



CAROTIS WERKGROEP

BORSTKLINIEK



ZORGPROGRAMMA GERIATRIE



AGRESSIE OP SPOED

ELECTROCONVULSIETHERAPIE





**DIT TIJDSCHRIFT  
VERSCHIJNT TWEEemaal PER JAAR  
EN WIL EEN OVERZICHT GEVEN VAN  
DE MEDISCHE, ZORGVERSTREKKENDE  
EN ORGANISATORISCHE ACTIVITEITEN  
BINNEN a | z GROENINGE.**

#### REDACTIE

Dhr. Ludwig Cornil  
*ludwig.cornil@azgroeninge.be*  
Dr. Kathleen Croes  
*kathleen.croes@azgroeninge.be*  
Dr. Marc Decupere  
*marc.decupere@azgroeninge.be*  
Dhr. Guido Demaiter  
*guido.demaiter@azgroeninge.be*  
Mevr. Veerle De Wispelaere  
*veerle.dewispelaere@azgroeninge.be*  
Dr. Vincent Herpels  
*vincent.herpels@azgroeninge.be*  
Dr. Johan Mattelaer  
*johan.mattelaer@skynet.be*  
Dr. Dirk Peeters  
*dirk.peeters@azgroeninge.be*  
Dr. Guy Putzeys  
*guy.putzeys@azgroeninge.be*

#### Redactieadres

Dr. Johan Mattelaer  
Albijn van den Abelelaan 12  
8500 Kortrijk  
T 056 21 17 92 - F 056 21 68 22  
*johan.mattelaer@skynet.be*

Uitgegeven in opdracht van  
het wetenschappelijk comité a | z GROENINGE  
door uitgeverij Groeninghe Kortrijk  
*groeninghe@belgacom.net*  
isbn 978-90-77723-61-6

Dit tijdschrift is ook te raadplegen via  
[www.azgroeninge.be](http://www.azgroeninge.be)

## INHOUD

- 03** VOORWOORD: LIEVER ESCULAAP DAN CADUCÉE  
*Jan Taveirne*

#### VOORSTELLING MEDISCHE DIENSTEN BINNEN a | z GROENINGE

- 04** CAROTIS WERKGROEP a | z GROENINGHE  
*Dirk Peeters*
- 07** BORSTKLINIEK  
*Gracienne Staelens*

#### NIEUWE TECHNIEKEN EN PROGRAMMA'S

- 10** VERANDERING VAN HET MAATSCHAPPIJBEELD, VERANDERING VAN DE  
OUDERENZORG  
*Véronique Ghekiere*
- 13** AGRRESSIVITEIT OP DE DIENST SPOEDOPNAME  
*Philip Struyve*
- 15** ELEKTROCONVULSIETHERAPIE (ECT) ONDER ELEKTRO-ENCEPHALOGRAFISCHE  
(EEG) MONITORING  
*Koen Titeca*

#### TOEKOMST VAN a | z GROENINGE

- 17** a | z GROENINGE, KORTRIJK, WELK ZIEKENHUIS IN DE TOEKOMST ?  
*Jan Deleu*

#### GESCHIEDENIS VAN a | z GROENINGE

- 19** DE MODERNISATIE VAN HET O.L.V. HOSPITAAL  
NA DE TWEEDE WERELDOORLOG  
*Johan Mattelaer*

- 24** RECENTE WETENSCHAPPELIJKE PUBLICATIES
- 24** WETENSCHAPPELIJKE ACTIVITEITENKALENDER

*Un résumé des articles en français est disponible sur simple demande*



## VOORWOORD

### *–Liever esculaap dan caducée (1)(2) –*



In de medische deontologie is voor de zorgverstreker in het algemeen en de arts in het bijzonder een belangrijke opdracht weggelegd in de communicatie met de patiënt.

De eed van Hippocrates wijst op de verplichting van een perfecte dialoog met de zieke om precieze inlichtingen te verwerven en begrijpbare informatie te verstrekken.

Dit dient te gebeuren met een onverbreekbaar respect voor het beroepsgeheim.

De problematiek van het beroepsgeheim en de omgang met vertrouwelijke informatie is in de gehele welzijnssector en meer bepaald in het ziekenhuis van zeer groot belang.

Het risico is groot dat niet bevoegde personen, nieuwsgierigen, vrienden, verwanten, familieleden informatie van een patiënt proberen te bekomen.

De belangstelling hieromtrent vindt zijn oorsprong niet alleen in het streven naar een betere bescherming van de persoonlijke levenssfeer, maar evenzeer door de faciliteiten geboden vanwege de technologische vooruitgang in de communicatieve mogelijkheden.

De toegankelijkheid voor derden en de specifieke problemen die ontstaan bij het doorbreken van het medisch beroepsgeheim zijn nu veel groter dan weleer.

Inzage en overdraagbaarheid van vertrouwelijke gegevens vanuit een elektronisch medisch dossier zijn van een gans andere aard dan vanuit het klassieke papieren dossier.

Liever Esculaap dan Caducée?

De Caducée (1 staf – 2 slangen – 2 vleugels) veel gebruikt als embleem in de zorgsector en symbool van Hermes, de boodschapper, verwijst naar wijsheid, welsprekendheid en communicatie, maar ook naar handel, listigheid en bedrog.

De Esculaap (1 staf – 1 slang) symbool van Asklepios, Griekse held en later ook God der Geneeskunde, verwijst naar de natuur en het leven en beklemtoont autoriteit en waardigheid.

Een van de peilers van de waardigheid van arts en zorgverstreker is discretie, het beroepsgeheim en de vertrouwelijkheid bij de omgang met medische persoonsgegevens.

DR. JAN TAVEIRNE  
HOOFDGENEESHEER

(1) Dictionnaire indiscret de l'Olympe – Michel Legrain  
Ed. Perrin (2006) ISBN : 2-262-02445-6

(2) Orde van geneesheren

## CAROTIS WERKGROEP a|z GROENINGE

Beroerte blijft de derde belangrijkste doodsoorzaak in de Westerse wereld en de belangrijkste bron van zware invaliditeit bij de ouderen. 80% wordt veroorzaakt door herseninfarcten, waarvan een kwart het gevolg is van een vernauwing van de grote halsvaten. Meestal betreft het een stenose van de A. Carotis Interna ter hoogte van de bifurcatie. Dit kan een herseninfarct geven door totale occlusie van dit bloedvat en onvoldoende collaterale circulatie, of door een 'artery-to-artery' embolus waarbij er een stukje trombus of plaque afbreekt en stroomopwaarts een terminaal vat verstopt. In het ergste geval wordt de ganse A. Cerebri Media geoccludeerd met dan een uitgebreid en dramatisch hemisferisch infarct tot gevolg.

Een carotisstenose vormt zich klassiek door een atheromateuze plaque in een gebied van grote turbulentie (verbreding van de arterie ter hoogte van bulbus aan de bifurcatie en hierdoor verstoring van de laminaire flow). Mogelijks liggen inflammatoire reacties mede aan de basis. Deze plaque, bestaande uit atherogeen materiaal zoals cholesterol, vethoudende macrofagen, fibrosereactie, kan stilaan uitbreiden en het vat verder infiltreren en vernauwen. Deze plaque kan soms plots ruptureren en dan door plaatsjesaggregatie en fibrinevorming een snel toenemende klontvorming met nauwe stenose tot volledige trombose veroorzaken.

In de kliniek worden we praktisch dagelijks geconfronteerd met carotisstenosen. We zien zowel symptomatische gevallen na een TIA of een beroerte als ook toevallig ontdekte asymptotische stenosen. In al deze gevallen dient afzonderlijk bekeken te worden wat het beste beleid is om een ernstig CVA te voorkomen. Als secundaire preventie zijn er conservatieve medicamenteuze mogelijkheden zoals plaatjesaggregatieremming, statines, ACE-inhibitoren, andere antihypertensiva, regulering bloeddruk, behandeling diabetes, rookstop, aanpassing levenswijze. Bij manifeste stenosen zal men echter meer baat kunnen hebben bij invasieve verbreding. Als invasieve behandeling is de carotisendarterectomie (CEA) nog steeds de standaard methode maar de laatste jaren heeft men ook de mogelijkheid van endovasculaire behandeling door dilatatie en stenting van de stenose.

Bij dit alles zijn er nog vrij veel controverses en dreigt dezelfde pathologie verschillend behandeld te worden afhankelijk van bij welk specialisme of arts de patiënt aanvankelijk terecht komt.

Bovendien is er nood aan een zekere interne audit om de resultaten van de ingrepen te evalueren en te kijken of de complicatiegraad wel beantwoordt aan de verwachtingen en de geldende internationale normen uit vroegere studies (welke echter weinig tot niet in 'real life' onafhankelijk getoetst zijn!).

Er is dus nood aan een multidisciplinaire benadering welke op een gestandaardiseerde manier de indicaties stelt voor de behandeling van een carotisstenose, dan de beste verdere werkwijze voorstelt en een follow-up en feedback verzekert van elk individueel geval.

Daarom heeft het a|z Groeninge midden 2006 een werkgroep in het leven geroepen bestaande uit neurologen, vasculaire chirurgen, interventionele radiologen, welke aan deze noden trachten te voldoen.

### SITUERING VAN HET HUIDIGE BELEID VAN EEN CAROTISSTENOSE

Reeds meer dan 50 jaar wordt de endarterectomie van de carotis uitgevoerd waarbij de stenoserende plaque thv. de bifurcatie samen met de vaatbinnenwand heelkundig wordt verwijderd.

Het is echter pas in het laatste decennium van vorige eeuw dat ook wetenschappelijk en statistisch het nut van deze ingreep is aangetoond zeker als secundaire preventie voor symptomatische gevallen.

Dit gebeurde via enkele grote multicentrische studies zowel in Noord-Amerika (NASCET) als in Europa (ECST). Hierbij werd aangetoond dat na een CEA het risico voor het krijgen van een CVA binnen de 2 jaar daalt van 26% naar 9% bij een symptomatische stenose van meer dan 70%.

Bij asymptotische stenosen (primaire preventie) was dit aanvankelijk meer controversieel maar nu wordt CEA ook aanvaard bij hooggradige stenosen en lage morbiditeit door het chirurgisch team, waarbij het 5-jaars-risico van een beroerte ook daalt van 12% naar 6,5%. (ACAS studie).

Daar waar de carotisendarterectomie (CEA) nog steeds geldt als de standaard invasieve behandeling, gaat het toch om een heelkundige ingreep onder anesthesie, welke specifieke complicaties, eigen aan heelkunde, kan geven. Zo ziet men in de meeste trials toch een 6 à 7% beroerte of overlijden na ingreep bij symptomatische gevallen. Het gaat hier dan nog om zeer

ervaren teams, in zogenaamde 'centers of excellence' waarbij veel hoogrisicopatiënten uit de studie gelaten waren.

In de Amerikaanse trial (NASCET) zag men in meer dan 9% van de gevallen een letsel van een craniale zenuw (meestal de hypoglossus), wat ook een risico is eigen aan de operatietechniek.

De techniek van endovasculaire dilatatie en stenting van een vaatstenose, die reeds meer dan 15 jaar met toenemend succes wordt toegepast in de coronaire en perifere vasculatuur, werd pas later met succes toegepast bij carotisstenose.

Aanvankelijk gaf dit een onaanvaardbare morbiditeit maar naarmate de evolutie van techniek en materiaal vorderde en het gebruik van protectiesystemen veralgemeende, is de morbiditeit stilaan teruggedrongen, en vergelijkbaar aan het worden met CEA.

Alhoewel er nog verschillende vergelijkende studies aan gang zijn en de (al dan niet voorlopige) resultaten niet eenduidig zijn, kan men stellen dat carotis stenting (CAS) momenteel niet inferieur is ten overstaan van een endarterectomie, zeker niet bij risicopatiënten. De resultaten verschillen wel van studie tot studie en van centrum tot centrum en hangen waarschijnlijk sterk af van de operator en van de patiëntselectie.

Momenteel wordt deze procedure dan ook nog maar alleen aanbevolen bij risicopatiënten voor CEA.

Men heeft ook nog niet veel gegevens over de preventie van stroke op lange termijn door CAS. In één studie was de 5 jaars follow-up vergelijkbaar met CEA, met het optreden van een ipsilateraal infarct in 15% van de symptomatische gevallen (CAVATAS studie).

Omdat een carotisstenose een potentieel risico is op CVA; de behandeling hiervan niet eenduidig medisch of interventioneel is, en er nu ook verschillende keuzemogelijkheden zijn wat betreft de invasieve behandeling, wordt het meer en meer noodzakelijk om elke individuele patiënt multidisciplinair te bespreken; ook al omdat er nog verschillende controverses bestaan en het veld momenteel erg in beweging is.

### FUNCTIONERING VAN DE WERKGROEP CAROTISPATHOLOGIE IN a|z GROENINGE:

In het kader van de multidisciplinaire samenwerking wat betreft CVA/TIA werd er in augustus 2006 een werkgroep opgericht aangaande carotispathologie bestaande uit een vertegenwoordiging van de diensten neurologie, vasculaire heelkunde, radiologie en ook cardiologie.

Elke patiënt met een carotisletsel (symptomatisch of asymptomatisch) wordt geëvalueerd door dit team in verband met de indicatiestelling naar al dan niet invasieve therapie in eerste instantie; en indien een ingreep nodig is, welke: endarterectomie (CEA) of endovasculaire stenting (CAS).

In de marge hiervan is er een bijkomende opvolging voorzien van de resultaten van de verschillende procedures (zowel CEA als CAS) waarbij prospectief de dossiers van de patiënten die een ingreep ondergaan worden bijgehouden. Er gebeurt een klinisch neurologische evaluatie voor en na de ingreep. Daarenboven wordt - bij wie mogelijk is - een MRI hersenen met diffusie gewogen opnames uitgevoerd om eventuele schade te beoordelen en vooral ook asymptomatische ischemieën die per- en postproceduraal ontstaan zijn, te kunnen aantonen. Het is de bedoeling om hieruit een complicatiegraad van de interventies te kunnen bepalen welke dan verdeeld wordt in ernstige (CVA, dood) en minder ernstige, (meestal aantasting craniële zenuwen) complicaties.

In de praktijk is er een wekelijkse bijeenkomst op de afdeling radiologie campus Maria's Voorzienigheid waar men best de beeldvorming (vooral CT-angio) kan (her-) evalueren. In het team zit een neuroloog met een ASO neurologie, 1 of 2 interventionele radiologen en de vasculaire chirurgen. De registratie van de gegevens gebeurt in

principe door de ASO neurologie onder supervisie van de neuroloog.

Alvorens de groep aan het werk ging, diende er een zekere standaardisatie van de indicatiestellingen uitgewerkt te worden, ook voor een snellere en beter gemotiveerde besluitvorming.

Hiervoor richten we ons vooral op de gangbare 'evidence based guidelines' van de American Academy of Neurology (AAN) en de American Stroke Association (ASA).

De eerste overeenkomst diende gemaakt te worden over de te hanteren methode bij het berekenen van de stenosegraad zelf. Er zijn verschillende % stenose bepalingen in Europa (ECST) en Amerika (NASCET). De laatste methode is genomen omdat hier vooral naar gerefereerd wordt in de meeste gepubliceerde richtlijnen.

De gebruikte Amerikaanse methode vergelijkt de stenosegraad aan de bifurcatie en de bulbus met de diameter van het vat boven de bulbus en men begint pas een stenose te meten als de doorgang aan de bulbus nauwer is dan het vat boven de verbreding, daar waar de Europeanen de verhouding meten van de stenose tov de breedte van de bulbus zelf (wat in dit geval steeds een hogere geschatte stenosegraad geeft)

Over de indicatiestelling naar invasieve behandeling werd een consensus bekomen:

bij symptomatische stenosen wordt ingegrepen bij stenose van meer dan 50% (dus gemeten volgens NASCET), indien de complicatiegraad voor ingrepen bij symptomatische stenosen minder is dan 6% (beroerte of overlijden). Bij asymptomatische stenosen wordt ingegrepen bij stenose van meer dan 60% (NASCET) indien de complicatiegraad voor ingrepen bij asymptomatische stenosen minder is dan 3%. Deze complicatiegraden zijn momenteel niet gekend maar worden daarom opgevolgd door een onafhankelijke onderzoeker uit de dienst neurologie.

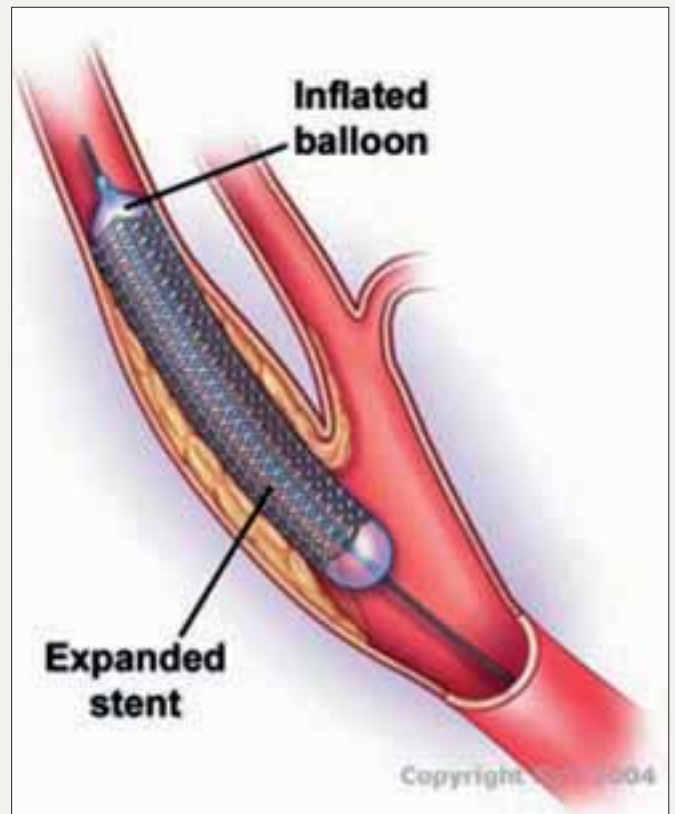
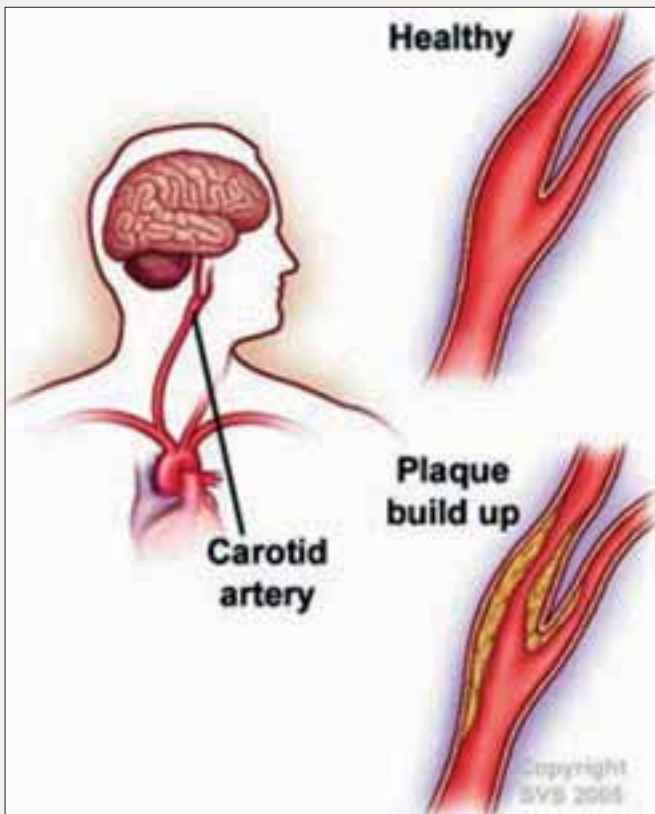
Symptomatische stenosen van minder dan 50% waarbij het gaat om een risicoplaque voor embologene uitzaaing en waarbij er verscheidene ischemische letsels zijn vastgesteld in hetzelfde carotisgebied, kunnen ook een indicatie vormen voor een ingreep. Patiënten met een 'completed stroke' die niet is gerecupereerd, komen uiteraard niet meer in aanmerking.

Een volgende consensus diende gemaakt over welke invasieve behandeling het gaat: CEA of CAS.

Voorlopig gaat men er van uit dat de carotisdarterectomie nog de gouden standaard is.

Wanneer dan CAS ?

Bij hoge stenose boven C2; lage stenose van de communis; tandemletsel; stenose na radiotherapie; restenose; bij contralaterale occlusie; bij grote moeilijkheden om de nek te strekken (arthrosis).



Bij hoogrisicopatiënten cardiorespiratoir: zoals:

- NYHA class III of IV van hartinsufficiëntie.
- COPD met FEVt van minder dan 30%

Er zijn ook tegenaanwijzingen voor CAS:

- Sterk kronkelende arteries, waardoor moeilijk te bereiken target endovasculair
- Zeer nauwe stenosen of plaques met sterk emboligeeen risico.

In verband met de uitvoering van de stenting worden er afspraken gemaakt tussen de diensten radiologie en vasculaire heelkunde.

Dit zijn richtlijnen waaruit een advies kan gedis-tilleerd worden maar uiteraard steeds na zorgvuldige beoordeling van elke individuele casus die zijn eigen particulariteiten kan hebben. Er wordt dan een advies geformuleerd, dat al dan niet opgevolgd wordt al naargelang het oordeel van de behandelende arts en van de patiënt zelf.

## RESULTATEN VAN EEN JAAR FOLLOW-UP.

Tussen 01.08.2006 en 30.09.2007 zijn er 140 casussen besproken waarvan er 87 een invasieve behandeling hebben gekregen (75 CEA en 12 CAS).

Van de 75 endarterectomieën waren er 36 voor symptomatische stenosen en 39 voor asymptomatische.

Elke patiënt werd voor en na de ingreep of procedure neurologisch onderzocht en vergeleken. Indien mogelijk kreeg de patiënt ook een MRI om asymptomatische nieuwe letsels uit te sluiten.

In de loop van het volgende jaar zullen er zeker voor CEA statistisch significante resultaten voor complicatiegraad kunnen gemaakt worden. Deze resultaten kunnen worden gebruikt als inwendige kwaliteitscontrole en dienen als leidraad om aanpassingen aan te brengen in het evoluerende en soms nog controversiële beleid van de carotispathologie.

We hebben nu al wel enkele voorlopige gegevens:

Bij de endarterectomieën waren er 4 majeure complicaties (CVA of dood) waarvan 1 bij een asymptomatische casus (2,5% van het totaal asymptomatische) en 3 bij symptomatische (8% van het totaal symptomatische). In 9% van het totaal aantal ingrepen zien we mineure en voorbijgaande complicaties zoals een hypoglossus parese (in de meeste gevallen). Deze gegevens zijn allen vergelijkbaar met de grote internationale studies.

We dienen hierbij nog 5 gevallen te vermelden van kleine asymptomatische (meestal punctiforme) ischemische letseltjes bij controle NMR met diffusiegewogen opnamen postoperatief. Hierover bestaan weinig of geen vergelijkende studies.

Tenslotte waren er bij de stenting (CAS) 2 ma-

jeure complicaties en 2 gevallen van asymptomatische letsels op NMR.

We dienen te vermelden dat het aantal procedures hier te laag was om conclusies te trekken en dat het hier ook ging om risicogevallen.

## BESLUIT

a | z Groeninge heeft een multidisciplinair team van interventionele radiologen, vasculaire chirurgen en neurologen opgericht ten einde een gestandaardiseerde werkwijze bij de behandeling van een carotisstenose te kunnen aanbieden. Dit is een snel evoluerend terrein, ook met de opkomst van de stenting waarbij op termijn waarschijnlijk meer mogelijkheden in die zin zullen komen.

Het uiteindelijke doel tenslotte is zoveel mogelijk CVA's te voorkomen bij patiënten die risico lopen.

Tegelijk is er een intern auditsysteem op gang gekomen voor de beoordeling van peri- en postoperatieve (of procedurele) morbiditeit en mortaliteit.

Momenteel is het nog te vroeg om statistisch significant te zijn maar de voorlopige resultaten zijn vergelijkbaar met gegevens uit grote multicentrische studies.

Wat betreft de CAS zijn er te weinig procedures om enige conclusie te trekken en bovendien werd deze procedure alleen uitgevoerd bij hoog risicopatiënten wat een vergelijking met CEA ook moeilijk maakt.

Er blijven toch nog verschillende vragen en bedenkingen over die we in de werkgroep verder dienen te overwegen.

- Het aantal CAS procedures is vrij laag; indien we dit willen optrekken dienen we het pad van de hoogrisicopatiënten te verlaten en dienen we alleen deel te nemen aan één van de vergelijkende internationale trials.
- De indicatiestelling voor invasieve procedures is hier volgens de meest agressieve interpretatie van de richtlijnen die ook gebaseerd zijn op studieresultaten van 10 à 15 jaar geleden toen de medische behandeling minder goed was dan op heden (toen vooral nog plaatsjesaggregatieremming, terwijl er nu ook statines, ACE-inhibitoren e.a. bijkomende reductie van CVA's kunnen geven.)

Dit kan in overweging genomen worden voor de symptomatische stenosen tussen 50 en 70% en voor de asymptomatische van minder dan 80%.

Wat betreft de symptomatische stenosen van meer dan 70% wordt er de laatste tijd dan weer de nadruk gelegd op een snelle interventie: waar we hier binnen de 2 weken trachten in te grijpen, wordt er in recente studies gesproken van binnen de 2 dagen !

De technieken en materialen voor stenting verbeteren maar dit heeft ook een prijskaartje voor de patiënt (momenteel ongeveer 1000 €) waarvoor momenteel nog geen terugbetaling is.

Op RIZIV niveau wordt hieraan gewerkt maar ook hier zijn nog veel vragen (welke centra zullen terugbetaling kunnen krijgen voor welke indicaties?)

We kunnen stellen dat de multidisciplinaire werkgroep voor carotispathologie in het a | z Groeninge zo goed mogelijk probeert in te spelen op de evoluerende tendensen in de aanpak en de behandeling van deze potentiële oorzaak van beroerte, ook al zijn hierrond nog controversen.

De werkmethodes en de resultaten worden continu geëvalueerd en eventueel aangepast, dit om de patiënt de best mogelijke verzorging te garanderen, zoveel mogelijk gebaseerd op de principes van de 'evidence based medicine'.

DR. DIRK PEETERS

DIENST NEUROLOGIE

campus Sint-Maarten - a | z Groeninge

dirk.peeters@azgroeninge.be

## REFERENTIES

1. Stockx L.: Carotisstenting : een nieuwe behandeling voor carotisvernauwingen ? *Neuron*, vol 11, nr 8, 320-323, 2006
2. The North American symptomatic carotid endarterectomy trial collaborators: Benefit of carotid endarterectomy in symptomatic patients with moderate or severe stenosis. *N.Engl J Med*: 339: 1415-1425, 1998
3. CAVATAS investigators: Endovascular versus surgical treatment in patients with carotid stenosis in the Carotid and Vertebral artery, Transluminal Angioplasty Study, *Lancet*, 357 (9270), 1729-1737, 2001
4. Reporting Standards for Carotid Artery Angioplasty and stent placement, in *Stroke*, 35, 112-134, 2004
5. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement for healthcare professionals. From the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke: Co-sponsored by the Council in Cardiovascular Radiology and Intervention: The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline, in *Stroke*, 37, 577-617, 2006
6. AAN (American Academy of Neurology): Assessment : carotid endarterectomy, an evidence based review: 2006
7. Bosiers M., Deloose K., Verbist J., Peeters P., Carotid artery stenting, which stent for which lesion? *Vascular*, 13(4): 205-210, 2005.



## BORSTKLINIEK

Borstkanker is de meest frequente tumor bij vrouwen. Uit de cijfers die het kankerregister voor Vlaanderen verzamelt bij alle nieuwe kankergevallen, kunnen we vaststellen dat momenteel 1 op 9 vrouwen borstkanker ontwikkelt voor haar 75e levensjaar.

Een vergelijking met andere regio's geeft aan dat België behoort tot de landen (samen met Nederland en Frankrijk) die het zwaarst getroffen zijn door borstkanker en veruit de hoogste incidentie in Europa heeft ( $\pm$  9000 nieuwe gevallen per jaar).

Deze cijfers kunnen deels worden verklaard door de introductie van de borstkanker-screening bij dames tussen 50 en 69 jaar (waardoor een vroegere diagnosestelling bekomen wordt). Daarnaast krijgt men door de unieke kankerregistratie ook zicht op de incidentie en op de overleving. Zo zou de gemiddelde vijfjaarsoverleving voor borstkanker bij vrouwen 82% bedragen.

Borstkanker is en blijft dus een groot probleem voor de volksgezondheid. De diagnose zo vroeg mogelijk te stellen is de uitdaging. Een multidisciplinaire aanpak is hierbij een prioriteit.

### 1. NORMERING BORSTKLINIEKEN

De normering voor borstklinieken kent een lange aanloop.

Op de Europese Conferentie inzake kanker die in 2000 in Brussel plaatsvond, werd reeds benadrukt dat de oprichting van borstklinieken, alsook de invoering van een erkenningprocedure, voor deze borstcentra, een noodzaak is. In 2003 bevestigde een resolutie over Breast Clinics van het Europese Parlement dat iedere vrouw die lijdt aan borstkanker, het recht heeft te worden behandeld door een multidisciplinair team. Ook toen werd aangedrongen op het tot stand brengen van gecertificeerde borstcentra. Als uitgangspunt betreffende het concept van de

borstkliniek, worden de Eusoma (European Society of Mastology) richtlijnen quasi integraal overgenomen, waarmee een reeks kwaliteitsnormen werden vastgelegd waaraan de borstklinieken moeten voldoen.

Er werd een wetsvoorstel ingediend en het bewuste Koninklijk Besluit verscheen eind juli 2007 in het Belgisch Staatsblad. Hierin werd opgenomen dat een borstkliniek enkel kan worden ingericht als bovenbouw op een zorgprogramma van oncologie. De activiteitsdrempel ligt vast op minstens 100 nieuwe diagnoses in het jaar voor de erkenningaanvraag, of 100 als gemiddeld aantal diagnoses per jaar gedurende de laatste 3 jaar voor de

aanvraag. Na 2 jaar wordt die drempel opgetrokken tot 150. Om erkend te blijven, dient de borstkliniek dat minimale activiteitsniveau om de 3 jaar aan te tonen. Daarnaast dient men een medische en psychologische omkadering te voorzien.

### 2. HISTORIEK IN a|z GROENINGE

a|z Groeninge heeft reeds een lange traditie van multidisciplinair overleg.

Het beleid rond borstkanker wordt sinds 1998 multidisciplinair aangepakt op de wekelijkse oncostaf (Multidisciplinair Oncologisch Consult – MOC) waar de artsen van de betrokken disciplines zoals gynaecologen, oncologen, radiotherapeuten, radiologen, anatoompathologen en plastische chirurgen, telkens aanwezig zijn.

Alle borstcarcinomen (jaarlijks zo'n 200) (zie tabel) worden geregistreerd en besproken op deze vergadering. Om te streven naar een uniform beleid, wordt het oncologisch draaiboek telkens gehanteerd.

Dit oncologisch handboek wordt regelmatig kritisch bijgewerkt aan de hand van de nieuwste internationale richtlijnen (o.a. Sankt Gallen, ASCO, NCCN-richtlijnen). Het uitwerken van de behandelingsprotocollen en de richtlijnen gebeurt volgens strikt wetenschappelijke principes.

a|z Groeninge beschikt sindsdien over een zeer volledige en unieke databank van waaruit ook de registratie naar de Vlaamse kankerregistratie wordt doorgegeven.

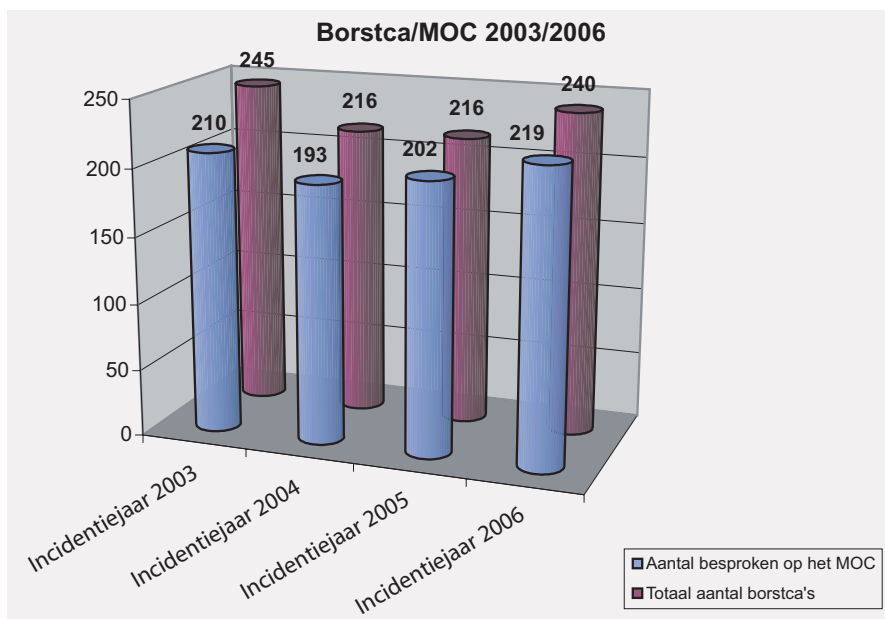
Ons streven naar een geaccrediteerde borstkliniek van de toekomst, waar ontmoeting en dossierstudie belangrijk zijn ten einde het type chirurgie, nabehandeling en nazorg in te stellen, in open communicatie met collegae en artsen in de eerste lijn, stelden we dus niet langer uit.

### 3. UITWERKING BORSTKLINIEK a|z GROENINGE

Bewust van de problemen die de intermediaire fase van ons fusieziekenhuis met zich meebrengt (verspreiding van de diensten over 4 sites), hebben we het initiatief genomen ons -tot op heden- 'virtueel' bestaand borstcentrum verder uit te werken om zodoende ons erkenningdossier te kunnen indienen.

Twee borstverpleegkundigen zullen elke individuele patiënt begeleiden over het volledig traject dat een patiënte volgt, vanaf diagnose tot en met de nabehandeling. Zij zullen informatie verstrekken, praktische en morele ondersteuning geven, en aandacht hebben voor de behoeften en wensen van de individuele patiënte en haar familie. Zij zullen ook actief

Figuur 1: grafiek MOC overleg



deelnemen aan de patiëntenbespreking tijdens de multidisciplinaire oncologische consulten en zullen rapporteren in het patiëntendossier.

Uniek voor a | z Groeninge is het realiseren van een specifiek en uniek borstdossier. Hiermee bekomen we een optimale informatiedoorstroming van arts naar verpleging toe om zo patiënten nog beter op te vangen. Ook werd in samenwerking met de dienst 2 B campus Sint-Niklaas een patiëntenfolder gemaakt, die info verstrekt over de werkwijze bij borstcarcinoom in a | z Groeninge.

De borstverpleegkundigen zullen ook in de toekomst folders aanmaken en meewerken aan het organiseren van symposia.

Ook de samenwerking met de huisarts zal een prioriteit worden. Immers, een doorgedreven communicatie vanuit het ziekenhuis naar de huisartsen zal het extramurale behandelings-traject van de patiënte ten goede komen.

Hiervoor zal het unieke borstdossier aangewend worden als het communicatiemiddel bij uitstek omdat hierin alle informatie rond diagnose, behandeling en follow-up wordt opgetekend.

#### 4. BESLISSINGSBOOM BIJ BORSTCARCINOOM

Om het belang van de borstkliniek te duiden, doorlopen we nu het traject van een patiënte met een borstgezwel. Een tumor in de borst kan hetzij door de patiënte zelf zijn ontdekt, hetzij door screening mammografie aan het licht zijn gebracht. Om te achterhalen of dit gezwel goed- of kwaadaardig dan wel premaligne is, maken we gebruik van een tripeldiagnostiek. Deze omvat de combinatie van klinisch onderzoek, medische beeldvorming (mammografie al dan niet aangevuld met echografie en/of NMR) en histologisch onderzoek. Aan de hand van een borstpunctiebiopsie krijgen we informatie omtrent de histologische aard van het letsel. Indien het om een maligne gezwel gaat, volgen nog een paar bijkomende onderzoeken om het stadium van de tumor op te stellen.

Immers, borstkanker die uitzaait, doet dit bijna steeds eerst langs lymfogene weg in plaats van langs hematogene weg. De staging behelst

ook een echografie van de lever, een RX thorax, een skeletscintigrafie en een bloedonderzoek met tumormarker.

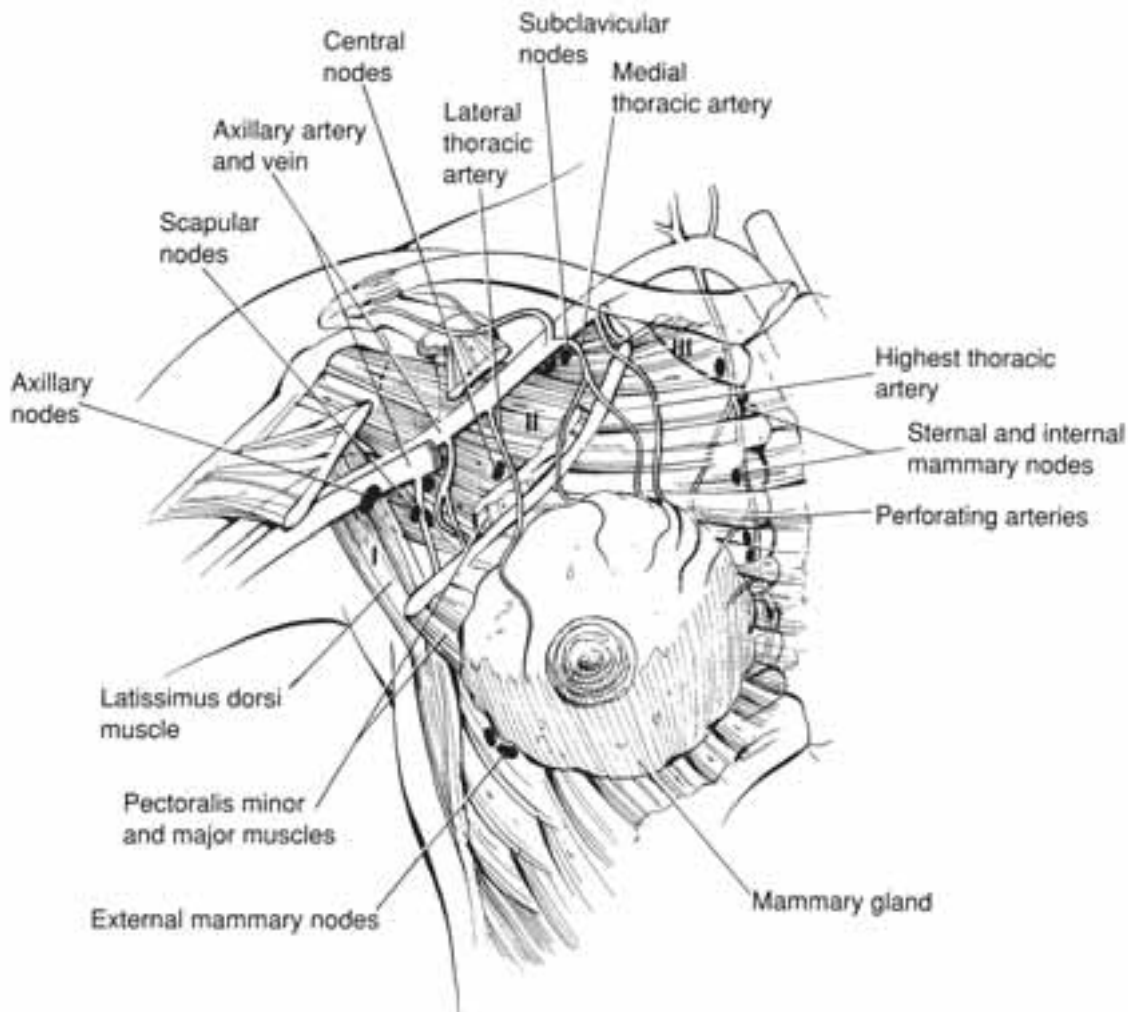
Eens deze informatie gekend is, wordt de patiënte besproken op de wekelijkse gynaecologische oncostaf, waar een multidisciplinair team aan de hand van het oncologische handboek een beleid zal uitstippelen. De behandeling van een borsttumor omvat immers een lokale therapie al dan niet aangevuld met een systemische therapie.

Wat betreft de lokale therapie, is er de chirurgische ingreep die al dan niet borstsparend kan zijn. Borstsparende chirurgie (inclusief bestraling) is een veilige therapie omdat de overlevingskans vergelijkbaar is met die na gemodificeerde radicale mastectomie (3).

Postoperatieve locoregionale bestraling vermindert de kans op locoregionaal recidief met tweederde en leidt tot een verbeterde overlevingskans.



Figuur van oksel evident level I & II



Daar waar borstsparende chirurgie tegenaange-  
wezen is, is een gemodificeerde radicale borst-  
amputatie volgens Madden de aangewezen  
techniek.

Er zijn ook indicaties (zoals de grootte van de  
tumor) waarbij eerst wordt gestart met neoadju-  
vante chemotherapie, met als doel borstsparen-  
de en niet-radical chirurgie uit te voeren.

Welk type chirurgie ook gekozen wordt, een  
aanvullende adequate staging van de oksel-  
klierstatus is een conditio sine qua non om het  
aanvullende beleid te bepalen. Het klassieke  
okselklierediment leidt tot een zekere morbi-  
diteit. Gezien een negatieve okselstatus bij een  
klassiek okselevidement (waarbij bijna alle oksel-  
klieren worden verwijderd) geen toegevoegde  
waarde biedt (enkel morbiditeit), werd gezocht  
naar alternatieve technieken. De sentinelnode  
(SN) procedure is een nieuwe, en nu geaccepte-  
eerde methode voor okselstaging.  
Verschillende studies tonen dat, met de nodige  
ervaring, in meer dan 90% van de gevallen een  
SN wordt gevonden, en dat de betrouwbaarheid  
inzake de voorspelling van de okselklierstatus  
gemiddeld 95% is. Een recente fase III-studie  
heeft aangetoond dat de SN-biopsie bij T1-  
tumoren een veilig alternatief is voor het oksel-  
klierediment (4).

In a|z Groeninge wordt sinds 2003 bij patiënten  
met een tumor (< of =2.5 cm) onafhankelijk van  
de graad, het klassieke okselevidement vervan-  
gen door de sentinelprocedure. De sentinelklier  
is de lymfeklier die als eerste filter optreedt in  
het klierstation ter hoogte van de oksel en kan  
door middel van een isotopenscan worden  
geïdentificeerd. Een stralendetector stelt ons in  
staat om deze klier intra-operatief op te sporen  
en te laten ontliden. Een normale sentinelklier  
impliceert geen okselkieraantasting en aldus  
kan een okselevidement worden vermeden.

Indien deze klier wel is aangetast, wordt steeds  
een klassieke okseluitruiming uitgevoerd  
(level I II) (zie figuur). Tot heden werden in  
a|z Groeninge tussen april 2003 en 31 mei  
2007, 435 sentinelprocedures verricht, met tot  
op heden nog geen enkel axillair recidief. Een  
nauwkeurige prospectieve registratie blijft dus de  
belangrijkste methode om risico's te evalueren.

Wanneer postoperatief alle eigenschappen van  
de tumor gekend zijn en we een idee hebben  
over de okselklierstatus, kan worden beslist over  
het adjuvante beleid.

Adjuvante systemische therapie met chemothe-  
rapie en/of endocriene therapie wordt gegeven  
als aanvulling op de locoregionale behandeling.  
Deze therapie heeft als doel om, eventueel aan-  
wezige maar nog niet vast te stellen, metastasen  
op afstand (met name micro metastasen) te  
eliminieren. Factoren zoals onder andere  
lymfklierstatus, tumorgrootte, tumorgraad, leeftijd,  
HER2Neu overexpressie en oestrogeen/progesta-  
geen receptorstatus van de tumor zijn bepalend  
voor het type adjuvante therapie. Adjuvante endo-

criene therapie vermindert bij hormoonreceptor-  
positieve tumoren de kans op recidief en verbetert  
de overleving, onafhankelijk van de leeftijd en de  
menopauzale status van de patiënte.

Adjuvante chemotherapie vermindert de kans op  
recidief en verbetert de overleving.

Hoe ouder de patiënt, hoe minder effectief de  
adjuvante chemotherapie zal zijn (4).

Er wordt toenemende aandacht besteed aan de  
mogelijkheid tot borstreconstructie, hetzij onmid-  
dellijk of in een later stadium. Gezien de  
stijgende behoefte, wordt dit een belangrijk  
aspect van de borstkankercare. Voornamelijk bij  
jonge vrouwen die een mastectomie ondergaan,  
ontstaat de vraag naar reconstructie, om welke  
redenen dan ook - therapeutisch of profylactisch.

Al deze aspecten komen ruim aan bod tijdens  
het MOC-overleg en leiden tot een beleidsformu-  
lering waarin alle aanwezige leden zich kunnen  
vinden.

We kunnen dus niet ontkennen dat de patiënte  
op zeer korte termijn bijzonder veel informatie te  
verwerken krijgt en dat de patiënte soms belang-  
rijke beslissingen dient te nemen. We zijn ons  
dus bewust van het belang van psychologische  
ondersteuning. Voornamelijk op dit vlak zullen de  
borstverpleegkundigen fungeren als rode draad  
om deze patiënte-georiënteerde zorg te  
vervullen.

Het ultieme doel van de borstkliniek is dat  
patiënte zowel voor, als tijdens, als na de  
ziekenhuisopname, een continuïteit van zorg  
geniet, en dat de borstverpleegkundige een brug  
vormt naar de huisarts toe, om zo extramuraal  
optimale patiënttevredenheid te verzekeren.

Met de opstart van de borstkliniek nog in de  
kinderschoenen, werken we reeds aan  
toekomstgerichte projecten. De opvang van de  
naasten zoals partners, kinderen, ouders, enz.  
wordt een jaardoelstelling voor 2008.

Langs deze weg willen we vanuit de stuurgroep  
de borstverpleegkundigen veel succes toewen-  
sen en hopen dat ze door die bijkomende  
support een existentiële meerwaarde mogen  
betekenen voor de patiënten en hun familie.

DR. GRACIENNE STAELENS  
VOORZITTER STUURGROEP BORSTKLINIEK  
gracienne.staelens@azgroeninge.be



## REFERENTIES

1. VLK Kankerregister, 2006
2. European Journal of Cancer: *The Requirements of a specialist breast unit EUSOMA*, 36: 2286-2293, 2000
3. Early Breast Cancer Trialists Collaborative Group, *Favourable and unfavourable effects on long term survival of radiotherapy for early breast cancer: an overview of the randomised trials*, Lancet 355: 1757-70, 2000
4. Veronesi U, Galimberti V, Zurrada S, Pigatto F, Veronesi P., Robertson C et al. *Sentinel lymph node biopsy as an indicator for axillary dissection in early Breast cancer*, Eur J Cancer, 37:454-458, 2001
5. Early Breast Cancer Trialists Collaborative Group (EBCTGC): *Chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer: Effects on recurrence and 15-year survival in an overview of the randomised trials*, Lancet 2005

## VERANDERING VAN HET MAATSCHAPPIJBEELD, VERANDERING VAN DE OUDERENZORG

Door de veroudering van de populatie in België is er een toenemende druk op de ziekenhuizen. Vandaag spreken wij niet langer over vergrijzing van de Belgische bevolking. Wij spreken over dubbele vergrijzing waarbij 65-plussers zorgen voor 85-plussers.

Deze demografische evolutie vertaalt zich ook in de ziekenhuispopulatie. Het aantal patiënten met een geriatrisch profiel neemt exponentieel toe. Dit brengt een verspreiding van deze G-patiënten met zich mee binnen het acute ziekenhuis.

Dit maakt een aanpassing van de gezondheidsstructuur en het functioneren van het ziekenhuis noodzakelijk. Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt (ZPG) zoals gestipuleerd in KB 29.01.07 komt

hieraan tegemoet. Het proefproject Geriatrisch Dagziekenhuis vormt een eerste belangrijke stap in de progressieve implementatie van het zorgprogramma. De volgende stap is de interne liaison. De overheid plant in de komende jaren een progressieve structurele en financiële ondersteuning van deze projecten.

### a. Algemene bepalingen van het KB

Het algemeen ziekenhuis dat over een erkende dienst G beschikt, moet over een ZPG beschikken. Zoniet moet er een functioneel samenwerkingsverband gesloten worden met het dichtstbijzijnde ziekenhuis dat over een ZPG beschikt.

### b. Doelgroep = de patiënt met een geriatrisch profiel

Het betreft de populatie geriatrische patiënten van gemiddeld ouder dan 75 jaar, die een specifieke aanpak vraagt om verschillende van volgende redenen:

1. fragiliteit en beperkte homeostasis
2. actieve polypathologie
3. atypische klinische beelden
4. verstoorde farmacokinetiek
5. gevaar voor functionele achteruitgang
6. gevaar voor deficiënte voeding
7. tendens tot inactiviteit en bedlegerigheid, met toegenomen risico op opname in een instelling en afhankelijkheid bij de activiteiten van het dagelijks leven
8. psychosociale problemen

### c. Doelstelling van het ZPG

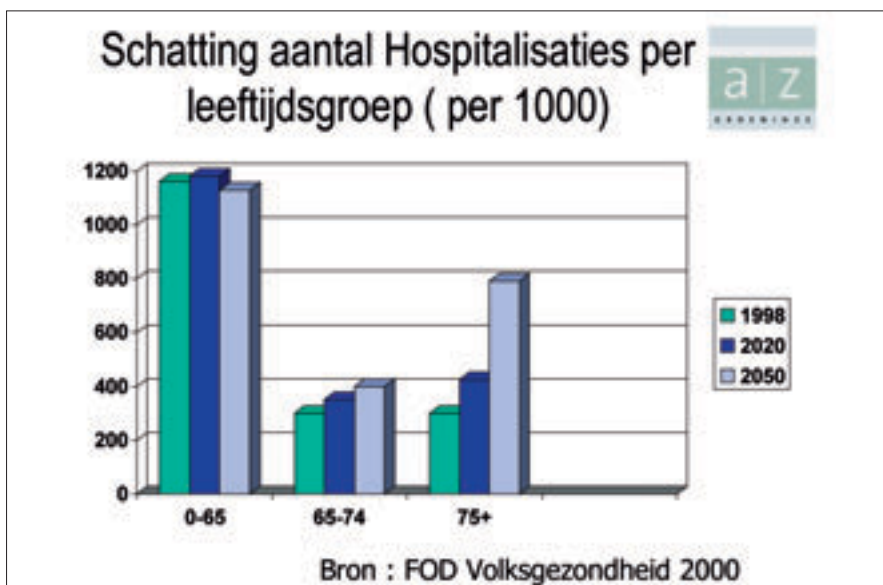
Het zorgprogramma is gericht op een pluridisciplinair diagnostisch en therapeutisch proces, alsook de revalidatie en de opvolging van de geriatrische patiënt met als doel het streven naar een optimaal herstel van de functionele prestatie en een zo groot mogelijke zelfredzaamheid en levenskwaliteit bij de oudere persoon.

Om dit te kunnen realiseren moet de geriatrische patiënt actief opgespoord worden. Het inschakelen van een gevalideerd screeningsinstrument vormt de basis.

Het zorgprogramma benadrukt de continuïteit van zorg voor de oudere persoon, niet alleen intramuraal maar ook extramuraal. De geriatrische zorgverlening gebeurt in samenwerking met de huisartsen en de andere zorgverleners.

### d. De 5 pijlers van het ZPG

1. de erkende dienst geriatrie (100 bedden in a|z Groeninge)
2. de geriatrische consultatie: bij voorkeur op vraag van de behandelende huisarts



- 3. het dagziekenhuis voor de geriatrische patiënt (GDZ): opname op vraag van een huisarts, geneesheer specialist of na een geriatrisch consult (in voege in a|z Groeninge sinds 01.04.06 op campus OLV: 6 bedden)
- 4. de interne liaison: stelt de geriatrische zorgprincipes en de geriatrische pluridisciplinaire deskundigheid ter beschikking van de behandelende geneesheer-specialist en de teams, voor alle in het ziekenhuis opgenomen patiënten met een geriatrisch profiel maar die op een niet-geriatrische afdeling verblijven. Cijfergegevens tonen aan dat slechts 20% van de geriatrische patiënten op de dienst G verblijft.
- 5. de externe liaison stelt de geriatrische zorgprincipes en geriatrische pluridisciplinaire deskundigheid ter beschikking van de huisarts, de coördinerende en raadgevende arts (CRA) binnen de zorginstellingen voor chronische zorg en alle zorgverstrekkers van de oudere persoon. De externe liaison zal de continuïteit van zorg bevorderen met als doel onnodige hospitalisaties te vermijden. Verder zal de externe liaison samenwerkingsnetwerken uitbouwen met huisartsenkringen en andere zorgverleners voor oudere personen.

De interne liaison zal eerst op de diensten orthopedie, traumatologie en spoedgevallen worden geïmplementeerd. Uit ziekenhuisgegevens blijkt dat op deze diensten een hoge nood bestaat aan aangepaste zorg voor geriatrische patiënten. De opdracht bestaat in het actief opsporen van deze patiënten.

Op vraag van de overheid is UZ Leuven een wetenschappelijk onderzoek gestart naar een ideaal gevalideerd meetinstrument. De dienst geriatric a|z Groeninge werkt hieraan mee.

In afwachting van deze resultaten opteert de dienst Geriatric a|z Groeninge voor de Triage Risk Screening Tool (TRST) als gevalideerd screeningsinstrument, vrij vertaald als GRP of Geriatrisch Risicoprofiel.

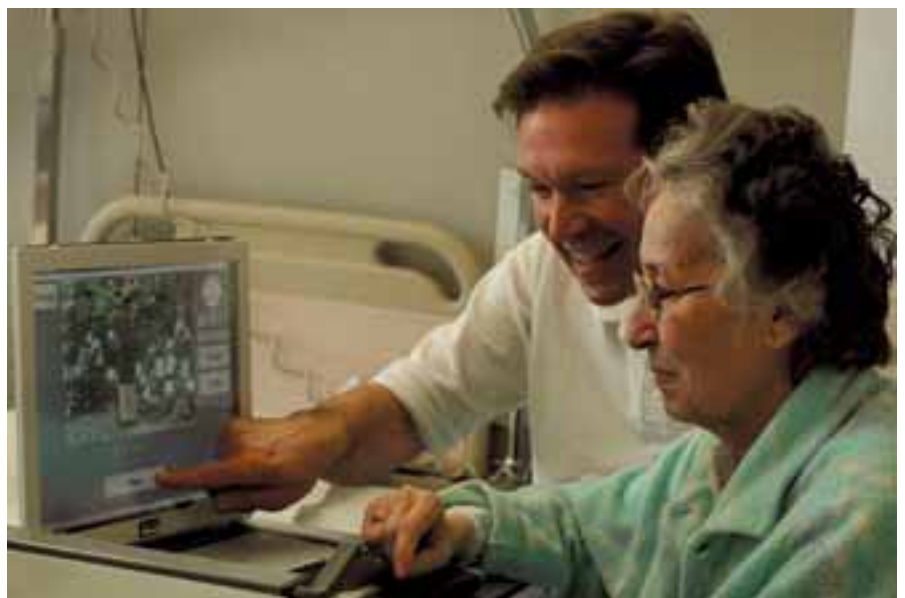
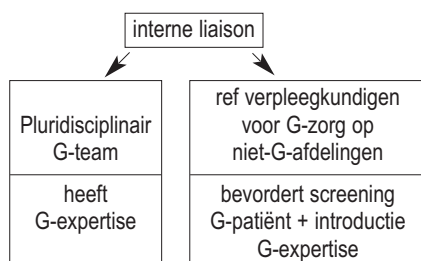
TRST of GRP	JA	NEE
1. aanwezigheid van een cognitieve stoornis	2	0
2. alleenwonend of geen hulp mogelijk inwonende partner of familie	1	0
3. moeilijkheden bij het stappen, transfer of val in afgelopen 6 maanden	1	0
4. spoedgevallenopname afgelopen maand of hospitalisatie in de laatste 30 dagen	1	0
5. gebruik van ≥ 5 geneesmiddelen	1	0
<b>Totaalscore ≥ 2: inschakelen van interne liaison</b>		



**IMPLEMENTATIE VAN HET ZORGPROGRAMMA VOOR DE GERIATRISCHE PATIËNT BINNEN A|Z GROENINGE**

a. Het GDZ is reeds opgestart sinds 1 april 2006. Na het opmaken van een aanvraagdossier voor het Geriatrisch Dagziekenhuis werd onze kandidatuur voor dit proefproject weerhouden (januari 2006). Bij veel patiënten, familie en zorgverstrekkers bestaat er een zekere weerstand tegenover hospitalisatie en medicalisering. Een multidisciplinaire diagnostiek, therapie en revalidatie op één dag komt tegemoet aan de wensen van de patiënt. Een G-zorgplan bevordert de continuïteit van zorg voor de oudere persoon die thuis of binnen een instelling van chronische zorg woont. Een afgelijnde probleemstelling aan de hand van een checklist bevraagd, maakt het haalbaar om een zorgplan voor de geriatrische patiënt op te maken in één dag. Een opname via het geriatrisch dagziekenhuis is niet alleen financieel voordeliger voor de oudere persoon maar vermindert ook het risico op ziekenhuisdelirium en ziekenhuisinfecties zoals MRSA....

b. Vanaf oktober 2007 zal in a|z Groeninge opgestart worden met interne liaison.





De TRST is een gevalideerd meetinstrument dat ouderen met nood aan "verhoogde aandacht" identificeert. Het bestaat uit 5 ja/nee vragen en geeft aan of patiënt een verhoogd risico op heropname heeft. Dit meetinstrument zal systematisch gebruikt worden bij 75-plussers op de startafdelingen bij de opname-anamnese. Wanneer de score  $\geq 2$  bedraagt, zal het pluridisciplinair geriatisch team ingeschakeld worden met als doel een ondersteuning en G-advies te geven aan de niet-G-afdeling. Dit pluridisciplinair geriatisch team bestaat uit 4 fulltime equivalenten met de volgende expertise: geriater, verpleegkundige, sociaal verpleegkundige, psycholoog, ergotherapeut, logopedist en diëtist. Dit pluridisciplinair geriatisch team wordt bijgestaan door één G-referentieverpleegkundige. De G-referentieverpleegkundige bevordert de ontwikkeling van de geriatische aanpak op zijn/haar niet G-afdeling en zal de opsporing van de geriatische patiënten door middel van het TRST-meetinstrument op zijn/haar afdeling verzorgen.

c. Naar aanleiding van de uitbouw van het G-dagziekenhuis zijn er reeds formele samenwerkingsnetwerken met instellingen voor chronische zorg uitgebouwd. In het kader van de externe liaison zal dit nog verder uitgebouwd worden met onder andere huisartsenkringen, geïntegreerde diensten voor thuiszorg, centra voor dagverzorging en andere instellingen voor chronische zorg.

Om de continuïteit van zorg te bevorderen zal een halftijds ontslagmanager gefinancierd worden in de toekomst, op heden nog niet gerealiseerd.

d. Vanuit de Federale Overheid gebeurt een kwaliteitsopvolging onder de vorm van interne en externe toetsing van de medische kwaliteit.

Als antwoord op de toenemende veroudering van de ziekenhuispopulatie wordt het zorgprogramma voor de geriatische patiënt progressief opgelegd door de overheid. Stelselmatig worden verschillende projecten binnen het ziekenhuis a|z Groeninge geïmplementeerd. De opstart van het G-dagziekenhuis is ten volle ondersteund door collegae specialisten. Huisartsen stappen vlot mee in dit nieuwe project. Wat de liaisonfunctie betreft verkiezen we dit progressief uit te bouwen in functie van de noden op de verschillende niet-G-afdelingen en niet onmiddellijk ziekenhuisbreed.

Motivering vanuit de Federale Overheid tot opleiding van geriatisch geschoolde artsen en verpleegkundigen zal noodzakelijk zijn om dit gigantisch project op korte termijn te laten slagen.

In de nabije toekomst zullen er vermoedelijk nog bijkomende maatregelen nodig zijn gezien de toenemende vergrijzing met zijn stijgende nood aan medische en paramedische zorg. De geriatische zorg is in volle evolutie.

DR. VERONIQUE GHEKIERE  
DIENST GERIATRIE  
Campus OLV - a|z Groeninge  
[veronique.ghekiere@azgroeninge.be](mailto:veronique.ghekiere@azgroeninge.be)

#### REFERENTIES

- Flamaing J: het Zorgprogramma voor de Geriatische Patiënt
- Timo Thibo, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu – Cel Chronische en Ouderenzorg
- Belgische Vereniging voor gerontologie en geriatrie: Geriatisch Programma
- Belgisch Staatsblad 07.03.07 editie 2, 11197-11205

## AGRESSIVITEIT OP DE DIENST SPOEDOPNAME

### PROBLEEMSTELLING

Verbale agressie was ons al lang niet meer vreemd. Het laatste jaar werden echter nieuwe grenzen overschreden. We stelden vast dat we in toenemende mate geconfronteerd werden met fysieke agressie tegenover artsen en verpleegkundigen.

Tijdens de zeer hete zomermaand juli 2006 konden we op dit punt rivaliseren met een wereldstad als Brussel of een havenstad als Antwerpen. Vakantie in combinatie met hitte leidde tot een overmatig drankgebruik met alle mogelijke nadelige uitpattingen tot gevolg.

De situatie evolueerde naar verschillende casussen met fysieke letsels en arbeidsongeschiktheid bij artsen en verpleegkundigen van de dienst spoedopname.

We noteerden schedeltraumata met commotio, kniestoten in het aangezicht, schoppen in de genitalia en krabletsels in het aangezicht, naast nog ergere feiten zoals de ontvoering van een gefixeerde patiënte door vrienden en een verkrachttingspoging.

Bekijken we de cijfergegevens van het jaar 2006 dan merken we 15 gevallen met materiële agressie waarbij de infrastructuur van de dienst spoedopname in die mate schade leed dat we het opstarten van een procedure tot schadevergoeding overwogen of uitvoerden.

Er werd 273 keer gescoord voor verbale agressie. In 22 gevallen werd er fysiek geweld gebruikt, al dan niet met lichamelijke letsels. We vroegen 28 keer om dringende politietussenkoms.

Het is voor iedereen duidelijk dat we dit onmogelijk konden aanvaarden en dat een krachtdadige reactie nodig was om deze evolutie te stoppen.

### VASTSTELLINGEN

We moeten vaststellen dat agressie niet alleen een probleem is van onze dienst spoedopname maar dat het een groeiend probleem is in de totale samenleving. Kijken we naar andere geciviliseerde continenten dan zien we dat het ergste waarschijnlijk nog moet komen. Maar ook hier kennen we een opflakking van alle mogelijke vormen van agressie. Er is verkeersagressie, er is intrafamiliaal geweld, er zijn voetbalhooligans, er zijn zinloze moorden en zelfs de zwembaden moeten continu onder politiecontrole gebracht worden in de zomer. Een toenemend misbruik van alcohol en drugs werkt hierop katalyserend. Een gebrek aan familiale en sociale binding maakt dat men geen

verantwoording voor zijn daden dient af te leggen. Toenemende stress in de struggle for life, egoïsme en financiële problemen leiden tot psychische decompensatie waarbij alle waarden uit het oog verloren worden.

Daarnaast is het ook een feit dat de dienst spoedopname dit geweld niet volledig kan ontwijken. Wij kunnen ons niet hermetisch afsluiten van deze vorm van geweld. We kunnen geen muur rondom ons bouwen. Gewelddadige reacties kunnen kaderen in somatische letsels zoals hersenbloedingen of in psychische stoornissen en dan betreft het patiënten van onze directe doelgroep. Wanneer de agressie het gevolg is van een overmatig gebruik van genotsmiddelen moeten we ook professioneel oog hebben voor de mogelijke letale afloop van deze acute intoxicaties. Ook hebben we een rol te vervullen in het beschermen van de maatschappij tegen personen die de controle over hun lichaam verloren hebben.

Het patiëntenbestand van de dienst spoedopname is een afspiegeling van onze maatschappij waarin we een toenemend agressieprobleem zien.

Een derde en zeer belangrijke vaststelling is dat het geweld op onze dienst initieel niet gericht is tegen de artsen en verpleegkundigen van de dienst zelf. Wij hebben tot op heden nog geen ervaring met situaties waarbij bepaalde artsen of verpleegkundigen op voorhand in die mate persoonlijk geïsoleerd worden dat er persoonlijk gerichte agressie bij te pas komt. Er zijn bij ons nog geen casussen van persoonlijke afrekeningen. De agressie is initieel steeds gericht op een andere oorzaak. Men reageert initieel tegen een derde persoon of tegen een bepaalde situatie die niets met de dienst spoedopname te maken heeft. We moeten er dan ook voor zorgen dat dit zo blijft en dat de agressie niet rechtstreeks gekanaliseerd wordt naar de hulpverlener.

### UITGANGSPUNT

Uitgaande van deze vaststellingen moeten we besluiten dat een anti-agressiebeleid er niet kan op gericht zijn om alle geweld uit de spoedopname te bannen. Een anti-agressie beleid moet er op gericht zijn om te leren omgaan met het aanwezige geweld. Het bouwen van een muur rond de spoedopname is geen optie. Agressiviteit bij patiënten is een therapeutische uitdaging. Agressieve patiënten behoren tot de natuurlijke populatie van de dienst spoedopname. Zij moeten op een voor artsen en verpleegkundigen veilige manier kunnen

beschermd worden tegen hun daden omdat zij een gevaar betekenen voor zichzelf en voor hun omgeving. Een anti-agressiebeleid moet naast curatieve maatregelen ook preventieve maatregelen omvatten. Agressieve reacties moeten ook kunnen voorkomen worden, of voorzien worden.

Een anti-agressiebeleid is geen zaak van de dienst spoedopname alleen. Een bredere aanpak is nodig. Er moet een gezamenlijke aanpak zijn zowel 'in hospital' als 'out hospital'. Er is samenwerking nodig met de dienst psychiatrie, de technische en de juridische dienst van het ziekenhuis. Het beleid moet gedragen worden door de directie en moet ondersteund worden door de gerechtelijke en de politieke diensten en ook door de politiek.

### ANTI-AGRESSIEBELEID OP DE DIENST SPOEDOPNAME

We zochten steun op een breed vlak. De directie en de hoofdgeneesheer van het ziekenhuis verleenden hun volle medewerking. Het probleem werd aangekaart bij de Procureur des Konings en bij de politieke diensten. De dienst spoedopname werd ingeschakeld in de nachtelijke politieronde. Niet alleen meer blauw op straat maar ook op de dienst spoedopname. In de nieuwbouw wordt zelfs een mini-politiecommissariaat voorzien bij de dienst spoedopname. Er zijn hold up-knoppen aanwezig waardoor een rechtstreekse alarmering van de politiepattrouilles mogelijk is. Ook op gerechtelijk vlak werden er wetswijzigingen ingediend om agressie ten opzichte van verpleegkundigen en artsen zwaarder te bestraffen.

Omgaan met agressie betekent echter in eerste instantie dat we aandacht moeten schenken aan de manier waarop we deze patiënten benaderen. Onze taal en houding moeten verhinderen dat de agressie die initieel op iets anders gericht is, zich keert naar de hulpverlener.

Het moraliserend en correctief optreden bij personen onder invloed is een voedingsbodemp voor de spiraal van agressie. Eigen kalmte en kordaat optreden vormen de basis bij het benaderen van dit type van patiënten. De waarde van verbale agressie door ontoerekeningsvatbaren moet tot zijn echte proportie herleid worden en mag geen aanleiding geven tot een opbod aan agressie tussen hulpverlener en patiënt. Macho offensieve gevechtstechnieken horen hier niet thuis.

De mogelijkheid tot fysieke agressie moet ook zoveel als mogelijk voorzien worden waardoor

preventief bepaalde middelen in stelling kunnen gebracht worden. Men benadert een mogelijk agressief persoon niet alleen, men neemt in een behandelingskamer geen hoekpositie in maar zorgt voor een eigen open vluchtweg.

We doen preventief een beroep op de politie bij fixatieprocedures en wachten niet tot op het moment dat de zaak uit de hand loopt. Wanneer we ons ondertussen in een minderheidspositie bevinden, geven we de voorkeur aan onze eigen veiligheid en laten de patiënt de mogelijkheid om weg te lopen. De deuren worden opengezet in plaats van gesloten. Indien medisch geïndiceerd, kan dan in tweede instantie een beroep gedaan worden op een politiepatriouille om de patiënt op te sporen.

Een anti-agressiebeleid behelst ook preventieve technische maatregelen. Hierin kaderen de reeds vermelde 'police hold-up' knoppen.

Alle personeelsleden van de spoedopname beschikken over een agressie-alarm op hun dect (draagbare telefoon). Een aangeduid camera-bewakingsstelsel moet niet alleen zorgen voor afschrikking maar ook voor identificatiemateriaal bij agressie. Alle ingangen van de spoedopname worden identificeerbaar met de camera bewaakt. De camerabeelden worden voldoende lang opgeslagen om bruikbaar te kunnen zijn voor identificatie en juridische gevolgen. De buitendeur van de spoedopname is van op afstand bestuurbaar en kan naargelang de noodzaak opengezet of afgesloten worden.

Heel belangrijk in dit kader is ook de fixatieprocedure van een patiënt in de isoleercel. Deze werd ons haarfijn aangeleerd door ervaringsdeskundigen uit een gesloten psychiatrische inrichting. Deze procedure gaat gepaard met het geven van een duidelijke uitleg aan de patiënt, gebeurt daarna kortdurend zonder te vervallen in discussie en gebeurt onder leiding van één hulpverlener die de communicatie voert. Zo nodig gebeurt dit onder toezicht van de politiepatriouille. Het gebruik van goed fixatiemateriaal is vanzelfsprekend. Tevens moet er voldoende aandacht geschonken worden aan de opvang van de familie en kennissen van de patiënt die deze procedure ook moeten steunen. Deze fixatietechnieken moeten beantwoorden aan alle humane en wettelijke criteria.

Het sluitstuk van het anti-agressiebeleid is de opvang van de slachtoffers. Deze opvang situeert zich op verschillende vlakken. Vooreerst is er de zuiver medische opvang maar daarnaast moeten we ook aandacht schenken aan de psychosociale verwerking en de juridische opvolging. Na een traumatische gebeurtenis wordt er een time-out in acht genomen tot probleemloos functioneren weer mogelijk is. Dit kan gaan van

een kort moment tot een langdurige periode onder psychische begeleiding. Ondertussen wordt er voldoende juridische ondersteuning gegeven door de eigen juridische dienst in samenwerking met de politie en de Procureur. Een correcte juridische afhandeling is louterend voor de slachtoffers.

Deze nieuwe aanpak van het leren omgaan met agressie in plaats van het bestrijden van de agressie met agressie heeft op de dienst spoedopname zeker al zijn vruchten afgeworpen. Er wordt bewuster, correcter en professioneler omgegaan met agressie.

**DR PHILIP STRUYVE**

DIENSTHOOFD SPOEDOPNAME

a|z Groeninge Kortrijk

*philip.struyve@azgroeninge.be*



## ELEKTROCONVULSIETHERAPIE (ECT) ONDER ELEKTRO-ENCEPHALOGRAFISCHE (EEG) MONITORING

ECT is een behandeling die bij verschillende psychiatrische en niet psychiatrische aandoeningen kan worden toegepast. Het gebruik hangt af van verschillende factoren. De behandelende psychiater dient de voor- en nadelen van ECT af te wegen t.o.v. de voor- en nadelen van andere behandelvormen. Hierbij spelen volgende elementen een rol: de ernst van de stoornis, de effectiviteit van de behandeling, de snelheid waarmee effect gewenst is, de behandelvoorgeschiedenis van de patiënt en de wens van de correct geïnformeerde patiënt. De behandeling gebeurt in nauwe samenwerking tussen de ECT-psychiater, de verwijzende psychiater, de anesthesist en de verpleegkundigen. Sinds de jaren 60 gebeurt er gecontroleerd onderzoek naar ECT. Men weet dat een veralgemeend epileptisch insult dat de hypothalamus stimuleert essentieel is voor een goede outcome. Een effectief epileptisch insult wordt gedefinieerd aan de hand van de EEG kenmerken.

In 2006 publiceerden P. Sienaert, J. De Fruyt en M. Dierick in samenwerking met de Werkgroep ECT Vlaanderen, het Belgian College of Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry en de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie de Vlaamse aanbevelingen voor de ECT praktijk. Deze tekst is gebaseerd op hun publicatie.

### INDICATIES



ECT is een zeer werkzame somatische behandeling die wordt gebruikt bij ernstige psychiatrische toestandsbeelden, zoals depressie, manie en psychose.

Bij de behandeling van een depressieve episode in het kader van een depressieve stoornis of een bipolaire stoornis is ECT aangewezen bij ernstige suïcidaliteit, bij weigering van voedsel en drank, bij medicatieresistentie, bij intolerantie van psychofarmaca of bij goede respons op ECT tijdens een eerdere episode.

Het is de eerste keuze behandeling bij een depressieve stoornis met psychotische kenmerken. Het dient daarnaast te worden overwogen indien dit de voorkeur is van de patiënt.

De superieure doeltreffendheid en de snelheid van werking maken ECT dus een belangrijke optie in de behandeling van depressie.

De doeltreffendheid van ECT bij depressie is overtuigend aangetoond in meerdere recente meta-analyses.

Het onderzoek naar de doeltreffendheid van ECT bij manie is beperkter dan bij depressie. Het is aangewezen bij de behandeling van een manische episode bij levensbedreigende situaties (extreme uitputting), bij medicatieresistentie, bij intolerantie voor psychofarmaca of bij goede respons tijdens een eerdere episode. Het dient ook hier te worden overwogen indien het de patiënt zijn voorkeur geniet.

Ondanks het feit dat psychose en meer specifiek schizofrenie de belangrijkste indicatie vormde voor ECT is onderzoek hierover schaars. Het is een behandeloptie bij medicatieresistente schizofrene psychose.

Er is beperkt onderzoek en er zijn gevalstudies waarin ECT als werkzaam werd beschreven bij katatonie, maligne neuroleptisch syndroom, schizo-affectieve stoornis, delirium en ziekte van Parkinson.

Daarnaast is ECT een experimentele behandeling voor ernstige epilepsie, ernstige pijnsyndromen en ernstige bewegingsstoornissen als deze aandoeningen niet reageren op andere behandelingen.

### CONTRA-INDICATIES

Absolute contra-indicaties zijn er niet. Om de risicofactoren van ECT en anesthesie op te sporen gebeurt er na het informed consent een preoperatief onderzoek. Dit bestaat uit een anamnese, een klinisch onderzoek, een routine labo, een EKG, een EEG, een CT cerebrum en een tandheelkundig onderzoek. Op indicatie wordt het aangevuld met uitgebreider specialistisch onderzoek.

### UITVOERING

#### Anesthesie

De doelstellingen voor een goede anesthesie zijn een kortdurend bewustzijnsverlies, net voldoende spierontspanning om spier- en botletsels uit te sluiten, het voorkomen van hypoxie en hypercapnie en het vermijden van negatieve invloed op de convulsies. ECT gebeurt steeds onder algemene narcose. De patiënt heeft altijd een goede intraveneuze toegangsweg. Monitoring gebeurt door middel van electrocardiografie, pulse oxymetrie en niet invasieve bloeddrukmeting. Voor de ECT stimulus wordt altijd een bijtblok geplaatst om de tanden te beschermen.

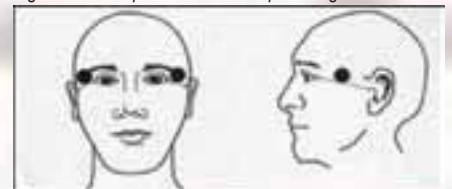
Figuur 1 ECT toestel (Mecta spECTrum 5000)



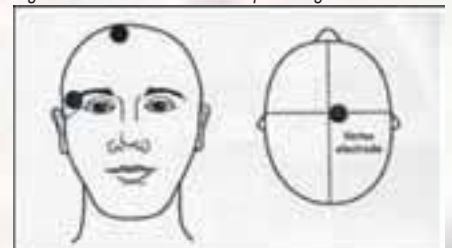
Figuur 2 Stimulus toediening



Figuur 3 Bitemporale elektrodenplaatsing



Figuur 4 Unilaterale elektrodenplaatsing



### Technische aspecten (figuur 1 en 2)

De belangrijkste bijwerkingen van ECT zijn van cognitieve aard. De ernst van de geheugenklachten kan de onmiddellijke gunstige effecten van de behandeling overschaduwen. Het is bekend dat de positie van de elektroden en de stimulusdosis in belangrijke mate bepalend zijn voor de efficaciteit van ECT en voor de mate waarin cognitieve bijwerkingen voorkomen.

Om die redenen dient de techniek van behandelen zo gekozen te worden dat het gunstige effect wordt geoptimaliseerd met een minimum aan bijwerkingen.

De elektrodenplaatsing kan zowel bitemoraal (figuur 3), bifrontaal als unilateraal (figuur 4) worden toegepast. De keuze is afhankelijk van de ernst van het klinisch beeld en de te verwachten bijwerkingen.

De stimulusdosis wordt individueel bepaald.

Hierdoor wordt tijdens de kuur de dosis aangepast.



Monitoring van de centrale component gebeurt door middel van EEG. De insuldduur en de EEG kenmerken (de amplitude en de mate van postictale suppressie) zijn hierbij belangrijk. Het ictale EEG vertoont verschillende fasen: de baseline, een recruitment-fase, een polyspike fase, de toename van de trage golven, de afname van trage golven en een postictale suppressie (figuur 5).

### Frequentie en duur van de behandeling

De behandelingsfrequentie is tweemaal per week en kan via hospitalisatie of ambulante. Er is geen vast aantal behandelingen in een kuur. Het al of niet stopzetten van de behandeling dient bij voorkeur na elke sessie of tenminste elke week te worden beoordeeld. Behandelingen dienen te worden verder gezet tot volledige remissie of tot er een plateau ontstaat in het verbeterings-

proces tijdens de laatste drie behandelingen en de patiënt minstens tien behandelingen heeft gehad. Indien geen enkel klinisch effect wordt gezien na 10 behandelingen met een adequate behandeltechniek kan de ECT worden gestopt.

### BESLUIT

ECT is een behandeling die wordt toegepast in de psychiatrie bij verschillende ziektebeelden. Er wordt onder strikte controle met EEG een epileptische aanval uitgelokt. De behandeling gebeurt onder totale, maar lichte narcose en met toediening van spierontspanner.

De precieze werking van ECT is nog niet bekend maar de hypothese is dat door ECT een gezonder evenwicht van neurotransmitters en hormonen ontstaat.

De behandeling met ECT staat niet op zichzelf maar is altijd een deel van een uitgebreidere biopsychosociale behandeling.

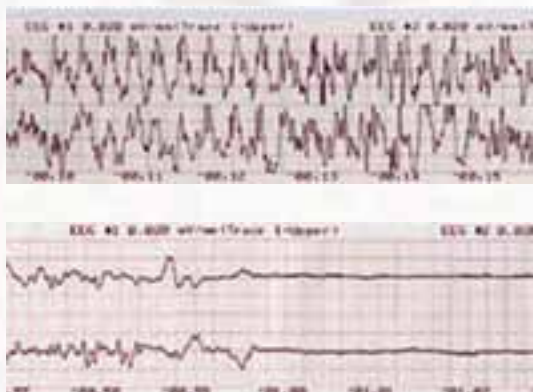
#### Afbeeldingen

University of Michigan. Dept Psychiatry.  
www.med.umich.eu

#### DR. KOEN TITECA

PSYCHIATER EN COGNITIEF GEDRAGSTHERAPEUT  
Dienst psychiatrie, psychosomatiek en psychotherapie a|z Groeninge  
koen.titeca@azgroeninge.be

Figuur 5 Ictaal EEG



### REFERENTIES

Sienaert, P., De Fruyt, J. & Dierick, M., Elektroconvulsie therapie aanbevelingen voor de praktijk. Academia Press, Gent, 2006, 208 p.

## a|z GROENINGE, KORTRIJK WELK ZIEKENHUIS IN DE TOEKOMST ?

Hoe evolueert de gezondheidszorg in de toekomst?

Bij de uitvoering van het bouwproject stellen wij ons voortdurend de vraag wat de toekomst ons brengen zal. Fundamenteel is de vraag waaraan het zorgaanbod nu én in de toekomst moet beantwoorden. De beslissingen die wij nu nemen, hebben een zeer grote draagwijdte in de tijd en moeten de belangrijke (mogelijke) evoluties van de toekomstige gezondheidszorg goed inschatten.

Welke factoren zijn onderhevig aan sterke evoluties en zijn bijgevolg richtinggevend voor het beeld van het toekomstige ziekenhuis? Drie belangrijke factoren zullen de gezondheidszorg in de toekomst sterk bepalen:

1. de patiënt
2. de medewerker en
3. de evolutie van de technologie.

In dit eerste deel staan we stil bij de eerste factor, de patiënt. In het volgend nummer van acta Groeninge gaan we dieper in op de twee andere elementen.

toename van deze patiëntengroep zelfs sterker dan in andere streken van Vlaanderen.

a|z Groeninge is dan ook intensief bezig met de uitbouw van een goed werkend **geriatrisch platform**. Een intensieve samenwerking met huisartsen, thuisverpleegkundigen, diverse diensten binnen de eerstelijnszorg en de residentiële bejaardenzorg is één van de huidige topprioriteiten. Nieuw hierbij is dat het accent op een goede transmurale samenwerking centraal staat.

Wij willen zeker geen bedreiging vormen voor de eerstelijnszorg. Als ziekenhuis zijn wij er ons goed van bewust dat we in dit zorgtraject op de tweede plaats komen. De eerste plaats bevindt zich in de thuissituatie!

Wel beschikt het ziekenhuis over heel wat middelen en mogelijkheden om de eerstelijnszorg

te ondersteunen en te helpen in de coördinatie van de zorg. Een goed opgebouwde transmurale communicatie zal de kwaliteit van zorg ten goede komen. Daarvoor zullen wij in nauwe samenwerking met de eerstelijnszorg geïnformateerde communicatiemiddelen uitbouwen. Het lijkt ons immers vanzelfsprekend (en wenselijk) dat er in de gezondheidszorg een gemeenschappelijk elektronisch platform wordt uitgewerkt, waardoor het medisch dossier vlot bruikbaar en toegankelijk is voor patiënt en zorgverstreker, en dit voor de huisartsen over de ganse provincie.

### De geïnformeerde patiënt

Dat de relatie patiënt-arts sterk veranderd is ten opzichte van vroeger is duidelijk. De patiënt en zijn familie beschikken over legio mogelijkheden om kritisch de gepopulariseerde informatie op het internet of in tijdschriften op te pikken. De arts wordt meer en meer om uitleg gevraagd, patiënten vergelijken en zijn kritisch. De arts heeft een belangrijke rol als 'wegwijzer' in de massa van beschikbare informatie. Niet alle informatie is kwalitatief evenwaardig en ... patiënten die angstig zijn, kleuren wat ze lezen. Het nieuwe ziekenhuis van de ( nabije) toekomst wil hierop inspelen en voorzien in talrijke informatie- en communicatiemiddelen. Zo plannen wij



### DE PATIËNT

#### De vergrijzing van de bevolking

In de komende 10 tot 15 jaar krijgen wij te maken met een belangrijke toename van de 65-plussers. Binnen ons onmiddellijk bedieningsgebied, is de



### Demografische gegevens

Aantal inwoners (absoluts aantallen) per leeftijdscategorie arrondissement Kortrijk

jaar	0-14	15-64	65-79	80-94	95+	Totaal
2006	45.256	181.680	37.934	12.687	406	277.964
2007	44.616	181.926	37.679	13.088	-441	277.750
2008	44.048	181.689	37.789	13.516	461	277.503
2009	43.567	181.186	37.993	14.002	472	277.220
2010	43.207	180.446	38.316	14.488	457	276.914
2011	42.997	179.472	38.737	15.037	430	276.573
2012	42.822	178.592	39.117	15.481	389	276.205
2013	42.455	177.592	39.574	15.846	356	276.826
2014	42.385	178.516	40.040	16.089	395	276.425
2015	42.164	175.679	40.422	16.272	466	275.019
2016	42.030	174.814	40.856	16.382	531	274.613
2017	41.874	173.728	41.384	16.620	591	274.198
2018	41.746	172.876	41.851	16.864	643	273.780
2019	41.628	171.469	42.534	17.035	691	273.357
2020	41.485	170.242	43.490	16.974	733	272.924
2030	39.509	155.805	51.058	19.933	1.019	267.322

Aantal inwoners (% verdeling) per leeftijdscategorie arrondissement Kortrijk

jaar	0-14	15-64	65-79	80-94	95+	Totaal
2006	16,3%	65,4%	13,6%	4,6%	0,1%	100,0%
2007	16,1%	65,5%	13,6%	4,7%	0,2%	100,0%
2008	15,9%	65,5%	13,6%	4,9%	0,2%	100,0%
2009	15,7%	65,4%	13,7%	5,1%	0,2%	100,0%
2010	15,6%	65,2%	13,8%	5,2%	0,2%	100,0%
2011	15,5%	64,9%	14,0%	5,4%	0,2%	100,0%
2012	15,4%	64,7%	14,2%	5,6%	0,1%	100,0%
2013	15,4%	64,4%	14,3%	5,7%	0,1%	100,0%
2014	15,4%	64,1%	14,5%	5,8%	0,1%	100,0%
2015	15,3%	63,9%	14,7%	5,9%	0,2%	100,0%
2016	15,3%	63,7%	14,9%	6,0%	0,2%	100,0%
2017	15,3%	63,4%	15,1%	6,1%	0,2%	100,0%
2018	15,3%	63,1%	15,3%	6,2%	0,2%	100,0%
2019	15,2%	62,7%	15,6%	6,2%	0,3%	100,0%
2020	15,2%	62,4%	15,9%	6,2%	0,3%	100,0%
2030	14,8%	58,3%	19,1%	7,5%	0,4%	100,0%

de uitbouw van een vrij toegankelijk informatiecentrum en ontwikkelen wij nu reeds heel wat eigen informatiefolders.

#### Het transmuraal medicatiebeleid

Voor het medicatiebeleid moeten belangrijke vernieuwingen uitgewerkt worden. Ook de rol van de ziekenhuisapotheker evolueert: daar waar het accent tot nog toe vooral lag op administratieve en logistieke processen, zal de ziekenhuisapotheker meer en meer 'te velde' in het ziekenhuis optreden.

De uitbouw van de klinische farmacie – nauw verbonden met de geneesheren-specialisten en met een apotheekfunctie die zich meer buiten de klassieke muren van de ziekenhuisapothek opstelt – zal het farmacotherapeutisch beleid verbeteren.

Ook hier komt er een betere afstemming tussen het medicatiebeleid van de eerstelijnszorg en van het ziekenhuis. Momenteel loopt er een pilootproject gericht op 75-plussers die via de dienst spoedopname opgenomen worden. Dit zal wellicht aanleiding geven tot een hersituering van de farmacotherapie in ons ziekenhuis. Een opname in het (dag)ziekenhuis is immers geen op zichzelf staande episode. Een nauwere aansluiting met wat er buiten de ziekenhuis-muren gebeurt, is essentieel. Het is zeker niet de bedoeling van het ziekenhuis om de dominante rol op te eisen in deze verbeterde samenwerking met huisartsen en publieke officina. Wel is een vlottere informatie-uitwisseling zeker gewenst en nu onvoldoende.

#### Het persoonlijk financieel aandeel voor de patiënt

Een evolutie die reeds geruime tijd aan de gang is, betreft het toenemend persoonlijk financieel aandeel van de patiënt in de kosten van de gezondheidszorg.

De technologische evolutie en het veel intensiever positief karakter van de zorg (met veel kortere ligduren) leidt tot een constante verhoging van het kostenplaatje. Heel wat patiënten beschikken naast de wettelijke sociale verzekering over een bijkomende persoonlijke hospitalisatieverzekering. Het ziekenhuis moet alle mogelijkheden aanwenden om efficiëntie, productiviteit en effectiviteit ten volle te maximaliseren. Een kostenbewuste afweging van diagnostische aanpak en behandelingspaden moet een vanzelfsprekende reflex worden. Al te dikwijls weten wij perfect welke factureerbare nomenclatuur verbonden is aan een bepaald behandelingspad maar tot op heden zijn wij nog té weinig bezig met het optimaliseren en het betaalbaar houden van de in te zetten middelen. Enerzijds zal het nieuw ziekenhuis de kwaliteit van de geboden zorg systematisch verbeteren, anderzijds moet de voortdurende economische afweging ervoor zorgen dat die evolutie betaalbaar blijft en dat er geen geneeskunde met twee snelheden aangeboden wordt. Het lijkt ons dan ook noodzakelijk om het zorgaanbod in een sterk technologische en gespecialiseerde omgeving met veel zorg aan te wenden. In België zijn alle echelons in de gezondheidszorg zeer toegankelijk, ongeacht de

vanuit medisch standpunt vereiste zorg.

Een sterker doorgevoerde echelonering met in de toekomst een lager aantal opnamen, ligduren en ligdagen ligt ons inziens dan ook in het verschieft. Ook hier zal voor ons ziekenhuis (en voor de huisartsen) een constructieve samenwerking werkelijk noodzakelijk zijn. Wij verwachten dat de (Vlaamse) overheid in het kader van de uitgetekende zorgregio's hier wellicht meer sturend zal optreden.

#### De 'anderssprekende' patiënt

a|z Groeninge bevindt zich op korte afstand van de taal- en de landsgrens, en dit stelt ons voor een bijzondere uitdaging. De Europese grenzen vervagen en de vrije marktwerking wordt als welzijnsverhogend ervaren. Wij verwachten dat de internationalisering van de zorg verder gestalte zal krijgen en moeten hierop anticiperen. a|z Groeninge zal als supraregionale ziekenhuis voor bepaalde diensten over meertalige medewerkers moeten beschikken. De medische netwerking met de nabije Henegouwse ziekenhuizen houdt voor alle betrokken partijen mooie toekomstperspectieven in. Naast de Franstalige patiënten worden wij ook meer en meer geconfronteerd met anderssprekende patiënten. Tolkenprogramma's en aangepaste hulpmiddelen zijn in volle uitwerking, zodat wij ook aan deze patiëntengroep een goede gezondheidszorg en -communicatie kunnen aanbieden.

#### De patiëntenorganisaties

In België kennen wij een gezondheidsorganisatie gestoeld op de principes van de vrije markt. De vrije artskeuze van de patiënt wordt als een belangrijk uitgangspunt gekoesterd. Het is niet zo eenvoudig om de bepalende factoren in dit keuzeprocess in kaart te brengen. (Bewezen) Medische kwaliteitselementen zijn hier zeker niet de hoofdfactor. Regelmatig verschijnen er vergelijkende studies over de kostprijs-elementen van de zorg. Eerder zeldzaam – althans in België – zijn de studies die de klinische outcome indicatoren aan het grote publiek meedelen. In de toekomst verwachten wij een grotere transparantie en belangrijke informatieontwikkelingen die het voor patiënt (en verzekeraar) mogelijk maken om op basis van kwaliteitselementen de keuzes meer te laten bepalen. Artsen, multidisciplinaire zorgprogramma's, ziekenhuisdiensten en ziekenhuizen zullen systematisch vergeleken worden in voor de patiënt toegankelijke informatiebronnen. Daarom wordt het voor ons ziekenhuis van de toekomst primordiaal om op een zeer gesystematiseerde en integrale wijze de kwaliteitszorg met gemeten klinische outcome uit te bouwen. Naast de grotere transparantie mag ook verwacht worden dat patiëntenorganisaties met betrekking tot belangrijke aandoeningen aan belang zullen winnen. Zelfhulpgroepen, thematisch georganiseerde patiëntengroepen zullen hun plaats in de zorgorganisatie opeisen. Ook hier zal de (onderlegde) mondigheid een factor worden waarmee de ziekenhuismedewerker in de toekomst veel meer rekening zal moeten houden.

DHR. JAN DELEU  
ALGEMEEN DIRECTEUR

## GENEESKUNDE EN ZIEKENVERPLEGING IN KORTRIJK

### *De modernisatie van het O.-L.-V. Hospitaal na de Tweede Wereldoorlog*

De naoorlogse jaren brachten een diepe omwenteling teweeg in het O.L.V. Hospitaal. Door de wet van 1 december 1944 werd de verplichte ziekteverzekering ingevoerd. Voortaan zou de Rijksdienst voor Maatschappelijke Zekerheid voor een deel of voor de totaliteit tussenkomen in de hospitalisatiekosten en de geneeskundige honoraria. Een reeks verplichtingen die tot dan tot het domein van de Commissie van Openbare Onderstand (C.O.O.) hadden behoord. Hierdoor verloor het gasthuis zijn specifieke bestemming waarvoor het eeuwen geleden opgericht werd: de arme zieken, vanwaar ze ook mochten komen, zonder vergoeding op te nemen en te verzorgen. Op enkele marginale gevallen na, die dan door de Onderstandcommissie werden opgevangen, werd de geneeskunde, die voor de armen steeds kosteloos was geweest, nu via het systeem van de sociale bijdragen, door de Rijksmaatschappelijke Zekerheid betaald. Op papier waren er geen arme zieken meer (1)!

In het begin van de naoorlogse periode waren volgende geneesheren in het O.L.V. Hospitaal werkzaam (tussen haakjes het jaar van aanstelling) (2):

- dr. Robert Mattelaer (1928): algemene interne geneeskunde in de mannenzaal St. Kamiel en de vrouwenzaal (St. Theresia)
- dr. Gaston Vermeulen (1930): radiologie
- dr. Antoine Bouckaert (1930?): hart en longziekten
- dr. Gérard Iserbyt (1938): orthopedie
- dr. L. Degels (1938): neus-keel-oorarts, die dr. A Malfait had vervangen.
- dr. Edgard Soete (<1928): dermatologie en venerische ziekten
- dr. Raymond Decoster (1938): chirurgie, die dr. E Lauwers vervangen had.

De impact en de evolutie van de exacte wetenschappen op de geneeskunde kwam niet alleen tot uiting in het technologische aspect maar ook in de ver gedreven specialisatie van de artsen. Zonder verwijl trof de C.O.O. de nodige schikkingen om zich aan de vernieuwde situatie aan te passen. De capaciteit van het hospitaal werd opgedreven en het geneesherenkorps uitgebreid. Op 9 mei 1948 werd de nieuwe kraamrichting ingehuldigd, en in de oude kraamkliniek werden nu besmettelijke gevallen behandeld. Op 8 oktober 1948 werden de afdelingen St. Kamiel en St. Theresia geopend in vervanging van de houten barakken die er stonden en die gebruikt werden voor tuberculosepatiënten.

In 1947 werd de heer Paul Spriet benoemd tot secretaris van de C.O.O. en hij leidde vanaf dan ook het hospitaal.

Sinds 1945 verving dr. Albert Vandorpe dr. Gérard Iserbyt als hoofd van het moederhuis. Dr. Bouckaert werkte nog steeds als gastgeneesheer.

In 1949 besloot de C.O.O. de mannenzaal af te breken om een volledig nieuwe kliniek te bouwen, en op 21 juni legde stadsgenoot en Minister van Volksgezondheid Alfred de Taye, de eerste steen.

Het nieuw complex omvatte op de benedenverdieping de afdeling radiologie, de apotheek, het laboratorium, de wachtkamers, de consultatieruimte van de geneesheren en de keuken. Op de eerste verdieping werden orthopedie, kinesitherapie en radiotherapie ondergebracht. Op de tweede verdieping werden twee moderne operatiezalen ingericht en op de vierde kwam de afdeling pediatrie. Er was plaats voor 120 opgenomen patiënten (1).

Hierover schreef dokter Robert Mattelaer, in zijn onuitgegeven handschrift: *"In 1956, dat waarlijk het cruciale jaar voor onze eeuwenoude inrichting was geworden, geschiedde de metamorphose en we zouden van de Middeleeuwen naar het Moderne toe komen, een feit waaraan ik twintig jaar vroeger erg had getwijfeld"* (3).

Naast de vroeger benoemde geneesheren werden in 1954, bij de opening van het nieuw complex volgende geneesheren aangesteld:

dr. Marcel Bauwens	radiotherapie en fysiotherapie
dr. Joseph Bossuyt	dermatologie
dr. Antoon Bouckaert	hart en longziekten
dr. James Bown	gynaecologie
dr. Alex De Bruyn	inwendige ziekten, hart, longen
dr. André Devrieze	oogziekten
dr. Leopold Devriese	algemene geneeskunde
dr. Carl Scheirlynck	gynaecologie
dr. Joseph Vandamme	neus-keel en oorziekten
dr. Marcel Vandeputte	inwendige ziekten
dr. Pierre Van Durme	cardiologie
dr. Gilbert Vanhaesebrouck	kinderziekten
dr. José Van Laere	zenuwziekten
dr. Albert Vantomout	heelkunde
dr. Gentiel Vermeulen	kinderziekten

In 1962 werd een beheerscomité voor het O.L.V. Hospitaal in het leven geroepen, en werd ook de eerste medische raad verkozen. dr. Robert Mattelaer was de eerste hoofdgeneesheer en lid van het pasbenoemde beheerscomité. In 1972 werd hij opgevolgd door dr. Gilbert Vanhaesebrouck (2).

*Zo zag het O.L.V. Hospitaal eruit na de 2e wereldoorlog. Een zicht op de binnenkoer met het klooster en de klokkentoren van de kapel op de achtergrond. Het gebouw rechts is de mannenzaal die gesloopt werd in 1949 om plaats te maken voor een moderne nieuwbouw, die tot in het jaar 2000 het centrale hoofdgebouw en tevens de ingang was.*





De mannenzaal van het O.L.V. Hospitaal zoals ze bleef bestaan tot 1948.

Vanaf 1954 begon men, naast de aanwezige kloosterzusters, ook verpleegsters aan te werven.



In 1954 kwam juffrouw Pottie als eerste kinder- verzorgster in dienst van het moederhuis. In 1955 werden de juffrouwen Huyghe, Cottijn en Veys aangeworven.

Over de evolutie van de kloosterzusters schrijft dokter Robert Mattelaer in zijn handschrift van 1976:

*“Al de religieuzen waren gediplomeerde verpleegsters, verpleegassistenten of vroedvrouwen. Ze konden in de praktijk wedijveren met de beste onder de beste uit de andere klinieken. De (klooster)regel werd sedert*

*geruime tijd versoepeld. De tijd is ver dat onze goede religieuzen gekleed waren met een wit en zwart lang laken kleed, een lederen gordelriem rond de lenden droegen, met een zware paternoster en een bos sleutels eraan vastgehecht. De tijd is reeds lang vergeten dat hun haar kortgeknipt – ten teken van afzijdigheid tegen al wat mode was – onder een zwarte kap was weggedoken. De tijd is zeker reeds zeer ver dat hun enige kijk op den buitenwereld, de Budastraat was, gezien vanaf de grote ingangspoort, of het venster van hun cel, of vanuit de weide achter het neerhof gelegen, naar de Reepbrug, de Fabriekskaaai en de Vismarkt toe. Nu mogen de zusters buiten in de stad gaan*

Het bejaardentehuis St. Jozef op de hoek van de Voorstraat en de Molenstraat (nu Langemeersstraat) werd opgericht in 1837 en gesloopt in 1968.



*wandelen, winkelen, bij hun familie bezoek brengen, op reis gaan de wereld in en gebruik maken van alle moderne mogelijkheden” (3)!*

Van even groot belang was de mentaliteitsverandering van de zieken zelf. Het concept “armen” hospitaal, waarbij men altijd meer de nadruk had gelegd op “armen” dan op hospitaal, verdween vrij vlug samen met de uiterlijke tekens ervan. De verouderde gemeenschappelijke zalen maakten plaats voor ruime lichte kamers. Het hospitaal was een verpleeginstelling van hoogstaande kwaliteit geworden.

In 1969 werd de nieuwe kraaminrichting St.-Elisabeth met de afdeling prematuren ingehuldigd. Dit was een initiatief van de heer Pol Verhenne, die gedurende 30 jaar voorzitter was van de C.O.O.. Hij werd in 1977 opgevolgd door mevrouw Miet Sabbe-Van Linden. In 1981 waren er 1393 geboorten.

In 1977 werden ook vijf zusters van de communiteit afgestaan om de bediening in het St.-Jozefsrustoord in de Condédreef waar te nemen.

Het O.C.M.W. en de bejaardenzorg te Kortrijk (2). In 1837 werd op de hoek van de Voorstraat en de Molenstraat (nu Langemeersstraat) het bejaardentehuis Sint Jozef opgericht op het terrein van het vroegere Kapucijnenklooster. Het gebouw bood plaats aan 300 ouderlingen en was na de tweede wereldoorlog bouwvallig en volledig uit de tijd. Sinds 1951 was dr. Robert Mattelaer benoemd in opvolging van dr. E. Soete. Hij werd in 1958 ook benoemd als geneesheer van O.L.V. der Zeven Weeën in opvolging van dr. Ghoot. Het ‘oude mannenhuis’ Sint Jozef verhuisde in 1965 naar de Condédreef, waar een nieuw en aangepast modern gebouw (eveneens Sint Jozef genaamd), was opgericht. Het werd in 1968 gesloopt.

Dokter Robert Mattelaer (1901-1991) was van 1928 tot 1975 onafgebroken verbonden aan het O.L.V. Hospitaal.



Sinds 1978 staan de zusters ook ten dienste van het revalidatiecentrum "Nieuwe Lente" te Heule, dat gestart is onder de leiding van dokter Murk Lauwers, zuster Bernadette Creupelandt en de heer Rudy Demeulemeester.

In 1969 werd de dienst intensieve zorgen opgericht door anesthesist dr. Paul Dauchot, die echter na nauwelijks één jaar uitweek naar de USA.

Eind 1981 bestond de personeelsstaat, inclusief de zusters uit: 258 verpleegsters en verplegers, 27 paramedici, 43 bedienden, 148 technici en leden van de onderhoudsdienst. Het betrof dus meer dan 500 personen die instonden voor de zorg van 7541 patiënten voor een totaal van 122.335 verpleegdagen.

Begin 1982 bestond het geneesherenkorps uit

dr. Pierre Adyns	orthopedie
dr. Albert Baert	orthopedie
dr. Marcel Bauwens	radiotherapie
dr. Willy Bloquiaux	chirurgie (kwam in 1970 vanuit de kliniek Sint Maarten over)

dr. Roland Bonneux	anesthesie
dr. Edward Brouckaert	pediatrie
dr. Tony Cardoen	oftalmologie
dr. Alex De Bruyn	inwendige ziekten
dr. Willy Debyser	klinische biologie
dr. Benoit Dedeurwaerder	radiologie
dr. Luc Derumeaux	dermatologie
dr. Willy Diesbecq	anesthesie
dr. Marc Lesage	gynaecologie
dr. Johan Mattelaer	urologie
dr. Guy Meersman	neurologie
dr. Guido Pannemans	gynaecologie (werd in 1985 vervangen door dr. K. Buysse)

dr. Pierre Sabbe	radiologie
dr. Carl Scheirlynck	gynaecologie
dr. Marc Thevelin	klinische biologie
dr. Joseph Vandamme	O.R.L.
dr. Marcel Vandeputte	gastro-enterologie
dr. Emmanuel Van Dorpe	plastische chirurgie
dr. Pierre Van Durme	cardiologie
dr. Gilbert Vanhaesebrouck	pediatrie
dr. José Van Laere	neurologie
dr. Luc Van Lysebeth	thorax en vaatchirurg
dr. Kris Vansteenbrugge	O.R.L.
dr. Jan Vansteenkiste	gastro-enterologie
dr. Pierre Verhoyen	pneumologie

Van 1949 tot 1975 leidde Zuster Marie-Joseph Nijs de apotheek van het hospitaal tot apotheker Lutgardis Plaetevoet de taak overnam. Later werd zij bijgestaan door apotheker Kathy Verhelle, die nu fungeert als hoofdapotheeker van a|z Groeninge.

In 1975-1976 werden de mannen en vrouwenzalen St. Kamiel en St. Theresia gemoderniseerd en tot kamers van twee of vier bedden heringericht.

In 1976 werd ook gestart met de uitbouw van een nieuw technisch blok met radiologie op het gelijkvloer, vier uiterst moderne operatiezalen en een recovery op de eerste verdieping en ziekenkamers op de tweede verdieping.

De centrale nieuwbouw van het O.L.V. Hospitaal, met polikliniek en verpleegafdeling werd ingehuldigd op 22 september 1956.



Een beheersraad van het O.L.V. Hospitaal in 1976 in het klooster van de Zusters Augustinessen. Links dhr. Paul Spriet, secretaris van de C.O.O., later O.C.M.W., in het midden Mevrouw Gabriëlle Doornaert, overste van de zusters, en staande dhr. Pol Verhenne, voorzitter van het O.C.M.W.



In 1982 telde de kloostergemeenschap van de zusters Augustinessen in het O.L.V. Hospitaal nog 32 geprofeste religieuzen.



In 1982 kwam dr. Luc Baert van de kliniek Maria's Voorzienigheid over naar het O.L.V. Hospitaal waar samen met dr. Johan Mattelaer het 'Urologisch Centrum' werd opgericht. In 1986 werd dr. Luc Baert tot hoogleraar urologie benoemd aan de KU Leuven en vervangen door dr. Philip Van Kerrebroek. Gezien zijn wetenschappelijke ambities vertrok deze opnieuw naar Nederland eind 1987, en ook dr. Johan Mattelaer verhuisde naar het ziekenhuis Sint Maarten begin 1988. Vanaf dan was dr. Peter Vossaert werkzaam in het O.L.V. Hospitaal als uroloog. Ondertussen was in 1983 dr. André Boel benoemd tot derde anesthesist en in 1984 kwam dr. Paul Goddeeris als deeltijds bioloog.

Tussen 1985 en einde 1999 werden volgende geneesheren aangesteld (4):

dr. Buyse Karel (1985),	gynaecologie
dr. Nicolaij Daniël (1985),	endocrinologie, isotopen
dr. Van Eeghem Patrick (1985),	gastroenterologie
dr. De Niel Christiaan (1986),	cardiologie
dr. Colpaert Johan (1986),	pediatrie
dr. Vercruysse Bernard (1988),	gynaecologie
dr. Vossaert Peter(1988),	urologie
dr. Vercruysse Philippe(1988),	O.R.L.
dr. Deconinck Koen(1988),	radiologie
dr. Van Rooy Frank (1988),	chirurgie
dr. Bourgeois Paul (1989),	neurologie
dr. D'Haeseleire (1990),	stomatologie
dr. Thielens Paul (1992),	stomatologie
dr. Vanderschuere Serge (1993),	klinische biologie
dr. Suys Erwin (1994),	dermatologie
dr. Van Oortegem Kris (1994),	O.R.L.
dr. Vanneste Alain (1995),	anatomopathologie
dr. Bohyn Peter (1995),	anaesthesist (†2006)
dr. Mareels Sigrid (1996),	gastro-enterologie
dr. Stockmans Filip (1996),	plastische chirurgie
dr. Moerman Jan (1996),	orthopedie
dr. Van Hoecke Bruno (1996),	fysiotherapie
dr. Demeester Catherine (1997),	cardiologie
dr. Elewaut Ann (1997),	gastro-enterologie
dr. Hengstman Casper (1998),	spoedarts
dr. Wallaert Paul (1998),	thorax & vaatchirurgie
dr. De Clercq Ali (1998),	stomatologie
dr. Van Laeken Katrien (1999),	spoedarts

In 1987, op 11 november, volgt de heer Tony Vanheusden, de heer Paul Spriet op als secretaris van het O.C.M.W. Hij zal een belangrijk aandeel hebben in de verdere ontplooiing van het ziekenhuis.

Ook in 1987 wordt een nieuwe medische Raad verkozen waarvan dr. Marc Lesage gedurende 5 jaar voorzitter wordt. In 1988 werd dr. Guy Meersman aangesteld tot hoofdgeneesheer. Hij oefende deze functie uit tot einde 1996. Dr. Serge Vanderschuere volgde hem op tot aan de fusie.

Onder impuls van secretaris, Tony Vanheusden, wordt in 1988 een organisatiestudie uitgevoerd door het centrum ziekenhuiswetenschappen van de KU Leuven, omtrent de toekomst van het ziekenhuis. In juli 1989 treedt de heer Frans Destoop aan als nieuwe voorzitter van het O.C.M.W. en het beheerscomité van het O.L.V. Hospitaal.

In december 1989 wordt een belangrijke stap gezet naar de samenwerking van de medische urgentiediensten van de Stad Kortrijk, door het afsluiten van een "joint-venture" voor de MUG Kortrijk.

In januari 1991 wordt dr. Nicolaij voorzitter van de medische raad. Datzelfde jaar, wordt een mobiele lithotriptor operationeel, samen met het ziekenhuis van Menen en in joint-venture met een aantal andere regionale ziekenhuizen. Einde 1991 worden, na de organisatiestudie zoals hierboven vermeld, de eerste opties genomen tot een nieuw bouwproject "Hospitaal 2000".

In juli 1993 is de structuur en de organisatie voor het "Hospitaal 2000" klaar.

In november 1993 wordt de Nieuwe Lente gerenoveerd van 60 V- naar 54 S-bedden (4). Tussen 1994 en 1996 wordt vooral gewerkt aan de voorstudie en de onderhandelingen met het Ministerie, omtrent "Hospitaal 2000". Na een bezoek op het kabinet van Mevrouw Wivina Demeester, waarop voorzitter F. Destoop en secretaris T. Vanheusden uiteindelijk het licht op groen krijgen voor de bouw van de nieuwe ziekenhuisvleugel, sleept de minister ook de mondelinge belofte uit de brand, dat "Het



*Dokter José Vanlaere (1915 – 2003), groot geneesheer en humanist. Eén van de meest verdienstelijke artsen in het O.L.V. Hospitaal waar hij werkzaam was als neuro-psiater. Hij was de enige Kortrijkse geneesheer die jarenlang lid was van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde.*

*Hij was ook verbonden aan het psychiatrisch instituut Sint Jozef te Pittem.*

"Hospitaal" positief zal meewerken tot het realiseren van de fusie. Dit was voor een deel van het geneesherenkorps een moeilijke noot om te kraken.

Sommigen zagen immers het openbaar en goed functionerend O.L.V. Hospitaal, liever een aparte rol spelen op het Kortrijkse ziekenhuis-toneel. In 1997 werd dokter Peter Vossaert voorzitter van de medische raad. Het werden moeilijke onderhandelingstijden, maar steeds fair en open. Zoals steeds speelde

*Dhr. Frans Destoop bij zijn afscheid als voorzitter van het O.C.M.W. in 2001. Naast hem dhr. Tony Van Heusden, secretaris van het O.C.M.W.*



*"Hospitaal 2000": de laatste verwezenlijking in het O.L.V. Hospitaal, maar tevens het enige ziekenhuisgebouw dat als zodanig de fusie tot a l z Groeninge zal overleven.*



hier de zusterscongregatie een positieve rol in, alhoewel het voor hen het einde zou betekenen van een zeer belangrijke historische periode. Ook de sfeer tussen de geneesheren, beheer en personeel bleef zeer goed. Onder impuls van dokter P. Bourgeois werd menig ontspannend initiatief gelanceerd, dat later zelfs uitmondde in een "vriendengroep van het hospitaal", die nog steeds één jaarlijkse activiteit organiseert. Op 1 maart 1996 wordt de eerste steen gelegd van het nieuwe ziekenhuis.

In augustus 1998 ging algemeen directeur Willy Declercq met pensioen en hij werd opgevolgd door de heer Nico Dierickx.

Ondertussen mondden de fusiebesprekingen uit in één gezamenlijk zorgstrategisch plan Algemene Ziekenhuizen Kortrijk, tot realisatie van één groot regionaal ziekenhuis van 998 acute bedden en 110 Sp-bedden (4).

Op 2 oktober 1998 was het groot feest in het O.L.V. Hospitaal. Minister Wivina Demeester opende plechtig "Hospitaal 2000"; zowel op architecturaal vlak als naar patiëntenzorg toe, het meest vooruitstrevende ziekenhuis van de streek.

De verdere fusiebesprekingen leidden tot een nieuwe Vereniging a|z Groeninge, die op 26 januari 2000 boven de doopvont werd gehouden, door de "goedkeuring vanwege de Minister van het fusieplan en het medische beleidsplan in de overgangsfase".

Het laatste afzonderlijke beheerscomité van het O.L.V. Hospitaal ging door in het klooster van de Zusters Augustinessen op 19 december 2000.

Zo werd een belangrijk hoofdstuk in de Kortrijkse Ziekenzorg, via de samenwerking tussen het O.C.M.W. en de vzw Zusters Augustinessen, afgesloten.

DR. JOHAN MATTELAER  
DHR. TONY VANHEUSDEN

#### REFERENTIES

1. Van Bossele José, De Geschiedenis van het Onze-Lieve-Vrouwehospitaal in Kortrijk, Groeninghe Drukkerij, Kortrijk, 1982
2. Mattelaer Pierre, persoonlijke mededeling
3. Mattelaer Robert, Een halve eeuw hospitaaldokter te Kortrijk, onuitgegeven manuscript, Kortrijk, 18 maart 1976
3. Archief OCMW Kortrijk.

#### NIEUWE ARTSEN BINNEN a|z GROENINGE



**Dokter Sofie Maddens** werd geboren op 16 januari 1976 te Roeselare.

In 2001 behaalde zij haar diploma van arts aan de K.U. Leuven. Haar opleiding interne geneeskunde

vervolgde zij in a|z Groeninge en in het UZ Gasthuisberg Leuven. Daarna vervolledigde zij haar opleiding pneumologie aan het UZ Gent. Sofie Maddens is al een jaar actief binnen het wachtsysteem van a|z Groeninge en versterkte op 1 augustus 2007 met een voltijdse activiteit de dienst pneumologie op campus Maria's Voorzienigheid. Naast de algemene pneumologie zal ze meer bepaald de diagnostiek en therapie van astma beoefenen.



**Dokter Klaas Vandevyvere**

werd geboren op 11 april 1976 te Kortrijk.

Na het behalen van zijn diploma van arts in 2001 aan de K.U. Leuven, volgde hij een opleiding van interne geneeskunde aan de

universitaire ziekenhuizen te Leuven en de geaffilieerde ziekenhuizen van AZ Sint-Lucas Brugge en het Heilig-Hartziekenhuis Roeselare waarbij hij meerdere diensten binnen de interne geneeskunde doorliep. Daarna startte hij in 2004 de opleiding reumatologie aan de universitaire ziekenhuizen te Leuven. Naast de basisopleiding omvat deze nog een bekwaming in de naaldarthroscopie, het EKG-onderzoek en de echografie. Sinds 6 augustus 2007 versterkt Klaas Vandevyvere de dienst reumatologie op de campussen Maria's Voorzienigheid en Sint-Maarten.



**Dokter Stefaan Vandecasteele.**

De dienst inwendige ziekten/gastro-enterologie van het a|z Groeninge werd recent versterkt met de benoeming van dr. Stefaan Vandecasteele als consultant-

infectioloog. Tijdens zijn opleiding tot internist en infectioloog aan de K.U. Leuven promoveerde Stefaan Vandecasteele met een doctoraat over de mechanismen en de pathogenese van vreemd voorwerp infecties, veroorzaakt door stafylokokken. Hij werkt sinds 2005 in het az Sint-Jan in Brugge waar hij ondermeer verantwoordelijk is voor de travelkliniek en de opvolging van HIV-patiënten. Hij heeft ook tal van publicaties op zijn naam staan. Dr. Stefaan Vandecasteele zal op geregelde tijdstippen als

consultant werkzaam zijn in het a|z Groeninge, en dit op de afdeling inwendige ziekten/gastro-enterologie in Campus St. Niklaas. Samen met dr. D'Heygere zal hij de HIV-patiënten opvolgen en zich tevens inzetten voor de uitbouw van de travel kliniek in Kortrijk, het verlenen van reisadvies en de opvolging van complexe infectieuze pathologie.



**Prof. Dr. Chris Verslype** werd officieel benoemd als consultant op de dienst van inwendige ziekten – gastro-enterologie van a|z Groeninge. Prof. Chris Verslype is sinds 2000 werkzaam als adjunct-kliniekhoofd

op de dienst hepatologie en de afdeling digestieve oncologie van de Universitaire Ziekenhuizen Leuven. Hij is binnen het Leuvens Kanker Instituut verantwoordelijk voor het oncologisch zorgprogramma "Tumoren van lever, galwegen en pancreas." Hij is tevens actief in het onderzoek naar de ontstaansmechanismen, de diagnose en behandeling van hepatocellulair carcinoom. Daarnaast heeft hij als hoofddocent leeropdrachten aan de K.U. Leuven en aan de campus Kortrijk. In 2002 behaalde hij het diploma Ziekenhuisbeleid- en Management en is sinds 2006 lid van de Medische Raad van de U.Z. Leuven. In het kader van het Vlaams Ziekenhuisnetwerk is hij actief als consultant in Digestieve Oncologie en verbonden aan a|z Groeninge. Hij heeft er sinds eind 2006 consultaties op de dienst gastro-enterologie van a|z Groeninge. Dit biedt een groot comfort voor patiënten uit Zuid-West-Vlaanderen, met digestieve oncologische problemen, die bij nood aan academisch advies voorheen dienden te worden verwezen naar academische centra.



Op 1 januari 2008 wordt de dienst mond-, kaak-, en aangezichtschirurgie van dr. Patricia D'Haeseleire, dr. Ali De Clercq en dr. Sidney Kunz uitgebreid met **dr. Jan Meeussen**. Jan Meeussen werd geboren op 21 mei

1973 te Dendermonde. Hij behaalde in 1999 zijn diploma van arts en in 2001 van tandarts, beide aan de RU Gent. De opleiding maxillo-faciale chirurgie volgde hij aan het Radboud Universitair Medisch Centrum Nijmegen (prof. P.J.W. Stoeltinga en prof. S. Bergé) en het geaffilieerde Rijnstate ziekenhuis te Arnhem. Sinds september 2006 is hij als stafid werkzaam op de afdeling mond-ziekten, kaak- en aangezichtschirurgie in het AZ Maastricht met een bijzondere aandacht voor de toepassing van digitale 3D-technieken in de implantologie, orthognathische heekkunde en kaakgewrichtschirurgie.

## RECENTE WETENSCHAPPELIJKE PUBLICATIES

Zaknun J. J., Bal Ch., **Maes A.**, Tepmongkol S., Vazquez S., Dupont P., Dondi M., Comparative analysis of MR imaging, Ictal SPECT and EEG in temporal lobe epilepsy: a prospective IAEA multi-center study, *EUR J Nucl Med Mol Imaging*

Isebaert S., Van Audenhove C., Haustermans K., De Ridder K., **Junius S.**, Joniau S., Van Poppel H., Een beslissingshulp voor patiënten met gelokaliseerde prostaatkanker, *Tijdschr. Geneesk.*, 63, nr 1, 2007-10-22

Allaert SEG., **Carlier SPK.**, **Weyne LPG.**, **Vertomme DJ.**, **Dutré PEI.**, **Desmet MB.**, First trimester anesthesia exposure and foetal outcome. A review., *Acta Anaesth. Belg.*, 58, 119-123, 2007

**Mattelaer J.**, Jilek W., Koro - The psychological disappearance of the penis, *J. Sex. Med.*, 4: 1509-1515, 2007

**Vandevyvere K.**, Luyten FP, Verschueren P, Lories R, Segaert S, Westhovens R, Pyoderma gangrenosum developing during therapy with TNF-alpha antagonists in a patient with rheumatoid arthritis, *Clin. Rheumatol.*, Sept. 18, 2007-10-27

**Vandevyvere K.**, Glycosylation may influence the effectiveness of etanercept. A case of a young patient with diabetes mellitus type I and rheumatoid arthritis, *Poster presentation*, Congress of the Belgian Society of Internal Medicine, 7-8 december 2007-10-27

## SYMPOSIUM PSYCHIATRIE

Op **donderdag 28 Februari 2008** om 20.15 uur organiseert de dienst psychiatrie van a|z Groeninge in de zaal Gaselwest, Kennedypark te Kortrijk een symposium met als titel: **Psyche versus Soma: kan de Bres de bres dichten?**

Dit gebeurt rond de 'kersverse' dagkliniek psychiatrie "de Bres" van het a|z Groeninge en een 'opening' vanuit de dagkliniek naar behandeling van psychosomatiek. Sprekers zijn: Mevrouw Joke Pille, psycholoog-coördinator van de Bres en dr. Joris Vandenberghe, psychiater UZ Leuven.

### MIJN PATIENT IS HIV-POSITIEF: WAT NU?

Een seropositieve patiënt is, voor wie in de praktijk staat, al lang geen zeldzaamheid meer. De zorg voor opportunistische infecties is wel grotendeels geëvolueerd naar zorg voor complicaties, eigen aan langdurig medicatiegebruik. Ook is de kennis over het HIV-virus en de wijze waarop het de cellen infecteert en penetreert, in recente jaren sterk toegenomen. Dit ging hand in hand met het beschikbaar worden van heel wat nieuwe anti-virale medicatie. Door de potentiële nevenwerkingen die deze nieuwe middelen meebrengen is de zorg voor onze HIV-patiënten heel wat complexer geworden.

Tijdens dit avondsymposium, georganiseerd door het wetenschappelijk comité van a|z

Groeninge en de K.U. Leuven, Campus Kortrijk worden dan ook de nieuwe inzichten in HIV toegelicht, en meer in het bijzonder de implicaties voor opvang en begeleiding van deze patiënten in de dagelijkse praktijk.

programma is als volgt:

19h45  
Ontvangst en verwelcoming door Prof. Piet Vanden Abeele en Prof. Dr. Bernard Himpens (K.U.Leuven)

20h15  
Nieuwe ontwikkelingen in het basisonderzoek van HIV door Prof. Dr. Zeger Debyser (K.U.Leuven)

21h00  
Wat te doen bij een patiënt met HIV, door Dr. Stefaan Vandecasteele, infectioloog (AZ St Jan, a|z Groeninge)

21h45  
Post exposure profylaxis: huidige consensus door Dr. François D'heygere (a|z Groeninge)

Afsluitende drink

*datum:* donderdag 6 december 2007

*locatie:* Aula Vesalius, gebouw C, K.U. Leuven Campus Kortrijk

*informatie:* christine.delaere@azgroeninge.be, tel. 056 242 790

## WETENSCHAPPELIJK KALENDER VOOR DE REGIO KORTRIJK

Datum	Onderwerp	Locatie	Organisator
17 januari	Zorgpad prostaatlijden regio Dienst Urologie a z Groeninge	Gruzenberg	Huisartsenkring Z-W Vlaanderen
21 februari	Nieuwslijn farmacologie Prof. Dr. Luc Van Bortel, UG	Gruzenberg	Huisartsenkring Z-W Vlaanderen
26 februari	Medisch begeleid sterven Prof. Dr. Bert Broeckeaert	Catho	a z Groeninge
28 februari	Psyche versus Soma: Kan de Bres de bres dichten?	Gaselwest	Dienst Psychiatrie a z Groeninge
4 maart	Van hoorapparaat tot cochleair implant Dr. Glen Forton, HHR	OC De Stekke Moorsele	Huisartsenkring Z-W Vlaanderen
20 maart	Sport bij het wat ouder worden Dr. Adelheid Steyaert, UG	Gruzenberg	Huisartsenkring Z-W Vlaanderen
1 april	Farmaceutische zorg HZW / AVK	Katho Kortrijk	Huisartsenkring Z-W Vlaanderen
17 april	Globaal cardiovasculair risico profiel Prof. Dr. Guy De Backer	Gruzenberg	Huisartsenkring Z-W Vlaanderen
6 mei	Praktische Gynaeco Dienst Gynaeco OLV Waregem	OLV Lourdes Waregem	Huisartsenkring Z-W Vlaanderen
15 mei	Voeding van het kind Prof. Dr. Myriam Van Wynckel, UG	Gruzenberg	Huisartsenkring Z-W Vlaanderen
26 juni	Hippocrates revisited Prof. Dr. Robert Rubens, UG	Gruzenberg	Huisartsenkring Z-W Vlaanderen