zelf een kijkoperatie uitvoeren op een oefenrobot.



De workshop gipsen voor kinderen was een succes. De gips mocht in een zakje mee naar huis en naar verlicht ging die bij heel wat deelnemertjes de volgende dag ook mee naar school om vriendjes en de juf of meester in de luren te leggen.



RZ Heilig Hart Tienen vzw

Kliniekstraat 45 | 3300 Tienen

(t) 016 80 90 11 | info@rztienen.be