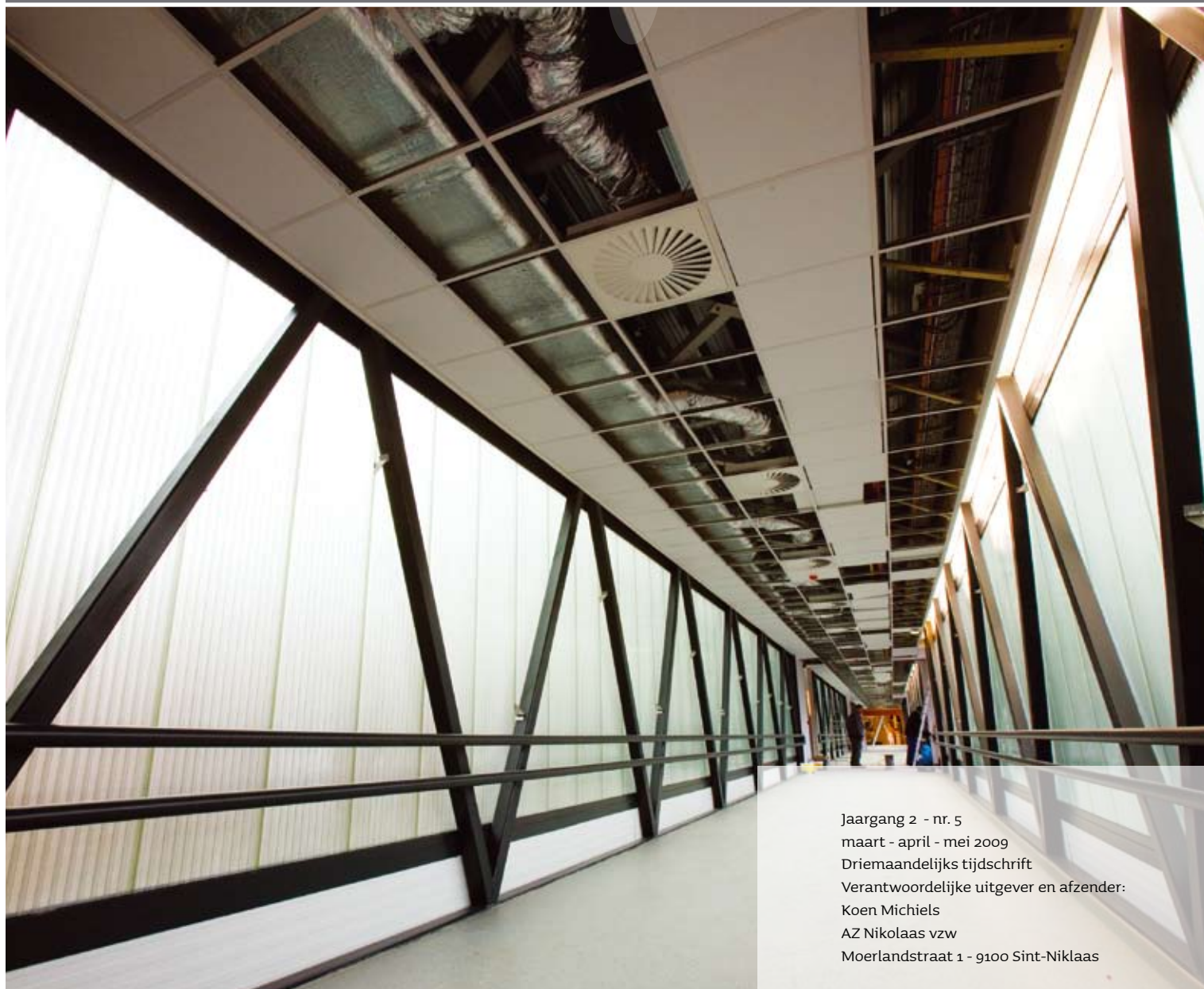


# Infusie

# 5

Driemaandelijks medisch informatieblad van de vzw AZ Nikolaas



Jaargang 2 - nr. 5  
maart - april - mei 2009  
Driemaandelijks tijdschrift  
Verantwoordelijke uitgever en afzender:  
Koen Michiels  
AZ Nikolaas vzw  
Moerlandstraat 1 - 9100 Sint-Niklaas

INFUSIE is een uitgave van AZ Nikolaas vzw en wordt 4 maal per jaar verspreid met een oplage van 2150 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:

Katrien Blauwhoff  
Saskia de Coster  
Saskia Feyaerts  
Dr. Kristof Hendrickx  
Prof. Dr. Herman Nys

#### VORMGEVING:

Dienst communicatie AZ Nikolaas

#### ILLUSTRATIES:

Alex Deyaert  
Natalie Nevelsteen  
Neil Vancraeynest  
Stock.xchng

Edito	3
Multidisciplinair team hoofd- en halsoncologie	4
Vernieuwde kinderafdeling: zorg op maat van kinderen	6
Infusie sprak met: dr. Johan De Meester	8
Orgaandonatie	12
Paspoort	13
Agenda	13
Klinische farmacie	14
Een huis voor zieken	16
Picture Archiving and Communication System	18
Column	20

## INGEBRUIKNAME BRUGVERBINDING CAMPUS SINT-NIKLAAS

**De verbindingsbrug tussen de twee voormalige ziekenhuizen AZ Maria Middelaes en AZ Waasland is een feit, op 4 maart werd de nieuwe brug in gebruik genomen. Meteen bij de start van de fusie was duidelijk dat er een bovengrondse brug noodzakelijk was om een vlotte verbinding tussen beide sites mogelijk te maken.**

Wie de interne circulatie binnen campus Sint-Niklaas kent, weet dat er sinds de realisatie van de dienst NMR een verbinding bestond tussen de 2 sites. Destijds konden enkel 'grote ziekenhuizen' of ziekenhuizen die een associatieovereenkomst afsloten een NMR-dienst uitbaten. Voorwaarde was dat de dienst NMR vanuit beide ziekenhuizen toegankelijk zou zijn voor intern beddentransport. Om dit mogelijk te maken werd er vanuit Maria Middelaes een brug over de Hospitaalstraat gebouwd en vanuit AZ Waasland een tunnel voorzien tot aan het NMR-gebouw. De brug over de Hospitaalstraat werd nu verder doorgetrokken zodat het traject van de site in de Moerlandstraat naar de site in de L. De Meesterstraat volledig bovengronds afgelegd kan worden. De brug is 136 meter lang.

Vooraf het intern beddentransport kan nu op een vlottere manier gebeuren maar ook bezoekers zullen de brug kunnen gebruiken om zich van de ene naar de andere site te begeven. Medewerkers en artsen zullen gemakkelijker van de ene dienst naar de andere dienst kunnen stappen wat de integratie van de verschillende medische disciplines en diensten in belangrijke mate ondersteunt.

Nagenoeg gelijktijdig met de ingebruikname van de brug is sinds kort ook een buizenpostsysteem operationeel. Kleine voorwerpen of documenten kunnen van de ene naar de andere site worden doorgestuurd. Zo is het mogelijk om in een tijdsspanne van een tweetal minuten bijvoorbeeld een bloedstaal van op het operatiekwartier site Lodewijk De Meesterstraat via de buizenpost te versturen naar het laboratorium op de andere site.

HENK CUVELIER - FUSIECOÖRDINATOR

# Editio

Wij zijn wat gewoon.

De bestsellerlijsten worden meestal bevolkt door een selectie van thriller- en misdaadverhalen. Op de buis worden we voortdurend geconfronteerd met reeksen die middels criminele masterminds hengelen naar onze aandacht. En de extreme vormen van misdaad die we op ons bord krijgen als we de bioscoopzaal binnenstappen, kunnen de goede smaak ver voorbij zijn. Maar het blijft allemaal fictie – ontsproten aan geesten waarvan we verder geen indicaties hebben dat ze niet normaal zouden functioneren.



Marc Geboers  
Medisch directeur

Af en toe bereiken ons berichten van extreme gewelddadigheid in de gewone maatschappij. Meestal komen die nieuwsflashes uit andere landen. Vooral de Verenigde Staten weten ons geregeld te verbazen door de mate van zinloos geweld die in deze maatschappij aanwezig is. Fenomenen als serial killers, massamoordenaars, ... hebben we opgepikt uit de nieuwsgaring van het nieuwe continent. En in landen waar een oorlog woedt (al dan niet in de klassieke zin van het woord) weten ze ook wel iets te vertellen over de perverse kanten van de menselijke natuur. En al die ellende wordt breed uitgesmeerd in onze kranten en TV-journaals.

Heel af en toe klopt dit soort geweld ook aan in onze eigen contreien. Dan wordt het land geschokt door een actie van één individu of een kleine groep, die plots wild om zich heen slaat. We vragen ons dan wel eens af hoe dit soort (Amerikaanse) toestanden ook hier bij ons kunnen voorkomen. De algemene verontwaardiging is groot en er worden maatregelen genomen om in de toekomst gelijkaardige incidenten te voorkomen.

En heel uitzonderlijk staat dit geweld aan onze eigen achterdeur. Alle hens aan dek op zo'n ogenblik. Even verstand op nul en de actieplannen uitvoeren zoals ze nodig zijn. Maar het emotionele en psychologische effect is verschroeiend en veroorzaakt ook behoorlijk wat collateral damage. Alle betrokkenen in de onmiddellijke en iets minder directe omgeving krijgen een uppercut. En het enige waar we ons kunnen aan optrekken is enerzijds onze professionele hulp die we aanbieden en anderzijds een gevoel van solidariteit in het verdriet en de verwerking.

Zoiets maakten we mee op vrijdag 23 januari 2009. Bij deze: nogmaals dank aan de inspanning van allen om deze ramp op een bovenmenselijke manier aan te pakken.

# Het multidisciplinair team hoofd- & halsoncologie

Jaarlijks worden er in België bij ongeveer 2000 mannen en 500 vrouwen gezwellen van het hoofd-halsgebied (hersenen uitgezonderd) vastgesteld. Dit is 7% van de totale kankerincidentie. De overleving verschilt sterk in functie van de tumorlokalisatie en het stadium.

Bij kleine glottiscarcinomen is de gemiddelde 5-jaarsoverleving uitstekend (90%). Ook beperkte tumoren (T1-T2) van de orale caviteit, de orofarynx of de supraglottis hebben een goede prognose (60-90%); bij lokaal meer gevorderde stadia en/of lymfekliermetastasen zakt de 5-jaarsoverleving naar 30-60%. Hypofarynxtumoren zijn bij diagnose vaak zeer uitgebreid of hebben vergrote lymfeklieren; de prognose is dan ook meestal zeer slecht (20-30%).

Radiotherapie en chirurgie, alleen of in combinatie, waren in het verleden de curatieve behandelingsmodaliteiten voor deze tumoren, met elk hun specifieke indicatie en voor- en nadelen. De laatste jaren wordt ook chemotherapie, voornamelijk als concomitante therapie met radiotherapie, frequent in de curatieve setting gebruikt.

Reeds in 1991 werd er in ons ziekenhuis een multidisciplinaire raadpleging opgericht om het behandelplan van deze patiënten te bespreken en om de patiënten nadien samen op te volgen. Dit gebeurde op de dienst MKA en NKO samen met een radiotherapeut. Sinds de structuur van het Multidisciplinair Oncologisch Consult (MOC) in 2002 wettelijk werd vastgelegd, werd dit initiatief in ons ziekenhuis verder uitgebouwd met een 2 wekelijks MOC op donderdagnamiddag en 3 gezamenlijke controleraadplegingen per maand, ook telkens op donderdag.

De evolutie in de behandeling van patiënten met een hoofd-halstumor kende de laatste jaren een grote vooruitgang. Op heelkundig vlak is de grootste vooruitgang te vinden in de reconstructieve mogelijkheden. In een gebied waar esthetiek en functie zeer centraal staan, is een brede resectie van het gezwel (spinocellulaire carcinomen worden met een marge van 1 tot 1,5 cm weggenomen) maar mogelijk als het ontstane defect ook goed kan gereconstrueerd worden. Spraak- en slikfunctie komen in het gedrang als de tong postoperatief weinig of geen mobiliteit meer heeft. Het meest courante herstel van defecten in de mondholte bestaat uit een fasciocutane lap die ter hoogte

van de voorarm wordt afgenomen. Een eiland van weefsel dat bevoeid wordt door de arteria en vena radialis wordt geïsoleerd. Hiermee wordt het defect gedicht. Voor de bevoeiing wordt een microanastomose van de donorvaten op de halsvaten uitgevoerd. Voor grotere defecten of defecten met botherstel is er een ruime keuze uit andere donorgebieden zoals onder andere de latissimus dorsi, de fibula of de bekkenkam.

Bij zeer grote tumoren, of in geval van falen van de radio- of chemotherapie voor larynxtumoren dringt zich ook hier heelkunde op. Als de tumor zich dicht bij of op de stembanden bevindt, is een laryngectomie nodig. Hierbij wordt het strottenhoofd met de stembanden weggenomen, en eindigt de trachea in een opening onderaan de hals (tracheostomie). De patiënt verliest dus zijn spraak, en heeft een definitieve canule. Recent is het mogelijk om door inplanting van een spreekknop de patiënt opnieuw een stem te geven. Een spreekknop is een eenrichtingsklep, aangebracht tussen luchtpijp en slokdarm, die toelaat lucht naar de slokdarm te sturen, maar belet dat eten in de luchtpijp terecht komt. Met klevers die over de opening van de luchtpijp (tracheostomie) worden aangebracht is luchtbevochtiging, een afscherming van de stomie, en hulp bij stemgeving geboden. Deze twee zaken hebben enorm bijgedragen tot comfortverhoging voor de laryngectomiepatiënt.

Tijdens de laatste jaren is er enorme vooruitgang geboekt in de technologische ontwikkelingen in de radiotherapie. Tot enkele jaren geleden werden patiënten behandeld met klassieke voor-achterwaartse en laterale bestralingsbundels met loden afschermingsblokken. Dankzij de ontwikkelingen op het gebied van 3D-computerplanning, medische beeldvorming en moderne bestralingstoestellen zijn nieuwe technieken mogelijk geworden. We kunnen de doelvolumes veel preciezer intekenen op de dosimetrie CT-scan door beeldfusie met MRI en PET-scan. De computerplanning laat toe om bestralingen vanuit niet-klassieke richtingen uit te voeren, waardoor een betere sparing van de normale weefsels mogelijk is. Bovendien kan de dosisverdeling binnen de doelvolumes aangepast worden door gebruik te maken van intensiteitsgemoduleerde radiotherapie (IMRT).

Deze technieken zijn voor de patiënt niet meer belastend dan klassieke bestralingen. De laatste verfijning op dit gebied is de tomotherapie, een toestel gebaseerd op de principes van de CT-scan, die een zeer precieze bestraling combineert met een op CT gebaseerde beeldgestuurde radiotherapie. Met de nieuwste technieken kunnen alle over- en onderdoseringen

gecompenseerd worden waardoor de kans op bijwerkingen of complicaties afneemt en de genezingskans vergroot.

De rol van chemotherapie in hoofd- en halstumoren is steeds beperkt geweest tot de palliatieve behandeling. Neoadjuvante chemotherapie en chemo-radiotherapie hebben de laatste jaren echter ook in de curatieve behandeling hun plaatst gekregen.

Associatie van chemotherapie aan radiotherapie in de behandeling van het lokaal gevorderd spinocellulair carcinoom van hoofd en hals verbetert de overleving in vergelijking met conventionele radiotherapie. Bij het gevorderde nasofarynxcarcinoom is dit voordeel het meest uitgesproken en dient chemo-radiotherapie beschouwd te worden als de standaardbehandeling. Inductiechemotherapie is een behandelingswijze die vaak toelaat de larynx te sparen bij gevorderd larynxcarcinoom, zonder de overlevingskans significant te verminderen. De vooruitgang in de curatieve behandeling van hoofd- en halskanker is gebaseerd op klassieke actieve cytostatica en gebeurde tegen de prijs van een verhoogde acute toxiciteit. Algemeen wordt gehoopt dat de ontwikkeling van de nieuwe generatie niet-cytotoxische antitumorale geneesmiddelen een even efficiënte maar minder toxische therapie zal toelaten.

Naast de drie therapeutische pijlers kunnen we in ons ziekenhuis een beroep doen op een aantal omringende diensten die noodzakelijk zijn bij de behandeling van deze patiënten. Regelmatig zijn deze patiënten op het ogenblik van de diagnose ondervoed door de slikproblemen, maar ook door jarenlang overvloedig alcoholgebruik, wat naast roken een etiologische factor is. Nutritief support, vaak met een tijdelijke PEG-sonde, is dan noodzakelijk. Posttherapeutische slik- en spraakrevalidatie gebeurt onder logopedisch begeleiding. Met overdreven tabak- en ethylgebruik als uitlokkende factoren, komen deze patiënten vaak uit sociaal moeilijker milieus. De rol van de sociale dienst is dan ook niet te onderschatten. Tot slot doen we ook een beroep op het palliatief supportteam, dat patiënten die curatief niet meer geholpen kunnen worden en vaak voor een minder aantrekkelijk levenseinde staan, optimaal begeleid.

We werken eraan om in het AZ Nikolaas een aanbod van curatieve zorg te bieden voor een groep van oncologische aandoeningen, die een uitdaging blijven. In eerste instantie beogen we bij deze agressieve tumoren een zo groot mogelijke overleving van de patiënt, maar dan ook op een zo functionele en menswaardige manier als mogelijk.

Dr. Kristof Berquin  
Mond- kaak- en aangezichtsheelkunde  
kristof.berquin@aznikolaas.be

Dr. Kristof Hendrickx  
Mond- kaak- en aangezichtsheelkunde  
kristof.hendrickx@aznikolaas.be

Dr. Willem Lybaert  
Medische oncologie  
willem.lybaert@aznikolaas.be

Prof. Dr. Daniëlle Van den Weyngaert  
Radiotherapie

Dr. Luc Verstraeten  
Neus - keel - en oorziekten  
luc.verstraeten@aznikolaas.be

# Vernieuwde kinderafdeling

## Zorg op maat van kinderen

### Vernieuwde kinderafdeling

De Kinderafdeling van de site Sint-Niklaas - L. De Meesterstraat is na grote veranderings- en uitbreidingswerken op 23 januari 2009 opnieuw in gebruik genomen. De afdeling van de site in de Moerlandstraat werd definitief gesloten.

De uitgebreide afdeling pediatrie bestrijkt thans een oppervlakte van 2400m<sup>2</sup>. In totaal kunnen er in 20 eenpersoons- en 11 tweepersoonskamers 42 kinderen opgenomen worden. Daarnaast zijn er nog 2 kamers die specifiek zijn ingericht om er polysomnografie (slaaponderzoek) te laten plaatsvinden. Onze vernieuwde kinderafdeling voldoet aan alle normen die in het zorgprogramma voor kinderen worden beschreven (zie kaderstukje). Zo zijn de patiëntenkamers o.a. uitgerust met TV en DVD, een afzonderlijke badkamer, kindermeubilair (naast het gewone meubilair) en een comfortabel bed voor één inslapende ouder (rooming-in).

Kinderen die de kamer mogen verlaten, kunnen onder begeleiding van een speljuf met leeftijdsgebonden spelmateriaal spelen en knutselen in de grote speelhoek. Patiëntjes die 'kamergebonden' zijn, krijgen bezoek van de speljuf en kiezen speelgoed waarmee ze op de kamer kunnen spelen. Er werd eveneens een binnentuin voorzien voor buitenspelactiviteiten en elke woensdag komen de cliniclowns langs op de afdeling.

Ook aan de ontspanning van de ouders is gedacht. Zij kunnen dag en nacht gebruik maken van de cosyroom: een huiselijk ingericht lokaal waar ze even tot rust kunnen komen, een (meegebrachte) maaltijd opwarmen in de microgolfoven of een kopje koffie, warme chocolademelk of een glas water drinken.

De afdeling beschikt over 2 afzonderlijke onderzoekskamers (zodat geen onderzoeken in de door het kind als veilig beschouwde patiëntenkamer dienen te gebeuren), een grote afdelingskeuken waar o.a. de maaltijden voor de 1 tot 2,5 jarigen worden geproportioneerd, een ruim dokterslokaal en verschillende dienstlokalen.

De deuren van de afdeling zijn blauw (patiëntenkamer), rood (dienstlokaal = niet toegankelijk voor patiënten) of geel (publieke ruimte). De kinderen kunnen hun kamer gemakkelijk terugvinden doordat elke kamerdeur voorzien is van een kamer-nummer én een uniek symbool. De muren van de afdeling zijn opgesmukt met leuke kinderversjes. Bijkomend wordt de afdeling het hele jaar door versierd in het kader van herkenbare thema's (lente, Pasen, ...).

Op de afdeling zijn naast pediatrie verpleegkundigen ook aandachtspersonen (die zich over het maaltijdgebeuren en de logistieke taken bekommeren), speljuffen en psychosociaal begeleidsters werkzaam. Er zijn 8 pediaters aan de dienst verbonden die 24u/24u bereikbaar zijn. Zij verzorgen eveneens consultaties op verschillende sites van het ziekenhuis. Naast de expertise van het "pediatrisch team" kan een beroep gedaan worden op de kennis van het infantteam van de dienst kinderen en jeugdpsychiatrie. Het infantteam richt zich zowel tot ouders en grootouders als tot hulpverleners die zich zorgen maken over de ontwikkeling van hun baby, peuter of kleuter. Uiteraard zijn er nog andere diensten die hun steentje bijdragen in de zorg voor de zieke kinderen: de melkkeuken van de Materniteit site Sint-Niklaas - L. De Meesterstraat zorgt dagelijks voor de toelivering van verse, individuele flesvoeding. De diensten OK,

### WETGEVEND KADER ZORGPROGRAMMA VOOR KINDEREN

Het KB dd 13.07.2006, dat in werking is getreden op 01.01.2007, stelt o.a. de normen vast waaraan het zorgprogramma voor kinderen moet voldoen om erkend te worden. Dit KB omschrijft op eenduidige wijze de kwaliteitsnormen die dienen nagestreefd te worden door alle ziekenhuisfuncties. Onder ziekenhuisfuncties wordt verstaan: de klassieke hospitalisatiedienst voor kinderen, de daghospitalisatie, de voorlopige hospitalisatie (= observatie van meer dan 4 uur in aangepaste lokalen zonder facturatie van het verblijf) en de ambulante raadplegingen. Het KB is van toepassing op alle kinderen die de leeftijd van 15 jaar niet hebben bereikt en die niet in een erkende K-dienst, M-dienst, NIC of N\* verblijven.

Het zorgprogramma voor kinderen stelt het zieke kind en zijn ouders centraal en organiseert de zorg rondom hen. Zo dienen de organisatie van een ziekenhuisfunctie als ook de infrastructuur en uitrusting derwijze uitgewerkt te zijn dat het ziekenhuisgebeuren een zo min mogelijke (negatieve) impact heeft op de belevingswereld van het kind. De voorwaarden waaraan de leiding dient te voldoen, de vereiste medische en niet-medische personeelsomkadering en deskundigheid worden uitvoerig beschreven. Een specifieke topic binnen het KB betreft de normen inzake kindvriendelijkheid, i.h.b. voor de functie "chirurgische daghospitalisatie".

# AZ Nikolaas



Spoedgevallen en Medische beeldvorming spannen zich eveneens in om de kinderen op een kindvriendelijke wijze te onthalen en te behandelen.

## Het nieuwe chirurgisch kinderdaghospitaal

Naast het bestaande kinderdagziekenhuis van de site Sint-Niklaas - Moerlandstraat, is begin 2009 een bijkomend kinderdagziekenhuis geopend op de site Sint-Niklaas - L. De Meesterstraat. Het chirurgisch dagziekenhuis sluit aan bij de vernieuwde kinderafdeling, maar vormt architectonisch en personeelsmatig een aparte eenheid. Op deze dienst kunnen 12 kinderen worden opgenomen voor dagingrepen. Er is een aparte onderzoekskamer en wachtzaal voorzien. De bedposities kunnen fysisch worden toegekend dankzij het gebruik van kamerschermen. Op het kinderdagziekenhuis werkt een vast team bestaande uit pediatriesch verpleegkundigen.

## WIE IS WIE?

Cynthia Paelinck	Hoofdverpleegkundige kinderafdeling en kinderdagziekenhuis
Dr. Gustaaf Verbeke	Pediater - Medisch diensthoofd
Dr. Herman Fizez	Pediater
Dr. Lucas Callewaert	Pediater
Dr. Ludo Thijs	Pediater
Dr. Joke Thijs	Pediater
Dr. Annick Covents	Pediater
Dr. Ilse Rijckaert	Pediater
Dr. Virginie Janssens	Pediater

Saskia Feyaerts  
Clustermanager Moeder & Kind  
saskia.feyaerts@aznikolaas.be

# Infusie sprak met...

## Dr. Johan De Meester

### Achter de schermen van Eurotransplant

Na veel onderzoek in laboratoria werd op 23 december 1954 met succes een niertransplantatie tussen twee broers (een ééneiige tweeling) uitgevoerd in Boston door het team van de professoren Murray en Merville. Transplantaties die nu worden uitgevoerd zijn: nieren, levers, harten, combinatie nier + pancreas, combinatie hart - long en pancreas. Als men een succesvolle transplantaatoverleving nastreeft, vereist dit het uitzoeken van een passend donororgaan voor een transplantatiekandidaat, met andere woorden matching, met behulp van een wachtlijst en een toewijzings-systeem. Een wachtlijst is onvermijdelijk omdat niet elk donororgaan passend is voor elke kandidaat, een toewijzings- of allocatiesysteem is noodzakelijk omdat vaak meer dan één transplantatiekandidaat geschikt is voor het aangeboden donororgaan. Er zullen in de toekomst steeds meer patiënten in aanmerking komen voor een transplantatie en het aantal beschikbare en geschikte menselijke donoren en donororganen zal beperkt blijven. Infusie sprak met dokter Johan De Meester, voormalig hoofd Medische zaken bij Eurotransplant International Foundation en sinds 1 januari 2009 nefroloog in AZ Nikolaas, over orgaandonatie en allocatie.

#### **Van 1992 tot 1999 was u 'head of medical affairs' van Eurotransplant International Foundation te Leiden. Wat hield de functie juist in?**

Eurotransplant International Foundation (ETI) is de orgaanuitwisselingsorganisatie van een aantal Europese landen, waaronder Nederland, België, Luxemburg, Duitsland, Oostenrijk en sinds kort ook Slovenië en Kroatië. Het is de bedoeling om tot een efficiënte matching van organen tussen donoren en patiënten te komen, met zo nodig nationale en internationale uitwisseling. Over deze matching bestaan duidelijke afspraken, verschillend van orgaan tot orgaan, en goedgekeurd door orgaanspecifieke ETI commissies.

Mijn functie als hoofd "medische zaken" kende diverse aandachtspunten, maar de kerntaak was om ervoor te zorgen dat het volledige proces van matching tussen donor en patiënt optimaal verliep; donormelding, donorevaluatie, beschikbare donororganen, opstellen van een toewijzingslijst, donororganen aanmelden bij transplantatiecentra, evaluatie van elke procedure, en tenslotte ook documentatie en administratie. Daarnaast was het mijn taak om de toewijzingscriteria kritisch te evalueren qua efficiëntie en eerlijkheid, de overleving van de getransplanteerde organen en patiënten op te volgen, voorstellen te doen qua optimalisatie van diverse procedures, opleiding van medewerkers, enz.

#### **U was werkzaam in Leiden. Is daar het operationeel centrum van ETI?**

Het hoofdkwartier van Eurotransplant bevindt zich inderdaad in Leiden. Dit is historisch zo gegroeid, want de eerste uitwisseling van een donornier gebeurde tussen Leiden en Brussel. Het hoofdkwartier van ETI te Leiden kan je vergelijken met een soort van callcenter. Alle informatie van de donoren komt via telefoon

- en de laatste jaren steeds vaker via het internet - daar terecht. Op basis van die informatie wordt, via een computerprogramma en aan de hand van de criteria een toewijzingslijst uitgewerkt. Deze lijst wordt per fax - of nu ook via het internet - ter beschikking gesteld van de geselecteerde transplantatiecentra.

#### **Als er in het AZ Nikolaas een donor beschikbaar is, hoe gaat men dan te werk? Wie wordt er gecontacteerd?**

Elk transplantatiecentrum heeft een eigen donorwervinggebied, zo werkt AZ Nikolaas samen met het transplantatiecentrum van het UZ Leuven. In het geval van een potentiële donor wordt er door de dienst Intensieve zorgen contact opgenomen met de transplantcoördinator van het UZ Leuven. Deze persoon zal de donorprocedure regelen: opvragen van alle gegevens van de donor, het donorregister raadplegen (indien verzet - stopt de procedure), evalueren van de geschiktheid van de donor, bijkomende tests uitvoeren, familie inlichten.

Vervolgens worden alle donorgegevens overgemaakt aan ETI. Een toewijzingslijst zal per orgaan opgesteld worden. Per lijst zullen de geselecteerde transplantatiecentra gecontacteerd worden. De transplantcoördinator staat ter beschikking van de geïnteresseerde transplantatiecentra indien zij nog bijkomende informatie nodig hebben. De donor blijft normaliter ter plaatse in Sint-Niklaas. Als duidelijk is waar de verschillende donororganen naar toe gaan, moet de explantatieprocedure georganiseerd worden. Bij een multi-orgaandonor is dit een stressvolle procedure, zeker als er centra vanuit het buitenland komen om het donororgaan te explanteren. Hart en longen worden veelal door het ontvangende transplantatiecentrum zelf uitgenomen, lever zowel door het ontvangende als door het lokale transplantatiecentrum, en de nieren quasi steeds door een team van het lokale transplantatiecentrum. Door de beperkte houdbaarheid



van de donororganen buiten het lichaam - de donororganen worden op 4°C bewaard - is de opgesomde volgorde van de organen belangrijk. Op een later tijdstip zal de transplantcoördinator de donorfamilie nog een bedankbriefje sturen met anonieme informatie over de getransplanteerde patiënten.

#### **Zijn die teams dan altijd beschikbaar?**

In de meeste transplantatiecentra is er een permanente, zowel qua explantatie- als transplantatie-teams.

#### **U was dus zelf geen transplantcoördinator?**

Neen, als medische staf bewaakten wij de overkoepelende organisatie van een donorprocedure. Uitzonderlijk moesten wij een toewijzing bijsturen om er voor te zorgen dat een goed donororgaan niet verloren ging.

#### **U hebt in die periode een doctoraatsthesis geschreven: 'In the queue for an organ transplant: studies on waiting list and allocation dynamics'. Patiënten moeten inderdaad soms lang wachten op een orgaan. Wat waren de conclusies van uw verhandeling?**

De keuze van het onderwerp van het proefschrift was ingegeven door het feit dat er al veel studies waren verricht naar de overleving van de donororganen en getransplanteerde patiënten, maar niet naar patiënten die op transplantatiewachlijsten staan. Dit aspect was tot dan nog nooit onderzocht. Het is nochtans belangrijk om de criteria te onderzoeken die gehanteerd worden om de patiënten te selecteren en te sorteren op een toewijzingslijst. Is er een gelijke kans voor elke patiënt op de wachtlijst?

Het eerste onderzoek betrof patiënten die langer dan vijf jaar op een niertransplantatiewachlijst stonden in Nederland. Wij merkten dat een groot deel van deze patiënten op medisch vlak niet meer voldeed voor een niertransplantatie en nog niet van de wachtlijst gehaald waren. Als gevolg van de studie werden deze patiënten niet meer vermeld in de officiële cijfers van de wachtlijst; men moet een juiste weergave geven van de behoefte. Ten tweede waren er heel wat patiënten die moeilijk een geschikt donororgaan qua weefselovereenkomst konden krijgen. Bij de ontwikkeling van het nieuwe toewijzingspro-



Dr. Johan De Meester - nefroloog AZ Nikolaas

gramma voor niertransplantatie, werd er met dit probleem rekening gehouden: hoe lager de kans op een goede match, hoe meer punten je kreeg. In het proefschrift werd er tevens onderzoek verricht naar alternatieve programma's om patiënten die veel antilichamen hadden tegen donoren toch een goede donornier aan te kunnen bieden. De matching qua bloedgroep bij een spoedeisende levertransplantatie (transplantatie < 24 uur) werd onderzocht om de kansen voor elke bloedgroep te vrijwaren: als je alle bloedgroep O levers afstaat aan niet bloedgroep O patiënten, wat ga je dan doen bij een bloedgroep O kandidaat die dus niet geholpen kan worden bij een bloedgroep A, B of AB lever?

Longtransplantaties werden ook onderzocht, in het bijzonder de oorzaak van het finaal longfalen - er zijn longziekten die snel evolueren en in principe tot de dood van de patiënt leiden, en er zijn longziekten die eerder traag evolueren. Er werden voorstellen geformuleerd om de factor 'type longziekte' te gebruiken als factor in de toewijzing. Tenslotte werd er iets gelijkaardigs onderzocht bij harttransplantatie, met name de ernst van het hartfalen.

### **Door uw thesis is men er dus in geslaagd een aantal toewijzingsprocedures te verbeteren?**

Met enige fierheid mag ik zeggen dat we op zijn minst een beter inzicht hebben verworven in deze problematiek. Geleidelijk aan werden de conclusies in de praktijk geïmplementeerd. Het was dus niet zomaar een onderzoek voor het onderzoek.

### **Hoeveel aanbod is er in het hoofdkwartier te Leiden?**

Het donoraanbod verschilt van dag tot dag. Ik dacht dat er gemiddeld vier à vijf donoren per dag werden aangemeld, dat zijn gemiddeld 17 donororganen. Dit lijkt misschien weinig, maar het blijft een complex gebeuren, een toewijzingsprocedure kan per orgaan gemakkelijk 1 à 3 uur duren eer het orgaan definitief geaccepteerd wordt. Dus, men is met meerdere procedures tegelijkertijd bezig.

### **Kunnen de wachtlijsten verkort worden?**

Wachtlijsten verkorten is zeer moeilijk. Eurotransplant houdt zich ook niet bezig met de uiteindelijke behoefte aan organen. Het zijn de transplantatiecentra die de aanmelding van potentiële transplantatiekandidaten krijgen en bepalen wie uiteindelijk geschikt is om op de lijst te komen. Deze criteria kunnen wat verschillen van centrum tot centrum en zijn vooral gebaseerd op de uiteindelijke meerwaarde van een transplantatie voor de patiënt: betere levenskwaliteit (nieren), langere overleving (hart, longen, lever), en vooral of dit niet te kortstondig is en of een patiënt een transplantatie medisch aankan.

### **Er zijn nog steeds patiënten die uiteindelijk geen orgaan krijgen.**

Dat is ook niet te vermijden. Er wordt alles aan gedaan om een patiënt tijdig te transplanteren, maar je kan toch niet een slecht passend orgaan transplanteren als je weet dat de transplantatie sowieso zal mislukken? Dit is ergens wel een logisch medisch plan - je weet nooit of het toch niet lukt -, maar het is wellicht toch een donororgaan dat voor iemand anders verloren gaat, met een grotere kans op succes. De kans op een voldoende langdurige succesvolle transplantatie moet mijn inziens

groot genoeg zijn. Zeker in de meer urgente transplantaties (hart, long, lever) kan bijkomend onderzoek nuttig zijn om de eventuele a priori zinloosheid na te kijken.

### **Vaak duurt het lang voor er een geschikt donororgaan is gevonden. Zijn er alternatieven om het tekort aan donoren op te lossen? Kan het wel worden opgelost?**

Laten we ons beperken tot niertransplantaties in België omdat ons land een goed basissysteem heeft qua donorwerving.

Er zijn nog twee mogelijkheden die (te) weinig toegepast worden in België. Een eerste categorie is de nierdonatie bij leven. Een niertransplantatie tussen broer en zus of tussen ouder en kind kent zeer goede resultaten. Tegenwoordig zijn gelijkaardige resultaten bekend bij niertransplantaties tussen partners. Uiteraard moeten de klassieke bloedgroepregels zoals steeds gerespecteerd worden, maar dergelijke transplantaties gebeuren te weinig. Vooral problematisch hierbij is dat de donor vaak aan zijn lot wordt overgelaten, niet medisch, maar wel qua werkverlet, eventuele financiële kosten, het ontbreken van een verzekering enz. Het wettelijk kader voor een orgaan-donatie bij leven en het verzekeringsaspect moet beter. Een tweede categorie zijn de zogenaamde non-heart-beating donoren (=hartdoden); dit principe is zeer goed ingeburgerd in Nederland. Omwille van het feit dat er een hartstilstand wordt afgewacht, kan de kwaliteit van het donororgaan wel wat minder zijn, zeker kort na de transplantatie. Maar op lange termijn zijn dergelijke niertransplantaties even goed.

### **U heeft zowel in België als in Nederland gewerkt waar er een verschil is in wetgeving in verband met transplantaties. Als gevolg van die wetgeving zijn er in Nederland minder organen beschikbaar. Kunt u de verschillen tussen beiden even toelichten?**

In België is iedereen automatisch donor tenzij men in het donorregister verzet heeft aangetekend. In Nederland is men geen donor tenzij men zich expliciet in het donorregister heeft laten registreren als donor. De medewerking van de bevolking is eerder beperkt, en aldus moet men nog steeds de toestemming tot orgaan-donatie vragen aan de familie.

### **In België vraagt men toch ook toestemming aan de familie?**

Strikt genomen betreft het in België geen toestemming maar wordt de familie geïnformeerd over de donorprocedure. Het hangt dan van de arts af hoe men de repliek van de familie interpreteert. Moest men in België het informatieprincipe strikter toepassen dan zouden er waarschijnlijk meer organen beschikbaar zijn. In ongeveer 30% van de donorprocedures wordt een potentiële donorprocedure stop gezet omwille van weerstand bij de familie.

### **Zou het dan niet beter zijn dat er een gemeenschappelijke regeling en Europese wetgeving zou bestaan?**

Dat is nooit gelukt. Volgens mij is er een Europese wetgeving maar daarin heeft men het aspect qua organisatie van donor-schap vrijgelaten.

**Onlangs klaagde Patrick Van Krunkelsven in de media (De Standaard, Terzake) het orgaantoerisme aan. Volgens hem verdwijnt ongeveer 10% van het Belgische aanbod naar het buitenland. Bent u akkoord met de stelling van deze collega-arts en politicus?**

Eurotransplant is ontstaan uit solidariteit tussen verschillende landen, met het oog op het bereiken van de beste overleving van de donororganen (nieren) en op het vermijden van de dood van een patiënt (hart, longen, lever). Uitwisseling van organen is noodzakelijk om dit doel te verwezenlijken. Het is te begrijpen dat de grootte van de nationale wachtlijst deze uitwisseling toch wat stuurt. Het aantal patiënten met een potentiële perfecte donorniermatch is kleiner bij een wachtlijst van 800 (België) dan bij een wachtlijst van 10000 (Duitsland). Hele grote verschillen worden tegenwoordig vermeden door compensatiemechanismen in het toewijzingsstelsel. Een perfecte uitwisselingsbalans is niet haalbaar. Het probleem is dat sommige landen het solidariteitsprincipe beperkt hebben. Bepaalde organen mogen het donorland niet verlaten, zelfs niet voor een patiënt in hoge nood, vooraleer alle nationale kandidaten een aanbod gekregen hebben. Dit is momenteel bij wet van kracht in Nederland en Duitsland. Dergelijke wetgeving beperkt natuurlijk de uitwisseling en ondermijnt mijn inziens het solidariteitsprincipe. Bovendien liggen de cijfers qua orgaandonatie na overlijden lager per miljoen inwoners in Nederland en Duitsland. Voor dit probleem heeft Eurotransplant nog geen oplossing gevonden.

**Heeft het dan wel zin om met Eurotransplant verder te gaan?**

Een internationale solidariteitsgedachte blijft belangrijk voor spoedeisende transplantaties en voor patiënten voor wie heel moeilijk een orgaan te vinden is. Het is juist door de wat protectionistische wetgeving van sommige ETI-landen dat dit principe van solidariteit uitgehold wordt. Maar het is zoals bij een verzekering: je betaalt je premie voor het geval je ooit de dienstverlening nodig hebt. Er zijn inderdaad bedreigingen voor Eurotransplant als allocatie-organisme. Omwille van de beperkte beschikbaarheid van donororganen moet men ervoor zorgen dat elke aanpassing in het toewijzingsprogramma op voorhand getest wordt. Dan pas kan men weten of een goedbedoelde maatregel voor een bepaalde categorie van patiënten niet een averechts effect heeft voor een andere categorie van patiënten. Veelal heeft het toch een impact op de internationale uitwisseling van donororganen. Dit simuleren van een bepaalde maatregel wordt heden nog maar zelden verricht, zoals de herdefinitie van "wachttijd", quotum buitenlanders, enz.

**Het is toch eigenaardig dat Nederlanders die in hun eigen land niet op een wachtlijst staan in België toch een orgaan kunnen krijgen?**

De medische consensus gaat in Nederland zo ver dat men zegt 'die persoon voldoet niet aan de criteria om op een lijst te komen'. Uit ervaring weten we dat een aantal van deze mensen hier in België met succes getransplanteerd kunnen worden. De criteria zijn in Nederland waarschijnlijk iets te strikt. Het is moeilijk om daar een consensus over te vinden.

In Eurotransplant is er vrij verkeer van patiënten tussen de verschillende lidstaten. Het transplantatiecentrum is verantwoordelijk voor de acceptatie van een inwoner van een ETI-lidstaat op de transplantatiewachtlijst. Natuurlijk wil men patiënten die eventueel afgewezen zijn voor een transplantatie omwille van strenge lokale richtlijnen toch helpen omwille van expertise en zorg. Men staat niet stil bij het feit dat men hierbij een lokaal donororgaan gebruikt. Het is ondenkbaar dat een ETI-lidstaat die een patiënt lokaal heeft afgekeurd als transplantatiekandidaat een donororgaan zal schenken aan een andere ETI-lidstaat die dan wel de transplantatie zal uitvoeren. Zo ver gaat de solidariteitsgedachte niet. Het wordt heel moeilijk om, met de Europese wetgeving in het achterhoofd, hiervoor een oplossing te vinden.

Een groter probleem zijn de patiënten van buiten ETI die op de transplantatiewachtlijst komen te staan. Hiervoor werden quota bepaald, maar deze kunnen toch wat omzeild worden. Transplantatiecentra kunnen dergelijke patiënten moeilijk weigeren, omwille van het prestige, financiële inkomsten, etc. De Belgische Transplantieraad zou in overleg met het Ministerie voor Volksgezondheid, het Riziv en Eurotransplant voor de laatste twee problemen duidelijke criteria kunnen opstellen, die door alle Belgische transplantatiecentra gevolgd moeten worden.

**U bent nu als nefroloog werkzaam in AZ Nikolaas. In hoeverre bent u nog actief betrokken bij transplantaties? Plant u in de ( nabije) toekomst nog bepaalde acties - initiatieven?**

Ik ben niet meer actief betrokken bij transplantaties. In elk dialysecentrum zijn er echter patiënten die voor transplantatie in aanmerking komen. Het is belangrijk om daar als nefroloog aandacht voor te hebben, en het is natuurlijk een voordeel dat je de toewijzingsprocedures en -programma's goed kent. Hierdoor kan vaak onmiddellijk de juiste aanpak gevonden worden. Informatieverstrekking is ook heel belangrijk, met mijn ervaring kan ik de patiënten goed uitleggen waarom ze soms zo lang moeten wachten. Het is uiteraard ook mijn bedoeling om die kennis met mijn collega's te delen. Tenslotte zullen wij ook eraan werken om onze getransplanteerde patiënten sneller terug te zien op de polikliniek nierziekten in het AZ Nikolaas.

**Bedankt voor dit gesprek!**

DR. LEO VERGUTS

# ORGAANDONATIE

Sinds 1986 bestaat er in ons land een wet die het wegnemen van organen voor therapeutische transplantaties regelt. De zogenaamde *geen bezwaarregel* (iedereen is overleden donor, behalve wie zich heeft verzet) heeft ons land samen met andere landen als Spanje en Oostenrijk op de wereldkaart gezet betreffende het aantal transplantaties.

Toch is er geen reden om zelfgenoegzaam achterover te leunen omdat we het zoveel beter zouden doen dan de rest. Integendeel, het kan verkeren, al was het maar omdat het aantal slachtoffers van auto- of motorongevallen - en dus ook het aantal overleden donoren - in ons land eindelijk begint af te nemen. Er zijn landen die ook de *geen bezwaarregel* aanhangen en waar het aantal overleden donoren toch zeer laag is, zoals onder meer Griekenland.

Recent onderzoek wijst uit dat de *geen bezwaarregel* maar één element is tussen vele andere die het succes of het falen van orgaanwegnemingen verklaart, waaronder vooral de lokale coördinatie van wegnemingen en het betrekken van de nabestaanden in de besluitvorming. Bovendien komt de toepassing van de *geen bezwaarregel* in ons land neer op een veronderstelde toestemming terwijl de oorspronkelijke bedoeling toch wel een stilzwijgende toestemming was. Dat verschil is zeer belangrijk. De bevolking moet constant worden voorgelicht over de *geen bezwaarregel* zodat zij die zich niet verzetten tegen het overleden donor zijn, dit met kennis van zaken doen. Het *geen bezwaar* kan dan als een echte toestemming, zij het een stilzwijgende, worden begrepen.

De overheid laat al jaren na dergelijke voorlichting te geven. In de overigens voortreffelijke beldonor, be-brochure, waarin wordt opgeroepen zich als donor te laten registreren, wordt met geen woord gerept over de *geen bezwaarregel*. Zo wordt toch de indruk gewekt dat men alleen overleden donor is wanneer men zich heeft laten registreren. Maar dat is niet zo. Veel mensen die zich niet verzetten, beseffen niet dat zij ook overleden donor zullen zijn, omdat zij niet op de hoogte zijn van de *geen bezwaarregel*. Opdat de bevolking het vertrouwen in de *geen bezwaarregel* zou behouden, is het even belangrijk te wijzen op het bestaan van die regel, als mensen op te roepen zich te laten registreren als overleden orgaan-donor.

Het lange aantal levende orgaandonoren in ons land stemt ook tot nadenken. De verklaring hiervoor mag niet eenzijdig in de wet van 1986 worden gezocht, maar er is toch wel enig verband.

Om als levende donor een niet regeneerbaar orgaan af te staan, moet de receptor in levensgevaar verkeren en mag het gebruik van een overleden donororgaan niet dezelfde resultaten opleveren. De eerste voorwaarde leidt in de praktijk tot heel wat discussie: is een nierpatiënt die aan de dialyse ligt in levensgevaar? Volgens mij wel, maar niet iedereen is daarvan overtuigd en dat leidt tot juridische onzekerheid. De tweede voorwaarde, die bekend staat als de subsidiariteitsregel, is in de praktijk achterhaald. Hij is bedoeld om levende donoren te beschermen, maar dan kan ten koste gaan van de bescherming van de overleden donoren. Die regel zou beter uit de wet worden geschrapt.

Een belangrijk argument hiervoor is de ontworpen Europese wet voor de kwaliteit en de veiligheid van organen voor transplantatie die in december 2008 bij het Europese parlement werd ingediend. Ook die ontworpen wet bevat enkele bepalingen ter bescherming van levende en overleden donoren, maar de subsidiariteitsregel is er niet in opgenomen.

PROF. DR. HERMAN NYS  
PROFESSOR BIOMEDISCHE ETHIEK EN MEDISCH RECHT  
KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN  
VOORZITTER RAAD VAN BESTUUR - AZ NIKOLAAS

Uit: De Huisarts - 12 februari 2009 - Nr. 908



## Dr. Christine Franckx - Kinder- en jeugdpsychiatrie

**Dr. Christine Franckx** (° Wilrijk, 1958) studeerde geneeskunde aan de Universiteit Antwerpen. Zij behaalde haar kandidaatsdiploma **Psychologie** aan de Katholieke Universiteit Leuven waarna ze aan de Universiteit Antwerpen haar erkenning als **neuropsychiater** behaalde. Daarna specialiseerde ze zich in de Verenigde Staten in de **kinderpsychiatrie**.

Dr. Franckx heeft sinds 1991 een privépraktijk, waarnaast ze eveneens werkzaam was in het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Andante te Berchem en als psychoanalyticus voor de Belgische Vereniging voor Psycho-analyse. Ze heeft eveneens ervaring in de forensische kinderpsychiatrie en volgde een opleiding baby-observatie volgens Esther Bick.

Dr. Franckx interesseert zich voornamelijk in Kinderanalytische psychotherapie en Infantpsychiatrie; pre- en postnatale zorg voor het kind tussen 0 en 3 jaar.

Dr. Franckx maakt sinds februari deel uit van het team van de dienst kinder- en jeugdpsychiatrie van het AZ Nikolaas.

## Agenda

12 maart

**Seminarie Mond- Kaak- en Aangezichtsheelkunde:  
New approaches for surgical management of the esthetic and posterior areas**  
Serwir - Koningin Astridlaan 57 - 9100 Sint-Niklaas - 14.00 uur

12 maart

**Videoconferentie**  
AZ Nikolaas - Campus Sint-Niklaas - Moerlandstraat - Audiovisuele zaal - 19.00 uur

4 april

**Symposium pediatrie:  
pediatrisch compendium, infectieziekten, vaccinaties, herkennen ernstige infecties**

9 april

**Videoconferentie**  
AZ Nikolaas - Campus Sint-Niklaas - Moerlandstraat - Audiovisuele zaal - 19.00 uur

23 april

**Symposium orthopedie: Sportletsels: preventie & behandeling**  
Serwir - Koningin Astridlaan 57 - 9100 Sint-Niklaas - 20.15 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](http://www.huisartsenkoepelwaasland.be) onder de rubriek "navorming" en "kalender".

# Klinische farmacie

Eind 2007 werd er door de overheid een nationaal pilotproject ter evaluatie van de impact van klinische farmacie in de Belgische ziekenhuizen gelanceerd. AZ Nikolaas werd samen met 27 andere ziekenhuizen geselecteerd voor deelname aan dit project en kreeg hiervoor van de overheid financiering voor een halftijds klinische apotheker. Het project in AZ Nikolaas loopt momenteel in samenspraak met dr. Jordi Miguel op de twee geriatrie afdelingen van de campus Beveren. Concreet betekent dit dat klinisch apotheker Katrien Blauwhoff, elke voormiddag werkzaam is op deze afdelingen.

Doel van het project in ons ziekenhuis is de rationalisatie van de geneesmiddelen therapie van alle opgenomen patiënten op deze geriatrie afdelingen, rekening houdend met een bejaarde patiëntenpopulatie. Polyfarmacie en co-morbiditeiten zoals lever- en nierinsufficiëntie maakt dat bejaarde patiënten zeer gevoelig zijn voor interacties tussen geneesmiddelen en potentiële nevenwerkingen van de ingestelde therapie. Een regelmatige herevaluatie van hun geneesmiddelen therapie is daarom zeer zinvol.

De rol van de klinisch apotheker is dan ook zonder meer duidelijk: zij beoordeelt de medicatie bij opname, met bijzondere aandacht voor de switch van (generische) thuismedicatie naar medicatie uit het ziekenhuisformulier en bereidt ook de medicatie bij ontslag van de patiënt voor. Eén van de moeilijkheden op de afdeling geriatrie is de anamnese van de medicatie bij de patiënt zelf, omdat deze vaak niet zelf instaat voor het klaarleggen van zijn eigen medicatie. Bij vragen of problemen contacteert de apotheker eventueel de huisarts, het rusthuis of de familie van de patiënt.

Tijdens de opname bekijkt de klinische apotheker alle geneesmiddelen van de patiënt en doet zo nodig voorstellen voor wijziging van de medicatie, in functie van klinische en laboparameters. Hierbij wordt er bijzondere aandacht besteed aan interacties tussen geneesmiddelen, dosisreducties bij nier- en leverinsufficiëntie, stoppen van overbodige therapie,... Om deze taak naar behoren uit te kunnen voeren, heeft de klinisch apotheker dan ook volledige toegang tot het medische dossier van de patiënt en kan de totaliteit van de medicamenteuze behandeling overzien. De activiteit van de klinisch apotheker op de afdeling staat onder supervisie van de behandelende arts en alle voorstellen worden dan ook besproken met de arts die de finale beslissing neemt over al dan niet aanpassen van de medicatie. Het merendeel van de interventies gebeurt bij het nakijken van individuele patiëntendossiers: er worden zeer vaak adviezen



gegeven door de apotheker in verband met noodzakelijke dosisreducties bij nier- en leverinsufficiëntie en afbouw van onnodige therapieën bij hoogbejaarde en/of terminale patiënten. Het gemiddelde aanvaardingspercentage ligt hoog: 84% van alle voorstellen wordt aanvaard door de arts.

De goede samenwerking met geriater dr. Jordi Miguel zorgt er voor dat de klinische farmacie écht wordt geïntroduceerd in het zorgtraject van de patiënt.

Ook voor de verpleging biedt deze 'apotheker op de afdeling' voordelen: de apotheker is er het rechtstreekse aanspreekpunt van de apotheek en kan tevens snel advies geven over klaarmaken van intraveneuze toedieningen, pletten van medicatie, tijdstip van toedienen,... Er werden in samenspraak met de hoofdverpleegkundigen Lydia Van Royen en Chris De Ruyscher al diverse initiatieven genomen zoals het opstellen en aanpassen van procedures en een bijscholing in verband met pletten van medicatie. De verpleegkundigen gaan ook bewuster om met het hele medicatiegebeuren op de afdeling, wat leidt tot een hogere patiëntveiligheid.

Het is de bedoeling om in de nabije toekomst de klinische farmacie verder te ontplooiën op de afdelingen geriatrie op de campussen in Hamme en Sint-Niklaas. In een later stadium zou dit project ziekenhuisbreed kunnen uitgebreid worden tot elke poly-gemediceerde geriatrie patiënt in het AZ Nikolaas, via een samenwerking met de werkgroep 'geriatrie liaison'.

AZ Nikolaas mag terecht fier zijn dat het in België mee koploper is in deze specialistische farmaceutische zorg.

KATRIEN BLAUWHOFF  
ZIEKENHUISAPOTHEKER



# Nationaal pilootproject ter evaluatie van de impact van de klinische farmacie in de Belgische ziekenhuizen



## AZ Nikolaas Sint Niklaas: klinische farmacie op de afdeling geriatrie

Apr.K.Blauwhoff – Dr. J.Miguël – Apr.A.Meganck diensthoofd apotheek- Dr.M.Geboers medisch directeur – C.De Ruysscher en L.Van Royen hoofdverpleegkundigen G

### Inleiding

#### Context:

- Polyfarmacie en co-morbiditeiten zoals lever- en nierinsufficiëntie maakt bejaarde patiënten zeer gevoelig voor interacties tussen geneesmiddelen en nevenwerkingen van medicatie.

#### Doelstelling:

- Rationalisatie van de geneesmiddelentherapie van geriatrische patiënten

#### Projectteam:

- K. Blauwhoff, ziekenhuisapotheker
- Dokter J. Miguël, geriater
- C. De Ruysscher, hoofdverpleegkundige ger C0
- L. Van Royen, hoofdverpleegkundige ger A2

### Methodes - Domeinen

- 1 klinisch apotheker op 2 afdelingen Geriatrie (totaal 36 bedden) halftijds
- Registratie van alle activiteiten en interventies met aanvaardingsgraad door arts

#### •Bij opname :

- beoordelen van thuismedicatie
- Switch thuismedicatie naar formularium
- Juist overnemen thuismedicatie op verpleegplan

#### •Tijdens opname :

- opvolgen van medicatiedossiers
- Aandacht voor dosisreducties, interacties, switch IV naar PO, pletten van medicatie, ...
- Deelname aan wekelijks multidisciplinair overleg

#### •Bij ontslag :

- voorbereiding van ontslagmedicatie
- Switch formularium naar thuismedicatie
- Juist overnemen medicatie in ontslagbrief

### Literatuur - referenties

-Clinical Pharmacy and Therapeutics  
-Compendium 2007  
[www.cebam.be](http://www.cebam.be)  
[www.bcfi.be](http://www.bcfi.be)  
[www.pletmedicatie.be](http://www.pletmedicatie.be)

### Voor meer informatie

- Katrien Blauwhoff
- Tel 03/760.28.66
- katrien.blauwhoff@aznikolaas.be
- AZ Nikolaas, Moerlandstraat 1, 9100 Sint-Niklaas

### Bedanking

-Dr. J. Miguël  
-Verpleging van geriatrie A2 en C0 Beveren  
-Directie van AZ Nikolaas, St-Niklaas

### Resultaten

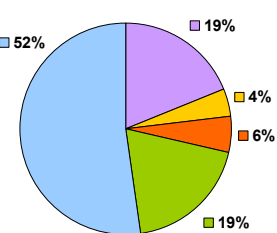
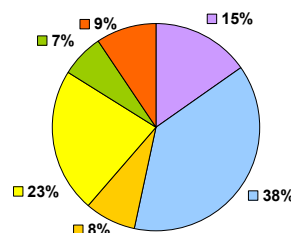
#### Start project op Cardiologie : 01-09-2007 tot 14-04-2008 :

Geen resultaten toegevoegd

#### Resultaten project Geriatrie : 15-04-2008 tot 24-10-2008 :

Aantal interventies<sup>(1)</sup>: 204

aantal activiteiten<sup>(2)</sup>: 395



switch thuismedicatie

wijziging medicatie-opdracht

voorstel tot monitoring

juiste toediening

switch ontslagmedicatie

vraag arts/verpleging

nakijken medicatiehistoriek

opvolging indicatoren (K+, INR,...)

informatieverstrekking

ontslagbegeleiding

opvolgen patiëntendossiers

(1) Interventie: advies tot aanpassing therapie of opvolging ervan  
(2) Activiteit :vooraf bepaalde klinisch farmaceutische handelingen

### Bespreking; Knelpunten; Opmerkingen

#### Knelpunten:

-De continuïteit van de farmaceutische zorg komt soms in gedrang door aanwezigheid van slechts halftijds klinisch apotheker op afdeling : ideaal zou zijn een tweede halftijds apotheker bij om een als echt klinisch team te kunnen werken, en de klinisch aanwezigheid te kunnen uitbreiden naar andere geriatrische afdelingen

#### Pluspunten:

-goede samenwerking met de project-arts waardoor de klinische farmacie écht geïntroduceerd wordt in het zorgtraject van de patiënt  
-apotheker op afdeling wordt ook door verpleging als positief ervaren : informatieverstrekking over o.a. toediening van medicatie

### Conclusies

-87% van de interventies aanvaard door arts

-verhoogde patiëntveiligheid op de afdeling geriatrie

-ziekenhuisdirectie ziet meerwaarde van klinische farmacie in en bespreekt momenteel de strategie voor verdere ontplooiing van klinische farmacie naar alle geriatrische afdelingen van AZ Nikolaas

- bredere aanvaarding van de klinische apotheker binnen het ziekenhuis (vraag van andere afdelingen), zelfs met uitstraling extramuros

# Een huis voor zieken

Ik breng u opzienbarend nieuws over uw ziekenhuis. Ja, ik aan u die daar dag na dag de katheders verslijt, de liftdeuren ramt als u er een bed met patiënt induwt, u die de koffieautomaten overuren doet maken, u die de gangen en de mensen van binnen en van buiten, van onder en van boven, kent.

Nu we het over die gangen hebben - als mijn woorden even ingewikkeld waren als de gangen, dan waren we nu al hopeloos verloren. Ik was blij dat ik naast de grote vriendelijke meneer de directeur, ook boekenspecialist en hartwurm, in die louche ondergrondse tunnel liep, want anders was die spontane overdosis adrenaline mij fataal geworden. Na een tocht van tien uur onder de grond leek het mij niet onmogelijk dat er mensen waren die hun hele leven in dit ziekenhuis doorbrachten. Je kon hier geboren worden, een heel leven als een nomade rondzwerven, een succesvolle carrière als dief opbouwen waarbij je ongezien bedden en apparaten van de ene afdeling aan de andere verkocht, je kon een reisje maken naar een negentiende-eeuws nep-Egypte of rustig gaan vissen in de vijver, om ten slotte na een rijkgevuuld leven tevreden je ogen te sluiten, allemaal in dit ziekenhuis.

We lieten de gang achter ons en ik liet de directeur achter. Eén sleutel opende alle deuren voor mij. Ik ploeterde door bouw-werven, klom over kamerschermen en muren en dook via de vijver in de pot spaghettisaus van de keuken. De mixer voor de fruitpapjes maakte wel erg veel kabaal, maar al gauw bleek dat het een helikopter was die buiten met zijn wieken stond te draaien.

‘Stap maar in,’ zei de piloot en ik ging zitten naast een frigobox vol lawaaijer organen.

Vanuit de lucht gezien was het hele ziekenhuis plat, plat en eenvoudig. Van bovenuit was het een vlak met driehonderd-achtthien hoeken. De helikopter zakte en we vlogen langs de ramen. Een verpleegster op de zevende verdieping blies een kusje naar de piloot. Ze stond stiekem een sigaret te roken onder de dampkap van het biologische labo met onderdruk.

Ik had me vroeger vaak afgevraagd hoeveel ongelukken ambulances veroorzaken, hoe de gaarkeukens in ziekenhuizen hun eten platgekookt kregen, hoe de verpleegsters op hun stoffen sloffen door de gangen gleden zonder te vallen. Maar die vragen waren allemaal weggewaaid nu ik langs dit gebouw vloog. Stel dat dit een gewoon huis was. De mensen zouden zeggen: wat een boeltje, wat een oer-Vlaams allegaartje van gebouwtjes en koterijen. Wie kan hier ook maar de voordeur vinden? Hoe kan hier een goed huishouden draaien?

Het antwoord zou eenvoudig zijn: niet.

En toch viel het niet te ontkennen: dit ziekenhuis werkte efficiënt en discreet. Zieke mensen werden hier op de stoep gedropt en kwamen nagelnieuw, stralend en misschien wel gebotoxed weer buiten. Ik wilde het geheim achter dat succes kennen. Hoe was het mogelijk om in chaos orde te creëren? Dat was ook het grote vraagstuk van mijn leven.

Ik plande om undercover nog eens terug te komen. Ik had er duidelijk iets te zoeken, in het ziekenhuis van Sint-Niklaas. Ik had er stof te zoeken. Stof, dat vervelend goedje dat uw kasten ondersneeuwt en uw nieuwe laptop er na een week afgeleefd doet uitzien.

Ik ben undercover teruggegaan en ik heb mij dom gehouden. Domme mensen kunnen het heel ver schoppen, zelfs als ze niet blond maar ravenzwart zijn. De truc ligt erin te volharden in je onwetendheid, je dwaasheid, je achterlijkheid. En dan krijg je alles gedaan. Probeer het maar eens. Voor je het weet sta je te barbecueën met Anne de Baetselier.

Iedereen kent het verhaal van de poetsvrouw die tijdens de directievergadering de flipchart aan het afstoffen is. Zij zit in het zenuwcentrum, het hartatrium, van de instelling. De mensen die vergaderen, denken dat zij hun taal niet spreekt of dat zij meer geïnteresseerd is in Laura Lynn op haar iPod. Wat zij niet weten is dat de poetsvrouw alles verstaat en dat zij beter hoort dan een vleermuis. Sommige poetsvrouwen werken met zulke geavanceerde technieken dat zij erin slagen via iPod oortjes geluid op te nemen. Dat heb ik geleerd toen ik een stage schoonmaken deed bij de Staatsveiligheid. Ik heb daar ook geleerd dat als een man een krant voor zijn gezicht houdt met een gat op ooghoogte, dat niet is om naar je mooie kuiten te kijken.

Ik was de perfecte leerling en nu de perfecte spion. Ik speelde poetsvrouw tijdens de



directievergadering. Ik luisterde mee terwijl de belangrijkste beslissingen genomen werden in de Egyptische zaal. Exclusief en speciaal voor u heb ik de transcriptie van een belangrijke vergadering. Een van die vergaderingen die de werking van het hele systeem blootlegt, die een deel van het geheim prijsgeeft. (Om redenen van privacy zijn de namen veranderd)

*'Er is niet genoeg ruimte,'* zegt Nicole.

*'Hm, we kunnen niet uitbreiden in de breedte,'* zegt Hugo. *'De hele oppervlakte is volgebouwd.'*

*'Wat zullen we dan doen?'*

*'Goh, we kunnen in de grond verder graven als wormen.'*

*'Een prima plan, dat doen we.'*

(Enige tijd later)

*'We hebben de grond verder uitgegraven. En nu zit de grond vol. Als hier over vijfduizend jaar opgravingen gedaan worden, dan is de wereld weer rijk. Enfin, de grond zit vol met peperdure apparaten maar daar kunnen geen patiënten meer bij.'*

*'Geen probleem. Want voor ieder probleem is een oplossing. Hoeveel ruimte hebben we nog nodig?'*

*'Ongeveer twee verdiepingen.'*

Een onbekende die de geschiedenis zal ingaan als de lompeste poetsvrouw ooit, stapelt het ene rapport op het andere en oppert: *'kijk, je kan ook torens bouwen in de lucht, naar de wolken toe.'*

*'Geniaal!'* wordt hier en daar geroepen. Het enthousiasme groeit. *'We stapelen! We plaatsen er nog twee verdiepingen bovenop! Over honderd jaar zitten we in de hemel!'*

En ik, ik heb de sleutel tot hun geheim gevonden: de verbeelding! Die spreekt de waarheid en heeft op alles een antwoord, ook in de exacte wetenschappen, in zaken van leven en dood, in ziekenhuisbouwkunde. Ik kan u vertellen dat er op de meest recente vergadering plannen ontvouwd zijn voor een zwembad. Andere trefwoorden waren gymnastiekprogramma geriatrie, ongebruikte spades van de gemeente en Olympische spelen.

Het is nu aan uw verbeelding en de toekomst om de verandering die in de lucht hangt, te raden.

SASKIA DE COSTER

Saskia de Coster (°1976), door HUMO uitgeroepen als één van de tien beste schrijvers onder de 35, heeft sinds haar debuutroman *'Vrije Val'* in 2002 niet stil gezeten. Zo vloeiende o.a. *'Jeuk'*, *'Eeuwige roem'* en de recentste novelle *'Held'* nog uit haar pen.

Saskia schrijft de column Big Deal voor De Standaard en nu ook voor Infusie. In deze en volgende editie neemt ze u mee door de kelders en gangen van AZ Nikolaas.

[www.saskiadecoster.com](http://www.saskiadecoster.com)

# Picture Archiving and Communication System

## Lichtbakken op de schroothoop

Picture Archiving and Communication System kortweg PACS genoemd, is een beeldverwerkingssysteem dat het mogelijk maakt om via computer en netwerk digitale beelden gemaakt op de dienst medische beeldvorming te bekijken, bewerken, archiveren en te verspreiden.

Na een lange voorbereidingsperiode met onder andere het opstellen van een lastenboek, de vergelijking van de offertes van de verschillende firma's en het bezoek aan andere ziekenhuizen werd gekozen voor het PACS-systeem van Fujitsu gekoppeld met een nieuw Radiologie Informatie Systeem (RIS) van Infohos en spraakherkenningssysteem (G2speech).

In het najaar van 2008 werd gestart met de implementatie ervan in campus Sint-Niklaas - L. De Meesterstraat en Hamme. Vervolgens werd het systeem geïntroduceerd in Temse, Sint-Gillis-Waas, Beveren en campus Sint-Niklaas - Moerlandstraat. Als laatste in de rij volgde de installatie op NMR in februari 2009. Hierdoor zijn alle afdelingen van de dienst medische beeldvorming van het AZ Nikolaas nu met elkaar verbonden door een gemeenschappelijk PACS, RIS en spraakherkenningssysteem.

In de hedendaagse medische beeldvorming wordt gebruik gemaakt van een dusdanige hoeveelheid afbeeldingen dat het onmogelijk is om deze allemaal af te drukken en te bekijken op film. Een goed voorbeeld hiervan is de multislice CT waarbij 1 patiëntonderzoek gemakkelijk kan bestaan uit meer dan 1000 beelden. Om de mogelijkheden van de verkregen informatie optimaal te kunnen benutten (onder andere VRT, 3D) dienen de beelden digitaal beoordeeld te worden. Dit kan gebeuren door de beelden te bekijken en eventueel te bewerken op het werkstation van de modaliteit (CT, NMR) of door de data eventueel te branden op een drager (CD, DVD) waardoor de beelden op een andere computer, intern of extern kunnen bekeken worden. Een volgende logische stap is de invoering van PACS waarbij de data gestockeerd kunnen worden op een centrale server waardoor alle onderzoeken op elke PC in het ziekenhuis en zelfs extern kunnen geraadpleegd worden.

Bij het weergeven van de toegevoegde waarde van een PACS beperken wij ons hier tot de diagnostische aspecten. Diagnostiek in een PACS omgeving heeft een aantal belangrijke voordelen te bieden.

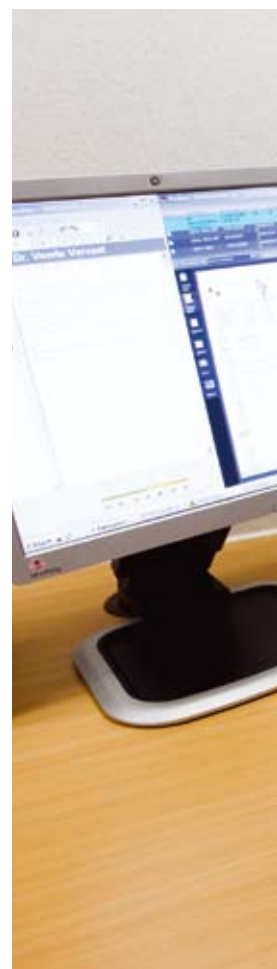
### Verbetering van de werkstroom op de dienst medische beeldvorming

Het PACS is een applicatie primair bedoeld voor de radioloog waardoor een optimalisatie van de workflow op de dienst medische beeldvorming mogelijk is maar door het digitale karakter van het systeem kunnen ook andere artsen toegang krijgen tot de PACS beelden. Wanneer de patiënt(e) zich aanmeldt in het ziekenhuis wordt hij/zij geregistreerd in het ZIS (ziekenhuis informatiesysteem). Op de dienst medische beeldvorming is er vervolgens een registratie in het RIS via de ZIS-gegevens. Alle patiënten die voor een bepaald onderzoek komen (bijvoorbeeld echografie), worden geregistreerd in een gemeenschappelijke lijst, de zogenaamde DICOM modality worklist. Deze lijst wordt samen met het ingescande aanvraagformulier naar de verschillende modaliteiten (RX-zaal, echografiezaal, CT, NMR) gestuurd waardoor er een vlottere doorstroming is van de informatie naar de radioloog en verpleegkundigen. Dit geeft tijdswinst en resulteert in minder fouten.

Vervolgens wordt het onderzoek uitgevoerd en worden de beelden vanuit de verschillende modaliteiten naar het PACS gestuurd. In het PACS worden alle beelden volgens een speciaal protocol (DICOM) opgeslagen. Door middel van een PACS - RIS koppeling worden de juiste patiëntgegevens vanuit het RIS naar het PACS gestuurd waarbij deze met de juiste beeldgegevens worden gekoppeld en de beelden beschikbaar zijn voor verslaggeving en raadpleging.

### Verbeterde diagnose en verslaggeving

Door integratie van spraakherkenning in het PACS kan het bijkomend verslag snel worden gemaakt. Indien de patiënt al eerder voor bepaalde onderzoeken geweest is, kunnen vorige verslagen en afbeeldingen (indien deze digitaal opgeslagen zijn) geraadpleegd worden. Hierdoor is vergelijking met vorige onderzoeken mogelijk en kan bijvoorbeeld het effect van chemotherapie of de genezing van een pneumonie of fractuur beoordeeld worden. Ook kunnen meerdere onderzoeken bij dezelfde patiënt (bijvoorbeeld echografie en CR-beelden) samen bekeken worden.



# Communication System



De beelden kunnen door meerdere radiologen tegelijkertijd worden bekeken onafhankelijk van de locatie waar het onderzoek gebeurde. Tevens kunnen eigenschappen van de afbeeldingen zoals helderheid en contrast op het computerscherm gemakkelijk worden aangepast en kan een afbeelding gemakkelijk worden bewerkt (o.a. meten, inzoomen op een interessegebied).

### **Flottere beschikbaarheid**

De beelden van de onderzoeken en het verslag zijn samen beschikbaar op het netwerk waardoor deze snel door de aanvrager (zowel intern als extern) op zijn/haar PC-scherm geraadpleegd kunnen worden. Aangezien de beelden opgeslagen blijven, kunnen ook oudere onderzoeken geraadpleegd worden. Digitale beelden zijn over het algemeen van betere kwaliteit dan traditionele RX-opnames, vooral door hogere contrastresolutie. Ook kan de gebruiker de beelden zelf nog bewerken op de eigen PC, bijvoorbeeld wat betreft grijswaarden en helderheid. Foto's kunnen ook niet meer verloren gaan en hoeven niet meer opgezocht te worden. De originele beelden staan op een centrale server. Via een beveiligde lijn kan ingelogd worden. Uiteraard kunnen verwijzende artsen enkel de beelden en verslagen zien van de eigen patiënten om de privacy te waarborgen. Het systeem is ook milieuvriendelijker doordat op deze manier filmloos kan gewerkt worden. Indien de foto's mee moeten naar een andere locatie dan kunnen deze nog steeds geprint worden op een CD-ROM of papier naargelang het onderzoek.

Dr. Leo Verguts

Medische beeldvorming

leo.verguts@aznikolaas.be

# Metaboolsyndroom of metaboulimie?

God schiep de mens naar zijn beeld en gelijkenis. Maar schiep ze niet allen gelijk. Zowel creationisten, die het bijbelverhaal aanhangen, als darwinisten, die antwoorden zoeken in de genetische puzzel, moeten dit toegeven. Over gewicht en lengte van God blijft de bijbel erg vaag. Maar ook alle inspanningen om de genetische puzzel te ontrafelen hebben nog geen reuzen-gen of mulligheid-gen opgeleverd. Het is nochtans duidelijk dat, afhankelijk van je ras en je familie, je klein of groot geschapen bent. En of je 1,5 meter of 2 meter groot bent, bepaalt vaak je partnerkeuze en bestendigt de variatie. Ook voor het lichaamsgewicht bestaat een genetische variatie. Maar wat we vandaag vaststellen is genetisch niet te verklaren.

Nature versus nurture? Zit het in onze genen of in onze omgeving? De discussie laait nergens heviger op dan in het obesitasdebat. Wetenschappelijke argumenten en persoonlijke uitvluchten vertroebelen de geesten. De obesiologen hebben het Metabool Syndroom in het leven geroepen. Maar bestaat dit echt? Of is het een hersenspinsel? Alle wetenschappelijk onderzoek ten spijt tast men in het duister. Maar intussen organiseert men aan de universiteit van Gent lessencycli over de psychobiologie van eetlust en gewichtstoornissen, die de veelzeggende naam heeft van de ... 'Danone leerstoel'. De interesse voor voeding is niet nieuw. Honderd jaar terug werd in de VS en Europa reeds baanbrekend werk verricht voor een gezonde en uitgebalanceerde voeding. De Amerikaanse filantroop Nathan Straus opende in 1893 een melkstation, waarbij hij aan behoeftigen gratis melk verschafte. De voorloper van de melkbrigades bij ons. Deze inspanningen – samen met een betere bestrijding van infectieuze pathologie – hebben de levensverwachting opgetild naar hun huidig niveau. Wij groeiden op in de nasleep van de oorlogsschaarste, die onze ouders hadden gekend en mochten niet van tafel alvorens ons bord leeg was. Een lovenswaardige pedagogische stelling, maar vandaag zijn de borden voller. De popcornbikers in onze filmzalen getuigen van deze exponentiële groei. Het werd een teken van beschaving om driemaal daags aan de dis aan te zitten. Onze voorouders hadden allicht andere gewoonten en aten wanneer er voedsel voorhanden was. Zoals andere driften van onze zelfzuchtige genen is de drang naar voedsel essentieel voor de overleving van het menselijk ras. En dus werd er gegeten wanneer de mogelijkheid zich voordeed. Die genetische drijfveren zitten in ieder van ons. Maar het aanbod aan voedsel is in onze moderne maatschappij gigantisch toegenomen.

Ook het kruim van onze atleten ontsnapt niet aan deze tendensen. Ik herinner mij hoe vroeger na cruciale voetbalwedstrijden – onwillekeurig denk ik aan onze Rode Duivels in Mexico - truitjes werden uitgewisseld en de ascetische torso's voor de camera's in de zon paradeerden. Vandaag zien we bij dergelijke sportmanifestaties wasborden en spierbundels, die door fitnessapparaten (en anabolica) opgefokt zijn maar er niet in slagen de aanwezige vetrolletjes – de fameuze michelinbandjes – te verdoezelen. Deze bandjes zijn intussen door de medische wetenschap gepromoveerd tot endocrien orgaan en produceren adipocytokines. Zijn dit de schuldigen?

En er wordt druk gediscuteerd over nieuwe standaarden voor obesitas. Het gewicht lijkt wat simplistisch en de body mass index (BMI) zegt niet alles. Het is de buikomtrek die onze prognose bepaalt en die best wordt aangevuld met de verhouding buik-heupomtrek. Vroeger vond de patiënt het normaal bij de huisarts op de weegschaal te staan. Nu lijkt het soms of er wordt een nieuw kostuum aangemeten.

Toch lijken deze maatstaven, die panels van experts voor ons hebben uitgedokterd, wat arbitrair. Bij een BMI (gewicht gedeeld door het



kwadraat van de lengte) boven 25 is in onze landen sprake van een gezondheidsrisico.

In Aziatische landen blijkt het risico op te lopen vanaf een BMI hoger dan 18,5. Een waarde, die in onze streken, eerder de verdenking van anorexie oproept. Het aantal publicaties over obesitas stijgt intussen even snel als het probleem zelf.

En in het zog van deze groeiende obesitas belangstelling, is er de wereldwijde pandemie van diabetes. Waar liggen de oorzaken? De meest succesvolle Amerikaanse presidentskandidaten leerden tijdens het campagnevoeren het antwoord: 'It's the economy, stupid'. Ons doen en laten wordt in hoge mate gedomineerd door economische wetmatigheden (en grillen). Vandaag vinden wij in onze warenhuizen 10.000 voedselproducten. Enkele decennia terug kozen wij uit 300 producten. En de budgetten die de voedselindustrie gebruikt om haar waren te promoten, zijn van een andere grootteorde dan de federale budgetten, die ons trachten te motiveren om een gezonde levenswijze te volgen.

De boodschap van de overheid is overigens halfslachtig. Zij heeft belang bij consuMEREN, niet bij consuMINDEREN.

En de obesitas-populatie geraakt intussen behoorlijk geëmancipeerd en slogans als 'baas over eigen buik' worden weer populair.

Is deze overvloed dan geen voorrecht?

Terwijl Afrika vecht tegen ondervoeding en kindersterfte, wordt ook de geïndustrialiseerde wereld opnieuw bedreigd door een voedselprobleem, namelijk van overvloed. Het gevecht is hier tegen de kilo's, en voor mannen vaak ook tegen de bierkaai. De strijd tegen obesitas is tragisch. Net nu onze generaties door een gezonde voeding en hygiëne hun levenskansen zagen toenemen, lijken we op een keerpunt gekomen. In de VS is er reeds bij de jeugd sprake van een obesitas epidemie, waarin vaak sociale factoren meespelen. Ook hier kan de nieuwe president Obama een voorbeeldfunctie hebben en hoop creëren. Yes, we can!

Zoals gewichtsproblemen jojo bewegingen maken, zo maakt de geschiedenis van de mensheid slingerbewegingen. Als we met zijn allen wat ballast afgooien, kan de obesitas-slinger uit het dal opstijgen.

DR. FRANCIS RUYTS