AZ Nikolaas

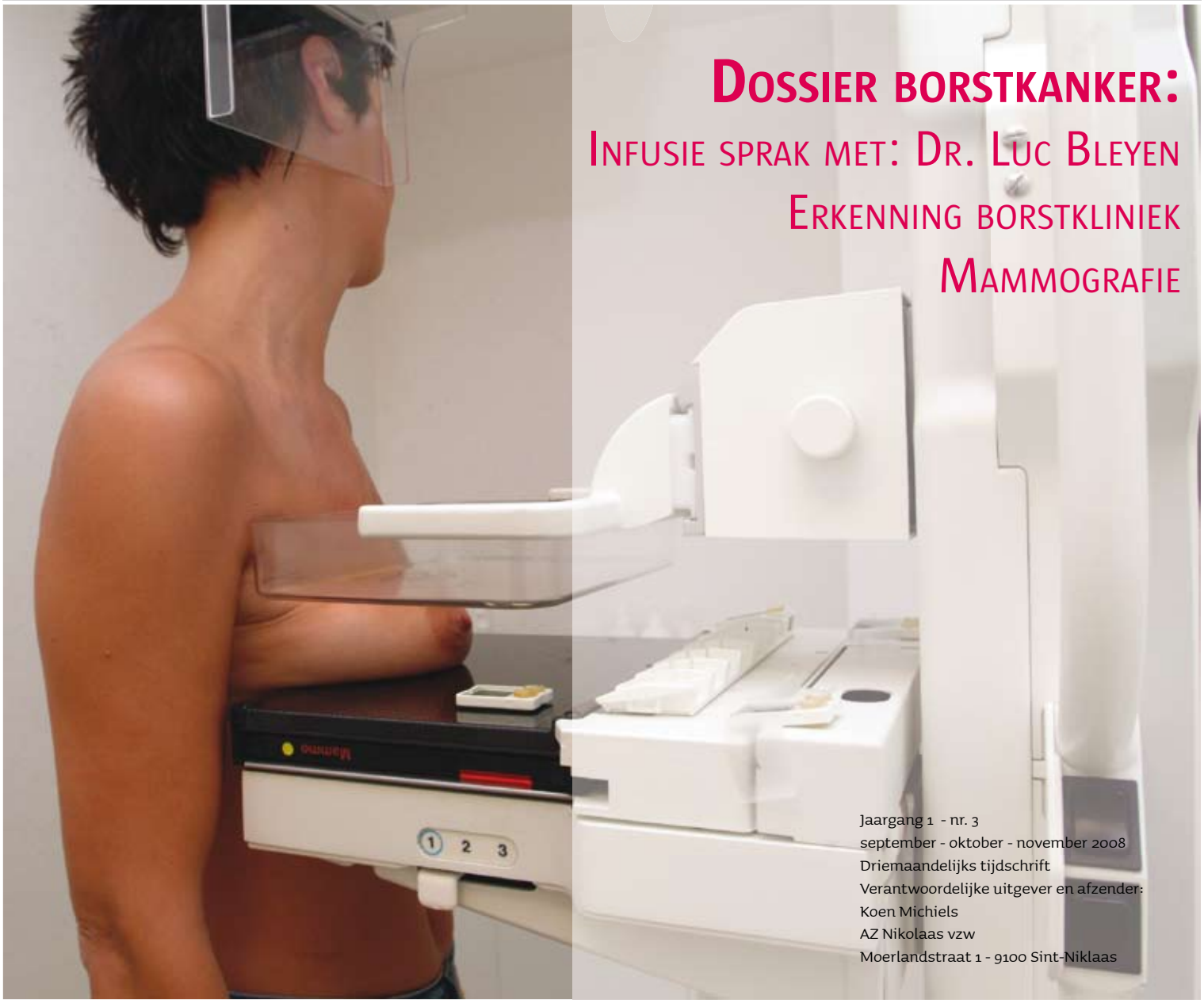
Afgiftekantoor 9100 Sint-Niklaas 1
P209199

België - Belgique
P.B.
9100 Sint-Niklaas 1
BC 1517

# Infusie

3

Driemaandelijks medisch informatieblad van de vzw AZ Nikolaas



## Dossier borstkanker:

## Infusie sprak met: Dr. Luc Bleyen

## Erkenning borstkliniek

## Mammografie

Jaargang 1 - nr. 3
september - oktober - november 2008
Driemaandelijks tijdschrift
Verantwoordelijke uitgever en afzender:
Koen Michiels
AZ Nikolaas vzw
Moerlandstraat 1 - 9100 Sint-Niklaas

## COLOFON

INFUSIE is een uitgave van AZ Nikolaas vzw en wordt 4 maal per jaar verspreid met een oplage van 2250 exemplaren.

**VERANTWOORDELIJKE UITGEVER:**
Koen Michiels
AZ Nikolaas vzw
Moerlandstraat 1
9100 Sint-Niklaas

**REDACTIERAAD:**
Dr. Marc Geboers
Koen Michiels
Natalie Nevelsteen
Dr. Francis Ruys
Inge Smet
Dr. Leo Verguts

**WERKTEN MEE:**
Henk Cuvelier
Ine De Kimpe
Dr. Rudiger Ryckaert
Dr. Rudi Soubry
Prof. Dr. Johan Van Goethem
Dr. Philip Vanparijs
Dr. Veerle Vervaet
Yves Vrebos

**VORMGEVING:**
Dienst communicatie AZ Nikolaas

**ILLUSTRATIES:**
Alex Deyaert
Inge Smet
Dr. Rudi Soubry
Neil Vancraeynest
Prof. Dr. Johan Van Goethem

# Inhoud

Edito 3
Centrum voor polysomnografie en behandeling met nCPAP 4
Nieuwe bereidingszone chemotherapie 6
Hoogveld 3T MR-scan in AZ Nikolaas 7
Nieuw dagziekenhuis voor campus Sint-Niklaas - L. De Meesterstraat 8
Nieuwe gezichten 9
De borstkliniek AZ Nikolaas 10
Mammografie: van analoog naar digitaal, van screening tot diagnostiek 13
Infusie sprak met: dr. Luc Bleyen 14
Kinder- en jeugdpsychiatrie gaat voor helende therapie met paarden 18
Opleiding mond- en tandheelkunde voor Bangabola 21
Vervroegde eenmaking dienst spoedgevallen Sint-Niklaas 22
Zorgstrategisch plan goedgekeurd 23
De tevredenheidsindex 24

# Edito

Het AZ Nikolaas davert soms op zijn grondvesten. En dat mag u vrij letterlijk nemen. Als de bouwwerken vereisen dat er weer een portie gewapend beton wordt “weggeschoten” dan voelt men dat in de ganse campus.
In de maand september heeft een auditteam van de Vlaamse Overheid ons ziekenhuis zorgvuldig tegen het licht gehouden. Zij stellen vast dat er op heel wat fronten veel werk wordt geleverd om zo snel mogelijk tot een daadwerkelijke integratie te komen. Uiteraard heeft dat ook tot gevolg dat er nogal wat losse eindjes zijn. Maar men vertrouwt erop dat de dynamiek van het ziekenhuis er op korte termijn voor zorgt dat die eindjes aan elkaar geknoopt worden. Dat vertrouwen van de overheid sprak overigens ook al uit de goedkeuring van het zorgstrategisch plan van het AZ Nikolaas wat garant moet staan voor de nodige financiële middelen om alle bouw- en verbouwingswerken te financieren in de volgende jaren.

Marc Geboers
Medisch directeur

Links en rechts duiken ook concrete realisaties van al dat werk op. Recent werd het nieuwe chirurgische dagziekenhuis op de site Lodewijk De Meesterstraat in gebruik genomen. De cleanroom voor de bereiding van cytostatica in het kader van het oncologisch zorgprogramma is een staaltje van innovatieve techniek. Het oncologisch blok zelf, met dagziekenhuis en polikliniek, zal ook kortelings in gebruik genomen worden. De nieuwe NMR werd in gebruik genomen wat een heleboel nieuwe perspectieven in de medische beeldvorming opent. De ééngemaakte dienst pediatrie zal weldra in zijn nieuwe lokalen op de site Lodewijk De Meesterstraat ondergebracht worden.

Belangrijk is ook dat het ziekenhuis recent de officiële mededeling van de overheid kreeg om een dienst radiotherapie uit te bouwen. Dit betekent de realisatie van een tweede belangrijk punt in het kader van de fusie, na het verwerven van de kinderpsychiatrie.
Binnen enkele jaren zullen de oncologische patiënten dan ook niet meer naar andere ziekenhuizen moeten getransporteerd worden om bestraald te worden. AZ Nikolaas beschikt op die manier over een volledig aanbod behandelmogelijkheden op oncologisch vlak.

# Centrum voor polysomnografie en behandeling met nCPAP

## Het resultaat van campusoverschrijdende samen

Het centrum voor polysomnografie van AZ Nikolaas is ontstaan uit de samenvoeging van de bestaande diensten voor polysomnografie welke in het vroegere AZ Waasland verbonden waren aan de dienst pneumologie en in AZ Maria Middelares aan de dienst neurologie.
Het nieuwe centrum beschikt over vier bedden waarvan twee bedden met een erkenning voor behandeling met nCPAP.
De dienst wordt multidisciplinair bestaft door dr. Ryckaert (pneumoloog) en dr. Vercruyssen (neuroloog) en synthetiseert de onderscheiden expertises van beide moederdiensten op het gebied van diagnostiek en behandeling van het obstructieve slaapapnoesyndroom met ondermeer nCPAP.

Polysomnografie (=PSG) is de registratie gedurende één nacht van multiple parameters welke in verband staan met de slaap, de slaapstadia, de ademhalingsbewegingen en de luchtstroom gedurende de slaap.

In praktijk gebeurt deze registratie via een één-nachts opname waarbij de patiënt wordt gevraagd zich de dag vóór het onderzoek te onthouden van koffie of alcohol. De gebruikelijke medicatie, ook de slaapmedicatie of psycho-farmaca mogen worden doorgenomen.

De patiënt wordt voor het diagnostisch onderzoek opgenomen op een aparte kamer (4 kamers beschikbaar) waarbij er over werd gewaakt het slaapcomfort van thuis zo goed mogelijk te benaderen.
Er is registratieapparatuur aanwezig in elke kamer. Een slaaplaborant verbindt de patiënt met deze registratieapparatuur. Toezicht op de registratie en de opslag van de geregistreerde parameters gebeurt in een centrale observatie-unit.
Twee kamers zijn uitgerust met een infrarood videocamera voor zowel directe observatie als voor registratie en diagnostische integratie van de opgenomen videobeelden in de polysomnografische registraties.

Volgende fysiologische variabelen worden gemeten en geregistreerd bij de polysomnografie:

- **Voor de slaapstadia:** hersenactiviteit door middel van zes EEG elektroden, oogbewegingen via twee oogelektroden en een submentaal EMG (onderscheid REM en NON-REM slaap).
- **Voor de ademhalingsbewegingen:** een abdominale en thoracale band dewelke via piezo-elektroden ademhalingsbewegingen detecteren.
- **Voor de airflow:** een neusbril verbonden met een druktransducer en soms een thermistor.
- Hiernaast worden nog aangebracht: een snurkmicrofoon in de hals van de patiënt, een vingerclip die door middel van pulse-oximetrie de percutane zuurstofsaturatie meet, een één afleiding elektrocardiogram voor het opsporen van nachtelijke hartaritmie, een positiesensor voor registratie van de lichaamshouding (buik-, zij- of ruglig) en één EMG elektrode op beide onderste ledematen voor registratie van de beenbewegingen.

Al deze signalen worden digitaal opgeslagen en de volgende dagen manueel geïnterpreteerd door ervaren slaaplaboranten (momenteel drie) en gesuperviseerd door de verantwoordelijke geneesheren, waarbij zo snel mogelijk een uitvoerig protocol en therapievoorstel aan de verwijzende geneesheren wordt bezorgd.

De belangrijkste indicatie voor polysomnografie is de diagnose van het obstructieve slaapapnoesyndroom, de titratie voor de behandeling met continue positieve luchtwegdruk en het beoordelen van de effectiviteit van deze therapie.

Polysomnografie kan eveneens gebruikt worden in de beoordeling van cheyne stokes ademhaling, hypoventilatie, periodische beenbewegingen gedurende de slaap, parasomnia's en gedragsstoornissen gedurende de slaap.

De registratie van de neurologische parameters geeft een idee over de slaaptijd, de slaapeffeciëntie, de verdeling van de verschillende slaapstadia, de latentietijd waarbinnen de verschillende slaapstadia worden bereikt en de frequentie van het ontwaken.

# werking na de fusie

Alhoewel deze gegevens ongetwijfeld nuttig zijn en toelaten bestaande slaapafwijkingen te objectiveren, leiden ze evenwel slechts zelden tot een etiologische diagnostiek van de slapeloosheid. Polysomnografie is eerder een onderzoek voor het diagnosticeren van de oorzaak van verhoogde slaperigheid, dan van de slapeloosheid.

De belangrijkste indicatie blijft het opsporen van het obstructief slaapapnoesyndroom, onder zijn verschillende klinische uitingen: cardiovasculaire morbiditeit, snurken, pathologische somnolentie, en onverklaarde bloedgasafwijkingen, polycytemie.

Gezien er een nacht op nacht variabiliteit in de geregistreerde afwijkingen kan bestaan, is het wenselijk bij een sterk vermoeden op obstructief slaapapnoesyndroom, bij een eerste negatief onderzoek, de polysnomnografie te herhalen alhoewel de RIZIV reglementering maar de terugbetaling van één polysomnografisch onderzoek per jaar toelaat.

## nCPAP

De standaard behandeling van het obstructief slaapapnoesyndroom bestaat uit een behandeling met nCPAP. Hierbij wordt via een neus(mond)masker door middel van een compressor een blijvende positieve druk verwekt ter hoogte van de bovenste luchtwegen waarbij de collaps van de luchtwegen verantwoordelijk voor het obstructief slaapapnoesyndroom wordt tegengegaan.
De ingestelde positieve druk dient gedurende een titratienacht te worden bepaald waarbij de effectiviteit van de therapie dient te worden geobjectiveerd door middel van een controle polysomnografie.

## Terugbetaling

Alhoewel een obstructief slaapapnoesyndroom wordt gediagnosticeerd vanaf een apnoe-hypopnoeindex van 5/uur wordt een behandeling met nCPAP slechts terugbetaald vanaf een apnoe-hypopnoeindex van > 20/uur.

Ook dient voor de terugbetaling, de therapietrouw te worden gecontroleerd, waarbij voor de patiënt over een periode van minstens 2 en maximum 18 maanden een gemiddeld gebruik van minstens 3 uur/nacht moet worden geattesteerd. De nCPAP toestellen zijn hiervoor van een registratiesysteem voorzien.
De terugbetaling van nCPAP wordt geregeld via RIZIV overeenkomst (conventie waarvoor momenteel 73 centra zijn erkend). Deze centra moeten aan strenge kwaliteitseisen qua infrastructuur, bestaffing en bekwaamheid voldoen. Op een beperkt remgeld na, is de behandeling voor patiënten gratis met inbegrip van het ter beschikking stellen van alle materialen.

Sinds de start in maart 2008, werden iets meer dan 80 nieuwe behandelingen opgestart en kunnen patiënten welke vroeger behandeld werden onder de conventie van respectievelijk het UZ Antwerpen of het Middelheimziekenhuis te Antwerpen, indien ze dit wensen verder worden behandeld onder de conventie van het AZ Nikolaas.

Dr. Rudiger Ryckaert
Pneumoloog
rudiger.ryckaert@aznikolaas.be

Dr. Alex Vercruyssen
Neuroloog
alex.vercruyssen@aznikolaas.be

# Nieuwe bereidingszone chemotherapie

Een eerste stap in de realisatie van het oncologisch centrum van AZ Nikolaas werd gezet. Voor de bereiding van de chemotherapie die dagelijks in het ziekenhuis aan verschillende patiënten wordt toegediend, is een nieuwe bereidingszone (cleanroom) gebouwd op de eerste verdieping van het W-blok van campus Sint-Niklaas – L. De Meesterstraat. Deze werd in de loop van de maand juli in gebruik genomen.

## Strenge normen

Deze nieuwe bereidingszone voldoet aan de strengste normen om deze producten in een uiterst reine omgeving klaar te kunnen maken. Zo zullen de ziekenhuisapotheker en assistenten die in de zone de bereidingen klaar maken, een volledige omkleedprocedure moeten volgen. Het onderhoudspersoneel zal een aangepaste procedure volgen om de ruimtes te reinigen. Voor andere personeelsleden is de bereidingszone niet toegankelijk.
Continu wordt de lucht van de verschillende lokalen in de bereidingszone gezuiverd en op een constante temperatuur gehouden. De temperatuur, zuiverheid en vochtigheidsgraad van de lucht wordt permanent gecontroleerd en benadert deze zoals vereist in de GMP van de industrie.

## VLAF kast: bescherming voor personeel

In de opstartfase zullen 3 VLAF- kasten (vertikale laminaire airflow kasten) operationeel worden gemaakt. De mogelijkheid is voorzien om in de toekomst deze bereidingszone tot 6 VLAF-kasten uit te bouwen. Een laminaire airflow kast is een gedeeltelijk gesloten veiligheidswerkbank waarin de chemotherapie wordt klaargemaakt. Deze kast biedt een optimale bescherming aan de gebruiker, het product en de omgeving. Door een schone neerwaarts gerichte laminaire luchtstroom (vertikale downflow) wordt de ruimte in de VLAF-kast vrij van deeltjes (en dus rein) gehouden. Doorheen de werkopening wordt lucht aangezogen (inflow) die de gebruiker extra beschermt tegen eventueel vrijkomende aerosolen. De lucht van de downflow en inflow wordt via een voorfilter en HEPA-filter aangezogen door een ventilator. 70% van deze lucht wordt terug laminair de kast in gestuurd de overige 30% wordt actief naar buiten gestoten onder invloed van een ventilator op het einde van het kanaal. Er wordt continu doorheen de werkopening lucht aangezogen en via een circuit achteraan naar boven in de kast getransporteerd. Dan wordt deze lucht over een steriele filter vertikaal naar beneden in de kast gestuwd. Hierdoor kunnen deeltjes die eventueel “zouden” kunnen vrijkomen tijdens de bereiding de bereider niet bereiken. Er werd een gefilterde afvoer van de lucht naar buiten toe voorzien.

## Verschillen in luchtdruk

Naast permanente monitoring van temperatuur, zuiverheid en vochtigheid van de lucht, is er ook een verschil in luchtdruk in de diverse lokalen opdat de lokalen waar de bereiding gebeurt in onderdruk komen te staan ten opzichte van de aangrenzende lokalen. Daardoor kunnen eventueel vrijgekomen “besmette” aerosolen niet in de omliggende ruimtes komen. De bereidingsruime staat op zijn beurt dan weer in overdruk ten opzichte van de “buitenwereld” zodat de onreine lucht de bereidingsruimte niet kan binnendringen. Dit is in het belang van de patiënten die dikwijls al een verzwakt afweersysteem hebben en zo extra beschermd worden tegen bijkomende infecties.

De cleanroomomgeving dient in eerste instantie om het product én tegelijkertijd de patiënt te beschermen tegen bijkomend infectiegevaar. De VLAF kast en het gesloten bereidingssysteem (Phaseal) is er vooral om de bereider (dus het personeel) zo goed mogelijk te beschermen.

Ine De Kimpe
Ziekenhuisapotheker
ine.dekimpe@aznikolaas.be

# Hoogveld 3T MR-scan in AZ Nikolaas

*Het nieuwe NMR-toestel beschikt over een bredere onderzoekstunnel, wat het comfort van de patiënt opmerkelijk verhoogt .*

In de maanden juni en juli werd op de afdeling NMR (nucleair magnetische resonantie) van de dienst medische beeldvorming een nieuwe 'superscan' geïnstalleerd. NMR, of kortweg MR, is een beeldvormingstechniek die met behulp van een sterk magneetveld uiterst gedetailleerde beelden van het lichaam maakt.

## Primeur

Het toestel is één van de eerste 10 in zijn soort dat wereldwijd geleverd werd en het eerste toestel in de Benelux. Het combineert twee unieke en klassiek moeilijk verenigbare elementen: een magneetveld dat dubbel zo krachtig is als de gangbare toestellen en een patiëntopening die veel breder is.

## Superkrachtige 3T magneet

Dankzij het krachtigere magneetveld, 3T (Tesla), zijn de beelden niet enkel veel gedetailleerder en contrastrijker maar zijn ook nieuwe toepassingen mogelijk. Enkele van deze nieuwe toepassingen zijn functionele MR (fMRI), wat toelaat de activiteit van het brein te visualiseren, MR spectroscopie (MRS) om de chemische samenstelling van een letsel te ontleden en diffusie tensorbeeldvorming (DTI, diffusion tensor imaging) om de verbindingen tussen hersenregio's te onderzoeken. Bij vele standaardonderzoeken is de onderzoeksduur ook korter. Mede hierdoor komt ruimte vrij voor nieuwe onderzoeken zoals MR-mammografie.
Het krachtigere magneetveld werkt ook sterker in op metalen voorwerpen, zodat de screening naar metalen implantaten bij patiënten nog zorgvuldiger gebeurt.

## Superbrede patiënttunnel

Het toestel is erg compact en heeft een veel bredere onderzoekstunnel dan andere MR-toestellen. De opening van 70cm (+50% oppervlakte in vergelijking met het vorige toestel) geeft minder snel aanleiding tot claustrofobie bij de patiënten. De patiënten liggen comfortabeler en de onderzoekskwaliteit is daardoor ook veel beter. Ook patiënten met hyperkyphose, beperkte mobiliteit of obese patiënten kunnen nu veel makkelijker onderzocht worden.

Prof. dr. Johan Van Goethem

Medische beeldvorming - NMR

johan.vangoethem@aznikolaas.be

Dienst medische beeldvorming:
Dr. John Jackers - diensthoofd
dr. Wim Geyskens
dr. Sam Mampaey
dr. Peter Meynen
dr. Yolande Nackaerts
dr. Stephan Peeters
dr. Frank Ramon
dr. Johan Rathé
dr. Karlin Schutyser
dr. Gaby Vergote
dr. Leo Verguts
dr. Veerle Vervaet

# Nieuw dagziekenhuis voor

## campus Sint-Niklaas - L. De Meesterstraat

*Ondertussen draait het nieuwe dagziekenhuis campus Sint-Niklaas - L. De Meesterstraat al op volle toeren.*

Op termijn zullen alle dagziekenhuisactiviteiten van campus Sint-Niklaas geconcentreerd worden op de site in de L. De Meesterstraat. Als eerste stap in deze integratie werd er op de tweede verdieping van het W-blok van deze site een volledig nieuw dagziekenhuis gebouwd. Op 31 juli 2008 werd de dienst in gebruik genomen. Het dagziekenhuis van de site Moerlandstraat blijft voorlopig verder werken op de huidige locatie.

Het nieuwe dagziekenhuis bevindt zich nu op dezelfde verdieping als het operatiekwartier. Dit biedt het grote voordeel dat er slechts een kleine afstand is tussen beide diensten en de patiëntendoorstroming bijgevolg optimaal is.

Er werden 26 posities voorzien waarvan er 14 zijn ondergebracht in één grote zaal. Afhankelijk van de pathologie en de toestand van de individuele patiënt zal deze in een aparte kamer of in de zaal worden ondergebracht. Uiteraard is er in het architecturaal concept rekening gehouden met de privacy van de patiënt.

Elke positie wordt uitgerust met een brancard. Deze brancards zijn nieuw en bieden de patiënt hetzelfde comfort als een bed, maar hebben voor de verpleegkundigen het voordeel dat ze gemakkelijker bestuurbaar zijn en minder plaats innemen.

Henk Cuvelier
Fusiecoördinator

# NIEUWE GEZICHTEN

## Dr. Sam De Blonde - Anesthesiologie

Dr. **Sam De Blonde** (° Borgerhout, 1975) studeerde geneeskunde aan de Katholieke Universiteit Leuven waarna hij zich specialiseerde in de **anesthesiologie**.

Hij was een jaar werkzaam als toegevoegd specialist aan de dienst intensieve zorgen van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen.

Dr. De Blonde maakt deel uit van het team anesthesisten van AZ Nikolaas.

## Dr. Elke Rimbaut - Spoedgevallen

Dr. **Elke Rimbaut** (° Aalst, 1975) studeerde geneeskunde aan de Vrije Universiteit Brussel waarna ze zeven jaar werkzaam was als huisarts. Zij behaalde eveneens het brevet acute geneeskunde.

Dr. Rimbaut werkt op de spoedgevallendienst campus Sint-Niklaas.

# Agenda

| | |
|---|---|
| *8 oktober* | **Videoconferentie - Elektrolyten: een geval apart?**<br>AZ Nikolaas - Campus Sint-Niklaas - Moerlandstraat - Audiovisuele zaal - 19.00 uur |
| *18 oktober* | **Preventiesymposium cardiovasculaire ziekten**<br>Hotel Beveren - Gentseweg 280 - 9120 Beveren - 09.00 uur |
| *4 november* | **Indicaties van prothesechirurgie bij knie, heup en schouder**<br>Hotel Serwir - Koningin Astridlaan 57 - 9100 Sint-Niklaas - 20.30 uur |
| *13 november* | **Videoconferentie - Turn the page**<br>AZ Nikolaas - Campus Sint-Niklaas - Moerlandstraat - Audiovisuele zaal - 19.00 uur |
| *2 december* | **Palliatieve zorgen Waasland**<br>Hotel Serwir - Koningin Astridlaan 57 - 9100 Sint-Niklaas - 20.30 uur |
| *11 december* | **Videoconferentie - Sarcoidose**<br>AZ Nikolaas - Campus Sint-Niklaas - Moerlandstraat - Audiovisuele zaal - 19.00 uur |

De meest recente informatie m.b.t. bijscholingen of activiteiten van de Huisartsenkoepel Waasland zijn terug te vinden op de website www.huisartsenkoepelwaasland.be onder de rubriek “navorming” en “kalender”.

# Borstkliniek AZ Nikolaas:

## Samenwerken voor een optimale zorg

Onder druk van de Europese kwaliteitscriteria heeft onze wetgever in het K.B. van 26 april 2007 de criteria waaraan de borstklinieken moeten voldoen uitvoerig en specifiek vastgelegd. De wetgever opteerde enkel voor grote borstklinieken. De belangrijkste criteria zijn zeker de numerieke minima. Na 2 jaar moet elke borstkliniek jaarlijks minstens 150 nieuwe patiënten behandelen en er moeten twee gynaecologen of chirurgen zijn die meer dan 50 ingrepen verrichten voor 'nieuwe gevallen' van borstkanker.

De multidisciplinaire aanpak van borstkanker is in ons ziekenhuis al jaren een feit. De officiële erkenning van onze borstkliniek door de overheid is dan ook de bevestiging dat deze aanpak werkt. In 2007 voldeden wij al aan het criterium van 150 nieuw behandelde patiënten. Er bestaat echter bij veel mensen nog onduidelijkheid over wie wat doet in de borstkliniek. Hieronder krijgt u een overzicht van de actieve leden verbonden aan onze borstkliniek.

### Medische beeldvorming

Een optimale beeldvorming en preoperatieve anatomo-pathologische differentiatie van het type borsttumor laat de borstchirurg toe om beter in te schatten of een borstsparende ingreep of mastectomie, sentinelprocedure en/of okseluitruiming dient uitgevoerd te worden. Dit kan onnodige re-interventies voorkomen.
*Dr. Veerle Vervaet*, die een specifieke interesse heeft in de senologie, is sinds april 2007 werkzaam op de dienst medische beeldvorming (campus Sint-Niklaas - Moerlandstraat) waar ze zich halftijds bezighoudt met borstonderzoeken. Ze heeft een grote expertise in interventionele borstprocedures, zoals stereotactische en echogeleide biopsieën. In de toekomst zal ook vacuümbiopsie tot de mogelijkheden behoren.
Sinds de ingebruikname van het 3T NMR-toestel in augustus 2008 kunnen ook NMR-mammografieën uitgevoerd worden. Om de continuïteit van deze procedures en onderzoeken te garanderen werkt dr. Vervaet samen met de andere radiologen van het mammografieteam van de dienst medische beeldvorming, zodat deze onderzoeken gans het jaar door en op korte termijn beschikbaar zijn.

### Borstkankerchirurgie

Zoals bij de meeste disciplines het geval is, is er ook binnen gynaecologie en verloskunde sprake van een toenemende subspecialisatie. Het is in ons ziekenhuis dan ook reeds jarenlang de gewoonte dat patiënten met een nieuwe diagnose van borstkanker naar de drie collega's met de meeste ervaring in borstchirurgie werden doorverwezen.
Voor campus Sint-Niklaas - Moerlandstraat zijn dit *dr. Klaus De Cleyn* en *dr. Philip Vanparijs*, voor campus Sint-Niklaas - L. De Meesterstraat *dr. Pascal Peeters*. Alle drie voeren zij borstamputaties, borstsparende ingrepen, sentinelprocedures en/of volledige okseluitruimingen uit.
De verwijzende gynaecoloog en medisch oncoloog zorgen voor de verdere behandeling en opvolging. Een vlot verwijspatroon in beide richtingen is de beste garantie voor een vruchtbare en permanente samenwerking.

In het licht van de numerieke criteria blijft het belangrijk dat we jaarlijks het criterium van 50 ingrepen per borstchirurg blijven behalen.

## Anatomo pathologie

Ook de pathologen, *dr. Saskia Deprez, dr. Annemie De Pauw* en *dr. Heidi Woestenborghs*, ervaren dat hun werk de laatste jaren complexer en arbeidsintensiever geworden is. Wekelijks vormen de verslagen en mondelinge toelichtingen van hun werk het startsignaal tot de discussie rond elk dossier. Slechts weinigen weten dat bij de discussie over de systemische behandeling het besluit van de pathologen vaak doorslaggevend is om te bepalen of iemand al of niet adjuvante chemotherapie en/of hormonotherapie zal krijgen.

## Medische oncologie

*Dr. Ines Deleu, Dr. Els Everaert* en *Dr. Willem Lybaert* zijn verantwoordelijk voor de medische oncologie.
Zowel bij het vroegtijdig borstcarcinoom als het gemetastaseerd borstcarcinoom zijn er de laatste jaren heel wat nieuwe inzichten en behandelingen gekomen zowel wat betreft de hormonale therapie, de chemotherapie als de aanvullende therapieën. Een voorbeeld hiervan is Herceptin gericht tegen het c-erbB-2 antigen. Bij elke patiënt blijft het dan ook belangrijk een therapieplan op te stellen om maximale kans op genezing of vertraging van de ziekte te bekomen. Elke borstkankerpatiënte krijgt een vaste medisch oncoloog hetgeen essentieel is voor het vertrouwen tussen arts en patiënte.

Door deelname aan internationale en nationale studies probeert onze borstkliniek patiënten ook met nieuwe medicatie binnen studieverband te behandelen: zo nemen wij deel aan de ALLTO-studie, een vergelijkende studie tussen Herceptin en het perorale Lapatinib waarbij in totaal 8000 patënten worden geïncludeerd.
Een ander belangrijke studie is de Beatricestudie voor de subgroep van vroegtijdig borstcarcinoom van het basaal type met slechtere prognose (ER/PR en c-erbB-2 negatief), waarbij meer dan 2000 patiënten worden gerandomiseerd tussen de standaard chemotherapie versus chemotherapie met toevoegen van het monoklonaal antilichaam Bevacizumab of Avastin. *Goele Wallays* is onze datamanager hiervoor.

## Radiotherapie

AZ Nikolaas ontving recent de erkenning voor de uitbating van een eigen dienst radiotherapie. De bouwtechnische voorbereidingen voor de plaatsing van het bestralingstoestel op campus Sint-Niklaas - L. De Meesterstraat zijn opgestart.
Wanneer deze nieuwe dienst binnen enkele jaren actief is, kunnen wij onze patiënten voor honderd procent in eigen huis behandelen.
Ondertussen verzorgt *dr. Guido Buelens*, radiotherapeut in Sint-Augustinus, de borstbestraling voor patiënten van campus Sint-Niklaas - Moerlandstraat en *dr. Dominique Becquart*, radiotherapeute in het AZ Middelheim, doet hetzelfde voor de patiënten van campus Sint-Niklaas - L. de Meesterstraat. De positieve feedback van onze patiënten stelt ons uitermate gerust over de dienstverlening die zij daar sinds jaar en dag krijgen.

## Patiëntenbegeleiding

Sinds 2003 is *Ann Reyns* halftijds als borstverpleegkundige aan de slag in ons ziekenhuis. Door onze erkenning als borstkliniek

kon dit mandaat verder uitgebreid worden met de komst van *Katty Haeck*. Zij zorgen voor extra begeleiding van onze borstkanker-patiënten, zowel preoperatief als post-operatief.
De borstverpleegkundigen zien de patiënten gemiddeld twee maal tijdens hun verblijf naar aanleiding van hun operatie en zijn tevens aanwezig bij de nabespreking op de multidisciplinaire stafvergadering. Verder organiseren zij veel activiteiten zowel voor het brede publiek als voor onze patiënten zelf.
*Sofie Van Gaelen* is sinds dit jaar halftijds werkzaam als borstkankerpsychologe, zij ondersteunt de patiënten tijdens hun volledig behandelingstraject. Zij zal zich bij elke patiënte introduceren en afhankelijk van de individuele noden verdere begeleiding regelen.
Onze gespecialiseerde kinesisten zorgen dagelijks voor de postoperatieve mobilisatie en lymfedrainage. Patiënten krijgen voor hun ontslag uit het ziekenhuis steeds een aantal adressen van gespecialiseerde kinesiten in hun buurt mee.

## Multidisciplinair

Dankzij een goede samenwerking met de verwijzende artsen is de tijd waarbinnen diagnose, stadiëring en ingreep gebeuren meestal een tweetal weken. Ofschoon de prognose van onze patiënten niet zal veranderen of ze nu na twee of na zes weken worden geopereerd, het blijft ons streefdoel de wachttijd tot de ingreep zo veel mogelijk te beperken.

In ons fusieziekenhuis is ondertussen ook de ééngemaakte multidisciplinaire stafvergadering een feit. Elke maandag worden alle patiënten van alle campi uitvoerig besproken. Het behandelingsplan voor elke patiënte zal dan ook steeds multidisciplinair beslist worden. Ook de betrokken huisarts van de besproken patiënte is uiteraard welkom op dit overleg.

De meeste patiënten weten binnen de tien dagen na de ingreep wat hun adjuvante therapie zal zijn. Er wordt steeds een besprekingsafspraak vastgelegd waar ruim de tijd genomen wordt om de voor- en nadelen van elke therapie uitvoerig te bespreken. Na deze raadpleging volgt steevast een uitvoerig schrijven naar de betrokken artsen.

Doordat onze patiënten steeds op dezelfde verpleegafdeling liggen, is een goede opvang en verzorging door de verpleging vanzelfsprekend gegarandeerd. Er wordt ook een inspanning geleverd om de mensen die dat vragen een kamer alleen te bieden. Privacy wordt bij borstkankerpatiënten als zeer belangrijk ervaren.

Zoals u kon lezen, werden er de laatste jaren al heel wat inspanningen geleverd door zowel artsen als ziekenhuisdirectie om borstkankerpatiënten in het Waasland de gespecialiseerde behandeling te geven waar zij recht op hebben. De erkenning van onze borstkliniek is dan ook een beloning voor dit jarenlange werk. Tenslotte willen we de verwijzende artsen graag bedanken voor het vertrouwen in onze borstkliniek.

Dr. Philip Vanparijs
Zorgcoördinator borstkliniek
philip.vanparijs@aznikolaas.be

# Mammografie:

## van analoog naar digitaal van screening tot diagnostiek

***Heel wat vrouwen worden ermee geconfronteerd: mijn buurvrouw, mijn beste vriendin, mijn zus, … heeft borstkanker! Wat nu? Wat staat mij te doen? Bij wie ga ik langs? Welke onderzoeken zijn zinvol?***

Nu het AZ Nikolaas de erkenning tot borstkliniek heeft ontvangen, is het de bedoeling om op al deze vragen een adequaat antwoord te kunnen geven. Hiervoor is niet alleen een vlotte multidisciplinaire samenwerking heel erg belangrijk, ook het kunnen aanbieden van de meest up-to-date onderzoeken is noodzakelijk.

Het is dan ook duidelijk dat we de evolutie van analoge mammografie naar digitale mammografie ook in ons ziekenhuis volgen. In de nabije toekomst (begin 2009) zal een nieuw mammografietoestel met digitale detector (DR systeem) in de campus Sint-Niklaas - Moerlandstraat geïnstalleerd worden. Dit toestel zal geïntegreerd worden in het nieuwe PACS-systeem van de dienst medische beeldvorming dat wordt opgestart in het najaar 2008.
Vermits de films niet meer ontwikkeld moeten worden, is digitale mammografie niet alleen sneller maar ook milieuvriendelijker. Door de snellere verwerking van de beelden kunnen er ook meer vrouwen met hetzelfde toestel onderzocht worden. Via postprocessing is er tevens een bewerking van de beelden mogelijk, onder andere window level aanpassingen en inzoomen.
Door integratie in het PACS-systeem kunnen de beelden vlotter en sneller getransporteerd worden en kunnen bepaalde probleemdossiers makkelijker besproken worden.

### Hoe vertaalt dit zich concreet naar patiënten toe?

- Bij asymptomatische vrouwen kan ter vroegtijdige opsporing van borstkanker een screeningsmammografie worden uitgevoerd. Na installatie van het nieuwe digitale toestel zullen de screeningsmammografieën op campus Sint-Niklaas - Moerlandstraat gecentraliseerd worden. Deze mammografie biedt na eerste en tweede lezing vaak al een antwoord op mogelijke vragen en in de meeste gevallen geruststelling. Bij twijfel is verdere diagsnostiek en oppuntstelling noodzakelijk.
- Bij symptomatische patiënten: pijn, palpabele nodus, huidintrekking, tepelretractie, … kan een mammografie vaak onvoldoende antwoord bieden. Aansluitend aan de mammografie wordt dan ook een gerichte echografie uitgevoerd. Na het verrichten van een echografie kunnen heel wat letsels verder gedifferentieerd worden. Dit van volledig geruststellend, over twijfelachtig tot erg verontrustend.
- Bij het vaststellen van een vastweefselnodus of microcalcificaties is verdere uitwerking noodzakelijk.

### Concrete uitwerking

- Bij microcalcificaties in clusterverband is het aangewezen hiervan een biopsie te verrichten. Deze gebeurt het best onder stereotactische geleiding, waarbij meerdere kleine weefselcilinders gepreleveerd worden en voor anatoompathologisch onderzoek worden verstuurd. Bij vaststelling van DCIS of invasieve neoformatie, wordt in tweede instantie een stereotactische harpoenlocalisatie verricht, welke de chirurg in staat stelt de micro's gericht en volledig te verwijderen.
- Bij een vastweefselnodus is de benadering om tot een diagnose te komen iets complexer. Bij een nodus met eerder twijfelachtig voorkomen op echo, dit wil zeggen een aantal geruststellende en een aantal onrustwekkende kenmerken, wordt meestal een echogeleide tru cut biopsie voorgesteld en uitgevoerd. Het verdere beleid wordt dan bepaald door het APD-resultaat.
- Voor wat betreft de maligne uitziende nodule is er sinds kort een nieuwe wending; het belang van de pre-operatieve NMR. Patiënten met suspecte letsels op mammo- en echografie, worden best eerst verwezen naar NMR. Dit om multi-focaliteit (meerdere letsels in dezelfde borst), of multi-centriciteit (meerdere letsels in beide borsten) aan te tonen of uit te sluiten.
  Op basis van de bevindingen na het NMR-onderzoek, kan dan een echogeleide tru cut biopsie in 1 of meerdere letsels uitgevoerd worden, waarbij het verdere beleid eveneens afhangt van het APD-resultaat.

Sinds 1 augustus 2008 kan de NMR-scan nu ook doorgaan in ons ziekenhuis, dit doordat er een nieuw 3 Tesla toestel geplaatst werd op de dienst medische beeldvorming. Vanzelfsprekend is een goede communicatie en een multidisciplinair overleg tussen de leden van de borstkliniek primordiaal voor een optimale diagnostiek en behandeling.

Dr. Veerle Vervaet
Radioloog

# Infusie sprak met...

## *Dr. Luc Bleyen*

### Coördinator van het centrum voor kankerpreventie

In 2001 werd in Vlaanderen gestart met borstkankerscreening. Aan alle asymptomatische vrouwen tussen 50 en 69 jaar wordt de mogelijkheid geboden om gratis (geen remgeld) een 2 jaarlijkse kwaliteitsvolle screeningsmammografie te laten uitvoeren in een erkende radiologische dienst.
In AZ Nikolaas kunnen vrouwen hiervoor terecht bij de dienst medische beeldvorming van de campus Sint-Niklaas - Moerlandstraat, Sint-Niklaas - L. De Meesterstraat, Hamme en Beveren waar de eerste lezing gebeurt. Vervolgens worden de mammografieën doorgestuurd naar het centrum voor preventie en vroegtijdige opsporing van kanker te Gent waar de tweede lezing wordt uitgevoerd. Infusie sprak met dr. Luc Bleyen, hoofd van dit centrum, over de stand van zaken met betrekking tot borstkankerscreening.

**Wat is uw rol, functie in het screeningsprogramma naar vroegtijdige opsporing van borstkanker?**
Ik ben coördinator van het centrum voor preventie en vroegtijdige opsporing van kanker van de provincie Oost-Vlaanderen en een deel van West-Vlaanderen. Ik ben er verantwoordelijk voor het financiële luik, het personeelsbeheer, het versturen van de uitnodigingen, de kwaliteitscontrole en het opvolgen van de kwaliteitsdata. Ik geef leiding aan een aantal medewerkers waaronder secretariaats-, administratief- en technisch personeel.
Daarnaast zijn er ook nog maatschappelijke assistenten die de sensibilisering op zich nemen. Recent hebben wij nog twee mensen aangeworven die zich specifiek bezighouden met de kwaliteitscontrole en de beoordeling van de kwaliteit per mammografische eenheid.

**Bent u tevreden met de manier waarop de screening georganiseerd wordt?**
Tevreden is een groot woord. Er spelen ook heel wat factoren mee. Het doel van het programma, dat geconcipieerd is vanuit de universitaire ziekenhuizen, was om de volledige Vlaamse bevolking te bereiken. Ik ben er mij van bewust dat sommige huisartsen, gynaecologen en radiologen toch nog vragen hebben bij de screening. Nochtans waren er vertegenwoordigers van al deze beroepsgroepen betrokken bij de opstart van het programma. Achteraf bekeken waren sommige vertegenwoordigers spijtig genoeg misschien niet altijd representatief.
Het programma kende zeker en vast een aantal kinderziekten en op dit moment zijn er nog wat groeipijnen maar ik denk toch dat we op de goede weg zijn.

**Wat zijn de sterke en zwakke punten van het programma?**
Een zwak punt is, zoals ik al zei, dat niet alle betrokken artsen (huisartsen, gynaecologen, radiologen) volledig achter het programma staan. Dit speelt een grote rol in de opkomst van de vrouwen. Wanneer bijvoorbeeld een vrouw eerst haar huisarts raadpleegt en hij/zij niet in de screeningsmammografie gelooft, dan is de kans zeer groot dat de vrouw in kwestie geen mammografie zal laten uitvoeren.
Het concept van de kwaliteitscontrole is dan weer een sterk punt. Elke mammografie wordt steeds doorgestuurd voor tweede lezing. De tweede lezer beoordeelt niet alleen op een eventueel letsel, maar kijkt ook naar de kwaliteit van de opnamen: positionering, belichting, of er niet te veel ruis aanwezig is enz. De radioloog ontvangt hiervan samen met de foto's het resultaat zodat hij/zij de mammografie terug kan bekijken en er iets uit kan leren. Een bijkomend sterk punt is de continue kwaliteitsopvolging. Recent hebben alle erkende radiologische diensten een uitvoerig rapport ontvangen. Ook in vorige jaren, zijn de resultaten met de radiologen besproken zowel qua kwaliteit als qua interpretatie; o.a. correct gediagnosticeerde borstkankers, gemiste borstkankers, vals positieven en negatieven.

**Zijn er nog verbeteringen mogelijk en zijn er nog bepaalde uitdagingen? Ik denk bijvoorbeeld aan de implementatie van de digitale mammografie?**
Er zijn inderdaad nog verbeteringen nodig. Er zijn nog een aantal kinderziekten maar daar wordt aan gewerkt. En er zijn natuurlijk de ISO-normen die we moeten halen.
Digitale mammografie is een vooruitgang doordat de transmissie van data, onafhankelijk van de post, sneller kan gebeuren en er is minder administratieve rompslomp. Dat is zeker een pluspunt. Waar ik niet gelukkig mee ben, is de bewering van sommige artsen dat digitale mammografie beter zou zijn dan een conventionele of analoge mammografie. Dat is zeker niet wetenschappelijk bewezen. Digitale mammografie benadert de kwaliteit van de analoge mammografie. Er is wel het voordeel van beeldmanipulatie maar daar stopt het dan ook. Uiteraard leven we in een digitaal tijdperk en het is dan ook logisch dat de analoge mammografie digitaal wordt.

**Een dergelijke evolutie opent toch ook de weg naar Computer Aided Diagnosis (CAD) waarbij de radioloog gewezen wordt op bepaalde mogelijke afwijkingen?**
Ook hierover bestaat er wetenschappelijke literatuur. De CAD is niet heiligmakend. De radioloog blijft de belangrijkste schakel.

Het is niet omdat de CAD zegt dat een bepaalde afwijking verdacht is dat er effectief een letsel is. Ik weet wel dat in Engeland, waar er een tekort is aan radiologen en eerste lezers, men zich beperkt tot digitale mammografie gecombineerd met CAD, waarbij enkel de CAD positieve mammografieën worden bekeken door de radioloog maar dat heeft te maken met een tekort aan radiologen en tijdsdruk.

**Om doeltreffend te zijn is het noodzakelijk dat 75% van de vrouwen van de doelgroep deelneemt. Wij halen deze cijfers nog lang niet. Is er een verklaring waarom de participatie in Vlaanderen in vergelijking met Nederland zo laag is?**

Wanneer we kijken naar de cijfers van voor de screening stellen wij vast dat in de periode 2000 - 2001 ongeveer één op drie Vlaamse vrouwen een mammografie liet uitvoeren. Ook toen was de mammografie geen populair onderzoek. Dankzij de screening zijn we er toch in geslaagd dit cijfer op te krikken tot 50%. Dat is positief. Momenteel zitten we ongeveer tussen de 50 en 60% participatie.

Een belangrijke factor is het verschil in zorgsysteem tussen Vlaanderen en Nederland. In Vlaanderen kan elke patiënt op gelijk welke dag gelijk welk onderzoek laten uitvoeren, dus ook een mammografie. De gezondheidszorg in Nederland is totaal anders georganiseerd. Daar moet de vrouw eerst de huisarts raadplegen die beslist of de vrouw naar de gynaecoloog wordt doorverwezen en het is de gynaecoloog die beslist of er al dan niet een mammografie wordt uitgevoerd. Zo is er dus een zekere drempel.

Via de screening, dus na oproep volgens een afsprakensysteem, krijgen alle vrouwen de kans om een gratis kwaliteitsvolle mammografie te laten uitvoeren, zonder voorafgaand consult bij de huisarts of gynaecoloog. Dit is de enige manier in Nederland waarbij vrouwen zonder klachten zich toch kunnen laten onderzoeken. Met als resultaat een massale respons variërend tussen de 80 en 90%. In Finland loopt dit percentage zelfs op tot 95%.

In Vlaanderen zijn veel mammografieën eigenlijk verdoken screeningsmammografieën welke gebeuren bij vrouwen zonder klachten.

Screening gebeurt in Nederland door een erkende eenheid welke

zich enkel hiermee bezighoudt. Als er mogelijk iets verdacht gevonden wordt zal de vrouw worden doorverwezen naar een gespecialiseerde borstkliniek welke beperkt is per regio.
Ook bij ons gebeurt de screening enkel binnen een erkende radiologische dienst die moet voldoen aan hoge kwaliteitseisen. In Vlaanderen zijn er momenteel 15 borstklinieken erkend binnen het federaal oncologisch zorgprogramma. Beperking en subspecialisatie zijn volgens mij ook noodzakelijk om een goede kwaliteit te garanderen.
Een tweede belangrijk punt is de terugbetaling. Voor een diagnostische mammografie, vaak in combinatie met een bijkomend echografie-onderzoek, ontvangt de radioloog tweemaal meer dan voor een screeningsmammografie.

**Op welke manier kan volgens u de participatie nog verbeterd worden?**
Onder andere via regelmatige campagnes. De Vlaamse Liga tegen Kanker heeft een campagne georganiseerd eind 2001 en nu weer begin 2008. Er zat dus zeven jaar tussen. In feite zou een dergelijke campagne jaarlijks moeten georganiseerd worden.
Er zou nog meer aandacht moeten besteed worden aan sensibilisering zoals nu onder andere door de LOGO's (Lokaal Gezondheidsoverleg) gebeurt door het uitdelen van flyers, marktbezoeken, organisatie van infoavonden, enz.
We moeten ook trachten de huisartsen nog meer te sensibiliseren. Het zou bijvoorbeeld interessant zijn dat hun computer zou aangeven dat de twee jaar overschreden zijn, zodat ze weten dat de vrouw dient verwezen te worden voor een nieuwe screening. We moeten ook blijvend de huisartsen overtuigen van het nut van een screeningsmammografie. Er zijn huisartsen die geen moeite doen vrouwen te overtuigen omdat ze weten dat de vrouwen toch automatisch worden uitgenodigd via het screeningscentrum indien ze niet verwezen zijn door hem/haar.

**Screening gebeurt nu voornamelijk via het zogenaamde tweede spoor waarbij de vrouwen rechtstreeks worden uitgenodigd via een opsporingsbrief. Hebt u er een verklaring voor waarom zo weinig vrouwen verwezen worden via hun arts? Wat houdt artsen tegen en hoe kunnen we hen stimuleren?**
Dat is inderdaad een pijnpunt. Als we kijken naar het gebied waarin wij werken, was er in 2001 en 2002 geen tweede spoor. Huisartsen en gynaecologen kregen de gelegenheid om zoveel mogelijk vrouwen te verwijzen en toen hebben wij een duidelijke daling gezien van het aantal gescreende vrouwen: in 2002 was er een halvering ten opzichte van 2001. Om deze reden zijn we in 2003 gestart met het tweede spoor. Wij hebben ook vastgesteld dat er vooral minder verwijzingen waren door de huisartsen. Ik kan dit ook begrijpen. Het past niet altijd in de consultatie. Wanneer een vrouw op consultatie komt voor keelpijn is het niet evident om te beginnen over borstkankerscreening. Als er veel patiënten in de wachtzaal zitten, is het niet vanzelfsprekend om tien of vijftien minuten extra uit te trekken per patiënte om ze te motiveren om een screeningsmammografie te laten uitvoeren.

**Zou men geen speciale bonus kunnen voorzien?**
Dat is gebeurd. In de gemeente Aalter kregen de vrouwen een bon om op consultatie te gaan bij de huisarts, ze kregen een bon voor de radioloog zodat ze geen remgeld moesten betalen en ze kregen een bon om terug te gaan naar de huisarts om het resultaat te bespreken. Het verschil met een aantal controlegemeentes waar dit systeem niet bestond was slechts 5%. Dat is economisch dus niet rendabel.

*Dr. Luc Bleyen:*

*"Iedereen is ervan overtuigd dat screening waardevol is, op voorwaarde uiteraard, dat dit op een kwaliteitsvolle manier gebeurt."*

**Zou het niet beter en efficiënter zijn om de vrouw eerst naar de huisarts te verwijzen? Gezien het persoonlijk contact zou de participatie mogelijk kunnen verhoogd worden. Is het bijvoorbeeld niet mogelijk om de huisartsen een lijst te bezorgen van vrouwen die in aanmerking komen voor de screening zodat ze zelf kunnen oproepen?**
Voor we met de screening begonnen liep er een pilootproject in de regio groot Gent. Het ging hier om 40.000 vrouwen die aangeschreven werden om via hun huisarts of gynaecoloog een screeningsmammografie te laten uitvoeren. De opkomst bedroeg slechts 35%. Een lijst met namen van vrouwen aan de huisartsen bezorgen is niet mogelijk omdat we niet weten welke vrouw bij welke huisarts patiënt is. Ook de wet op de privacy speelt een rol. In feite mogen wij zomaar geen gegevens opsturen. Omgekeerd is het wel mogelijk dat de huisarts ons een lijst zou bezorgen waarop wij kunnen nagaan welke vrouw met een globaal medisch dossier al dan niet een screeningsmammografie heeft laten uitvoeren en wanneer. Dat brengt uiteraard extra werk met zich mee voor de huisarts en de centra.

**Wat zal er gebeuren met radiologische diensten die de normen niet halen?**
Voor de kwaliteitscontrole bestaan er Europese richtlijnen gebaseerd op wetenschappelijke publicaties. Een mammografische dienst dient bepaalde normen te halen, wil hij erkend blijven door de Vlaamse overheid. Het probleem is dat de

wetgeving verder dient uitgewerkt te worden en dat de kwaliteit nog strikter zou moeten opgevolgd worden. Als bepaalde diensten blijvend niet aan de normen voldoen, zal een procedure gestart worden om de erkenning in te trekken. Reden hiervoor is dat wij niet zomaar vrouwen kunnen doorsturen naar diensten die de normen niet halen want dan riskeren wij een rechtzaak en claim tot schadevergoeding. Kwaliteitscontrole zal trouwens niet beperkt blijven tot fysisch technische controle maar er zal ook rekening gehouden worden met de interpretatie van de screeningsmammografieën door de radioloog, de klantvriendelijkheid van de dienst, enz. Dit start in 2009.

**Er is reeds veel gedebatteerd over het al dan niet implementeren van de echografie in de screening. Wat is uw mening hierover?**
Sinds het ontstaan van de echografie heeft men daar veel reclame voor gemaakt. Zowel huisartsen, gynaecologen als de vrouwen zelf waren ervan overtuigd dat er zonder echografie geen volwaardig onderzoek mogelijk was. Het klopt dat door middel van echografie meer letsels kunnen gevonden worden dan door middel van mammografie alleen, maar met een duidelijke toename van het aantal vals positieven. Je gaat namelijk ten onrechte tien maal meer vrouwen verwijzen voor bijkomend interventioneel onderzoek voor een achteraf goedaardig letsel. Dit gaat tevens gepaard met meer ongerustheid en stress bij de vrouwen en de vrees dat zij borstkanker hebben.
In het kader van screening moeten deze onderzoeken gescheiden blijven waarbij echografie dient gereserveerd te worden indien op de screeningsmammografie iets afwijkend te zien is. Bij echografie is er ook geen kwaliteitscontrole. Dus dit zou dan ook moeten gebeuren.

**Sommige artsen twijfelen aan het nut van de screening en voeren deze discussie zelfs via de media. Is screening zinvol?**
Iedereen is ervan overtuigd dat screening waardevol is, op voorwaarde dat dit op een kwaliteitsvolle manier gebeurt. Verschillende studies hebben dit wetenschappelijk aangetoond.

**Sommigen beweren dat er zelfs een negatief effect is ten gevolge van een cancerogeen effect. Zijn de stralingsrisico's verbonden aan deelname significant?**
Er is vorig jaar een artikel gepubliceerd dat besproken is door specialisten in de stralingsfysica, waarin duidelijk is aangetoond dat bij overmatige bestraling er inderdaad een verhoogd risico bestaat. Om deze reden wordt er ook niet om de zes maanden of jaarlijks gescreend. Bij vrouwen van 50 tot 70 jaar volstaat een mammografie om de twee jaar en vanaf de leeftijd van 70 jaar zelfs om de drie jaar. Op die manier beperkt men de kans op inductie van borstkanker door straling.

**Vanaf welke leeftijd wordt er best gescreend? Ook hier is er nog veel controverse. Waarom niet al beginnen op 40 jaar?**
Er bestaan resultaten van Scandinavische landen waarbij de leeftijdscategorie 40-49 jaar werd geanalyseerd. Men heeft vastgesteld dat het efficiënt was, zelfs kosteneffectief maar de aantallen waren te klein.
Er zijn bijkomende studies bezig waarbij vanaf 40 jaar om de achttien maanden of om de twee jaar wordt gescreend maar die studies lopen nog en moeten nog geanalyseerd worden.
Eén belangrijke uitzondering zijn vrouwen met een verhoogd risico, familiale borstkanker, BRCA1 en BRCA2 positief.
Dat zijn uitzonderingen die in feite niet thuishoren in de screening en die zich vanaf de leeftijd van 40 jaar regelmatig zouden moeten laten onderzoeken door mammografie en eventueel bijkomende echografie.

Dr. Leo Verguts
Radioloog
leo.verguts@aznikolaas.be

# Kinder- en jeugdpsychiatrie gaat voor helende

De nog jonge KJP-dienst of kinder- en jeugdpsychiatrie – gestart in juli 2007 – van het AZ Nikolaas is met een nieuwe therapie gestart: hippotherapie of psychotherapie met assistentie van paarden.
Op zich is deze vorm van therapie in psychiatrische middens niet nieuw. Toch past de KJP-dienst deze behandeling sinds enkele maanden op een andere manier toe. De bekende hippotherapie laat de patiënten in hoofdzaak individueel paardrijden. De KJP-dienst werkt met kleine groepen paarden en kleine groepen patiënten samen. Infusie vroeg tekst en uitleg aan klinisch psycholoog en psychotherapeut Kristel Verhaegen en aan de psychiatrisch verpleegkundigen Jordi Van Guyse en Kristof De Clercq.

**Kunnen jullie de kinder- en jeugdpsychiatrische dienst schetsen?**
Er zijn drie leefgroepen. De eerste is de **'Beren'** voor kinderen van 6 tot 12 jaar die opgenomen kunnen worden voor maximum zes weken. Het is een behandelgroep. De tweede leefgroep is de **'Opstap'** voor 12- tot 18-jarigen, ook voor behandelingen van maximum zes weken.
Onze leefgroep heet 'IKO', wat staat voor intensief kortdurende opname. Hier kunnen jongeren van 12 tot 18 jaar terecht voor een crisisopname. Zij kunnen maximaal vier weken blijven. Omdat de jongeren in crisistoestand verkeren, worden ze zeer snel opgenomen.

**Wat is de maximale bezetting? En hoe schatten jullie de bezetting in na meer dan een jaar?**
De volledige dienst beschikt over twintig bedden, waarvan acht bedden voor crisisopname. Er is een goede bedbezetting. We gaan niet beweren dat alle bedden permanent alle dagen bezet zijn, maar dat gebeurt toch regelmatig. Op jaarbasis kunnen er in de drie leefgeroepen samen 208 jongeren behandeld worden. Gedurende de vooropgestelde opnameperiode slagen we er toch meestal in om een aangepaste behandeling op te starten. De eerste resultaten zijn positief.

**Wat zijn de oorzaken die aan de basis liggen van de opname van jongeren?**
Het gaat om depressies waardoor kinderen of jongeren niet meer naar school kunnen gaan. Dat kan een eerste signaal zijn dat verdere hulp nodig is, want in principe zijn ze schoolplichtig. Andere jongeren vertonen zelfmoordneigingen. We krijgen ook jongeren met psychoses binnen of leeftijdsgenoten met zelfverminkingsverschijnselen. Verder zijn er nog trauma's en seksueel misbruik. De gevallen van drugsmisbruik zijn uitgesloten, omdat dit fenomeen op vier weken tijd weinig behandelbaar is. Zij worden doorverwezen naar gespecialiseerde centra.

**Zijn dergelijke toestanden meestal te wijten aan thuis- of schoolsituaties?**
Vaak, maar niet altijd. Al wat in het leven van een kind of jongere gebeurt, kan de betrokkene tekenen. Zoals het overlijden van een ouder. De thuissituatie kan goed zijn, maar de jongere kan bijvoorbeeld het verlies van een van de ouders niet verwerken. Er zijn ook de schoolproblemen, leerachterstand, gedragsproblemen en dergelijke meer.

**Hebben jullie de indruk dat psychiatrische problemen bij kinderen en jongeren de laatste jaren toenemen?**
Die nemen inderdaad wel toe. Wij krijgen soms ook de vraag van andere behandelingscentra om hen weer op weg te helpen met een patiënt wanneer zij voelen dat ze vast dreigen te komen zitten.

**Heeft de dienst tijdens het eerste jaar al net wat jongeren er weer bovenop kunnen halen?**
Ja! We hebben met een aantal jongeren alvast de eerste stappen kunnen zetten in daadwerkelijke behandeling van hun psychiatrisch probleem. Vaak wordt er zeer veel losgemaakt dat al jaren vastzit. Als ze onze dienst verlaten, zijn ze klaar voor verdere ambulante behandeling.

# therapie met paarden

**Hanteren jullie bepaalde technieken en betreft het dan vooral gesprekken?**
In de leefgroepen leven de jongeren in groep en ontwikkelt zich een bepaalde groepsdynamiek. Behandeling bestaat uit individuele en groepsgerichte begeleiding. Ze kunnen zich in gelijkaardige problematieken herkennen. In de leefgroepen nemen wij een opvoedkundige taak op. Dankzij de vertrouwensband kunnen de jongeren ook heel wat kwijt. Het gaat om het totaalaspect dat zeer belangrijk is. Elk kind of jongere moet eigenlijk op maat behandeld worden. Het grootste probleem is meestal het zetten van de eerste stap. Eens de behandeling loopt, gaat het vaak vlot.

**Helpt het in de begeleiding en behandeling dat jullie zelf nog jong zijn?**
Ons team is vrij gemengd, met zowel jongeren als veertigplussers. De kinderen en jongeren kijken wel op naar de jonge medewerkers. Zo kijken ze zeker naar de kledij die wij dragen.

De oudere medewerkers hebben niet alleen de beroepservaring, zij hebben ook het ouderlijke aspect en de autoriteit in zich. Voor de echt jongere onder ons, zeg maar de pas afgestudeerden, is het niet altijd gemakkelijk omdat er weinig leeftijdsverschil is met de patiënten. Belangrijk is dat die collega's kunnen terugvallen op de meer ervaren mensen.

## *"Paarden verrichten helend werk"*

**Hippotherapie is op zich niet nieuw en wordt al langer toegepast op onder meer volwassenen met een mentale handicap. Wat is de aanleiding om deze therapie op de KJP-dienst in te voeren?**
De vorm van hippotherapie die wij toepassen is vrij uniek, omdat we niet de klassieke paarden gebruiken om op te rijden. Wij gebruiken de paardengroep als spiegel van een sociale groep, een sociale eenheid. Daarbinnen geven wij de jongeren opdrachten met en tussen de paarden. Wij bekijken dan hoe ze dat tot ontwikkeling brengen.
Naast verzorging van de dieren kan een opdracht zijn dat de jongeren er in groep moeten in slagen om een paard over een hindernis te krijgen, zonder met elkaar te spreken, zonder het paard aan te raken. Ze krijgen overlegtijd om onder meer te bespreken met welk paard ze de opdracht willen uitvoeren. Het gaat op zich niet om de opdracht maar om het proces om tot oplossingen te komen in relatie met het paard als levend wezen. Deze manier van werken gaat ervan uit dat mensen de oplossing in zichzelf dragen. Paarden zijn hiervoor zeer geschikt als prooi- en vluchtdieren die ook sociale dieren zijn die elk hun plaats innemen in de kudde. Zo lenen ze zich uitermate metaforisch voor het omgaan met andere uitdagende levenssituaties. Deze therapievorm komt overgewaaid vanuit de Verenigde Staten en wordt er onder meer toegepast met risicojongeren.

**Wanneer is bij de KJP-dienst de aanzet gegeven tot de toepassing van deze therapie?**
Bij onze sollicitatie al maakten we alle drie kenbaar dat we interesse hadden voor deze behandeling. Wij waren op dat moment ook al met paarden bezig. Het is de dienst zelf die uiteindelijk de keuze maakte.

**Kunnen jullie voor deze therapie ergens in de buurt terecht?**
Momenteel gaan we daarvoor naar manege 't Groenhof in Sint-Pauwels. De inrichting is nog vrij nieuw. De locatie is niet alleen interessant qua nabijheid van de manege. De keuze werd ook bepaald door het feit dat 't Groenhof pony's heeft die gewoon zijn van bij elkaar te staan. Zo vermijden we de hiërarchiebepaling onder de dieren.

**Hoe verloopt een therapiesessie?**
De behandeling is bestemd voor de crisisgroep. Het is belangrijk dat we tijdens een sessie altijd met twee begeleiders aanwezig zijn. De therapeut richt zich meer op de observatie van de jongeren en de paardenspecialist richt zich meer op observatie van de paarden in interactie met de jongeren. De eerste stap van de jongeren naar de paarden kan veel informatie opleveren. Ook de reacties van de paarden zijn belangrijk. Het is dan aan de begeleiders om hun bevindingen samen te brengen. Deze gegevens kunnen voor de verdere begeleiding gebruikt worden. Soms zijn twee observerende begeleiders zelfs te weinig. De jongeren moeten zich bewust worden van wat er gebeurt met en rondom hen. Daarom worden de bevindingen ook naar hen toe gereflecteerd. Dat moet leiden tot probleemoplossend denken.
In een sessie zijn het vooral de paarden die het helende werk verrichten. Als begeleiders zijn wij er bij om te observeren en om de veiligheid, omdat je nooit weet wat er kan gebeuren.

**Wat gebeurt er met de jongeren als ze uit de KJP-dienst ontslagen worden? Is dat ook het einde van de hippotherapie voor hen?**
Het is best vergelijkbaar met andere therapieën. Na ontslag uit de dienst kan een behandeling ambulant voortgezet worden bij een psycholoog of psychiater. De therapieën vallen weg. Het zou prettig zijn als in de toekomst de hippotherapie ambulant zou kunnen aangeboden worden, maar zover staan we zeker nog niet. Er zijn nog te weinig mensen in het veld die met deze therapievorm bezig zijn, zeker in deze regio.

**De verwachtingen zijn in elk geval hooggespannen?**
Je voelt dat de therapie beweging uitlokt. Er zijn therapieën waaraan de jongeren helemaal niet willen meewerken. Als er bij hippotherapie een jongere niet van plan is om mee te werken maar er komt een pony naar hem toe, dan kan hij meestal niet weerstaan om het paard aan te raken. Voor ons is het belangrijk dat er beweging komt. We hebben ondertussen de ervaring dat de hippotherapie de andere therapieën ten goede komt. Het doet de patiënten deugd om buiten de muren van dienst te komen en om in contact te treden met de dieren.

**Bestaan er gelijkaardige therapieën, maar met andere dieren?**
Er bestaan ook therapieën met honden en katten. Daar gaat het vooral om gewaarwordingen en voelen. Ze zijn minder geschikt, het zijn tenslotte roofdieren en moeten zeker getraind worden. Een hond die zich bedreigt voelt, kan gevaarlijk worden omwille van zijn agressieve tegenreactie. In zo'n situatie zal een paard uitwegen zoeken om te ontsnappen.

Yves Vrebos

# Opleiding mond- en tandheelkunde voor Bangabola

*Tijdens hun verblijf in Bangabola maakten dr. Soubry en tandarts Chris Claes ook tijd vrij om de leerlingen van de lagere scholen te informeren over tandhygiëne*

Eind 2005 engageerde AZ Nikolaas zich samen met twaalf andere Belgische ziekenhuizen, onder leiding van de NGO Memisa (www.memisa.be), om gedurende vijf jaar een partnerschap op te bouwen met gezondheidszones in Congo. AZ Nikolaas bouwde ondertussen een intense samenwerking op met de regio Bangabola in de Evenaarsprovincie. Deze gezondheidszone telt 99.482 inwoners en heeft een oppervlakte van 5583 km². Er wonen gemiddeld 18 inwoners per km².

## Partnerschap

Ons ziekenhuis engageerde zich om gedurende 5 jaar, jaarlijks € 13.500 in te zamelen. Dit door middel van verschillende initiatieven zoals theatervoorstellingen, ontbijtservice, enz. De Belgische overheid past dit bedrag jaarlijks bij tot € 85.000. Dit bedrag kan Bangabola dan investeren in de verbetering van de gezondheidszorg en de toegankelijkheid van de regio. Memisa ondersteunt dit proces onder andere door aanwezige werkposten zowel in België als ter plaatse in de Evenaarsprovincie.

Het blijft echter niet bij louter financiële steun. We proberen eveneens om de gezondheidswerkers van Bangabola te helpen bij hun inspanningen om een degelijke gezondheidszorg uit te bouwen. Twee collega's, Lut Van de Vijver en Katrien Geers brachten eerder dit jaar een bezoek aan Bangabola. Bij hun terugkomst deelden ze hun ervaringen tijdens een infoavond.

## Mond- en tandheelkunde

Eén van de concrete noden die onze Afrikaanse collega's formuleerden was het gebrek aan kennis en materiaal in verband

met mond- en tandheelkunde. Op vraag van de Afrikaanse gezondheidswerkers ging dr. Rudi Soubry (mond- kaak- en aangezichtschirurg) samen met zijn partner Chris Claes (tandarts) in mei twee weken naar Bangabola om daar de lokale artsen en verpleegkundigen een basisopleiding mond- en tandheelkunde te geven.

Het ziekenhuis in Bangabola is een referentieziekenhuis (tweedelijns) en zoals gezegd was er op vlak van mond- en tandheelkunde niets aanwezig. Gelukkig was al het materiaal dat voor het vertrek van dr. Soubry en Chris via collega's tandartsen, het Bangabola-team AZ Nikolaas, de Sint-Jozefkliniek in Bornem, verschillende tandheelkundige firma's en de dienst MKA was verzameld (meer dan 200 kg!) goed toegekomen.

Dr. Soubry en Chris waren zeven drukke dagen ter plaatse. Gedurende deze korte tijd regelden ze de inrichting en organisatie van de praktijk, behandelden ze patiënten en gaven theoretische en praktische opleidingen aan de Congolese collega's. Daarnaast gingen ze ook naar de lokale lagere scholen voor een preventiecampagne rond mondhygiëne.

Dr. Rudi Soubry
Mond- kaak- en aangezichtschirurg

*Dr. Soubry en Chris met hun congolese collega's*

# Vervroegde eenmaking dienst spoedgevallen Sint-Niklaas

De integratie tot één gespecialiseerde spoedgevallendienst in Sint- Niklaas is een feit. Een optimalere inzet van permanentieartsen, spoedartsen, verpleegkundigen en andere medewerkers die betrokken zijn bij het 'spoedgebeuren' nopen tot deze versnelde integratie.

De spoedgevallendienst van campus Sint-Niklaas - L. De Meesterstraat zal gesloten worden vanaf vrijdag 3 oktober om 21.00 uur. Beide diensten zullen vanaf dan samengevoegd worden op de site in de Moerlandstraat. De grotere aanwezigheid van het aantal acute bedden op deze site en de iets grotere capaciteit van de spoedgevallendienst zijn hierin doorslaggevend geweest.

Toch zal een uitbreiding in oppervlakte van deze nieuwe samengevoegde spoedgevallendienst noodzakelijk zijn om de globale capaciteit aan spoedopnames te verwerken. Deze uitbreiding wordt gezocht in de aanpalende afdeling B0, waar heden het oncologisch, chirurgisch en internistisch dagziekenhuis zijn gehuisvest. De verhuis van het oncologisch dagziekenhuis naar de site Lodewijk De Meesterstraat moet hiervoor de nodige capaciteit bieden.

Uiteraard heeft deze integratie heel wat gevolgen voor de organisatie van het ziekenhuis. Praktische afspraken en procedures worden uitgewerkt. Wij houden u via onze nieuwsbrief "In de steigers" op de hoogte van verdere ontwikkelingen.

# Zorgstrategisch plan goedgekeurd

In de loop van de maand mei werd het nieuwe zorgstrategisch plan van het AZ Nikolaas voorgesteld aan de commissie van de Vlaamse Overheid.
Het nieuwe zorgstrategisch plan tekent de toekomstplannen uit voor het fusieziekenhuis en vertaalt die in een aantal bouw- en verbouwingswerken. Als de commissie zich akkoord verklaart met de visie in dit plan leidt dit tot financiële subsidiëring van de (ver)bouwwerken via VIPA.

## Campus Sint-Niklaas

In het zorgstrategisch plan wordt de toekomst uitgetekend van de centrale campus in Sint-Niklaas. Als basis voor de organisatie wordt de campus opgedeeld in een acute site die zich meer toelegt op het niet-planbare en hoog-risico deel van het patiëntenaanbod. Dit deel situeert zich op de site Moerlandstraat en impliceert de bouw van een “acute as” met de gespecialiseerde spoedgevallendienst, een afdeling intensieve zorgen, een CCU/Stroke-unit.
Ook de uitbouw van de acute hospitalisatiediensten situeert zich hier met onder andere de renovatie van alle verpleegafdelingen in het A-blok (waar momenteel o.a. geriatrie en gastro-enterologie zijn ondergebracht).

Anderzijds zal de site Lodewijk De Meesterstraat zich toeleggen op de zorg die planbaar en laag-risico is. Voorbeelden van deze planbare zorg zijn het chirurgisch dagziekenhuis en het oncologisch centrum.
In het plan worden ook een aantal grotere projecten opgenomen waarvan het nieuwe moeder/kindblok het meest tot de verbeelding spreekt. Dit betekent dat op termijn op de site in de Lodewijk De Meesterstraat een nieuwe vleugel wordt gebouwd waarin de pediatrie, de materniteit, de verloskwartieren en gerelateerde technische diensten en consultaties worden ondergebracht.

## Perifere campi

Ook de toekomst van de perifere campi wordt in dit zorgstrategisch plan uitgetekend.
Beveren krijgt in dit plan een nieuwbouw (dit was al vroeger goedgekeurd in het zorgstrategisch plan van AZ Maria Middelares en blijft behouden).
Temse wordt op termijn volledig geïntegreerd in de centrale campus in Sint-Niklaas. Het is wel de bedoeling om een goed uitgebouwde polikliniek te behouden in Temse.
De polikliniek in Sint-Gillis-Waas blijft ook behouden en zal op termijn ingebed worden in een lokaal zorginitiatief.
Hamme ten slotte stuit vanuit de Vlaamse Overheid op wat voorbehoud en is momenteel onderwerp van verder onderzoek.

Het zorgstrategisch plan werd door de commissie goedgekeurd zodat deze visie nu kan vertaald worden in concrete projecten die in de loop van de volgende jaren zullen uitgebouwd worden.

Dr. Marc Geboers
Medisch directeur
marc.geboers@aznikolaas.be

# De tevredenheidsindex

Onze gezondheidszorg behoort tot de beste ter wereld. Voor de meeste gezondheidsindicatoren zitten we in de top tien. En wat de tevredenheid over de aangeboden zorg betreft staan we op nummer één. Het medisch toerisme over de landsgrenzen heen onderstreept dit. Al moet je voor een portie cardiale stamcellen nog wel naar Thailand of Singapore (zie www.vescell.com). Die tevredenheid vloeit voort uit het uitgebreide aanbod aan zorgverstrekkers. 'On les aura par le nombre' orakelde ooit toenmalig premier Leburton in zijn conflict met de artsensyndicaten en hij zette de universiteitssluizen open. De dag van vandaag heb je in België straten met meer gevestigde artsen dan café's. En dat is niet niks.

Maar hoe is het met de tevredenheidsindex bij de zorgverstrekkers? De radioloog, die 's nachts een CT de sécurité komt schieten, bliksemt naar de assistent van dienst. Die heeft niemand om zijn verontwaardiging op af te reageren en kan enkel het gaspedaal hard induwen (om nogmaals geflitst te worden). Of de verpleegkundige, die een ganse nacht van bel naar bel liep – alsof de stadsbeiaardier gehospitaliseerd leek – en 's ochtends moedeloos moet rapporteren dat een patiënt erin slaagde over de bedsponden te klauteren en in één vloeiende beweging ook zijn I.V. lijn wist te verwijderen, maar desalniettemin niet tijdig het toilet kon bereiken. Ook anekdoten van huisartsen, die op een nachtelijk uur te velde 'pikogen' moeten behandelen zijn legio. De harde realiteit in de zachte sector.

Is er een verklaring voor de burn-out die ook onze meest bekwame mensen bedreigt? Of zit het enkel tussen onze oren? Hebben we dit beroep niet gekozen, goed wetende dat zowel hectische en heroïsche interventies als frustrerende futiliteiten onze dagen en nachten zouden kleuren? Stress - zal u zeggen - is van alle tijden en alle rassen.
Of is het een typisch Belgisch probleem, dat onze buurlanden minder kennen? Er zijn zeker facetten die eigen zijn aan onze contreien (we noemden reeds de plethora aan artsen, die de verwachtingen bij de bevolking deed scheefgroeien).

Maar in de eerste plaats wordt ons klein landje aan zee overspoeld door een aantal mondiale evoluties die de druk op de zorgverstrekkers opdrijven. Zo is er het Amerikaanse consumerism dat ook onze gezondheidszorg infiltreert. Slimme marketingjongens willen maar al te graag onze samenleving medicaliseren. Zij doen ons geloven dat we met zijn allen o.a. pre-hypertensie en pre-diabetes hebben. Dat we met zijn allen pre-terminaal zijn (is het leven niet per definitie steeds een terminale aandoening?).
Er zijn technologische ontwikkelingen, die de geneeskunde de laatste decennia ongekende mogelijkheden gaven maar die ook hoge verwachtingen oproepen. De media – in hun permanente strijd voor de kijk- en leescijfers - zijn niet vrij te pleiten van een ongenuanceerde berichtgeving over innovaties.
Ook de universiteiten drijven mee op deze golf van nieuwe ontwikkelingen, steeds op zoek naar de lucratieve spin-off, maar slagen er niet in de afgestudeerden het juiste perspectief mee te geven. Er is de juridische sector die intussen – naar Amerikaans voorbeeld – de medische sector ontdekt heeft en dit heeft geleid tot een defensieve geneeskunde, die de medische consumptie onnodig verhoogt. En de politici laten zich evenmin onbetuigd in hun vindingrijkheid bij het opstellen van regels, criteria, erkenningnormen. De tijd lijkt niet ver af dat het ziekenhuispersoneel een deel van zijn loon als variabel loon zal ontvangen in functie van de bereikte eindtermen, zoals bijvoorbeeld het aantal ziekenhuisinfecties op de dienst.

Hoe moet het verder? De gezondheidszorg is te belangrijk en moet onze aandacht blijven opeisen. Maar in de eerste plaats voor de patiënt. En niet voor de consument. Het opnieuw oriënteren van de gezondheidszorg naar de echte noden en ziekten. En hier moet de zorg efficiënt en deskundig zijn, in het besef van de eigen mogelijkheden en beperkingen. De media – die voor velen het enige houvast zijn geworden - moeten opvoeden tot realiteitszin bij de bevolking en ophouden onhaalbare verwachtingen voor te spiegelen. Van het internet is hier voorlopig weinig hulp te verwachten. Het zet de mensen vaak op een dwaalspoor of levert hen over aan big business.

Vraag niet aan de Staat wat die voor je gezondheid kan doen, vraag je eerst af wat je zelf voor je gezondheid kan doen. Het langzame opvoeden tot burgers met verantwoordelijkheidszin voor hun gezondheid en hun milieu, die het onderscheid leren maken tussen ongemakken en ziekte.
Ook universiteiten moeten opnieuw opleiden tot homo universalis en niet enkel tot deskundige - door guidelines geprogrammeerde - robotten.

Er is nog een lange weg te gaan. Intussen kan ik best leven met een lagere tevredenheidsindex bij de burgers en een sterker goed gevoelen bij de zorgverstrekkers.

Dr. Francis Ruys
Cardioloog