



Dossier medische
beeldvorming

Slaaplabo
voor volwassenen

Zorgtraject chronische
nierinsufficiëntie

Digitale weefselscanner

Belgische primeur Anatomopathologie
wint Agoria e-Health Award

HARTSLAG

Medisch magazine van RZ Heilig Hart Tienen • juni 2013

rz **tienen**

regionaal ziekenhuis
heilig hart tienens vzw

Inhoud

- 3 Agoria-prijs voor digitale weefselsscanner
- 4 Dossier medische beeldvorming
- 10 Zorgtraject chronische nierinsufficiëntie
- 11 Zorgstrategische speerpunten 2025
- 12 Nieuwbouw Geriatrie en Intensieve Zorgen
- 14 Slaaplabo voor volwassenen
- 16 Vernieuwde Pediatrie
- 19 Huisartsenwachtpost Tienen



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

Druk: Drukkerij Trudo

Verantwoordelijke uitgever: dr. Frank Martens, Kliniekstraat 45 - 3300 Tienen

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



Zorgstrategisch plan

Als lezer van *Hartslag* kreeg u enkele weken geleden ons jaarverslag 2012 in de bus. Daarin kon u lezen dat we eind december ons zorgstrategisch plan bij de overheid indienden, om de investeringsaanvraag voor een eengemaakte nieuwe campus in Tienen te kunnen starten. Op 23 mei ontvingen we het goede nieuws van minister Jo Vandeurzen dat de zorgstrategische commissie voor de algemene ziekenhuizen ons zorgstrategisch plan over de hele lijn heeft goedgekeurd. Dit betekent dat we nu echt van start kunnen gaan met het technisch-financieel masterplan voor de nieuw te bouwen Tiense campus en voor infrastructuurverbeteringen in ons medisch centrum in Aarschot.

Op 8 april gingen de werkzaamheden van start voor onze nieuwe vleugel op Campus Mariëndal voor de diensten Geriatrie en Intensieve Zorgen. Met die nieuwbouw willen we de periode tot de nieuwe eengemaakte campus kunnen overbruggen in een kwaliteitsvolle en groeigerichte infrastructuur die ruimte biedt voor het toenemend aantal patiënten van deze diensten. Zoals u op pagina 12 kunt zien, zijn die werkzaamheden al flink gevorderd en ze zijn op schema om de nieuwbouw begin 2014 in gebruik te kunnen nemen. Pagina 16 geeft u een indruk van een kleinschaligere maar daarom niet minder belangrijke verbetering: de vernieuwing van onze kinderafdeling.

Onze medewerkers van Anatomopathologie kaapten op 6 juni de hoofdprijs weg bij de uitreiking van de Agoria e-Health Awards, met hun digitale weefselscanner. Het is het (voorlopige?) sluitstuk in de volledige informatisering en digitalisering van de dienst waar we eerder al in *Hartslag*

over berichtten. Het lijkt er sterk op dat straks de microscoop uit het anatomo-pathologisch labo kan verdwijnen.

In deze *Hartslag* komen onze radiologen en nucleairisten terug op enkele recente grote investeringen in medische beeldvorming. Zij maken gebruik van de nieuwste technologieën om de stralingsbelasting voor de patiënt zo beperkt mogelijk te houden.

In februari stelden we ons slaaplabo voor volwassenen voor op een druk bijgewoond symposium. De coördinerende pneumoloog en neuroloog lichten het slaaponderzoek verderop toe. We gingen hier eind 2012 mee van start omdat er een groeiende vraag naar slaaponderzoek is. Het is een relatief nieuwe tak in de geneeskunde, waarvan het belang voor andere medische disciplines hoe langer hoe meer duidelijk wordt.

In het najaar staan voor onze verwijzers en andere zorgpartners onder meer nog een symposium rond prostaataandoeningen op het programma, en een academische zitting naar aanleiding van 25 jaar Medisch Centrum Aarschot. We wensen u ondertussen graag een zomerse vakantie.

Dr. Frank Martens
Hoofdgeneesheer

Hebt u vragen of opmerkingen?

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



Anatoompatholoog dr. Ann Cornelis en diensthoofd ICT Chris Verstrecken

Digitale weefselscanner levert Anatomopathologie Agoria e-Health Award op

De microscoop krijgt stilaan een geduchte concurrent. Digitale anatomopathologie staat in ons land weliswaar nog in zijn kinderschoenen en is zelfs op wereldschaal nog vrij beperkt, maar ons pathologieteam werkt sinds kort met een hogeresolutiescanner om weefselstalen en celmateriaal van patiënten te digitaliseren en te integreren in hun labo-informatiesysteem. Het is het kroonjuweel van hun digitaliseringsproject, dat ook indruk maakte op de Agoria-jury.

Dr. Ann Cornelis: “We zijn ontzettend blij met deze prijs want samen met onze externe partners geloven wij sterk in ons digitaliseringsproject. Digitalisering van weefselstalen in een geïnformatiseerd patiëntensysteem is volledig nieuw en uniek voor België. Met de HT-scanner scannen we de patiëntstalen in ons labo. Een half uur later kunnen we de digitale beelden analyseren op groot scherm. In het begin was het wennen om naar digitaal materiaal te kijken en hierop diagnoses te stellen in plaats van onder een microscoop, maar de beelden zijn echt van uitstekende kwaliteit. De digitale microscopische beelden koppelen we via een unieke barcode aan het patiëntendossier in het labo-informatiesysteem (LIS). Voor elk staal maken we met spraakherkenning een diagnostisch verslag en stellen dit digitaal ter beschikking van onze artsen in het EMD van hun patiënt. Ook de administratie en facturatie gebeuren volledig digitaal vanuit het LIS.”

Dankzij digitale anatomopathologie zijn pathologen niet langer aan hun labo of het staalmateriaal zelf gebonden. Het faciliteert de hulp van andere pathologen in de dagelijkse klinische praktijk: zij kunnen elkaar vanop afstand assisteren en in alle vormen samenwerken, zonder verplaatsing van het staal noch van de patholoog en met toegang tot het volledige dossier: patiëntgegevens, voorgeschiedenis, klinische gegevens van het staal. Een dringende tweede opinie aanvragen voor een probleemstaal verloopt veel sneller en efficiënter, en kan zelfs wereldwijd gebeuren, zonder dat we het staal moeten versturen. Zo biedt dit project onrechtstreeks ook een oplossing voor het nijpende tekort aan pathologen en de toenemende behoefte aan expertopinions voor complexe pathologie en zeldzame ziektes. “De stap naar digitale archivering van staalmateriaal is slechts een kwestie van tijd en opslagcapaciteit. Over 10 jaar is dit overal de standaard, “ aldus nog dr. Cornelis.



Donderdag 6 juni kaapte het digitaliseringsproject de hoofdprijs weg op de derde editie van de Agoria e-Health Awards. Daarmee beloont en promoot Agoria, de koepel van de technologische industrie, vernieuwende ICT-projecten in de gezondheidssector. Een delegatie van onze teams Anatomopathologie en ICT en van de externe partners Roche Diagnostics en Fresco Consult namen de award in ontvangst. Algemeen directeur dr. Carine Boonen (*in het midden op de foto*): “Dit uniek project introduceert voor het eerst in België de digitale anatomopathologie in de dagelijkse klinische praktijk en dit gekoppeld aan het patiëntensysteem. We zijn dan ook erg fier op deze prijs en zijn ervan overtuigd dat digitale anatomopathologie eenzelfde vlucht zal nemen als de digitalisering van de radiologie in het laatste decennium.”



**Dossier medische beeldvorming
in Tienen en Aarschot**

Digitale mammograaf maakt meer tumoren opspoorbaar

Dr. Rik Verhille

Met een digitale mammograaf gebeurt het onderzoek sneller, beter en met een lagere stralingsdosis. Tegenover een analoge toestel realiseren we een dosisreductie van ruim 60 procent door het gebruik van een wolfram-röntgenbuis met rodium- en zilverfilters in de plaats van de molybdeen-buis en -filter in het analoge toestel. Daarnaast beschikt het toestel over een hoge resolutie amorf selenium detector, die een veel betere beeldkwaliteit genereert dan met de vroegere fosforbeeldplaten bereikt werd.

> Nieuwe biopsietechnieken

Omdat de beelden veel sneller beschikbaar zijn, vermindert de compressietijd voor de patiënt bij langdurige onderzoeken. Hierdoor komen nieuwe interventionele toepassingen binnen bereik. Voordien waren in ons ziekenhuis enkel borstbiopsies onder echografische geleiding mogelijk, wat ons beperkte tot biopsies van verdachte massa's. Met het nieuwe toestel kunnen we ste-

reotactisch geleide borstbiopsies van groepjes microverkalkingen uitvoeren. Microverkalkingen zijn soms het enige teken van een voorloper van borstkanker.

Ook het lokaliseren door middel van een harpoendraad van niet-voelbare letsels die we ook niet terugvinden met echografie, wordt nu mogelijk.

> Minder compressie

Door een kantelbare plaat bekomen we een betere compressie van de borst net achter de tepel terwijl we de borst tegenaan de borstwand veel minder hoeven te comprimeren. We moeten minder hard en dus minder pijnlijk comprimeren met toch een betere spreiding en fixatie van de weefsels als resultaat. Deze weefselspreiding en bewegingsvrije fixatie van de borst zijn van het grootste belang om zeer kleine letsels en microverkalkingen vroegtijdig te kunnen detecteren.

> Hogere sensitiviteit

Kers op de taart is 3D-tomosynthese, waarbij gedurende 4 seconden 15 laagdosiprojecties van de borst genomen worden over een hoek van +7° tot -7° tijdens dezelfde compressie. De computer berekent hieruit een reeks van aaneensluitende, 1 mm dikke beelden. Dit biedt een antwoord op het probleem van de superpositie-artefacten. Mammografie is een projectietechniek waarbij achter elkaar gelegen structuren op elkaar geprojecteerd worden, een samengesteld beeld dus. Dit kan de interpretatie sterk bemoeilijken. Met de 3D-tomosynthese bekomen we een volledig beeld van de borst via een stapel 'schijfjes' zonder dat we nog last hebben van structuren in de boven- of onderliggende lagen. Hierdoor kunnen we in dense borsten sterfvormige letsels vinden die met de klassieke 2D-mammografie onzichtbaar blijven.

Men schat dat we met het routinegebruik van deze techniek nog tien procent meer tumoren kunnen vinden bovenop de tachtig procent die we met de klassieke 2D-mammografie aantonen. Omgekeerd kunnen we sommige letsels waar twijfel over bestaat met meer zekerheid als goedaardig beschouwen door een betere visualisatie van de volledige randen van de massa. Het re-



De dienst Radiologie investeerde in een digitaal mammografietoestel voor de vroegtijdige opsporing en diagnose van borstkanker. Dit toestel biedt heel wat nieuwe troeven, zoals stereotactisch geleide biopsies van microverkalkingen, soms het enige teken van een voorloper van borstkanker. 3D-tomosynthese maakt meer tumoren opspoorbaar.

sultaat is een betere kankerdetectie (hogere sensitiviteit). Daarenboven worden in een behoorlijk aantal gevallen bijkomende mammografische onderzoeken en onnodige ongerustheid vermeden (hogere specificiteit).

Deze investering sluit aan bij de strategie van het ziekenhuis om kwaliteitsvol te groeien op vlak van oncologie en in de verdere uitbouw van een zorgprogramma voor borstkanker in onze regio.



Veel van onze investeringen in medische beeldvorming in de voorbije jaren zijn erop gericht geweest om het gebruik van röntgenstralen te verminderen en alternatieve onderzoeken aan te bieden. Verdere stralingsreductie is steevast een hoofdargument bij vervangingsinvesteringen. Laatste in de rij voor vervanging was de 8 jaar oude CT-scanner op Campus Mariëndal. Met het nieuwe toestel kunnen we de stralingsbelasting met meer dan de helft verminderen en is voortaan ook CT-hartonderzoek in ons ziekenhuis mogelijk.

De keuze ging naar een toptoestel uit het gamma van Phillips, de ICT 256. Het behoort tot de moderne generatie CT-toestellen met iteratieve reconstructietechnieken. Dit zijn softwaretechnie-

ken die krachtige processoren vereisen en toelaten om met een minimale dosis een maximale beeldkwaliteit te bekomen. De software van Phillips, iDose, is reeds van de vierde generatie en maakt dosisreducties tot 80 procent mogelijk. De fabrikant toont reducties tot 65 procent aan voor onderzoek van de sinussen, van 55 tot 80 procent voor een thoraxonderzoek en 63 procent bij een angiografie van de abdominale aorta. Daarnaast zijn er ook multi-pele hardwarematige technieken die de stralingsbelasting voor de patiënt moeten verminderen, bijvoorbeeld nieuwere en gevoeliger detectoren (NanoPanel²- en TACH²-technologie). Het gebruik van een nieuw type van collimator (ClearRay collimator) doet dan weer de hoeveelheid stroostralen sterk verminderen.

Gemiddeld verwachten we dat we met het toestel de stralingsbelasting met 60 procent kunnen verminderen. Vooral voor diensten waar jonge patiëntjes meerdere CT-onderzoeken nodig hebben, bv. Pediatrie, Urologie, Neus-Keel-Oorheelkunde, is deze stralingsvermindering een grote meerwaarde.

> **Kwalitatief beter en sneller**

Verder zijn er technieken die beeldartefacten verminderen, waardoor de diagnostische kwaliteit verbetert. Een sprekend voorbeeld is de O-Mar-techniek, die een belangrijke reductie van metaalartefacten realiseert en zo bv. bij heupprothesen de beelden van het kleine bekken opnieuw interpreteerbaar maakt. Een bijkomend belangrijk argument om te investeren in een nieuwe CT-scanner is de snelheid waar-

Nieuwe CT-scanner: meer mogelijkheden, minder straling

Dr. Maurits Blom
Dr. Bart Boomgaert

mee onderzoeksbeelden gemaakt kunnen worden. Vooral jonge patiëntjes lopen zo minder kans dat het onderzoek mislukt en opnieuw moet gebeuren. Zo vermijden we ook een dubbele stralingsdosis. Om diezelfde reden hebben geriatrische patiënten en patiënten met een mentale handicap voordeel bij een sneller CT-onderzoek. Meestal vervalt zelfs de noodzaak van kalmeringsmiddelen of een narcose.

> **Minder contrastvloeistof**

Voor vasculaire CT-onderzoeken (angiografieën) is dankzij de nieuwe technologie minder contrastvloeistof nodig, wat het risico op nierfalen bij een slechte nierfunctie na dergelijk onderzoek terugdringt. Het belang van verminderde contrastbelasting zal in de toekomst alleen nog maar groter worden. Onze vergrijzende bevolking kampt met ouderdomsziektes als diabetes en vaatlijden. Hierdoor neemt ook het aantal vaatonderzoeken toe bij patiënten met een slechte nierfunctie.

> **Coronaro-CT**

Door de betere uitrusting van het nieuwe toestel kunnen CT-geleide interventies gemakkelijker en meer courant uitgevoerd worden. Daarnaast komen er nieuwe technieken beschikbaar, zoals CT-onderzoek van hart, waarbij middels een minimaal invasief onderzoek een goed beeld gevormd kan worden van de coronairen. In juni zijn we van start gegaan met de coronaro-CT, om patiënten te onderzoeken op vernauwingen of verkalkingen van de kransslagaders. Een coronaro-CT is minder belastend voor de patiënt en beduidend goedkoper dan een coronarografie of hartkatheterisatie, die in een kathlab moet gebeuren. In de volgende editie van Hartslag gaan we dieper in op deze techniek.



Nieuwe gamma-camera forse stap vooruit

Dr. Lieselot Brepoels
Dr. Raf Verscuren

De gamma-camera is het hart van de nucleaire beeldvorming en ontbreekt dus ook niet op onze afdeling Nucleaire Geneeskunde in Medisch Centrum Aarschot. Na ruim tien jaar dienst was de apparatuur aan vervanging toe, en najaar 2012 werd een GE Infinia Hawkeye 4 aangekocht. De vernieuwing is meteen een forse stap voorwaarts, want dit toestel heeft heel wat meer in zijn mars. Net zoals een SPECT/CT-scanner combineert de Hawkeye een klassieke gamma-camera met een CT-scanner.

De Hawkeye-scanner heeft twee scandetectoren. Dit laat toe om op dezelfde tijd letterlijk tweemaal zoveel gegevens te verzamelen in vergelijking met het vorige toestel. Dit heeft enerzijds een kortere scanduur en anderzijds een betere beeldkwaliteit tot gevolg. Zowel patiëntencomfort als diagnostiek gaan er dus op vooruit. Maar de grootste verbetering is de gelijktijdige integratie van een lage-dosis-CT in deze nieuwe gamma-camera.

> Lage-dosis-SPECT/CT

Het principe van SPECT/CT deed midden 2010 in ons ziekenhuis zijn intrede met de installatie van een SPECT/CT-scanner op Campus Mariëndal in Tienen. Dit toestel combineert de klassieke gamma-camera met een volwaardige CT-scanner. Op die manier kunnen de afwijkingen op de nucleaire beelden anatomisch haarscherp worden gelokaliseerd. Desgewenst kunnen ze ook verder gekarakteriseerd worden door middel van een diagnostische CT. Beide scans kunnen dus op hetzelfde moment genomen worden, waardoor de diagnose onmiddellijk kan worden gesteld en de patiënt niet meer moet terugkomen voor aanvullende onderzoeken. De voordelen zijn overduidelijk en het toestel heeft zijn verwachtingen dan ook meer dan ingelost.

De nieuwe scanner van Aarschot is hier een stevige kleine broer van. De Hawkeye bevat eveneens een CT-scanner, maar deze wordt alleen maar aan lage dosis gebruikt. Op die manier krijgen we nog steeds de typische nucleaire beelden, die worden aangevuld met een prima anatomische lokalisatie op de lage-dosis-CT. Deze lage-dosis-CT beelden kunnen weliswaar enkel voor anatomische lokalisatie van

het nucleaire beeld gebruikt worden, niet voor een radiologische diagnose.

> Combinatie met diagnostische CT

Om onze Aarschotse patiënten een gelijkaardige service als in Tienen te kunnen aanbieden, werken we nauw samen met de radiologen in Aarschot. Indien de (huis)arts voor zijn patiënt een SPECT- en een diagnostische CT wenst, dan zorgen we ervoor dat het diagnostische CT-gedeelte aansluitend op het CT-toestel van de dienst Radiologie kan gebeuren. Ook een SPECT-guided CT is op die manier mogelijk: indien er geen afwijkingen worden gezien op het nucleaire beeld, dan gebeurt er enkel een lage-dosis-CT-scan op de dienst Nucleaire Geneeskunde. Indien op de nucleaire scan wel een letsel wordt gezien, dan kunnen de patiënten aansluitend een CT-scan van het letsel in kwestie laten uitvoeren op Radiologie. De nucleairisten identificeren dan met behulp van de lage-dosis-SPECT/CT de exacte regio waarvan de gerichte diagnostische CT moet gebeuren.

Huisartsen kunnen deze combinaties met een diagnostische CT indien gewenst aanduiden op onze standaardaanvraagformulieren, terug te vinden op de webpagina van de dienst: www.rztienen.be/nucleairegeneeskunde.

De nieuwe Cone Beam CT-scanner is een digitale scanner van het type Planmeca Pro max 3D en wordt vooral ingezet om botstructuren van het hoofd en de hals in beeld te brengen. In plaats van met multiële detectoren zoals bij CT, gebeurt dit door een kegelvormige stralenbundel die rond het hoofd van de patiënt draait, waarmee tomografische en driedimensionale beelden gereconstrueerd kunnen worden.

Het grote voordeel van deze vrij nieuwe beeldvormingstechniek is enerzijds de sterk verminderde stralingsbelasting. Die bedraagt slechts een tiende van de MDCT-techniek. Anderzijds kunnen dankzij de verhoogde spatiale resolutie voor de botstructuren haarscherpe beelden van de sinussen,

rotsbeenderen en kaakbeenderen gerealiseerd worden, gaande tot een resolutie van 100 tot 600 micron. Daarenboven gaat het hier in vergelijking met de conventionele CT-scanner om een zeer compact en patiëntvriendelijk toestel.

> Dental scan

De Cone Beam CT-scanner is zonder meer een grote aanwinst voor twee belangrijke diensten van het medisch centrum, Mond-Kaak-Aangezichtsheelkunde en Neus-Keel-Oren, zeker ook voor beeldvorming bij kinderen en jonge volwassenen. Zo is de dental CT-scan (scan van het gebit en onder- en bovenkaak) erg interessant voor tandimplantaatchirurgie. Op de detailbeelden kun-

nen MKA-specialisten veel preciezer meten hoeveel kaakbot er aanwezig is voor de tandimplantaten.

Voor NKO-artsen is Cone Beam CT dan weer uiterst geschikt voor onderzoek en diagnose van sinusitis. Dit type onderzoek wordt de standaard voor beeldvorming van de sinussen in plaats van de klassieke CT-scan.

In mei nam de dienst Radiologie van Medisch Centrum Aarschot een Cone Beam CT-scanner in gebruik. Het toestel levert haarscherpe 3D-onderzoeksbeelden met slechts een tiende van de stralen van een klassieke CT-scan, en betekent een grote meerwaarde voor onze diensten Mond-Kaak-Aangezichtsheelkunde en Neus-Keel-Oren. Dit wordt onder meer het standaardonderzoek voor beeldvorming van de sinussen.

Cone Beam CT voor hoofd en hals

Dr. Guy Luyckx
Dr. Hans Timmerman



Zorgtraject chronische nierinsufficiëntie

Dr. Domien Peeters
Prof. dr. Ben Sprangers

Sinds september 2012 biedt RZ Heilig Hart Tienen raadplegingen en een interne consultfunctie nefrologie, dankzij een samenwerking met de diensten Nefrologie van het Sint-Trudo Ziekenhuis en van UZ Leuven. Via de raadpleging kunnen patiënten opgenomen worden in het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie. We lichten het doel, de doelgroep en de voordelen voor de patiënt toe.

Het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie is vergelijkbaar met dat voor diabetes type 2. Beide trachten de samenwerking tussen de patiënt met een chronische ziekte, zijn huisarts, specialist en andere hulpverleners zo goed mogelijk te organiseren voor een kwalitatieve opvolging, om tot een verbeterde gezondheid van de patiënt te komen. Men stimuleert de dialoog met de patiënt opdat hij een goed inzicht krijgt in zijn ziekte en de opvolging ervan, via een persoonlijk zorgplan.

> Contract

Het zorgtraject vertrekt van de samenwerking tussen patiënt, huisarts en specialist. Het start met een 'zorgtrajectcontract' tussen deze drie partijen en loopt gedurende vier jaar. Dit contract moet ingevuld en ondertekend worden door de patiënt, de huisarts en een nefroloog en doorgestuurd worden naar de adviserende arts van het ziekenfonds van de patiënt.

De huisarts speelt een centrale rol in het traject en stelt een individueel zorgplan op met de patiënt. Daarin worden onder meer concrete doelstellingen vastgelegd (bv. gewichtsdeling, rookstop) en afspraken gemaakt voor raadplegingen bij de huisarts of specialist, verzorging door paramedici en technische onderzoeken. Van de huisarts wordt ook registratie verwacht van de parameters renale diagnose, bloeddruk, creatinine, hemoglobine, eGFR en parathormoon.

> Voorwaarden

De patiënt moet aan deze medische criteria voldoen om in aanmerking te komen:



Dr. Domien Peeters (staflid Sint-Trudo, links) houdt wekelijks raadpleging op donderdagvoormiddag, de nefrologen van UZ Leuven op dinsdagnamiddag (op de foto rechts, prof. dr. Ben Sprangers. Momenteel neemt zijn collega prof. dr. Bjorn Meijers de raadplegingen voor zijn rekening).

- een GFR < 45 ml/min (MDRD-formule), tweede maal bevestigd na tenminste 3 maanden, en/of
- een urinair eiwitverlies (proteïnurie) van > 1 g/dag, tweede maal bevestigd na tenminste 3 maanden,
- ouder zijn dan 18 jaar,
- niet in dialyse zijn en geen niertransplantatie ondergaan hebben,
- in staat zijn tot ambulante follow-up.

Andere voorwaarden zijn een ondertekend zorgtraject en een GMD bij de huisarts. De patiënt moet minstens 2 contacten per jaar met zijn huisarts hebben, en minstens 1 raadpleging per jaar bij de specialist.

> Motivatie

Het zorgtraject biedt meerdere voordelen voor de patiënt. Primair doel is uiteraard zijn gezondheid bevorderen door de kwaliteit van opvolging te verzekeren en door de patiënt meer inzicht in zijn ziekte te geven. Dat versterkt zijn motivatie en die van zijn omgeving om het zorgplan op te volgen en zijn individuele doelstellingen te behalen.

De patiënt krijgt de raadplegingen bij de huisarts en nefroloog terugbetaald, en betaalt enkel het remgeld voor een aantal raadplegingen bij een diëtist (het aantal hangt af van het stadium). De patiënt heeft ook recht op de terugbetaling van een gevalideerde bloeddrukmeter op voorschrift van

de huisarts, en de toegang tot specifieke geneesmiddelen is vereenvoudigd (geen afzonderlijke aanvraag bij de adviserende arts van het ziekenfonds nodig). Het gaat onder meer om Sartanen, Alpha Leo (actief vitD) en Fendrix (hepB vaccin).

> Lokale netwerken

Om zorgverleners te ondersteunen bij het aangaan van zorgtrajecten werden Lokale Multidisciplinaire Netwerken (LMN) opgericht en gefinancierd door het Riziv voor de periode 2009-2013. De initiatiefnemers van het LMN Tienen-Landen zijn de huisartsenvereniging van Zuidoost-Hageland (HAZOH) en de Landense Huisartsenkring (LHAK). Een stuurgroep met vertegenwoordigers van de deelnemende medische en paramedische disciplines bespreekt de activiteiten van het LMN. Het LMN Tienen-Landen beslaat de gemeenten Tienen, Hoegaarden, Boutersem, Glabbeek, Landen, Linter, Zoutleeuw, Kortenaeken en Geetbets. De zorgtrajectpromotoren Kristin Siegel en Margo Vanvelthoven coördineren de dagelijkse werking en multidisciplinaire uitbouw.

Een model van zorgtrajectcontract en van zorgplan, verwijzingsformulieren, FAQ's, en contactgegevens van zorgverleners vindt u via:

www.zorgtrajecten-brabant.be
www.zorgtraject.be

Zorgstrategische speerpunten 2025

In mei keurde de Vlaamse overheid ons zorg-strategisch plan goed, voorwaarde om een master-plan voor een nieuwe eengemaakte campus in Tienen en bouwwerken in Aarschot te kunnen opmaken. We lichten enkele trends toe die de verwachte zorgvraag mee zullen bepalen, en de speerpunten die we naar voren schuiven om onze rol als regionaal ziekenhuis optimaal te blijven vervullen. Richtjaar is 2025, wanneer de nieuwe campus in Tienen werkelijkheid moet worden.

TIENEN

RZ Heilig Hart Tienen wil hét ziekenhuis zijn waar alle patiënten van de regio Tienen terecht kunnen voor een snelle en correcte diagnostiek en voor behandeling van de klassieke ziektebeelden van de tweedelijnszorg.

- Als regionaal ziekenhuis willen we een breed aanbod van basisspecialismen aanbieden.
- We willen uitmunten op het vlak van medische beeldvorming, als belangrijke diagnostische stap na de klinische evaluatie.
- Met de sterk toenemende vergrijzing wordt het geriatrisch zorgaanbod de groep van het ziekenhuis.
- Een sterkere focus op orthopedie zal een antwoord bieden op de stijgende zorgvraag naar prothesechirurgie. De verdere vergrijzing maar ook obesitas en de sedentaire levensstijl zullen het aantal locomotorische aandoeningen drastisch doen stijgen.
- Snelle evoluties in de minimaal invasieve chirurgie zullen het aantal dagopnames verder doen stijgen en vereisen een verdere uitbouw van het chirurgisch daghospitalisatieaanbod.
- Het oncologisch zorgprogramma wordt in samenwerking met UZ Leuven verder uitgewerkt. Binnen de oncologische basiszorg zal vooral de behandeling in daghospitalisatie een sterke groei kennen.

> Demografie en ziektebeelden

De belangrijkste externe factor is ongetwijfeld de verdere vergrijzing van de bevolking. In Vlaams-Brabant zal het aantal 75-plussers toenemen met 17 procent, de groep 85-plussers met liefst 58 procent. Onze berekeningen leren dat het totaal aantal hospitalisaties tegen 2025 met 16 procent toeneemt, en dit is grotendeels toe te schrijven aan de groeiende groep hoogbejaarden. De zorgvraag zal vooral sterk stijgen voor locomotorische aandoeningen, neurodegeneratieve aandoeningen, psychogeriatric en multipathologie eigen aan een geriatrisch patiëntenprofiel. Voor oncologie mag een toename van colon-, borst- en prostaatacarinoma verwacht worden.

Het aantal kinderen (0-15 jaar) in de regio stijgt slechts in beperkte mate zodat de globale zorgvraag in de pediatrie niet substantieel zal wijzigen. Daarentegen zullen psychosociale problemen in belangrijke mate toenemen. Hierdoor zal de multidisciplinaire aanpak verder aan belang winnen.

De populatie 15-65 jaar blijft nagenoeg stabiel tot 2040 (+ 2%). Een toename van cardiovasculaire problemen ten gevolge van obesitas

en diabetes type 2 in deze groep wordt deels gecompenseerd door betere primaire en secundaire preventie en behandeling. Behandeling zal vooral ambulante en in dagopname gebeuren; de meeste hospitalisaties zullen van korte duur zijn. Er wordt een duidelijke toename van de obesitaschirurgie verwacht. Het aantal opnames voor COPD zal licht toenemen, zij het ook met een verschuiving naar kortere ligduren en meer daghospitalisatie. Het aantal tumoren zal stabiel blijven en vereist een daghospitalisatie of korte opname en nadien een (langere) ambulante nabehandeling. Voor een belangrijk aantal tumoren zullen vroegtijdige detectie en genezing mogelijk worden.

> Technologie en maatschappij

Technologische vooruitgang zal een verdere verschuiving naar meer daghospitalisatie en korter ziekenhuisverblijf met zich meebrengen.

De patiënt wenst expliciet mee te beslissen over zijn eigen gezondheid en verwacht daarbij gegevens over outcome, kwaliteit en prijs van een ziekenhuis(arts) te kunnen raadplegen alvorens een bepaalde behandeling te ondergaan. Verpleegkundigen zullen een veel grotere rol opnemen in teaching, opvolging en begeleiding van groepen van patiënten met eenzelfde ziektebeeld, zoals bv. diabetes, hartfalen en voorkamerfibrillatie.

Er wordt een verdere evolutie verwacht van financiering per prestatie naar financiering op basis van geregistreerde activiteit en kwaliteit. Een zuiniger voorschrijfgedrag van onderzoeken en behandelingen, volgens evidence-based richtlijnen, zal nodig zijn om de kosten onder controle te houden. Informatica speelt een essentiële rol in het zorgproces, in de eerste plaats door communicatie tussen zorgverleners en niet enkel *over* maar in de toekomst ook *mét* de patiënt, die zich participatiever zal willen opstellen.

AARSCHOT

Medisch Centrum Aarschot wil hét centrum zijn waar alle patiënten van de regio Aarschot terecht kunnen voor een snelle en correcte diagnostiek, en voor ambulante behandeling van de klassieke ziektebeelden van de tweedelijnszorg die op een veilige manier in de setting van een dagziekenhuis behandeld kunnen worden.

- We willen ook hier een breed aanbod van basisspecialismen aanbieden.
- Ook in Aarschot willen we tegemoet komen aan de groeiende zorgvraag van ouderen, en een geriatrisch dagziekenhuis uitbouwen voor zorgvragen die in dagsetting een diagnose en behandeling kunnen krijgen.
- De dienst medische beeldvorming ondersteunt de diagnostische vragen van huisartsen en specialisten van de regio Aarschot.
- In de setting van een medisch centrum blijft de focus in de chirurgische daghospitalisatie op low-risk ingrepen. Onze regionaal vermaarde oogkliniek blijft hierbij een speerpunt.

Nieuwe vleugel voor



Geriatric en Intensieve Zorgen

De disciplines Geriatric en Intensieve Zorgen hebben te maken met een toenemend aantal opnames, waarvoor de bestaande infrastructuur niet meer toereikend is. Er werd uitgekeken naar een structurele oplossing die uitkomst kan bieden tot de realisatie van een nieuwe, eengemaakte campus in Tienen. Een nieuwe vleugel op de site van Campus Mariëndal creëert de ruimte voor 24 G-bedden en 10 bedden Intensieve Zorgen. De werkzaamheden gingen begin april van start.

Geriatric dr. **Anne Beyen**: “De veroudering van de bevolking laat zich ook duidelijk voelen in ons ziekenhuis. Het aantal opnames van patiënten van 75 jaar en ouder is op drie jaar tijd met meer dan 8 procent gestegen. Deze patiëntengroep is verantwoordelijk voor 30 procent van de opnames en de helft van het aantal ligdagen in ons ziekenhuis. Om beter tegemoet te komen aan de specifieke zorgbehoeften van ouderen en om de zelfredzaamheid te stimuleren, heeft de directie in samenspraak met de groep Inwendige Ziekten beslist om een tweede geriatric verpleegafdeling te creëren.”

> Risicoprofiel

“Hoe ouder men wordt, hoe meer kans men heeft op multipathologie, polyfarmacie en complicaties. Zeker voor kwetsbare ouderen is een ziekenhuisopname meestal een ingrijpende gebeurtenis. Voor de patiënt zelf blijft het belangrijkste: zo lang mogelijk zo zelfstandig mogelijk blijven. Op de geriatric verpleegafdeling wordt op een multidisciplinaire wijze getracht om deze functionaliteit te behouden en te verbeteren. Hiervoor werken artsen, verpleegkundigen, sociaal verpleegkundigen, kinesisten, ergotherapeuten, psychologen, diëtisten en logopedisten in nauw overleg samen. De verpleegafdeling geriatric is een van de pijlers van het geriatric zorgprogramma, samen met raadplegingen, dagziekenhuis en interne en externe liaison geriatric.”

Het zorgprogramma richt zich tot de patiënten ouder dan 75 jaar voor wie een specifieke aanpak noodzakelijk is omwille van verhoogde kwetsbaarheid, dit wil zeggen

patiënten die beantwoorden aan het geriatric risicoprofiel:

- fragiliteit en beperkte homeostase
- actieve polypathologie
- atypische klinische beelden
- verstoorde farmacokinetica
- gevaar van functionele achteruitgang
- gevaar voor deficiënte voeding
- tendens tot inactiviteit en bedlegerigheid, met toegenomen risico op opname in een instelling en afhankelijkheid bij de activiteiten van het dagelijkse leven
- psychosociale problemen.

Eind 2012 werd een afdeling Inwendige Ziekten al functioneel omgeschakeld tot een tweede geriatric afdeling voor ons ziekenhuis. Geen van de huidige hospitali-

van de huidige en toekomstige zorgvraag voor de IZ werd in kaart gebracht, en er werd een ontwerp gemaakt voor een nieuwe IZ-afdeling met een capaciteit van 10 bedden (waarvan 6 initieel in gebruik te nemen). Intensivist dr. **Veerle Gregoor**: “Met de activiteitsgroei in ons ziekenhuis neemt ook de vraag naar opname op Intensieve Zorgen toe. Anderzijds zorgt de vergrijzing van de patiëntenpopulatie mee voor een minder snelle turnover. Het stijgend aantal ingrepen bij patiënten met verhoogde comorbiditeit vraagt om extra IZ-bedden.”

“Initieel werd binnen de bestaande ziekenhuismuren naar een oplossing gezocht voor vernieuwing en verbouwing van de IZ-afdeling. Na uitgebreid onderzoek werd duidelijk dat de plaats ontbrak om een volwaar-



Inplantingsschets: de nieuwe vleugel (groen gekleurd dak) bevindt zich achter het hoofdgebouw van Campus Mariëndal, met zicht op de kloostertuin van de Congregatie der Grauwzusters.

satieafdelingen kon formeel omgevormd worden tot G-dienst omdat ze niet aan alle infrastructurele vereisten en architectonische normen van het zorgprogramma voldoen, zoals bijvoorbeeld de beschikking over een gemeenschappelijke eetkamer, oefenzaal en rolstoeltoegankelijkheid van alle sanitaire voorzieningen. De nieuwbouw komt hier wel volledig aan tegemoet.

> Comorbiditeit

In 2011 gingen we van start met een studie om de processen op de diensten Intensieve Zorgen (IZ) en Telemetrie te optimaliseren. De noodzakelijke zorgcapaciteit in functie

dige IZ-afdeling met 10 bedden te kunnen creëren. Op voorstel van de directie en met steun van de medische raad werd een project goedgekeurd voor een volledige nieuwbouw aangrenzend aan het hoofdgebouw van Campus Mariëndal, met op het gelijkvloers de tweede geriatric afdeling voor het ziekenhuis (naast de bestaande geriatric afdeling op Campus St.-Jan) en op de bovenverdieping de nieuwe IZ-afdeling. Die zal 10 aparte kamers tellen, waarvan 2 met isolatiesas. In het concept staan zorg en privacy voor patiënt en familie centraal.”

Slaaplabo voor volwassenen

Dr. Anneke Govaerts
Dr. Hans Struyven

Ons ziekenhuis heeft ruime ervaring met slaaponderzoek bij premature baby's en bij kinderen. Nu beschikken we ook over een slaaplabo voor volwassenen. Daarmee komen we tegemoet aan de stijgende vraag naar slaaponderzoek.

Slaap is belangrijk voor het behoud van corticaal en algemeen lichamelijk functioneren. Overmatige slaperigheid overdag ten gevolge van slaapstoornissen kan in belangrijke mate het professioneel functioneren, de gezondheid en de levenskwaliteit bepalen. Het resulteert in klachten gaande van concentratie- en geheugenstoornissen over hoofdpijn en psychische stoornissen tot hormonale ontregelingen. Men schat dat 5 tot 10 procent van de bevolking met slaapstoornissen kampt. Met de obesitasepidemie zal dit enkel maar toenemen.

De laatste jaren is er steeds meer geweten over hoe slaapstoornissen andere aandoeningen kunnen veroorzaken. Ook een depressie kan het gevolg zijn van een chronisch slaapttekort. Steeds meer neurologen, pneumologen, cardiologen en psychiaters vragen een slaaponderzoek aan voor hun patiënten. Het is een relatief nieuwe tak in de geneeskunde, waarvan het belang voor andere medische disciplines hoe langer hoe meer duidelijk wordt.

> Oorzaken

Belangrijkste stappen in het ontrafelen van de oorzaak zijn een grondige, gerichte anamnese en een klinisch onderzoek.

Slaapstoornissen worden ingedeeld in:

- slaappeassocieerde ademhalingsstoornissen,
- hypersomnia van centrale aard, zoals narcolepsie,
- slaapstoornissen van het circadiaans ritme, door bv. ploegenwerk of jetlag,
- parasomnieën, o.a. slaapwandelen,
- slaapgerelateerde bewegingsstoornissen, o.a. restless legs syndroom.



De slaapeassocieerde ademhalingsstoornissen zijn relatief frequent. Snurken is een veelvoorkomende klacht en kan wijzen op slaapapneu. Afhankelijk van geslacht en leeftijd snurkt 15 tot 60 procent van de bevolking, slaapapneu zou bij 2 procent van de vrouwen en bij 4 procent van de mannen voorkomen. Apneus geven na verloop van jaren ernstige gezondheidsproblemen zoals een verhoogde bloeddruk, hartinfarct, hartfalen of herseninfarct. Bij 60 tot 80 procent van de patiënten met hartfalen gaat dit gepaard met slaapapnoe. Obstructieve slaapapnoe (OSAS) verhoogt de cardiovasculaire mortaliteit, behandeling ervan geeft een reductie van de mortaliteit.

> Metingen

Sinds eind 2012 kan er in ons ziekenhuis een polysomnografisch onderzoek gebeuren wanneer een primaire slaapstoornis vermoed wordt. Bij insomniaproblemen is de toegevoegde waarde van polysomnografie eerder gering, maar in geselecteerde gevallen toch wel geïndiceerd, bv. bij paradoxale insomnie. Voor het slaaponderzoek verblijft de patiënt een nacht in het ziekenhuis.

Tijdens de slaap gebeuren volgende registraties bij de patiënt:

- EEG en EOG, die beide informatie geven over hoe diep de patiënt slaapt,
- EMG, via elektroden op de kin en de benen om de spierspanning en beenbewegingen te registreren,
- EKG,
- saturatie,
- luchtstroom door de neus,
- ademhalingsbewegingen, via rekband en sensoren rond buik en borst,
- snurkgeluiden, via een microfoon naast het strottenhoofd.

De patiënt wordt 's nachts ook gefilmd om na te gaan of hij veel beweegt of woelt tijdens het slapen. De videobeelden worden na de analyse vernietigd en dus niet in het dossier bewaard.

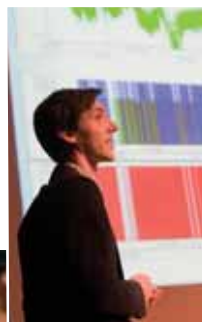
Een week na het onderzoek bespreekt de specialist (pneumoloog of neuroloog) de resultaten met de patiënt tijdens een raadpleging. De resultaten en het eventuele behandelingsplan worden aan de huisarts bezorgd (huisartsen die aangesloten zijn op ons extranet kunnen rechtstreeks het elektronisch ziekenhuisdossier raadplegen).

De huidige organisatie van het slaaplabo laat nog geen *Multiple Sleep Latency Test* toe, waarbij mensen met vermoeden van narcolepsie overdag te rusten worden gelegd en de inslaaplatentie en eventueel optreden van REM-slaap geëvalueerd worden. Dit wordt voor de toekomst zeker uitgewerkt. Ook instelling van CPAP-therapie bij ernstige slaapapnoe gebeurt voorlopig nog niet in ons ziekenhuis. Hiervoor werken we samen met het slaaplabo van UZ Leuven.

Dr. Struyven en dr. Govaerts zijn de coördinerende artsen van het slaaplabo voor volwassenen. Bij twijfel over onderliggende slaapstoornis bij een patiënt kan de huisarts verwijzen naar de raadpleging pneumologie (dr. Struyven) of neurologie (dr. Govaerts). Op onze website is een patiëntenfolder over slaaponderzoek beschikbaar, op de pagina www.rz-tenen.be/Patiëntenfolders.

Symposium Polysomnografie

Op 27 februari stelden dr. Anneke Govaerts (*foto rechts*) en dr. Hans Struyven (*2e foto van rechts*) samen met verpleegkundige Gudrun Van Dycke het nieuwe slaaplabo voor aan huisartsen en collega's, in *De Kruisboog* in Tienen. Dr. Paul Louis van AZ Monica Antwerpen (*foto links*) bekeek slaapstoornissen vanuit neurologisch perspectief, prof. dr. Dries Testelmans van het Multidisciplinair Centrum voor Slaapmonitoring UZ Leuven (*2e foto van links*) belichtte de pulmonale aspecten. Ons diensthoofd Pediatrie, dr. Stefaan Van Lierde, besprak polysomnografie bij kinderen.





Vernieuwde Pediatrie

Onze kinderafdeling kreeg een fikse opknopbeurt. Felblauwe muren en speelse muurschilderingen maken van de afdeling een licht en uitnodigend kindereilandje in het ziekenhuis.

Sinds mei 2012 werd kamer per kamer onder handen genomen door onze Technische Diensten. Sanitair werd vervangen, vloeren vernieuwd. Om een antwoord te bieden aan het stijgend aantal dagingrepen bij kinderen, werd van twee dubbele kamers een ruime kinderdagzaal gemaakt. De afdeling heeft nu 20 bedden verdeeld over 7 eenpersoonskamers, 4 dubbele kamers en 1 dagzaal met 5 bedden. Er werden bovendien nieuwe elektronische bedden en kinderbedjes aangekocht. De speelkamer voor de

patiëntjes verhuisde naar een centralere en lichtere plaats op de afdeling en werd nieuw ingericht. Ook de wachtruimte werd aangepakt en kreeg nieuwe meubels en wandspiegelgoed. Op het verlanglijstje van de afdeling stond ook meer comfort voor de ouders. Zij kiezen er meer dan vroeger voor om in de kamer bij hun kind te overnachten. De centrale badkamer werd volledig vernieuwd en voorzien van twee aparte inloepdouches. Elke kamer kreeg een nachttafel met koelkastje.



Symposium Pediatrie

Voedingsproblemen bij kinderen



Een bijzonder goed gevuld Cijnshof in Tienen op 25 april, voor een actuele problematiek. Diensthof Pediatrie dr. Stefaan Van Lierde (*kleine foto onder*) scheidde feiten van mythes over voeding bij zuigelingen, dr. Isabelle Waelkens (*rechts boven*) besprak problemen ten gevolge van voedingsintolerantie. Orthopedagoog Anneleen Pulinckx (*links*) lichtte samen met diëtist Lieze Maes de multidisciplinaire aanpak bij voedingsproblemen toe.

Moeilijke eters lijken van alle tijden, overgewicht bij kinderen wordt als een groeiend probleem ervaren. Over voeding krijgt het pediatriesch zorgteam dan ook steeds terugkerende vragen.

Voedingsproblemen kunnen medisch, psychologisch of opvoedkundig van aard zijn, of te maken hebben met de eetgewoonten en het bewegingspatroon van het kind. Vaak gaat het om een combinatie van factoren. In dat geval is ook een multidisciplinaire aanpak aangewezen. Sinds kort bieden de orthopedagoog en diëtist van onze afdeling Pediatrie individuele begeleiding aan. Op het symposium van 25 april stelden zij dit nieuwe initiatief voor.

De begeleiding richt zich tot kinderen en jongeren van 4 tot 15 jaar met overgewicht of obesitas, ondergewicht of selectieve voeding door psychologische of opvoedingsproblemen. Het kind wordt eerst onderzocht

door de pediater of huisarts. Stelt de arts medische oorzaken vast, dan worden samen met de ouders de behandelingsmogelijkheden bekeken. De huisarts kan ook beslissen om het kind door te verwijzen naar de kinderarts voor verder onderzoek.

Eenmaal medische problemen uitgesloten of vastgesteld zijn, kan met een voorschrift van de arts de individuele begeleiding door diëtist en orthopedagoog van start gaan. Die bestaat uit 7 sessies van telkens 1 uur, gespreid over 3 maanden. De eerste sessie is een kennismakingsgesprek met de diëtist en orthopedagoog. Doel is algemene informatie uitwisselen over de voedingsproblemen en de thuissituatie, de verwachtingen van de ouders en de noden van het kind, en het verdere verloop van de aparte sessies met diëtist en orthopedagoog.

De diëtist informeert ouders en kind over de actieve voedingsdriehoek, reikt hulpmiddelen aan zoals een eetdagboek en geeft ook

praktisch advies, zoals kooktips of hoe het best wordt omgegaan met speciale gelegenheden. De orthopedagoog biedt hulp bij gedragsstoornissen, emotionele, opvoedkundige of psychologische problemen. Zij geeft de ouders uitleg over en inzicht in de (op)voeding van het kind, bespreekt ook de lichaamsbeweging en zoekt samen met de ouders en het kind naar een geschikte aanpak. Ze staat ook stil bij wat er voorafgaat aan ongezonde voeding en het zelfbeeld van het kind. In de laatste sessie maken de beide begeleiders met ouders en kind samen de balans op. Zij sturen ook een eindverslag naar de pediater en/of huisarts.

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met orthopedagoog Anneleen Pulinckx, (t) 016 80 90 64 of diëtist Lieze Maes, (t) 016 80 95 24.

In de volgende editie van *Hartslag* gaan de pediaters dieper in op de thema's die zij tijdens het symposium behandelden.



Huisartsenwachtpost Tienen nabij Campus Mariëndal maakt geslaagde start

Op haar algemene vergadering van 20 juni maakte de huisartsenkring HAZOH een eerste balans op van de huisartsenwachtpost die begin 2013 van start ging. We kregen tekst en uitleg van huisarts **Johan Wuyts**, die ook nauw betrokken was bij de voorbereidingen van de wachtpost.



Dr. Wuyts: “Op vraag van onze leden hebben we in mei 2011 beslist om de vijf wachtdiensten in de regio Zuidoost-Hageland te centraliseren in een huisartsenwachtpost. We hebben ons bij het Riziv geïnformeerd over de voorwaarden en financieringsmodaliteiten, en zijn dan op zoek gegaan naar een geschikte locatie. Die moest vlot bereikbaar zijn en nabij het ziekenhuis liggen. Een gebouw in de Gilainstraat in Tienen, dichtbij de Albertvest, voldeed daaraan. In mei 2012 was de overeenkomst getekend, in september zijn we met de inrichting gestart en in november namen onze zorgtrajectpromotoren er hun intrek. Ondertussen hadden we ook overleg met de directie en betrokken diensten van RZ Heilig Hart Tienen. De eerste gecentraliseerde wachtdienst in de wachtpost was op 4 januari 2013.”

> Drempelverlagend

“Nu, een half jaar later, tellen we gemiddeld 200 prestaties per weekend. We hadden dit, uitgaand van het aantal prestaties in de vijf vroegere wachtdiensten, geraamd op 180. Dat drempelverlagend effect van een wachtdienst op een vast adres hadden we verwacht, de wachtpost heeft ook snel naambekendheid gekregen. Wat ons positief verrast heeft, is dat de verhouding tussen consultaties en aangevraagde huisbezoeken ook in de meer perifere gemeenten na-

genoeg gelijk is aan die in Tienen zelf. Momenteel ligt die verhouding op ongeveer 70/30, ons streefdoel is 75/25. We zien ook bij andere wachtposten dat de tijdsgeest bij patiënten daar rijp voor is.”

> Complementair

“We horen grote tevredenheid bij patiënten en huisartsen. De wachtdiensten verlopen behoorlijk vlot, en de samenwerking met de ziekenhuisdiensten is zeker positief. Met de Spoedgevallen is er geen gevoel van concurrentie, eerder net dat we elkaar goed aanvullen. Zwaardere urgenties kunnen we snel doorverwijzen (*de dienst Spoedgevallen ligt op 200 meter wandelafstand*) en voor de dienst Spoedgevallen kunnen wij dan ook al eens de druk van de ketel helpen halen. Ook met de diensten Radiologie en Klinisch Labo hebben we goede afspraken. Resultaten zijn zeer snel beschikbaar via het extranet van het ziekenhuis.”

> Multidisciplinair

“Huisartsen die een solopraktijk hebben, ervaren het werken in groepsverband tijdens de weekenddiensten als zeer verrijkend. De aanwezigheid van onze zorgtrajectpromotoren heeft ook de multidisciplinaire samenwerking tussen huisartsen en specialisten van het ziekenhuis versterkt. Zij coördineren de zorgtrajecten diabetes en chronische nierinsufficiëntie voor onze regio (*zie ook pag. 10*). Zij zijn overdag aanwezig in de wachtpost, en coördineren ook de werking ervan. De lokalen in het gebouw worden verder ook gebruikt door artsen verzekeringsgeneeskunde, een orthopedisch schoenmaker, een psycholoog. Dat willen we nog verder uitbreiden. Als ik hardop mag dromen: we willen de wachtpost laten uitgroeien tot een eerstelijnszorghuis voor de regio, zodat bv. ook apothekers en kine-
sisten hier een stek vinden.”

Nieuwe arts



Radiologie Dr. Frank Deridder

Onze medische staf Radiologie telt ondertussen tien leden. Nieuwe collega dr. Deridder studeerde geneeskunde aan de Universiteit Antwerpen en rondde in 2008 zijn opleiding tot radioloog af. Die kreeg hij in het Leids Universitair Centrum, het Onze-Lieve-Vrouw-Ziekenhuis Aalst en UZ Antwerpen. Hij was achtereenvolgens resident kinder-radiologie en algemene radiologie in het Centre Hospitalier de Luxembourg (Groothertogdom Luxemburg) en radioloog in ZNA Middelheim. Dr. Deridder heeft een bijzondere interesse voor kinderradiologie en cardiale beeldvorming.

Nieuwe medische raad

In februari werd een nieuwe medische raad verkozen uit en door de artsen die aan ons ziekenhuis verbonden zijn. De medische raad vertegenwoordigt het artsenkorps en is een wettelijke gesprekspartner van het ziekenhuisbestuur. Nieuwe voorzitter is dr. Renilde Kums (Gastro-enterologie). De andere leden zijn: dr. Ann Cornelis (Anatomopathologie), dr. Sylvie Offeciers (Anesthesie), dr. Benjamin Peersman (Radiologie), dr. Ine Riphagen (Gynaecologie), dr. Hisco Robijn

(Orthopedie), dr. Ann Vantrappen (Anesthesie), dr. Lodewijk Van Wynsberge (Urologie), dr. Rik Verhille (Radiologie), dr. Raf Verscuren (Nucleaire Geneeskunde) en dr. Patrick Yde (Orthopedie). Eerste opvolger is dr. Jan Beirnaert (Spoedgevallen).

Symposiumkalender najaar

25/09: Urologische oncologie

Onze urologen focussen samen met de anatoompatholoog en oncoloog op prostaatkanker. Het symposium richt zich naar huisartsen, specialisten en ziekenhuisverpleegkundigen van heelkundige afdelingen. Onze verwijzers ontvangen een persoonlijke uitnodiging.

09/11: Tiense Kinesitherapeutische Kring & Orthopedie

De Tiense kinesisten houden hun 20^{ste} symposium, een jubileumeditie dus, en voor de 13^{de} maal op rij is dat in samenwerking met onze orthopedisten. Het programma kunt u nalezen op de website van de kring, www.kine-tienen.be.

23/11: 25 jaar Medisch Centrum Aarschot

In november bestaat onze campus in Aarschot 25 jaar. We vieren dat onder meer met een academische zitting in aanwezigheid van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Jo Vandeurzen. Medische thema's zijn de ambulante chirurgie en spoedopname in een dagziekenhuis. Onze zorgpartners in de regio ontvangen een persoonlijke uitnodiging.



Al 25 jaar topzorg in Aarschot





RZ Heilig Hart Tienen vzw

Kliniekstraat 45 | 3300 Tienen

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