

Nieuwe OCT-scanner  
voor Oogkliniek

Ambulante chirurgie  
vandaag

Voedingsproblemen  
bij kinderen



Medisch Centrum Aarschot  
viert zilveren jubileum

HARTSLAG

Medisch magazine van RZ Heilig Hart Tienen • december 2013

**rz** **tienen**

regionaal ziekenhuis  
heilig hart tienen vzw

# Inhoud

- 4 Directeurswissel  
medisch department
- 5 Coronaro-CT
- 6 OCT-scanner voor  
Oogkliniek
- 7 25 jaar  
Medisch Centrum Aarschot
- 11 Ambulante chirurgie  
vandaag
- 12 Voeding bij zuigelingen
- 13 Voedselovergevoeligheid
- 14 'All about the prostate'  
een voltreffer
- 15 Kort nieuws



## COLOFON

Hartslag is het medisch magazine van RZ Heilig Hart Tienen.

Hoofdredactie: dr. Ann Cornelis

Eindredactie & vormgeving: Karla Venken

Redactieraad: dr. Ann Cornelis • dr. Hans Decoster • dr. Koen Keirse • dr. Frank Martens • Raf Lemmens • dr. Hisco Robyn • Karla Venken

Foto's: Heidi Rombouts, Karla Venken

Druk: Drukkerij Trudo

Verantwoordelijke uitgever: dr. Jan Verlooy, Kliniekstraat 45 - 3300 Tienen

Redactieadres: [communicatiedienst@rztienen.be](mailto:communicatiedienst@rztienen.be) of per brief aan RZ Heilig Hart Tienen, Communicatiedienst - Kliniekstraat 45 - 3300 Tienen



## Visionair

Sinds 1 augustus 2013 heb ik de eer om de functie van medisch directeur waar te nemen in RZ Heilig Hart Tienen. De afgelopen maanden kreeg ik ruimschoots de gelegenheid om het ziekenhuis te ontdekken. Als Antwerpenaar was RZ Heilig Hart Tienen voor mij een volslagen onbekende. De verrassing was dan ook groot en aangenaam om een dynamisch regionaal ziekenhuis te leren kennen, dat in de afgelopen jaren een enorme positieve evolutie heeft gekend. De nieuwe vleugel voor Geriatrie en Intensieve Zorgen is bijna voltooid, het zorgstrategisch plan voor onze Tiense campussen en Medisch Centrum Aarschot is goedgekeurd, waardoor we de bouw van een nieuw Tiens ziekenhuis op één campus kunnen voorbereiden, het accrediteringstraject met NIAZ (Nederlands Instituut voor de Accreditering van Zorg) is gestart en in dit verband werden dit najaar de interne audits aangevat, door eigen personeel en artsen die hiervoor een professionele opleiding tot interne auditor hebben gevolgd. Er ligt in ons ziekenhuis dus heel wat werk op de plank!

Een ziekenhuis kan pas optimaal functioneren als er een goede wisselwerking is met ondersteunende diensten. Ook hier scoort ons ziekenhuis uitstekend. Voor het medisch departement vermeld ik in het bijzonder de ondersteuning van adjunct-medisch-directeur dr. Luc Belmans, die reeds langer in het ziekenhuis werkzaam is als MZG-arts en op die manier een garantie is voor continuïteit. Zijn grote expertise op het gebied van beleidsondersteunend werk is genoegzaam bekend en geapprecieerd door de hele organisatie. Tevens is mijn voorganger, dr. Frank Martens, niet van het toneel verdwenen. Hij was sinds augustus integendeel opnieuw voltijds cardioloog in ons ziekenhuis, en trad op 19 september aan als algemeen directeur.

In november vierden we het 25-jarig bestaan van ons Medisch Centrum Aarschot. U leest hierover meer in dit nummer. Het is duidelijk dat RZ Heilig Hart Tienen eind jaren tachtig een vrij revolutionaire en visionaire beslissing nam door een centrum in Aarschot te openen waar de klemtoon ligt op medische en chirurgische behandelingen in dagopname gekoppeld aan diagnostiek. De uitdaging voor de volgende kwarteeuw is om Medisch Centrum Aarschot opnieuw op een visionaire manier een rol te laten spelen in het steeds wijzigende zorglandschap. Hiertoe was de uiteenzetting van minister Jo Vandeurzen op het jubileumsymposium zeer inspirerend, met sleutelwoorden als innovatie, ICT en telegeneeskunde, efficiëntie en resultaatgerichtheid, aantrekken van het juiste talent en *corporate governance*.

Verder in deze Harts slag ook nog een verslag van het zeer succesvolle symposium dat onze urologen in september organiseerden, een bewijs van de uitstraling die onze afdeling Urologie in de regio heeft. En zoals in de vorige editie beloofd, gaan de pediaters in dit nummer dieper in op de thema's die zij behandelen op hun symposium over voedingsproblemen bij kinderen, in april. We komen ook nog even terug op de nieuwe CT-scanner van de dienst Radiologie op Campus Mariëndal, die speciaal uitgerust is om het hart te visualiseren.

Tot slot wil ik u nog van harte een gelukkig nieuwjaar wensen. Ik hoop u te mogen verwelkomen op onze nieuwjaarsreceptie op 10 januari in Zaal Manège in Tienen. Misschien een gelegenheid om nader kennis te maken...

Prof. dr. Jan Verlooy  
Medisch directeur





# Medisch directeurschap vroeger en nu

**G**epokt en gemazeld. Dat zou de diagnose kunnen zijn na 15 jaar als medisch directeur van een regionaal ziekenhuis. Dr. Frank Martens gaf op 1 augustus die fakkel over aan prof. dr. Jan Verlooy. Hartslag vroeg hen beiden een gesprek over de functie vroeger en nu. Het werd een informele babbel over korte mouwen en patiëntenrechten, schipperen en responsabiliseren, waarbij dr. Verlooy zich alras tot interviewer ontpopte.

Prof. dr. Verlooy: "Jij bent in 1995 afgestudeerd, in 1998 was je al hoofdgeneesheer in Tienen. Had jij toen al interesse in management? Zat je misschien ook in de studentenvereniging?"

Dr. Martens: "Ik ben voorzitter geweest van de assistentenvereniging van Leuven, van 1993 tot 1995, en zetelde toen ook in de medische raad van UZ Leuven. We zijn destijds naar minister Vandenbroucke getrokken om een gesprek op gang te brengen over het sociaal statuut van arts-assistenten. We hadden in die jaren ook sterk gepleit voor een degelijke opleiding ziekenhuisbeleid, en die is er in 1994 gekomen. Ik zat mee in de eerste lichte studenten."

## > Overwinteren

Dr. Martens: "Ik werkte sinds 1995 als cardioloog in het Heilig-Hartziekenhuis en ben hoofdgeneesheer geworden bij de fusie met het *Stedelijk Genees- en Heelkundig Instituut*, beter bekend als het OCMW-ziekenhuis. Als ik me goed herinner, oefende ik die functie vier uren per week uit. Vooral met handtekeningen zetten (*lacht*), zoals op de ellenlange kettingformulieren voor de betalingen van de artsenhonoraria. In die periode waren zaken zoals kwaliteitscontrole of gegevensregistratie voor het eigen ziekenhuisbeleid en voor de overheid, zo goed als onbestaande. De financiering gebeurde niet op basis van verantwoorde activiteit maar van de reële activiteit. Elke patiënt die een dag in een bed lag, bracht geld op. Er stond geen rem op, wij hadden zelfs patiënten die letterlijk kwamen overwinteren in het ziekenhuis."

## > Witte jas

Prof. dr. Verlooy: "Ik ben in 1994 diensthoofd Neurochirurgie geworden in UZ Antwerpen. Eén van die dingen uit die periode die nu ondenkbaar zijn: buiten het operatiekwartier was er

eigenlijk geen sprake van handhygiëneregels. Vandaag word je er als arts op aangesproken als je met horloge aan de pols door de ziekenhuisgangen loopt. Handen en voorarmen moeten vrij zijn, dus lopen artsen winter en zomer in een witte jas met korte mouwen... Over witte jas gesproken. Jij bent altijd je functie van hoofdgeneesheer blijven combineren met klinische activiteit. Is dat een voordeel gebleken?"

Dr. Martens: "Ik heb altijd gevonden van wel. Door mijn hoofdkomen als clinicus kon ik mij inzake management en beleid onafhankelijk opstellen. En het patiëntencontact zou ik niet willen missen. Ook nu ik tijdelijk op vraag van de raad van bestuur algemeen directeur ben, geeft het zeer veel voldoening om na dagen vol vergaderingen en rapporten naar mijn patiënten op de raadpleging of een verpleegafdeling te kunnen gaan. Vandaag is ziekenhuisbeleid zeer complexe materie geworden."

## > Consument

Prof. dr. Verlooy: "In mijn periode als diensthoofd hadden we één keer per jaar een budgetronde. Het lopende budget werd besproken en dan kreeg je de vraag wat nodig zou zijn voor het volgende jaar. En dat was het enige contact met het management. Ik vond dat spijtig en ook niet echt bevredigend. Ik ben toen van armoede Rechten gaan studeren. Ik heb de indruk dat de jonge generatie artsen nu meer en ook vroeger in hun ziekenhuiscarrière de nood voelen om de organisatie te begrijpen."

Dr. Martens: "Dat klopt zeker. De jonge artsen zijn ook meer en op een meer gestructureerde manier gefocust op kwaliteit. Het hangt ook samen met de veranderende relatie met de patiënt. Twintig jaar geleden was die nog uitgesproken paternalistisch. Vandaag spelen professionaliteit en communicatie een grote rol."

Prof. dr. Verlooy: "Het evolueert naar een klantrelatie: de arts als dienstverlener en de patiënt als consument. De wet op de handelspraktijken beschermt de klant, hetzelfde uitgangspunt vind ik eigenlijk ook terug in de wet op de patiëntenrechten."

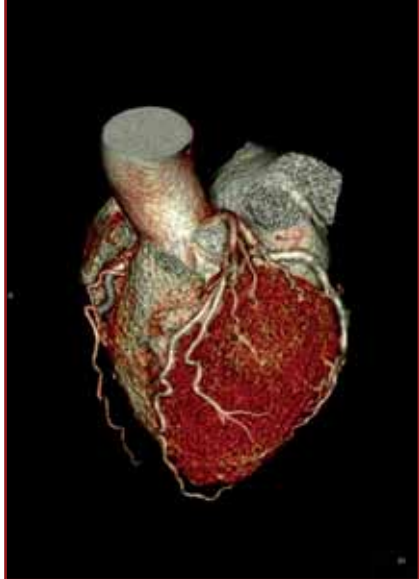
Dr. Martens: "In die wet zie ik een asymmetrie. Het gaat over plichten van zorgverstrekkers maar niet van de patiënt zelf. Als we de gezondheidszorg betaalbaar willen blijven houden, zullen niet alleen ziekenhuizen en artsen maar ook de individuele patiënt geresponsabiliseerd moeten worden. Wie pijn heeft aan zijn teen, kan in ons land gewoon naar een univer-



Prof. dr. Jan Verlooy is neurochirurg. Hij behaalde ook diploma's Verzekeringsgeneeskunde en Rechten en volgde diverse managementopleidingen, onder meer de master *Ziekenhuisbeleid en -Management* aan de KU Leuven. Tot 2006 was hij diensthoofd Neurochirurgie van UZ Antwerpen. Daarna was hij als clinicus actief in AZ Sint Vincentius Antwerpen en Hôpital Erasme (ULB). Sinds 1994 is hij hoofddocent aan de Faculteit Geneeskunde van de Universiteit Antwerpen.

sitair ziekenhuis stappen. Sommige patiënten willen ongelimiteerd op elk moment toegang hebben tot elke lijn. Je kunt als overheid niet overconsumptie in de ziekenhuizen gaan bestrijden zolang de patiënt medisch kan shoppen zoals hij verkiest."

"Om te besluiten, collega: je nieuwe job zal je regelmatig de uitdaging bieden om een schijnbaar onmogelijk project te doen slagen. Medische zorg organiseren en optimaliseren moet je samen met je artsen doen, en dat gaat zelden in een rechte lijn van A naar B. (*lacht*) Het is schipperen en overleggen en argumenteren en overtuigen. Maar als het lukt, dan is dat geweldig."



## Coronaro-CT: wat biedt de nieuwe scanner?



Dr. Maurits Blom, radioloog

Zoals u in de vorige *Hartslag* kon vernemen, beschikt de dienst Radiologie op Campus Mariëndal sinds april over een nieuwe high-end CT-scanner. Met het nieuwe toestel kunnen we nu ook CT-onderzoeken van het hart uitvoeren. We bespreken hier de technische aspecten, de indicaties en stralingsbelasting.

Hoewel een functioneel onderzoek van het hart CT-grafisch mogelijk is, wordt er met het oog op dosisreductie enkel een anatomisch onderzoek van het hart uitgevoerd. Er worden statische beelden van een dynamisch orgaan gemaakt, waarbij de interesse voornamelijk uitgaat naar de coronairen. Die hebben in de regel een diameter van ongeveer 3-4 mm proximaal tot minder dan 1 mm distaal. Voor een correcte beoordeling van de statische beelden is een optimale bewegingsscherpte vereist. In de klassieke fotografie doet men dit door bijvoorbeeld een snelle sluitertijd te kiezen. Bij cardiale beeldvorming speelt de *temporele resolutie* een belangrijke rol. Die is voor een deel afhankelijk van de rotatietijd van de *gantry*, de roterende onderdelen met inbegrip van de detectoren en stralingsbuis. Ons nieuwe CT-toestel is het enige type op de markt dat gebruik maakt van *airglide* technologie. Hierbij zweven de roterende onderdelen op een dun laagje lucht, wat de wrijving in belangrijke mate reduceert. Zeer snelle rotatietijden tot 0,27 msec worden zo mogelijk. De *gantry* draait dus met hogere snelheden rond de patiënt.

### > Prospectieve scan

Veuit de meeste CT-onderzoeken van het hart worden prospectief uitgevoerd. Dat wil zeggen dat slechts een zeer klein deel van het RR-interval gescand wordt. In de praktijk ligt dit rond de 75% van het RR-interval, wat overeenkomt met een laat-diastolische fase. Deze fase is gekozen omdat het hart dan het minst beweegt en bewegingsartefacten zo nog verder gereduceerd worden. Meestal zijn er slechts twee hartslagen nodig om het hart volledig in beeld te brengen. Deze prospectieve scan-methode heeft als belangrijkste voordeel dat de stralingsdosis sterk gereduceerd wordt. Er wordt immers maar een zeer klein deel van de hartcyclus gescand, niet de volledige duur van een hartcyclus. Bij hogere hartfrequenties is het soms noodzakelijk om meerdere fasen van het hart te scan-

nen, met als nadeel dat dit de stralingsdosis van het onderzoek aanzienlijk verhoogt. Aangezien CT-coronarografie een hoge negatieve predictieve waarde heeft en dus voornamelijk gebruikt wordt om een ziekte van de coronairen uit te sluiten, is een lage stralingsdosis belangrijk. Niet zelden wordt er tijdens het onderzoek dan ook gebruik gemaakt van een bètablokker om een ideale hartfrequentie van minder dan 65 hartslagen per minuut te bekomen.

In het meest ideale geval is het mogelijk om te scannen met dosissen onder 1 mSv. In de dagelijkse praktijk ligt de dosis eerder rond de 3 mSv. Een klassiek angiografisch onderzoek van de coronairen of een SPECT-onderzoek heeft doorgaans een dosis die hoger is dan die van een CT-coronarografie. Dit wil echter niet zeggen dat CT geschikt is om bovenstaande onderzoeken te vervangen. CT-coronarografie is eerder een bijkomend diagnostisch hulpmiddel voor evaluatie van pathologie van de coronairen.

### > Patiëntenprofiel

Aangezien het onderzoek zeer aangewezen is voor het uitsluiten van coronaire pathologie, is het uitermate geschikt voor patiënten met een laag tot intermediair risicoprofiel bij wie geen duidelijk besluit genomen kon worden uit eerdere niet-invasieve onderzoeken voor myocardischemie of bij wie andere niet-invasieve myocardischemietesten onmogelijk zijn. Dit zijn bijvoorbeeld patiënten met blijvende atypische pijnklachten (niet het typisch beeld van angor) en een negatieve fietsproef, maar met een hoog familiaal risico of andere voorbeschikkende factoren zoals hyperlipidemie, obesitas, roken, etc. Deze groep patiënten komt in aanmerking voor terugbetaling van coronaro-CT.

In de praktijk zien wij dus vooral patiënten bij wie vaatlijden uitgesloten dient te worden maar niet mogelijk was door middel van eer-

dere niet-invasieve onderzoeken en bij wie de risicofactoren en/of symptomen niet uitgebreid genoeg zijn om een klassiek invasief onderzoek van de coronairen te rechtvaardigen.

### > Verwijzing door cardioloog

Coronaro-CT is geen alledaags onderzoek zoals bv. een CT-scan van het abdomen of de longen. Het vraagt specifieke vaardigheden van de artsen en verpleegkundigen, en het duurt langer dan een gemiddeld CT-onderzoek. De scan zelf duurt slechts twee hartslagen maar door de voorbereiding, EKG-monitoring, premedicatie etc. kan de patiënt tot twintig minuten op de CT-tafel liggen. Patiënten moeten verder rekening houden met een verblijf van twee à drie uur op de dienst Radiologie (voor een CT-onderzoek van de thorax is dit bv. slechts een half uur).

Coronaro-CT gebeurt in ons ziekenhuis daarom ook op vaste dagen. Terugbetaling van het onderzoek is enkel voorzien bij correcte indicatiestelling en wanneer het onderzoek gebeurt bij directe verwijzing door cardiologen. In ons ziekenhuis zijn de cardiologen dan ook nauw betrokken bij dit type van onderzoek.

### Aandachtspunten voor de patiënt en verwijzer

- Vanaf 6 uur voor het onderzoek geen stimulerende middelen meer nemen (koffie, thee, nicotine ...)
- Vanaf 6 uur voor onderzoek nuchter blijven (medicatie-inname en beperkt water is toegestaan)
- 24 uur voor onderzoek geen medicatie voor erectiestoornissen meer nemen (Viagra, Cialis, Levitra)
- Minimaal half uur voor het onderzoek aanmelden op de dienst Radiologie



**O**ptical Coherence Tomography (OCT) is sinds enkele jaren beschikbaar en een ware revolutie in de diagnostiek en behandeling van retinale aandoeningen. Onze OCT-scanner was aan vervanging toe en we hebben gekozen voor een toptoestel van de nieuwste generatie.

## Gesofisticeerde OCT-scanner voor Oogkliniek Medisch Centrum Aarschot

Dr. Filip Mergaerts, oftalmoloog

De werking van een OCT-scanner is gelijkaardig aan een echo-B-scan: met behulp van elektromagnetische golven (lichtgolven) worden consecutieve A-scans genomen die dan tot een twee- of driedimensionaal beeld worden verwerkt. Onze nieuwe oogscanner neemt tot 40.000 A-scans per seconde waardoor zeer snel hogeresolutiebeelden bekomen worden. De Heidelberg Spectralis OCT behoort daarmee tot de meest gesofisticeerde toestellen in zijn soort en staat dan ook garant voor hoogstaande diagnostiek. Een OCT-scan is een invasief, weinig belastend onderzoek dat enkele minuten duurt. Het onderzoek kan gecombineerd worden met fluo-angiografie. Afwijkingen zijn gemakkelijk kwantificeerbaar en reproduceerbaar.

OCT is onmisbaar bij de diagnose en behandeling van maculaire aandoeningen. De normale maculaire anatomie met de verschil-

lende retinale lagen is duidelijk herkenbaar (fig. 1). Vroegtijdige detectie van afwijkingen en snelle initiatie van therapie is prognostisch zeer belangrijk, zeker bij potentieel zeer snel verlopende aandoeningen zoals de leeftijdsgebonden maculaire degeneratie. Het snel kunnen toedienen van anti-VEGF beïnvloedt de uiteindelijke uitkomst zeer sterk. Fig. 2 toont een neovasculair membraan, maculair oedeem en sereus decollement, fig. 3 laat het resultaat na de behandeling zien. Monitoring en eventuele herhaling van de behandeling kan snel, niet-invasief en betrouwbaar.

Bij glaucoom kan de dikte van de zenuwvezellaag (*nerve fiber layer*) berekend worden en vergeleken met een normatieve database. Ook de evolutie in de tijd kan makkelijker opgevolgd worden. Glaucoom treft 2% van de 40-plussers.

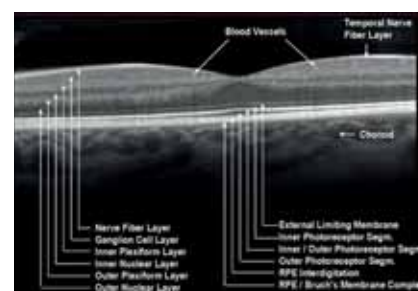


Fig. 1. Normale maculaire anatomie met de verschillende retinale lagen



Fig. 2. Natte leeftijdsgebonden maculadegeneratie voor behandeling



Fig. 3. Zelfde patiënt na behandeling met 3x lucentis intravitreal



# Feestsymposium

## 23 november

### > Door de bril van de eerste lijn

De start van het medisch centrum werd niet op tromgeroef onthaald, stelde huisarts Geert Van Tongelen onomwonden. “Bij veel collega’s heerste de angst voor het grote onbekende, zeg ook maar angst voor broodroof en inkomensverlies. De tijdsgeest was ook anders, het ging toen alsmaar over de huisartsenplethora.” Met veel *tongue in cheek* bracht hij de woelige watertjes van de eerste overlegmomenten, de gestage ontwikkeling van het medisch centrum én de vele formele en informele ontmoetingsgelegenheden in herinnering.

“Het is gaandeweg omgeslagen in een positief gegeven van opportuniteiten dicht bij huis en van een complementariteit in het aanbod van medische zorgen dat niet meer weg te denken is in de streek. In onze beginperiode moesten wij de patiënt voor een banale RX van de pols naar Leuven, Diest of Heist-op-den-Berg sturen. Nu kunnen de meeste diagnostische onderzoeken in onze achtertuin gebeuren en beschikken we vaak dezelfde dag al over het resultaat. Heel wat therapeutische ingrepen kunnen in een *one day setting* worden uitgevoerd, tot grote voldoening van alle betrokkenen, in de eerste plaats de patiënt. Kleine en minder kleine besognes bespreken we op het overlegcomité Medisch Centrum Aarschot-huisartsen, en er is ook structureel overleg met de woonzorgcentra en het ziekenhuis om de samenwerking te verbeteren en het verwijsgedrag te optimaliseren.”

“We zijn ondertussen van een overschot aan huisartsen naar een tekort geëvolueerd, door de instroombeperking maar ook door een gewijzigde demografie van het huisartsenkorps, de

feminisering van het beroep en de veranderende mentaliteit met meer oog voor *work life balance*. In de zeer nabije toekomst wacht ons de defederalisering van belangrijke delen van de gezondheidszorg. Wij gaan graag in op de uitnodiging van minister Jo Vandeuren om inspraak te leveren en zullen op de komende eerstelijnsconferentie (7 december 2013, *nvdv.*) een uitgetekend plan voor de indeling van de zorgregio’s van Vlaams-Brabant voorstellen dat rationeel is en aan lokale realiteiten getoetst werd.”

“Met een verdere evolutie van het acute zorgmodel naar chronische en complexe zorg, zal de polymorbide patiënt een huisarts nodig hebben die een mix kan aanbieden van sociaal-medische zorg en een multifactoriële behandeling door het leven heen. Ik ben dan ook overtuigd dat we het beeld van echelonnering en getrapte zorg wat moeten verlaten en eerder naar een horizontaal model van complementariteit met de specialistische geneeskunde moeten toegroeien.”

“Zo ook voor de praktijkorganisatie. Groepspraktijken zijn de toekomst, waarbij collega’s zich kunnen bekwaamen in subdomeinen van de geneeskunde maar waar ook meer ruimte is voor de genoemde *work life balance*. Dit zal uiteraard alleen maar kunnen met een geoptimaliseerde praktijkondersteuning door de overheid waardoor praktijkassistentie mogelijk wordt en meer ingang vindt, en met minstens de volgende jaren een verhoogde instroom van huisartsen én specialisten.”



Dr. Geert Van Tongelen gaf namens de huisartsen de aftrap van het symposium.

Een jaar nadat het als een van de eerste in België een apart dagcentrum had ingericht, opende het ziekenhuis van Tienen in november 1988 een tweede soortgelijk centrum in Aarschot. Het aanvoelen dat het accent in de gezondheidszorg zich meer en meer zou verleggen naar ambulante zorg bleek visionair en blijft tot op vandaag actueel.

Op 22 en 23 november vierden de medewerkers de verjaardag met een jubileumkrant, attenties voor patiënten, een groots galafeest voor hun collega’s van Tienen en een symposium voor de externe partners met Vlaams minister Van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Jo Vandeuren als een van de gastsprekers.



## Medisch Centrum Aarschot viert zilveren jubileum



## > Toekomstige uitdagingen voor de zorg

Minister Jo Vandeurzen temperde in zijn inleiding al te hooggestemde verwachtingen over de nakende defederalisering. “De zesde staatsvorming brengt verbeteringen, maar Vlaanderen blijft hoe dan ook de ‘kleine broer’ in de ziekenhuisfinanciering en ziekteverzekering in ons land. Niettemin is een debat over de *organisatie* van onze zorg nodig, om de grote toegankelijkheid ervan te kunnen blijven garanderen. Bepaalde concepten die tot dusver evident leken, zijn dat vandaag misschien niet meer.” De minister schetste enkele tendensen die de zorgorganisatie beïnvloeden.

- **Globalisering.** Die uit zich onder meer in een groeiende multiculturaliteit van de patiëntenpopulatie, maar ook in kwaliteitsbenchmarks in een internationale context.
- **Vergrijzing.** De zorg moet daar veel meer op afgestemd worden. De competenties om bv. met dementie om te gaan, zal in alle zorgcirkels rond de patiënt aanwezig moeten zijn.
- **Individualisering.** De assertieve patiënt conditioneert mee de zorgorganisatie. Niet de logica van het zorgaanbod maar de logica van de diagnose moet primeren.
- **Budgettaire krapte.** In economisch moeilijk vaarwater moet ook een appel gedaan worden aan de creativiteit van de sector zelf.

Hoe kan de overheid samen met de sector die uitdagingen beantwoorden?

- **Goed gebruik van ICT.** We moeten IT-ondernemingen, kenniscentra en de zorgsector samenbrengen om een performant e-healthplatform uit te bouwen. Medische informatie delen tussen alle zorgverleners van de patiënt is ontzettend belangrijk voor de kwaliteit, efficiëntie en continuïteit van de zorg.



Vlaams minister Jo Vandeurzen schetste waarom een debat over de organisatie van de zorg nodig is en wat daarbij de uitdagingen zijn.

- **Koerswijziging van het zorgschip voorbereiden.** De groeiende noden in de geestelijke gezondheidszorg, chronische zorg, ouderen en thuiszorg maken multidisciplinariteit en ketenzorg vanuit een netwerkidee onontbeerlijk.
- **Oefening in efficiëntie en optimalisering.** De minister wierp de vraag naar schaalvoorwaarden op, en verwees naar de fusiegolf uit het recente verleden. Groter is niet altijd beter, in de feitelijke zorgverlening zijn kleinschaligheid en nabijheid voor de patiënt integendeel te verkiezen. Pistes voor efficiëntieverhoging in zorginstellingen liggen eerder in schaalvergroting door gezamenlijke logistiek, aankoopbeleid en standaardisering.
- **Innoveren is een must.** Het is tegelijk een opportuniteit voor de witte economie. Het overheidsproject *Flanders' Care* stimuleert innoveren en ondernemen in de zorgeconomie en brengt actoren samen om creatief na te denken over zorgprocessen en zorgconcepten. De denkoefening die Vlaanderen moet maken: moet élk ziekenhuis een cathlab hebben, nierdialyse aanbieden, in elk domein uitgerust zijn met *state of the art* technologie?

- **Kwaliteit transparant maken.** Indicatoren zijn samen met accreditering instrumenten om onze zorgkwaliteit op een gestandaardiseerde wijze te objectiveren en internationaal te positioneren. De minister verwees naar het kwaliteitsindicatorsproject VIP<sup>2</sup> voor de algemene ziekenhuizen. Een aantal basissets

(cardiologie, oncologie, orthopedie, moeder-kindzorg, ziekenhuisbrede indicatoren) worden momenteel getest voor validatie om in 2014 met de registratie te kunnen starten. Ziekenhuizen worden aangespoord om zelf hun resultaten kenbaar te maken. Voorlopig is dat dus nog op vrijwillige basis. De cathlabs zullen als eerste verplicht worden om indicatoren voor interventionele cardiologie publiek te maken in het kader van de erkenning van de hartcentra.

- **Investeren in opleiding en nieuw talent.** We staan voor een *boom* van pensioneringen in de sector én voor een *boom* in de ouderenzorg. Dat vraagt ook innovatie in de arbeidsorganisatie en het HR-beleid. De reputatie van een ziekenhuis als zorgverlener én werkgever is daarbij een succesfactor.
- **Corporate governance.** Hoe wordt de eerste, tweede en derde lijn idealiter bestuurd? Wie zijn de *stake holders* en hoe creëren we betrokkenheid? Hoe laat je controleren dat je je missie en doelstellingen realiseert?

## 25 jaar Medisch Centrum Feestsymposium

### > Belang voor de stad Aarschot



Burgemeester André Peeters had warme woorden van appreciatie voor personeel en artsen van Medisch Centrum Aarschot.

Burgemeester André Peeters noemde Medisch Centrum Aarschot niet de eerste de beste jarige, verwijzend naar de pioniersrol in daghospitalisatie. “U bent er een die al van bij de geboorte getuigde van visie. En u bent in onze stad en regio zo ingeburgerd dat wij u tutoyeren als ‘t *kliniekske*, niet denigrerend maar amicaal bedoeld.” Medisch Centrum Aarschot is ook geen doorsnee dagziekenhuis, omdat er een diagnostisch centrum aan gekoppeld is met ook

eenheden Radiologie en Nucleaire Geneeskunde. “Voor veel van onze burgers is het van onschatbare waarde dat deze diensten zo dichtbij huis aangeboden worden. De dichtstbijzijnde ziekenhuizen (Diest, Lier, Bonheiden, Leuven, Tienen) liggen gemiddeld 25 km van Aarschot. Ook de laagdrempeligheid en de gemoedelijke sfeer waarin de patiënten geholpen worden, spreken onze burgers aan. Uw centrum vormt een onmisbare schakel voor de gezondheids-

zorg in onze stad en haar omgeving. De visie van ons stadsbestuur is expliciet opgebouwd rond mensen. De afgelopen jaren hebben we sterk ingezet op stadsvernieuwing en openbare infrastructuur. De komende jaren richten we onze doelstellingen onder meer op de optimalisering van onze dienstverlening, op betrokkenheid en op zorg voor mensen. Het Medisch Centrum Aarschot draagt daar geen steen, maar een rots toe bij.”



## > Evolutie in ambulante heelkunde

Voorzitter van de *Belgian Association of Ambulant Surgery* dr. Luc Van Outryve schetste de evolutie, wetgeving en financiering van de ambulante chirurgie. Hij citeerde studies over de verschuiving van klassieke opname naar daghospitalisatie en ambulante zorg wereldwijd, en besprak de impact van de financiering en regelgeving in ons land. De *International Association for Ambulatory Surgery* publiceert tweejaarlijks een onderzoek naar de prevalentie van dagchirurgie voor een korf van 37 procedures. De percentages voor België zijn grotendeels vergelijkbaar met die in andere landen. De recentste cijfers van het Riziv (2012) tonen voor deze 37 procedures dat 79% ambulant gebeurt, met als toppers de cataractingrepen (94,5%), artroscopie van de meniscus (92,2%) en tonsillectomie (91,3%). Hoe zal het toekomstig dagziekenhuis eruit zien? Vandaag zijn er

architecturaal en organisatorisch al diverse typologieën: een verzelfstandigde entiteit op een ziekenhuiscampus, een extern vrijstaand centrum, een chirurgische specialistenpraktijk (*office based*). Daarnaast is er ook een trend naar zorgklinieken rond multidisciplinaire zorgprogramma's (bv. oncologie, geriatrie). De focus op een bepaalde activiteit (*focused factory*) is misschien ook toepasbaar op het chirurgisch dagziekenhuis. Een model zoals de *walk-in clinic* stapt af van bedposities: de patiënt volgt dan een doorloopschema, dat dr. Van Outryve vergeleek met een bezoek aan een publiek zwembad. "Met nieuwe technieken en zorgconcepten maar ook onder economische druk zal de vraag 'Kan de patiënten ambulant geholpen worden?' vroeg of laat veranderen in 'Is er een reden waarom de patiënt opgenomen moet worden?'" , besloot dr. Van Outryve.



B.A.A.S.-voorzitter dr. Luc Van Outryve beschreef de verschuiving naar ambulante chirurgie in de voorbije decennia, en scenario's voor het dagziekenhuis van de toekomst.

OK-diensthoofd dr. Ann Vantrappen schetste de groei van het dagziekenhuis en de reorganisatie die dat met zich meebracht.



um Aarschot  
posium

Medisch Centrum Aarschot ging in 1988 van start onder de medische leiding van dr. Dirk Smets. Met zijn ironiserende terugblik op de beginjaren en op de aanvankelijk moeilijke relatie met de huisartsen kreeg hij net als dr. Van Tongelen de lachers op zijn hand. Hij lichtte ook de studie toe waaraan Medisch Centrum Aarschot in 1991 deelnam ter voorbereiding van de wetgeving rond chirurgische daghospitalisatie (zie pag. 10).

Dr. Smets was als algemeen chirurg vanaf dag 1 verantwoordelijk voor de spoedopvang in Medisch Centrum Aarschot. "Met 30.000 inwoners, 22 scholen en heel wat bedrijven met niet-ongevaarlijke productieactiviteiten

## > Daghospitalisatie in Aarschot

"In 1988 ging het dagziekenhuis van start met één operatiezaal en vijf bedden. Er kwam een anesthesist uit Tienen over wanneer de enkele chirurgen een ingreep hadden," schetste OK-diensthoofd dr. Ann Vantrappen het zeer bescheiden begin. Maar dat bleef niet zo. "De groei in de jaren negentig, door de sterke toename van het aantal chirurgische disciplines, maakte uitbreiding van het operatiekwartier en het dagziekenhuis nodig en in 2001 kreeg Medisch Centrum Aarschot twee eigen anesthesisten. De aanhoudende groei had na verloop van tijd een negatieve impact op de werking van het OK en het dagziekenhuis. In 2010 werd

een extern bureau onder de arm genomen om de processen grondig door te lichten en te verbeteren." De procesoptimalisatie ging onder meer gepaard met informatisering van de OK-planning en van de monitoring van de patiëntendoorstroming (zie ook pag. 11). "De reorganisatie resulteerde in veel kortere wachttijden vóór de ingreep, rust en stabiliteit in het operatieproces en een vlottere doorstroming in het dagziekenhuis. Dat heeft zowel de tevredenheid van de patiënten als de medewerkers gevoelig verhoogd. We kregen ook een heel positief rapport van de Vlaamse Zorginspectie, die dit jaar het chirurgisch traject inspecteerde."

## > 25 jaar spoedopvang in cijfers

was dat geen overbodige luxe."

Met elementaire rekenkunde kwam hij voor de voorbije 25 jaar uit op dagelijks gemiddeld 2,5 spoedpatiënten die meer gespecialiseerde zorg vereisten. Het gros daarvan betrof fracturen en luxaties (8.105) en open wonden (3.869). In de top tien van de fracturen waren pols (1.700) en vingers (1.161) koploper, de ribben (238) hekkensluiser. Wat de behandeling betreft, was in 16% van de fracturen/luxaties een operatieve procedure nodig. Open wonden betroffen vooral het hoofd (1.425) en de vingers (1.383). Van de handletsels vertoonde 10% onderliggende pees- of botletstels.



Pionier en medisch coördinator van het eerste uur, dr. Dirk Smets, is tot vandaag verantwoordelijk voor de spoedopvang in Aarschot en becijferde wat hij al die jaren onder handen kreeg.

## Coördinatieteam Medisch Centrum Aarschot



### Sprekende cijfers

- 54 artsen
- 41 personeelsleden
- 64.416 raadplegingen
- 12.124 RX-onderzoeken
- 5.099 CT-onderzoeken
- 1.031 gastroscopies
- 637 coloscopies
- 1.009 spirografieën
- 2.232 EKG's
- 377 EEG's
- 5.902 operaties
- 6.437 dagopnames

Activiteitscijfers: 2012

In de eerste maanden na de opening van Medisch Centrum Aarschot in november 1988 zagen de enkele artsen en personeelsleden soms niet meer dan 3 patiënten per dag. Vandaag komen er dagelijks gemiddeld 300 patiënten over de vloer, en zij worden geholpen door bijna 100 medewerkers.

#### Cindy Van Meerbeek Hoofdverpleegkundige

In 2001 gestart als verpleegkundige in het OK en het dagziekenhuis van Medisch Centrum Aarschot, sinds medio 2010 hoofdverpleegkundige en in 2011 aangesteld als verpleegkundig OK-coördinator. Cindy Van Meerbeek coacht het verpleegkundig team, plant de personeelsbezetting voor het OK, het dagziekenhuis en de raadplegingen, en volgt dagelijks het OK-programma op.

#### Kris Deldime Algemeen coördinator

Diensthofd Administratie van RZ Heilig Hart Tienen en in die functie sinds 2009 ook algemeen coördinator van Medisch Centrum Aarschot. Kris Deldime heeft een *liaison*-rol, hij is als het ware de communicatielijn tussen het centrum in Aarschot en de hoofdcampus in Tienen. Hij organiseert ook het structurele overleg met de huisartsen. Als diensthofd Administratie stuurt hij de secretariaten aan.

#### Dr. Ann Vantrappen Medisch diensthoofd OK

In Aarschot gestart als anesthesist in 2002, en sinds 2011 als medisch diensthoofd van het operatiekwartier verantwoordelijk voor de medische en infrastructurele organisatie ervan. Dr. Vantrappen stelt samen met de hoofdverpleegkundige de OK-planning op en volgt de OK-bezettingsgraad en OK-tijden per discipline op. Zij coördineert ook het traject van de chirurgische patiënt, van zijn inschrijving tot het ontslag.

## Mee aan basis wetgeving dagziekenhuizen

Met onze chirurgische dagcentra in Tienen en Aarschot waren we eind jaren 80 een van de pioniers op dat vlak. Pas midden jaren 90 zette het concept van een apart dagziekenhuis echt door in ons land en volgde ook de wetgeving.

Het model kwam overgewaaid uit de Verenigde Staten, waar het een oplossing moest bieden voor de lange wachtlijsten, hoge ziektekosten en het tekort aan ziekenhuisbedden. Toen in de jaren 80 in België de eerste dagziekenhuizen in ons land ingericht werden, was

er nood aan minimumkwaliteitsnormen. Toenmalig minister van Volksgezondheid Philip Busquin vroeg een voorbereidende studie. Daar namen 4 Vlaamse, 3 Waalse en 1 Brussels ziekenhuis aan deel. Tienen en Aarschot waren er bij. De studie liep van januari 1990 tot juni 1991. De voorstellen van de 8 dagziekenhuizen vormden de basis voor de wetgeving over de functie 'chirurgische daghospitalisatie'. Die werd in 1997 van kracht en legde de erkenningsnormen vast, zowel architectonisch, functioneel als organisatorisch. In juni 1991 bracht de parlementaire commissie Volksgezondheid een bezoek aan Aarschot. Toenmalig coördinator Jan Tweepenninckx leidde hen rond. Door de talrijk opgekomen



pers liet hij optekenen: "In Amerika gebeurt 46% van de chirurgische ingrepen in eendagshospitalen. In België is dat voorlopig nog 16%. Op dit vlak is er dus nog een immense ruimte voor uitbreiding. Studies hebben uitgewezen dat eendagshospitalisatie gemiddeld 24% goedkoper is dan de traditionele ziekenhuisopname."

Een patiënt voor een geplande operatie die in dagopname kan gebeuren, is geen zieke patiënt. We behandelen hem het best als zodanig en bij voorkeur in een aparte setting. Een chirurgisch dagcentrum is een aangepaste structuur om geplande ingrepen op een veilige en efficiënte manier uit te voeren.

## Ambulante chirurgie vandaag

Dr. Stefaan Poelmans, diensthoofd Heelkunde



Het Koninklijk Besluit van 25 november 1997 omschrijft heel duidelijk de verantwoordelijkheid van anesthesist en chirurg en legt de normen vast waaraan een chirurgisch dagziekenhuis moet beantwoorden inzake organisatie en infrastructuur. Omdat hier geen 'ligdagen' aan gekoppeld zijn, voorziet de overheid een aparte financiering voor dagziekenhuizen, vastgelegd in het Koninklijk Besluit van 7 juli 2003.

### > Continue toename

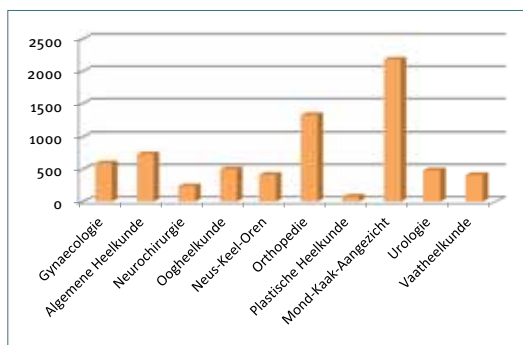
Het chirurgisch dagziekenhuis zit sindsdien ononderbroken in de lift, met een continue toename van het aantal ingrepen per jaar. Hoe valt deze evolutie te verklaren? Eerst en vooral zijn er de ontwikkelingen in de anesthesie: betere anesthesie, betere kennis van de locoregionale verdoovingstechnieken, kortwerkende medicatie en verbeterde pijnstilling. De chirurg zag door de evolutie van endoscopie en laparoscopie meer mogelijkheden om dagingrepen uit te voeren. De patiënt zelf wil zo snel mogelijk weer op de been zijn, een minder 'ziek' gevoel en een snelle terugkeer naar zijn vertrouwd milieu. Ook het ziekenhuis heeft er alle baat bij de beschikbare ruimte en bedden beter te benutten, kortere wachtlijsten te creëren en zo kostenefficiënt mogelijk te werken. Concreet betekent dit dat een chirurgisch dagbed afhankelijk van de aard van de ingreep meerdere malen per dag bezet kan worden door patiënten. Zo zien we bv. voor cataractingrepen een hoge turnover, voor varicectomie een lage.

### > Kwaliteit

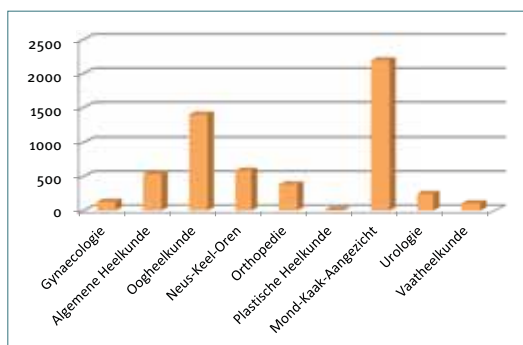
Is de geleverde zorg in een chirurgisch dagziekenhuis kwalitatief goed? Er zijn voldoende klinische studies gepubliceerd die overduidelijk aantonen dat de resultaten tussen dagopname en klassieke hospitalisatie vergelijkbaar zijn. Belangrijk in dit verband is de zorg die wij in onze medische

centra besteden aan de organisatie van het chirurgisch traject. Patiënten krijgen op de raadpleging een informatiebrochure over de voorbereiding en opname, worden ingepland in de blokplanning van het operatiekwartier, worden daags voor de ingreep opgebeld om het juiste uur van opname te bevestigen en daags na de ingreep be-

tie voor problemen en verwikkelingen is anderzijds zeer belangrijk om een niet-geplande terugkeer naar het ziekenhuis te vermijden. Ook draagt de patiënt zelf (bv. niet zelf met de wagen rijden) en zijn thuisomgeving een grote verantwoordelijkheid in het verlengd toezicht thuis. Niet alle patiënten komen daarom in aanmerking voor een chirurgische behandeling in dagopname. Op basis van de fitheid van de patiënt en het type ingreep, moet men een aantal patiënten of ingrepen weigeren in dagziekenhuisverband. De dienst Anesthesie hanteert hiervoor een aantal selectiecriteria, die goed opgevolgd worden, en ook de chirurg zelf kiest wat voor zijn specialiteit de gangbare norm is. Bij twijfel wordt een patiënt steeds naar de preoperatieve anesthesieraadpleging verwezen.



Ingrepen chirurgisch dagziekenhuis Tienen 2012



Ingrepen chirurgisch dagziekenhuis Aarschot 2012

vraagt naar de kwaliteit van communicatie met de zorgverstrekkers en naar suggesties voor verbetering. Er wordt tijdens dat telefonisch contact ook naar de gezondheidstoestand gepeild zodat bij problemen kan verwezen worden naar de huisarts.

### > Beperkingen?

Zijn er dan geen nadelen of beperkingen aan een chirurgisch dagziekenhuis? Tijdens een verblijf van een of meerdere uren is het contact met de patiënt beperkt. De observa-

### > Optimalisatie

In onze medische centra voeren alle aanwezige chirurgische disciplines ondertussen ingrepen uit in het dagziekenhuis. De laatste jaren werden er door artsen, verpleegkundigen en medewerkers van ondersteunende diensten inspanningen geleverd om de organisatie en dagelijkse werking van het chirurgisch dagziekenhuis te verbeteren. Operatiezalen werden heringericht, het dagziekenhuis kreeg nieuwe bedden en ligzetels, de principes van *lean management* werden ingevoerd, de administratieve organisatie werd aangepast, er kwam een OK-blokplanning met *frozen period*, informatiebrochures voor patiënten, een preoperatieve anesthesieraadpleging, extra verpleegkundig personeel ..., en dit alles in het teken van veiligheid en efficiëntie. Elk ziekenhuis in ons land heeft hierop gefocust. Mede door een nieuw overheidsbeleid, door de technologische evolutie en door druk op de financiering is de ambulante chirurgie in ons land geëvolueerd van 34% in 1999 naar goed 50% van alle ingrepen vandaag.





## Voeding bij zuigelingen

Dr. Stefaan Van Lierde, diensthoofd Pediatie



### > Determinanten van groei/ voedingsbehoeften

Om de groei van zuigelingen te kunnen evalueren, is het belangrijk de determinanten van deze groei te kennen. Bij de geboorte zijn de 'maten' van de baby grotendeels het resultaat van de intra-uteriene omgeving en slechts in mindere mate van het eigen genetisch potentiëel. Vanaf de geboorte wordt de groei echter wél gedreven door dat genetisch potentiëel, zodat inhaalbewegingen of afrembewegingen kunnen gezien worden als er een belangrijke discrepantie tussen beide. Dit kan de extravagante eetlust van sommigen en de beperkte voedselinname van anderen verklaren zonder de aanwezigheid van pathologie. Rond de leeftijd van 2 jaar bereikt de peuter zijn genetische target. Vanaf dan beginnen sociale factoren zoals voedingsgewoonten in het gezin ook een rol te spelen. Men kan dus zeggen dat bij een zuigeling de intake het gevolg is van het (genetisch bepaalde target-) gewicht, en niet andersom.

Bij inhaalgroei ontstaat zelden grote bezorgdheid. Bij afremmende groei, waarbij de baby aan groeipercentiel verliest, is men vaker ongerust. Geruststellende elementen zijn een gelijkaardige afremming voor gewicht, lengte en hoofdomtrek, de afwezigheid van klinische kenmerken van dystrofie, de afwezigheid van onderliggende pathologie, een normale psychomotorische ontwikkeling en de zekerheid van voldoende voedselaanbod. In geval van borstvoeding kan zich hier dus wel een probleem stellen.

### > Borstvoeding/flesvoeding

Borstvoeding is en blijft de standaard. Toch moet men zich van enkele mogelijke problemen bewust zijn. Borstvoeding bevat te weinig vitamine K en vitamine D, zodat de baby supplementen moet krijgen. Na de leeftijd van 4 maanden krijgt een uitsluitend borstvoed kind te weinig ijzer, en ook transmissie van bepaalde virussen is een potentiëel nadeel. Tot slot is er het praktische probleem van beschikbaarheid en productie.

Een tekort aan moedermelk moet vermoed worden bij onvoldoende gewichtstoename (de eerste 2-3 maanden normaal gemiddeld 200 g/week), tekens van dystrofie en een chaotisch voedingspatroon. Bij twijfel kan men bij wijze van proef gedurende 48 uur na elke borstvoeding een flessupplement geven. De hoeveelheid supplementair gedronken melk, het effect op het voedingspatroon en uiteindelijk de gewichtstoename laten meestal toe de juiste conclusie te trekken.

Bij flesvoeding begint men meestal met een gewone eersteleeftijdsmelk. De hoeveelheid en voedingsintervals past men aan aan de behoeften van de baby. Het is wel belangrijk de baby bij elke fles te verzadigen. De eerste weken is het voedingsinterval tussen 3 en 5 uur.

### > Vaste voeding

Vanaf 4 à 6 maanden bereikt de darm een volwassen verteringspotentiëel. Er zijn enkele redenen om vanaf dan vaste voeding in te voeren. Op die leeftijd is de borstvoeding vaak ontoereikend. Bij voortgezette borstvoeding dreigt na 4-5 maanden een gebrek aan ijzer. Ook zijn er psychosociale factoren die het moeilijk maken om (uitsluitend) borstvoeding verder te geven. Verder zijn de laatste jaren ook de inzichten over allergiepreventie geëvolueerd. Men weet dat nieuwe antigenen het best ingevoerd worden vanaf 4-6 maanden om tolerantie te kunnen induceren. Dit is niet alleen het geval voor glutenallergie, maar ook voor anafylactische voedingsallergie. Het geleidelijk invoeren

van nieuwe voedingsmiddelen vanaf 4 maanden wordt dus sterk aanbevolen, het liefst in combinatie met borstvoeding.

Er zijn weinig wetenschappelijke gegevens om uit te maken of men het best start met fruitpap dan wel met groentepap. Groentepap bevat meer calorieën, fruitpap daarentegen is praktischer en gemakkelijker te bereiden. Ook verschillen beide erg in smaak. Men laat hier dus de vrije keuze.

### > Huilen/koliekken

Er zijn vele redenen en mogelijkheden om baby's die huilen met een voedingsverandering aan te pakken. Men spreekt van reflux, koemelkeiwitallergie, lactose-intolerantie of krampen. Zelden gaat het om echte pathologie en beantwoorden de huilbaby's aan de definitie van infantiele koliekken. De basiskenmerken hiervan zijn paroxysmale aanvallen, die kwalitatief verschillen van 'normaal' huilen. De baby spant zich op en wordt hypertoon. Hij is moeilijk te troosten, tenzij door hem op te pakken en goed tegen zich aan te drukken. Deze huilepisodes treden typisch op tussen 2-3 weken en 2-3 maanden, doen zich meestal 's avonds voor en de baby vertoont een goede, zelfs bovengemiddelde gewichtsevolutie.

Het is belangrijk de ouders gerust te stellen. De enige wetenschappelijk bewezen effectieve behandeling is 'inbakken'. Soms kan een comfortvoeding overwogen worden, meestal ingedikt. De gebruikelijke medicatie heeft weinig wetenschappelijke basis en werkt onvoorspelbaar.

**S**amengevat kunnen we stellen dat constitutie/genetica de groei van zuigelingen bepaalt. Inhaalgroei of afremmende groei zijn normaal indien het door placentaire factoren bepaald geboortegewicht sterk afwijkt van de genetische target. Borstvoeding is de standaard, maar met voldoende aandacht voor mogelijke vitamine- en ijzertekorten en een productietekort. Vaste voeding wordt het best ingevoerd vanaf 4-6 maanden. Beginnen met fruitpap dan wel groentepap is arbitrair. Infantiele koliekken mogen niet gemedicaliseerd worden noch aangepakt met onnodige voedingswijzigingen.

# Pathogenese en ziektebeelden van voedselovergevoeligheid



Dr. Isabelle Waelkens, pediater

Voedselovergevoeligheid is een veel besproken onderwerp waarrond nogal wat begripsverwarring bestaat. Bovendien wordt het te gemakkelijk gebruikt om allerlei vage symptomen te verklaren. Bepaalde voedingsbestanddelen kunnen bij een beperkt percentage van de kinderen bepaalde ziekteverschijnselen uitlokken. Die worden vaak onterecht allemaal onder de noemer voedselallergie geplaatst.

We kunnen de voedselgebonden ziektebeelden opdelen in enkele grote groepen, in functie van de pathogenese. Er zijn de immunologisch gemedieerde reacties, waaronder de typische IgE gemedieerde voedingsallergie en de niet-immunologisch gemedieerde reacties, zoals lactose-intolerantie. De infectieuze pathologie, de voedselvergiftiging wordt hier buiten beschouwing gelaten.

## > Immunologisch gemedieerde reacties op voedsel

Bij deze reactie is het onderliggende mechanisme immunologisch. Het mucosale immuunsysteem van de darm moet het lichaam beschermen tegen pathogenen en anderzijds een tolerantie-inductie bewerkstelligen bij inname van voedingsantigenen. Als de tolerantie-inductie faalt, ontstaan ziektebeelden.

**1. De IgE-gemedieerde reacties zijn het best bekend** en relatief gemakkelijk te diagnosticeren. De reactie volgt doorgaans snel op inname van het voedingsbestanddeel en is meestal vrij uitgesproken. We zien klinisch de typische acute urticaria of angio-oedeem, respiratoire symptomen (stridor, bronchusobstructie) en anafylaxis. Het oraal-allergiesyndroom met jeuk ter hoogte van lippen en mond mucosa is vaak een gevolg van kruisallergie tussen aero-allergenen en voedingsbestanddelen (bv. berk en appel). De diagnose wordt gesteld aan de hand van de anamnese. Aanvullende onderzoeken kunnen hulp bieden. In het bloed kan een totaal IgE en aantal eosinofielen gemeten worden. Daarnaast kunnen specifieke IgE's

bepaald worden. De component-immunocap-testen spelen een steeds belangrijker rol om de ernst van de allergie symptomen te kunnen voorspellen. Bijvoorbeeld: een kind met positieve IgE's voor ei maar negatieve specifieke IgE's voor ovomucoïed zal allicht niet reageren op verwerkt ei. De huidtesten zijn een bijkomend hulpmiddel bij het stellen van de diagnose. Maar uiteindelijk blijft eliminatie en *challenge* de gouden standaard. Helaas blijven vele niet-gevalideerde testen waaronder bepaling van IgG, kinesio-logie en bioresonantie (Vega-testen) in gebruik. Ze geven aanleiding tot het ten onrechte opleggen van diëten aan kinderen.

**2. Daarnaast zijn er de immuungemedieerde niet-IgE-gemedieerde reacties.** Onder die noemer situeren zich de *food protein induced* enterocolitis, proctitis en proctocolitis, eosinofiele oesofagitis en gastritis, maar ook coeliakie. De inname van bepaalde voedingsstoffen veroorzaakt bij deze groep ziektebeelden een lokale inflammatoire reactie gemedieerd door T-cellen. De symptomen zijn erg variabel en kunnen zich voordoen op het ganse verloop van de gastro-intestinale tractus.

De pathogenese van de eerste groep is nog niet goed gekend, de diagnose is dan ook vooral gebaseerd op het herkennen van een bepaalde constellatie van symptomen, anamnese en eliminatie en challenge.

Daarentegen is de pathogenese van coeliakie al beter begrepen. Bij coeliakie treedt er een inflammatie op ter hoogte van de dunne darm na blootstelling aan gluten bij genetisch gevoelige personen. Het komt vrij frequent voor, met een prevalentie van 0,5 tot 1% van de bevolking. De genetische basis van de ziekte is aangetoond door het frequente familiaal voorkomen en de associatie met een bepaalde HLA-typing, met name DQ2-DQ8. Coeliakie is een ziekte met vele gezichten. De best gekende presentatie is het kind met malabsorptie: ongelukkig, dystroof met opgezette buik en vaak diarree. Maar het presenteert zich even vaak atypisch met vage buikpijn, obstipatie, ferriprieve anemie, vertraagde pubertaire ontwikkeling,

dermatitis herpetiformis, arthritis, hoofdpijn, leerproblemen, tandglazuurveranderingen ... De diagnose wordt gesteld aan de hand van serologische testen, met name tissue transglutaminase As, gedeamineerde gliadine As en endomysium As. Bij de IgA-deficiënte populatie kan enkel met de gedeamineerde gliadine-antistoffen gewerkt worden, daar dit IgG's zijn. De definitieve bevestiging gebeurt aan de hand van een dunnedarmbiopsie waar o.a. vlokatrofie en een verhoogde intra-epitheliale lymfocytose gezien wordt. De behandeling bestaat uit levenslang glutenvrij dieet.

## > Niet-immunologisch gemedieerde reacties

Een eerste groep hieronder zijn de carbohydraat malabsorpties ten gevolge van een enzymatische deficiëntie. De best bekende zijn lactose- en fructosemalabsorptie ten gevolge van lactase- of fructasedeficiëntie. Die gaan gepaard met buikpijn, krampen, windrigheid en vaak diarree. Er is geen inflammatoir proces in de darmmucosa. De diagnose hiervan kan gesteld worden aan de hand van een ademtest en/of bepaling van disaccharidasen op een dunnedarmbiopsie.

Daarnaast zijn er de metabole ziekten waar inname van een bepaald voedingsmiddel een ernstig ziektebeeld uitlokt. Galactosemie en fenyketonurie zijn hier voorbeelden van.

Voedselovergevoeligheid is dus een verzamelaar voor meerdere ziektebeelden die erg verschillend zijn in pathogenese. De ernst van het ziektebeeld evenals de prognose en therapie zijn ook verschillend. Een correcte diagnose en een goed differentiëren tussen de ziektebeelden is dus belangrijk.





## ‘All about the prostate’ een voltreffer!

Dr. Jan Van Nuffel, afdelingshoofd Urologie

Met 154 aanwezigen, onder wie 64 huisartsen en 31 specialisten, mogen we ons multidisciplinair symposium ‘All about the Prostate’ van 25 september met recht en reden een zeer groot succes noemen.

Adjunct-medischdirecteur dr. **Luc Belmans** verwelkomde de deelnemers met een uiteenzetting over de vroegere en huidige principes van ziekenhuisfinanciering. Hij benadrukte de opvallend sterke ligduurperformantie van de afdeling Urologie van RZ Heilig Hart Tienen. Het symposium werd ingeleid door mezelf met een overzicht van de evolutie van de afdeling Urologie en een concrete casus voor het wetenschappelijke luik van de avond.

### > Onderdiagnostiek vermijden

Wellicht nooit eerder werd op zo een rijk geïllustreerde wijze de geschiedenis en de functie van ‘de mannelijke klier’ uit de doeken gedaan als door onze assistent dr. **Joost Berkens**. Met historische beelden van onder andere Galenus en Vesalius kregen we te zien hoe de prostaat voor het eerst werd beschreven. Collega dr. **Koen Slabbaert** nam het hoofdstuk diagnostiek voor zijn rekening. Hij accentueerde het belang van vroegdetectie van prostaatkanker, vooral bij goed geïnformeerde patiënten met interesse in de eigen gezondheid. Populatiescreening is nog steeds erg controversieel. Toch valt uit de grote screeningsstudies (ERSPC, PCLO ...) op dat de mortaliteitsreductie significant toeneemt met het verlengen van de follow-up. We moeten er mijns inziens vooral over waken dat

het terugschroeven van de terugbetaling van een PSA-analyse niet leidt tot ‘onderdiagnostiek’. Dat is immers *niet* de oplossing voor het probleem van overbehandeling.

Collega dr. **Lodewijk Van Wynsberge** voerde aan dat er de laatste jaren een belangrijke verschuiving is naar een behandeling op maat van de patiënt. Er is een duidelijke evolutie naar een minder agressieve aanpak bij laagrisico- en intermediair-risicopatiënten. Een uitgebreidere toepassing van *active surveillance*, *watchful waiting* en minder invasieve technieken zoals brachytherapie, helpt het probleem van overbehandeling van prostaatkankers indijken. Er is tevens een trend naar het uitstellen van de hormonale therapieën naar een latere fase in de aandoening, vooral bedoeld om het risico op langetermijnbijwerkingen te verminderen zonder negatieve invloed op de overleving.

### > Chronische aandoening

Anatoompatholoog dr. **Ann Cornelis** toonde het belang aan van een gedetailleerd anatomopathologieverslag, zowel in de diagnostische fase (prostaatbiopsies) als in de therapeutische fase (prostatectomie). Het anatomopathologisch onderzoek bepaalt in grote mate mee de therapeutische keuzes tijdens het multidisciplinaire overleg (MOC) en aldus ook de prognose van de patiënt. Oncoloog prof. dr. **Jaak Janssens** leerde ons tot slot dat een gevorderd (gemetastaseerd) prostaatcarcinoom alsmaar meer evolueert naar een chronische aandoening. Door betere kennis van het biomoleculair celprofiel in de verschillende fasen van de aandoening



Foto boven: dr. Joost Berkens, onder: dr. Ann Cornelis, dr. Koen Slabbaert en in de achtergrond dr. Lodewijk Van Wynsberge.



kon het farmacotherapeutisch arsenaal aanzienlijk uitgebreid worden (abiraterone acetate, docetaxel, cabazitaxel, enzalutamide, denosumab, degarelix ...). De komende jaren zal dit ongetwijfeld nog verder toenemen en zal ook het meest efficiënte gebruik ervan (dosis en indicatiestelling) duidelijker worden. Met deze evolutie zal ook de nood aan psychosociale en fysieke begeleiding van de patiënten groeien.

### > Start oncorevalidatie

In dat kader zijn we in november van start gegaan met een oncorevalidatieprogramma in samenwerking met de dienst Fysische Geneeskunde. Prostaatkankerpatiënten onder medicamenteuze therapie kunnen een trainingsprogramma volgen waardoor de bijwerkingen van de medicatie beter verdragen worden. Dit zal op gezonde wijze de levenskwaliteit verbeteren en de noodzaak tot ondersteunende medicatie verminderen.



## Nieuwe artsen



**Anesthesie**  
**Dr. Roel Mestrum**

De medische staf Anesthesie in Tienen telt sinds kort tien leden. Nieuwe collega dr. Roel Mestrum studeerde Geneeskunde aan de KU Leuven en rondde in 2009 zijn opleiding tot anesthesist aan de Universiteit Antwerpen af.

Hij ging nadien aan de slag op de dienst Anesthesie van Ziekenhuis Oost-Limburg (Genk). Daar specialiseerde hij zich verder in pijntherapie, intensieve zorgen en urgentiegeneeskunde. Hij verdiepte zich in diverse gerenommeerde buitenlandse pijncentra waaronder de University of Seattle (VS) en Universitair Medisch Centrum in Maastricht (NL) in de toepassing van echografie bij interventionele pijnbestrijding. Dr. Mestrum heeft een bijzondere interesse in locoregionale anesthesie en in pijntherapie, met focus op spinale, faciale, oncologische en neuropathische pijn.



**Klinische biologie**  
**Dr. Bram Ngô**

Eind dit jaar neemt ons klinisch labo afscheid van apr. Kristin Onkelinx, die met welverdiend pensioen gaat. Dr. Bram Ngô volgt haar op als stafid. Na zijn studies Geneeskunde in Hasselt en Leuven, behaalde dr. Ngô een master in de

Klinische Biologie aan de KU Leuven. Tijdens assistentschappen in UZ Leuven, Ziekenhuis Oost-Limburg (Genk) en Jessa Ziekenhuis (Hasselt) bekwaamde hij zich voornamelijk verder in de scheikunde en in de hematologie/hemato-oncologie.

Dr. Bram Ngô rondde in juni van dit jaar met succes ook de tweejarige masteropleiding *Management en beleid van de gezondheidszorg* aan de KU Leuven af.



Bloemen voor orthopedist **dr. Hisco Robijn** na zijn lezing over spinale chirurgie en de effecten ervan op de revalidatie, op het jaarlijkse symposium van de Tiense Kinesitherapeutische Kring, 9 november. Het was al de 20<sup>e</sup> editie, voor de 13<sup>e</sup> maal samen met onze orthopedisten. Afsluiter **Hans Van Alphen**, Olympische tienkamper en zelf kinesitherapeut, had het over revalidatie bij pubalgie (een problematiek waarmee hij zelf af te rekenen kreeg) en blessurepreventie bij topsporters. U vindt de presentaties op [www.kine-tienen.be](http://www.kine-tienen.be).



Onze dienst Anatomopathologie kreeg eind november een delegatie van het Finse *Oulu University Hospital* op bezoek. "Zij wilden weten hoe wij onze nieuwe digitale weefselscanner in de dagelijkse ziekenhuispraktijk gebruiken," aldus **dr. Ann Cornelis**. In juni kreeg het digitaliseringproject van ons labo nog de Agoria e-Health Award. De geïntegreerde koppeling met ons elektronisch patiëntensysteem is uniek in België en zelfs in Europa. Zowel nationaal als internationaal is er dan ook behoorlijk wat interesse voor dit project.

## Nieuwjaarsreceptie 10 januari

Het nieuwe jaar starten we met een traditie, en toch ook weer niet. Voor het eerst brengen we personeelsleden, artsen en externe partners samen op één receptie om op het nieuwe jaar te klinken. U ontving ondertussen een persoonlijke uitnodiging met de post namens onze directie en raad van bestuur. We hopen u en uw partner te mogen verwelkomen in Zaal Manège in Tienen, vanaf 19.30 uur. We blikken dan bij een drankje en een hapje terug op de hoogtepunten van het afgelopen jaar in RZ Heilig Hart Tienen en kijken vooruit naar wat 2014 voor ons in petto heeft.

Mocht u toch geen uitnodiging ontvangen hebben en wenst u aanwezig te zijn, dan kunt u per mail uw aanwezigheid bevestigen op het adres [martine.permantier@rztienen.be](mailto:martine.permantier@rztienen.be).

## Symposiumkalender 2014

### 11/03: Antibioticabeleid

Onze antibioticabeleidsgroep nodigt in maart twee eminente Leuvense sprekers uit voor haar symposium. Prof.dr. Willy Peetermans bespreekt het geactualiseerd antibioticagebruik in eerste en tweede lijn, prof.dr. Johan Van Eldere neemt de bedreigingen van multiresistente kiemen onder de loep.

### 13/09: Gangstoornissen multidisciplinair bekeken

De differentieel diagnose bij gangstoornissen is divers. Een multidisciplinaire kijk op dit invaliderende symptoom leidt tot efficiënte diagnostiek en optimalisatie van de behandeling.



**RZ Heilig Hart Tienen vzw**

Kliniekstraat 45 | 3300 Tienen

(t) 016 80 90 11 | [info@rztienen.be](mailto:info@rztienen.be)