

December 2003 – Nr. 25

# FOCUS



Driemaandelijks tijdschrift van  
AZ Sint-Lucas en AZ Volkskliniek

Urine-incontinentie  
Vertebroplastiek  
Totale heupprothese voor jongere patiënten  
Medische beeldvorming  
Psychiatrie en soffrologie  
Huisarts Edwig Schatteman  
Nieuwe spoedgevallendienst  
Dienst pneumologie versterkt



AZ Sint-Lucas



AZ Volkskliniek

## INHOUD



### COLOFON

Focus is het driemaandelijks tijdschrift van AZ Sint-Lucas en AZ Volkskliniek.

#### AZ Sint-Lucas

Groenebriel 1, 9000 Gent  
Tel. 09-224 61 11 – Fax 09-224 61 10  
info@azstlucas.be

#### AZ Volkskliniek

Tichelrei 1, 9000 Gent  
Tel. 09-235 42 11 – Fax 09-235 46 47  
info@volkskliniek.be

#### Redactie:

Filip Decruynaere  
Groenebriel 1, 9000 Gent  
Tel. 09-224 61 23  
filip.decruynaere@azstlucas.be

#### Verantwoordelijke uitgever:

dr. Hugo Dierckxsens  
Groenebriel 1, 9000 Gent

#### Redactiecomité:

P. Cambier, R. Coddens, T. Colle,  
A. Clement, P. De Baere, P. Degadt,  
H. Dierckxsens, G. Hollanders,  
D. Maes, E. Merchiers, W. Pauwels,  
M. Troch, G. Van den Abeele.

#### Foto's:

F. Erkens, R. Vandenbulcke (p. 16)

#### Vormgeving:

dotplus

- 3** **Editoriaal**  
Beloftes maken schulden
- 4** **Multidisciplinaire aanpak loont**  
Minimaal invasieve chirurgie voor inspanningsincontinentie en prolaps bij de vrouw
- 5** **Internationale workshop vertebroplastiek**
- 6-8** **Birmingham Hip Resurfacing, een veelbelovende techniek**  
Totale heupprothese voor jongere patiënten
- 8-9** **Focus kort**
- 10-11** **Magnetische Resonantie voor cardiale diagnostiek**  
Naar het hart van de dienst medische beeldvorming
- 12-13** **Psychiatrie en soffrologie gaan hand in hand**  
De patiënt helpen zijn zelfvertrouwen te vinden
- 14-15** **De mening van de huisarts: dr. Edwig Schatteman**  
Tijd maken voor andere belangrijke dingen
- 16-19** **Nieuwe spoedgevallendienst feestelijk geopend**  
Een terugblik in beelden
- 20** **Eén associatie met complementaire subspecialiteiten**  
Dienst pneumologie versterkt
- 21** **Het verwijzen van patiënten naar de spoedgevallendienst**
- 22-24** **Pijn en depressie**  
La paloma negra, gedachten bij het werk van Frida Kahlo

# Een adder van formaat



Peter Degadt

**AZ Sint-Lucas krijgt goede rapporten van de overheid. Drie in totaal. Het eerste rapport gaat over de referentiebedragen. Voor 28 medische en chirurgische pathologiegroepen is het verbruik aan medische beeldvorming, klinische biologie en technische prestaties onder de loep genomen. Resultaat: het AZ Sint-Lucas is één van de meest performante ziekenhuizen van België. Dit betekent dat er weinig of geen overconsumptie vastgesteld werd.**

Het tweede rapport brengt het geneesmiddelenverbruik in de chirurgie in kaart. Hiervoor werd een beroep gedaan op de cijfers van de ziekenfondsen. Resultaat: het AZ Sint-Lucas verbruikt 1,9% minder aan geneesmiddelen in de chirurgie dan het gemiddelde.

Het laatste en best gekende rapport gaat over de ligduur in de ziekenhuizen. Het blijkt dat in 2001 de gemiddelde verblijfsduur van een acute opname in een Belgisch ziekenhuis 8,25 ligdagen bedraagt. Het AZ Sint-Lucas zit met 8,18 ligdagen bijna 1% onder dit gemiddelde.

Redenen te over om te juichen. Of toch niet?

Natuurlijk zijn we blij met deze positieve cijfers. Ze sterken ons in onze

overtuiging dat we een correct beleid voeren. Toegegeven, de cijfers moeten wat gerelativeerd worden. Voor de referentiebedragen en het geneesmiddelenverbruik in de chirurgie werd gewerkt met de cijfers van het jaar 2000, voor de ligduurperformantie met die van 2001. Dit blijken nu éénmaal de meest recente gegevens te zijn. Maar, dat deze cijfers uit een periode komen waar er nog geen zware (financiële) straffen boven het hoofd van de ziekenhuizen hingen, versterkt ook de objectiviteit van het beeld: deze cijfers slaan op een periode *in tempore non suspecto*.

Waarom blijven we dan met een bittere nasmaak zitten? Omdat het systeem in wezen pervers is en op middellange termijn de kwaliteit van de gezondheidszorg in ons land dreigt te ondergraven. Het geval wil namelijk dat deze rapporten van de overheid van dit jaar af in grote mate de financiering van elk ziekenhuis zullen bepalen. Wie slecht scoort, wordt financieel gestraft; wie goed scoort, wordt niet gestraft (maar ook niet beloond). Logisch? Op het eerste gezicht wel. De bestaande misbruiken worden immers kordaat aangepakt. Er schuilt echter een adder van formaat onder het gras. De ziekenhuizen worden niet beoordeeld op hun beleid, maar in de eerste plaats op het beleid van de anderen. Het gaat immers altijd om een *relatieve* beoordeling. Het volstaat dus niet om om als ziekenhuis goed of heel goed te werken, het gaat erom om “beter” dan de andere ziekenhuizen te presteren. Dit is een heel gevaarlijk mechanisme.

Ziekenhuizen die dit jaar te horen kregen dat ze méér dan gemiddeld geneesmiddelen voorschreven of op de medische beeldvorming een beroep deden, zullen alles in het werk stellen om volgend jaar beter te doen. Ziekenhuizen die boven de gemiddelde ligduur uitkomen, zullen hun beleid bijsturen en sneller hun patiënten ontslaan. Doen ze dit niet, dan worden ze financieel gepenaliseerd.

Maar wat gebeurt er als ze dat wel doen? Dan gaan de nationale gemiddelden jaar na jaar omlaag. En om niet boven die gemiddelden uit te komen, zullen ziekenhuizen en artsen onder druk staan om te besparen op geneesmiddelen, om te snoeien in het aantal onderzoeken klinische biologie, om de ligduur verder in te korten... Waar eindigt dit? Wie waakt erover dat de kwaliteit en de medische noodzaak hét criterium blijven? Wie garandeert dat patiënten op den duur niet té snel ontslagen worden, onder druk van de cijfers?

We hebben er in dit editoriaal al verschillende keren op gedrukt: de uitwassen die bestaan moeten weggevoerd worden. In Wallonië en Brussel net zo goed als in Vlaanderen. Maar een beleid dat het “gemiddelde” tot norm verheft in plaats van “kwaliteit”, is gedoemd om te ontsporen.

De gemiddelde patiënt, de gemiddelde arts en het gemiddelde ziekenhuis bestaan alleen op een papier in Brussel.

**Peter Degadt,**  
Algemeen directeur

## “Badschuim bij wet verbieden voor kinderen”

4

Een fusie van twee ziekenhuizen als AZ Sint-Lucas en AZ Volkskliniek komt natuurlijk niet van de ene dag op de andere tot stand, maar toch: op 1 januari 2004 is de fusie “officieel”.

Van dan af opereert het fusieziekenhuis onder één naam met één erkenningsnummer. Het spreekt vanzelf dat dit méér dan een symbolisch moment is; dat zal u de komende weken nog merken. Wij gingen alvast even de temperatuur meten bij de medische raad, meer bepaald bij voorzitter dokter Lucas Verbist, pediater.



**Dr. Lucas Verbist:** Voor de artsen van AZ Sint-Lucas is het de tweede fusie. Helemaal nieuw is het dus niet. We hebben al enige ervaring opgedaan. Bovendien is het initiatief voor deze fusie, zoals bij de vorige, bij de artsen ontstaan. We zijn heel blij dat de directie het idee van meet af aan gesteund heeft. De medische raad is al enige tijd gefusioneerd. Drie artsen van AZ Volkskliniek zijn erin vertegenwoordigd en dat werkt goed. Ik ben ervan overtuigd dat de artsen van Sint-Lucas en Volkskliniek zich gemakkelijk zullen integreren. Van beide kanten wordt een inspanning verwacht. Zo is het voor sommige artsen van Sint-Lucas niet evident om op campus Volkskliniek te gaan werken. Gelukkig zijn de eerste stappen in die richting heel vlot verlopen. Ik denk dan aan de NKO-artsen en de urologen die al sinds september 2002 in de kinderdagkliniek op campus Volkskliniek werken en die erg tevreden zijn over de infrastructuur én over het vlegend personeel. Zo'n succesverhaal kan de andere artsen helpen hun koudwatervrees te overwinnen. Wat de pediaters betreft, zijn we al ver gevorderd in de fusie. Al meer dan een jaar vormen wij één groep, die gezamenlijk de wachten verdeelt, die goede afspraken maakt rond de spoedopnamen en die samen activiteiten organiseert. U ziet, de fusie krijgt vorm.

**Wat is de opdracht van de medische raad in deze fase van het fusieproces?**

**Dr. Lucas Verbist:** Op het ogenblik leggen we de laatste hand aan een nieuw Algemeen Reglement. Dat is een overeenkomst tussen het ziekenhuis en alle artsen, waarin zowel financiële als praktische en organisatorische kwesties geregeld worden. Ook hier moeten we allemaal op één lijn komen, wat niet altijd vanzelfsprekend is. Toch kan ik in alle eerlijkheid stellen dat het een positieve discussie is, zowel onder de artsen onderling als tussen de artsen en de directie en het beheer. Tegen de tijd dat deze Focus verschijnt, zijn de onderhandelingen afgerond. En dan zijn alle artsen van beide ziekenhuizen, of beter: van beide campusen, door dezelfde afspraken met het ziekenhuis verbonden.

### Tevreden ouders

**AZ Sint-Lucas en AZ Volkskliniek profileren zich de jongste jaren sterk als kindvriendelijke ziekenhuizen. Ik denk aan het kinderdagziekenhuis, aan de opvang van kinderen in de spoedgevallendienst, aan het prentenboek “Lucas en de slaapdokter” dat kinderen voorbereid op een operatie in dagkliniek... Dat moet u plezier doen als pediater?**

**Dr. Lucas Verbist:** Dat doet mij zeker plezier! En dan vooral als ik zie hoe



*Dr. Lucas Verbist:  
“Begin volgend jaar plannen  
we een nieuwe gespreksronde  
met de huisartsen.”*

gelukkig en hoe opgelucht de ouders zijn als ze hun kind in het kinderdag-ziekenhuis tot in de operatiekamer mogen vergezellen. Dat maakt een wereld van verschil voor de mensen. Ook als kinderen opgenomen moeten worden, proberen we zoveel als mogelijk tegemoet te komen aan de wens van de ouders om bij hun kind te overnachten. Dat gebeurt vaker en vaker. In de nieuwe pediatrie, die in de loop van 2005 in gebruik wordt genomen, zullen alle kamers die mogelijkheid bieden. Ik vind dat een heel goede evolutie. Het zijn echter niet alleen deze in het oog springende initiatieven die van Sint-Lucas en Volkskliniek een kindvriendelijk ziekenhuis maken. Het gaat ook om de kwaliteit en de ervaring van het verpleegkundig personeel, om de inzet van de medewerkers op de kinderafdeling die zich met spelbegeleiding bezighouden of met schooltaken en onderwijs van kinderen die voor langere tijd opgenomen moeten worden.

**Het gebeurt gelukkig minder vaak dan vroeger dat kinderen lang in het ziekenhuis moeten verblijven.**

**Dr. Lucas Verbist:** Verblijven worden inderdaad almaar korter en veel ingrepen vinden vandaag in dagkliniek plaats. Dat geldt zowel voor volwassenen als voor kinderen. Specifiek voor kinderen hebben een aantal

ontwikkelingen in de farmacologie en in de voeding voor een kortere verblijfsduur gezorgd. Ik denk dan vooral aan de behandeling van diarree, maar ook van longaandoeningen, die dankzij aerosoltherapie efficiënt behandeld kunnen worden. De ligduur voor dat soort opnamen is drastisch verminderd. En maar goed ook, want kinderen herstellen nog altijd het best in hun vertrouwde, familiale omgeving.

**U hebt het over de doeltreffende behandeling van longaandoeningen, maar naar verluidt stijgt het aantal gevallen van astma bij kinderen?**

**Dr. Lucas Verbist:** Dat is zo. Dat ziet elke huisarts en elke kinderarts op zijn consultatie. Aerosoltherapie is inderdaad doeltreffend, maar veel beter zou natuurlijk zijn om het kwaad bij de wortel aan te pakken. Vooral de dieselmotor is een grote boosdoener voor bronchiale hyperactiviteit. Ik heb vernomen dat er een katalysator voor dieselmotoren in de maak is; dat zou niets te vroeg zijn.

**Gent staat ook niet bekend als de meest gezonde stad als het op luchtvervuiling aankomt?**

**Dr. Lucas Verbist:** Tja, de industrie speelt natuurlijk een belangrijke rol in dat verhaal. Denk maar aan de Kanaalzone en de regio Zelzate. Het aantal longaandoeningen en aan-

doeningen in het neus-keel-oor-gebied ligt merkkelijk hoger in die zones. Ik heb ooit in mijn jonge tijd een huisarts in Ertvelde vervangen en het viel op dat hoe dichter de bevolking bij de industrie woonde, hoe meer problemen er waren op neus-keel-oor-gebied. Dat valt niet te loochenen. Het is de wereld waarin we leven.

**Zijn er nog aandoeningen die de jongste jaren opvallend vaker of opvallend minder vaak dan vroeger voorkomen bij kinderen?**

**Dr. Lucas Verbist:** Diarree en meningitis zijn opvallende dalers, longaandoeningen en huidaandoeningen horen zeker bij de stijgers. Wat de huidaandoeningen betreft, ligt een deel van de oorzaak bij het overdreven vaak wassen met zeep en badschuim. Badschuim zou bij wet verboden moeten worden voor kinderen. Het is onverantwoord. Opvallend is natuurlijk ook het stijgend aantal premature geboortes. Dat heeft dan weer alles met kunstmatige bevruchting te maken. Gelukkig kunnen prematuren vandaag efficiënt behandeld worden, maar het blijft een delicaat terrein. Zo zie je dat extreme prematuren later veel gemakkelijker last krijgen van longaandoeningen en soms ook psycho-motorische achterstand oplopen. Het zijn heel moeilijke want ethische discussies: wanneer >>

>> moet je wat doen, hoe moet je reageren op een bepaald resultaat bij een vruchtwaterpunctie,... Vooral de gynaecologen worden vaak met dat soort vragen geconfronteerd. Stilaan groeit een consensus rond een aantal zaken, maar het blijft dansen op een slappe koord. En dat is wel vaker het geval in de geneeskunde vandaag. Onlangs sprak ik met een zuster die verschillende mensen kende die van hun arts te horen hadden gekregen dat ze nog maar enkele maanden te leven hadden. Veel van die mensen kunnen een dergelijke boodschap niet verwerken. Ze zijn bang, ze zijn in de war en ze lopen met zelfmoordplannen. Hun leven wordt een hel. Hun laatste maanden zijn ondraaglijk. Wie zijn wij, artsen, eigenlijk om te kunnen beslissen hoe groot iemands draagkracht is? En ja, dan zinspeel ik op de recente wet op de patiëntenrechten. Het lijkt allemaal heel evident, maar zo simpel liggen de zaken meestal niet...

### Huisartsen en pediaters

**U hebt al even verwezen naar de nieuwe pediatrie die in 2005 opent. Kan u daarover al een tip van de sluier lichten?**

**Dr. Lucas Verbist:** Ik had het al over de kamers, die alle voorzien zullen zijn van de mogelijkheid om ook een ouder te laten overnachten. Heel mooi is ook dat de kinderafdeling op het gelijkvloers komt en dat er een tuin wordt aangelegd waar de kinderen bij mooi weer zullen kunnen spelen. Prachtig is dat. Qua architectuur wordt het een heel overzichtelijke pediatrie, goed in het oog te houden vanuit een centrale verpleegpost. Ja, ik kijk er echt naar uit.

**Eén van de voordelen van de fusie is dat de schaalgrootte een verdere**

**subspecialisatie mogelijk maakt. Gaat die vlieger ook op voor de pediaters?**

**Dr. Lucas Verbist:** We staan al sterk in de subspecialiteiten neonatologie en neuropediatrie.

Wij hebben ook een kinderarts gespecialiseerd in goedaardige bloedziekten, die hiervoor ook als consulent verbonden blijft aan het UZ Gent. Gastro-enterologie en pneumologie zouden eventueel bijkomende subspecialiteiten kunnen vormen, maar aangezien het gros van de aandoeningen bij kinderen zich in die gebieden situeert, is elke pediater met enkele jaren ervaring daar sowieso in gespecialiseerd. Het is overigens een goede zaak om gespecialiseerd te zijn én te blijven in de "algemene kindergeneeskunde". Veel ouders geven de voorkeur aan een algemeen ziekenhuis boven een universitair ziekenhuis, precies omdat ze ontdekken dat in de derde-lijn de specialiteiten soms zo ver doorgedreven zijn, dat de arts minder oog heeft voor het totale kind. Dit neemt niet weg dat elk van ons een domein heeft in de kindergeneeskunde waarvoor hij speciale interesse vertoont en er zich ook wat meer in verdiept, zowel met het bijwonen van congressen als op de hoogte blijven in de medische literatuur.

**De relatie huisarts-pediater ligt ook niet altijd gemakkelijk?**

**Dr. Lucas Verbist:** Mijn ervaring is dat die discussie vaak overroepen wordt. De praktijk is dat ouders met hun baby meestal naar een kinderarts gaan. Dat duurt doorgaans tot het kind ongeveer twee jaar is. Dan schakelen de ouders over op de huisarts. Kinderen ouder dan twee jaar die wij op consultatie zien, zijn meestal doorgestuurd door de huisarts. En zo

hoort het ook, wat mij betreft. En ik denk dat de meeste huisartsen het daarmee eens zijn. Het komt natuurlijk ook wel eens voor dat ouders voor een tweede opinie bij de kinderarts langskomen. Dan is het kwestie om de huisarts goed op de hoogte te houden, om hem correcte feedback te geven, ook al waren de ouders niet verwezen. Dat lijkt me een voorbeeld van goede samenwerking. De meeste huisartsen zijn tevreden over de samenwerking met de kinderartsen. Problemen ontstaan alleen als je één groep helemaal afhankelijk maakt van een andere groep. Ik verwacht ook niet van de derde-lijn dat ze alleen patiëntjes opneemt die door de tweede-lijn verwezen zijn. Dat is niet realistisch.

**Houdt u ook via de medische raad contact met de huisartsen?**

**Dr. Lucas Verbist:** In het verleden heeft de medische raad al gesprekken georganiseerd met vertegenwoordigers van alle huisartsgroepen uit de regio. Begin volgend jaar plannen we een nieuwe gespreksronde. Het is goed om geregeld eens samen te zitten en de wederzijdse vragen, opmerkingen en verzuchtingen te horen. Vorige keer hebben we samen gewerkt rond het pre-operatief onderzoek en rond de organisatie van de nazorg. Vooral dat laatste blijft een heikel punt. De huisarts contacteert in principe liever zelf het witgele kruis als dat nodig is, maar praktisch is dat soms moeilijk haalbaar. Nu, die gesprekken met de huisartsenverenigingen zijn telkens heel boeiend en leerzaam en ik geloof dat alle gesprekspartners daar beter van worden.

Filip Decruynaere

### De medische raad van het fusieziekenhuis

Dr. Tom Cammaert, dr. Jan Donck, dr. Marc Kint, dr. Piet Libbrecht, dr. Dirk Maes (ondervoorzitter), dr. Erik Merchiers (secretaris), dr. Dirk Ommeslag, dr. Philippe Schietse, dr. Herbert Van Craeyvelt, dr. Jean-Pierre Van Durme, dr. Johan Van Lerbeirghe, dr. Luc Van Outryve (ondervoorzitter), dr. Luc Verbist (voorzitter).

### De kinderartsen van het fusieziekenhuis

Dr. Heidi Capiou	09-224 64 30
Dr. Sofie Deman	09-235 45 92
Dr. Martine De Wit	09-224 64 31
Dr. Dirk Dhondt	09-224 64 35
Dr. Sabine Gerniers	09-224 64 31
Dr. Kathleen Hunnink ( <i>goedaardige bloedziekten</i> )	09-224 64 30
Dr. Veerle Staelens	09-235 45 92
Dr. Lucas Verbist	09-224 64 32
Dr. Herman Willekens ( <i>neuropediatrie</i> )	09-224 64 40



PER OPERATOIR LINGUIÏSTISCH ONDERZOEK

## De renaissance van de wakkere neurochirurgie

7

De ontwikkelingen op het gebied van de neurochirurgie gaan razendsnel en zijn spectaculair. Op 26 maart 2004 organiseert het AZ Sint-Lucas het internationaal symposium *The speaking brain* in Gent. Artsen van diverse disciplines zullen er stilstaan bij de nieuwste mogelijkheden van “wakkere” neurochirurgie. In afwachting van dit belangrijke symposium belicht Erik Robert, afasioloog en coördinator van het symposium, alvast het Per Operatoir Linguïstisch Onderzoek (POLO), dat moet helpen voorkomen dat de patiënt een postoperatieve taaluitval of een motorisch deficit oploopt.

Een groot probleem voor de neurochirurgie bij hersentumoren was tot voor kort de onwetendheid over de functie die men aan het verwijderen was. Niet zelden bleek de patiënt postoperatief verlamd aan een ledemaat of communicatief zwaar gehandicapt. Door de ontwikkeling van nieuwe beeldtechnieken zoals de fMRI, werd het mogelijk bepaalde delen in de hersenen te zien oplichten

wanneer ze “in actie” kwamen. fMRI is dus een belangrijk hulpmiddel, maar zegt dikwijls nog onvoldoende over de reële toestand op het “veld”. De daadwerkelijke veldverkenning noemt men “corticale stimulatie”. Met een soort pincet worden zwakke stroomstootjes toegediend in een welbepaalde zone van de *hersenschors* (de cortex).

Deze techniek, oorspronkelijk door de Canadees Penfield in 1934 ontwikkeld om de motorische en sensorische cortex in kaart te brengen, werd door de Amerikaanse neurochirurg Ojemann in het begin der jaren '90 verfijnd om meer specifieke functies zoals de verschillende taalmodaliteiten te *mappen*. Mapping is het in (kleur)kaart brengen van specifieke functies. Omdat corticale cellen geen pijnreceptoren bevatten, voelt de patiënt geen hinder van deze stroomstootjes. Intussen kan duidelijk worden welke specifieke functie verzorgd wordt in de geactiveerde cortex. Belangrijk hierbij is dat de patiënt op het ogenblik van deze stimulatie bij volledig bewustzijn is, m.a.w dat hij wakker is en dus als het ware de chirurg helpt bij het verwijderen van zijn eigen hersentumor. Wat komt een logopedist-afasioloog in deze opzet doen?

### Afasioloog

Een logopedist die gespecialiseerd is in de neurogene spraak- en taalstoornissen is een afasioloog. Dit betekent dat hij zowel vertrouwd is met de linguïstische en cognitieve

uitvalsverschijnselen bij een hersenletsel, als met de mogelijke anatomische correlatie van dit letsel met de symptomen die de patiënt stelt. Hij moet met andere woorden weten waar het *benoemen*, het *herhalen*, het *begrijpen*, het *articuleren* in de hersenen geacht wordt te gebeuren. De organisatie van onze hersenen (en dus ook taalactiviteit en gedrag) is zeer individueel bepaald. Daarom moet de afasioloog bij elke patiënt onderzoeken of de standaardlocalisatie van een welbepaalde functie weerhouden wordt. Hij moet tevens op de hoogte zijn welke specifieke testtaken dienen gebruikt te worden om een bepaalde linguïstische functie te beoordelen.

>>



Kritische zones voor het **lezen** (Ojemann, 1998)



Kritische zones voor **zinsbouw**



Kritische zones voor **benoemen**

## >> Procedure

Zodra zich een patiënt aanmeldt met een tumor van de grote hersenen op de dienst neurochirurgie in het AZ Sint-Lucas, wordt een linguïstisch bilan aangevraagd. Door een grondig preoperatief linguïstisch onderzoek kunnen we nagaan in hoeverre de patiënt reeds een afasie (taaluitval) dan wel een spraakuitval (dysarthrie) vertoont.

Vervolgens krijgt de patiënt een fMRI waarbij activiteit wordt gemeten tijdens een bepaalde motorische of talige opdracht. De neuro-radioloog geeft aan in hoeverre een bepaalde functie in de nabijheid van de tumor verblijft; millimeterwerk dat van uitzonderlijk belang is voor de verdere procedure! Het is tevens essentieel dat de taaldominantie bepaald wordt (in de linker- of de rechterhersenhelft).

Op basis van alle gegevens die de neurochirurg heeft verzameld, zal hij al dan niet besluiten tot een “wakker” neurochirurgische interventie. Indien hiervoor het licht op groen gezet wordt, maakt de afasioloog een individuele testbatterij aan die hij gebruikt tijdens de ingreep zelf, het zogenaamde Per Operatoir Linguïstisch Onderzoek (POLO). Een voorbeeld: bij een benoemtaak (benoemen van voorwerpen) haalt de patiënt preoperatief 45/60. De woorden die hij niet kan benoemen worden uit de reeks gehaald en vervangen door woorden die hij nog wel kan benoemen. Tijdens de ingreep moeten we immers zeker zijn dat de uitval (hier het “niet kunnen benoemen”) te wijten is aan de corticale stimulatie en niet aan een preoperatief reeds aanwezige uitval. De volledige POLO-testbatterij wordt daarom uitgebreid preoperatief doorgenomen met de patiënt.

Cruciaal hierbij is het verkrijgen van een sterke vertrouwensband met de patiënt;

- ◆ hij moet weten wat er gaat gebeuren (wakker worden net vóór corticale stimulatie zal plaatsvinden)
- ◆ wat er van hem verwacht wordt (welke taken zullen concreet worden afgenomen)
- ◆ wat hij moet meedelen (elke gewaarwording zoals pijn, braakneiging, beweging of tinteling in vingers, aangezicht, ledematen, enz.).

## Teamwork

Om een optimale neurochirurgische interventie-conditie te bekomen is een gespecialiseerd team nodig. Een bijzonder aandachtspunt bij dergelijk soort ingreep is de anesthesie. De anesthesist moet erover waken dat de patiënt, nadat hij eerst volledig onder narcose werd gebracht voor het openen van zijn schedelluik, langzaam weer wakker wordt op de operatietafel. De patiënt moet immers gedurende de operatie kunnen horen, zien en praten.

Hiervoor moet hij uiteraard zelfstandig kunnen ademen en mag hij geen *tube* in de mond hebben.

Een gespecialiseerde instrumentiste moet naast de standaardprocedure voortdurend alert zijn om bij eventuele epileptogene reactie van de patiënt onmiddellijk de nodige koelvloeistof te kunnen aanreiken. Verschillende operatieverpleegkundigen zijn permanent stand-by, om waar nodig op een professionele wijze hulp te bieden.

De neurochirurg is de dirigent van deze operatie. Zijn instructies moeten onmiddellijk en accuraat worden uitgevoerd. Terwijl hij door de microscoop kijkt wordt elke beweging van zijn hand vergroot geprojecteerd op een beeldscherm. Boven op dit beeldscherm tekent de computer een rooster, zodat iedereen kan volgen in welk vak de corticale stimulatie plaatsvindt. Nu begint het samenspel tussen de chirurg en de afasioloog; telkens wanneer de patiënt bijvoorbeeld een woord moet *herhalen* stimuleert de chirurg een bepaalde zone op en rond de hersentumor. Elke conditie wordt twee à drie keer gecontroleerd. Door deze manier van mapping ontstaat een functionele

kleurkaart die aangeeft waar die ene specifieke functie (bijvoorbeeld: repetitieve vaardigheid) bij deze patiënt uitvalt en waar niet. Verscheidene talige en/of motorische functies kunnen zo gevisualiseerd worden.

Op basis van deze kaart zal de neurochirurg de tumor verwijderen zonder dat hij functioneel gebied wegneemt. Essentiële gebieden zoals taalbegrijpen of handfunctie zal hij maximaal bewaren door tot resectie van de tumor over te gaan, zonder de functionele gebieden te beschadigen.

Na dergelijke ingreep die een actieve “wakker” participatie vereist van maximaal twee uur, volgt uiteraard een uitgebreide postoperatieve follow-up. Eenmaal de patiënt terug op de kamer is observeren we de talige en motorische status en volgt een hertesting bij ontslag, noodzakelijk om pre/per/post symptomen te vergelijken.

Deze tijdsintensieve procedure heeft alleen maar voordelen voor de outcome van de patiënt. Voor het eerst in de geschiedenis kunnen we immers proberen voorkomen dat de patiënt een postoperatieve taaluitval of een motorisch deficit oploopt. De kwaliteit van het leven van de patiënt met een hersentumor wordt hierdoor maximaal gewaarborgd.

Zoals steeds zal de aard van de tumor, het reageren op postoperatieve radiotherapie en mogelijke complicaties de kwantiteit van zijn ziekteproces bepalen. Een evaluatie op lange termijn is dan ook opgestart.

**Erik Robert  
Afasioloog**

erik.robert@azstlucas.be

Het symposium *The speaking brain* vindt plaats op vrijdag 26 maart 2004 in het Vormingscentrum Guislain in Gent. Sprekers zijn dr. Marc Lemmerling (neuroradioloog AZ Sint-Lucas), de heer Erik Robert (logopedist en afasioloog AZ Sint-Lucas / AZ Maria Middelaars), dr. Henry Colle (neurochirurg AZ Sint-Lucas), dr. Peter Muller (anesthesist AZ Sint-Lucas), dr. Frank Bouttens (oncoloog AZ Sint-Lucas). Internationale sprekers zijn dr. G.J. Rutten (neurochirurg, Utrecht), dr. FE Roux (Toulouse), dr. Ian Whittle (Edinburgh) en dr. Jubin Abutalebi (Milaan).

U leest meer over dit programma in de Focus van maart 2004. Voor info over de inhoud van het symposium kan u terecht bij de heer Erik Robert (erik.robert@azstlucas.be). Met praktische vragen kan u bij de heer Filip Decruynaere terecht (filip.decruynaere@azstlucas.be).



## Dr. Hugo Dierckxsens hoofdgeneesheer fusieziekenhuis

Dr. Hugo Dierckxsens wordt per 1 januari 2004 door de Raad van Beheer aangesteld als hoofdgeneesheer van het fusieziekenhuis AZ Sint-Lucas & Volkskliniek vzw. Gezien de omvang van het ziekenhuis en de veelheid aan taken en verantwoordelijkheden, zal dr. Hugo Dierckxsens de functie van hoofdgeneesheer voortaan voltijds uitvoeren. Dit betekent dat dr. Dierckxsens zijn functie als ORL-arts niet langer uitoefent.

Dr. Frank Hublé, tot 1 januari 2004 hoofdgeneesheer van AZ Volkskliniek, heeft er de voorkeur aan gegeven opnieuw voltijds zijn functie als gastro-enteroloog uit te oefenen.

## Nieuwe artsen in AZ Sint-Lucas

Dr. Christel Mestach  
*anesthesie*

Dr. Kris Leleu  
*anesthesie*

Dr. Philippe Heylbroeck  
*ORL*

Dr. Han Martens  
*geriatrie*

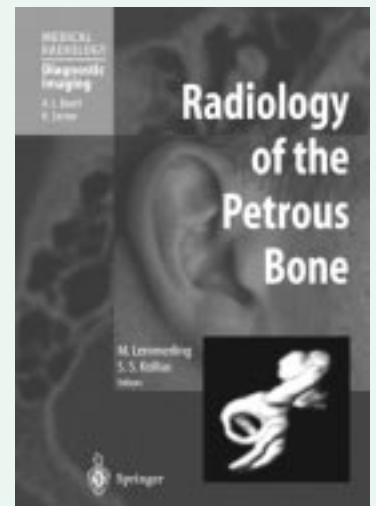
Dr. Hans Vandekerckhove  
*cardiologie*

# Beeldvorming van het rotsbeen

In oktober jl. verscheen bij uitgeverij Springer Verlag een boek van dr. Marc Lemmerling (AZ Sint-Lucas) over rotsbeenbeeldvorming. Het boek heet *Radiology of the petrous bone* en draagt isbn-nummer 3.540.42394.X.

Het boek, dat internationaal verspreid wordt, telt 445 pagina's en wordt als volgt beschreven:

A complete overview of the imaging of the normal and diseased petrous bone. After an introduction describing the anatomy of the area, subsequent chapters address the various diseases and conditions affecting the petrous bone that are encountered in daily practice. At the beginning of each of these chapters an otologist explains what is expected of the radiologist. The various classic imaging methods are described and discussed in detail, and individual chapters are included on newer techniques such as functional imaging and virtual imaging. Imaging findings are documented with the aid of numerous informative high-quality illustrations. This book, with its straightforward structure based essentially on topography, will prove of immense value in daily practice.



9

### Features

- Complete overview of imaging of the petrous bone
- Detailed descriptions of both classic and new imaging techniques
- Straightforward structure based on the topography of the region
- Numerous high-quality illustrations

### Contents

Technique and Radiologic Anatomy – External Ear Imaging – Imaging of Cholesteatomatous and non-Cholesteatomatous Middle Ear Disease – Temporal Bone Trauma – Tumorous Lesions of the Temporal Bone – Acute Otomastoiditis and its Complications – Otosclerosis – Imaging of the Congenitally Malformed Temporal Bone – Tumors in the Cerebellopontine Angle, Internal Auditory Canal and Inner Ear – Imaging of the Jugular Foramen – Vascular Temporal Bone Lesions – Petrous Apex Lesions – Imaging of Facial Nerve Pathology – Postoperative Temporal Bone Imaging – Virtual Endoscopy of the Middle and Inner Ear – Functional Imaging of Hearing – Subject Index – List of Contributors.

Meer info bij dr. Marc Lemmerling, [marc.lemmerling@azstlucas.be](mailto:marc.lemmerling@azstlucas.be).



DE MENING VAN DE HUISARTS:  
DR. ANNICK DE MOL

## “Als vrouw krijg ik vooral vrouwen over de vloer”

10

**Dokter Annick De Mol woont en werkt in Evergem. Ze is getrouwd met dr. Thierry Onghena, ze heeft twee zonen en ze is secretaris van huisartsenkring HAVE. Hoewel dr. De Mol er ooit van droomde om kinderarts te worden, is ze vandaag heel gelukkig dat ze huisarts geworden is. “Het is een schitterend beroep!”, zegt ze vol enthousiasme.**

“Ik ben in 1989 afgestudeerd aan de RUG. Vóór ik mij een jaar later in Evergem vestigde, heb ik her en der vervangingen gedaan. Achteraf beschouwd ben ik daar heel blij om. Ik kon er niet alleen ervaring opdoen, het betekende ook de bevestiging dat ik de juiste keuze gemaakt had. Vroeger wou ik immers kindergeneeskunde studeren, maar door omstandigheden is dat niet doorgedaan. Mijn keuze voor huisartsgeneeskunde is vooral ingegeven door het sociale aspect. Contact met mensen is een absolute must voor mij. Hoe mensen functioneren, hoe relaties in elkaar zitten,... dat boeit mij uitermate. Mensen raadgeven op die terreinen maakt ongeveer vijftig procent van mijn werk als huisarts uit. Specialisten

kunnen daar minder tijd voor maken. Huisartsen worden met een brede waaier van problemen geconfronteerd. Mensen komen naar ons toe met de meest uiteenlopende zaken. Gelukkig niet altijd van psychische, sociale of emotionele aard; een *snotvalling* of een keelontsteking op tijd en stond zorgen voor de nodige afwisseling. Ik heb gemerkt dat je je als huisarts soms zelfs wat moet afschermen voor te veel probleemgevallen. Sommige mensen zouden elke week bij je langskomen om te praten, om hun hart te luchten, om hun emotionele problemen te bespreken. Als je daar te gemakkelijk op ingaat, gaat dat ten koste van je andere patiënten die in de wachtzaal zitten. Ook voor jezelf moet je soms een grens kunnen trekken. Patiënten kunnen je leegzuigen als je niet oppast. En hoe meer je ze geeft, hoe veeleisender ze worden. Nu is dat gelukkig al verbeterd, maar toen er enkele jaren geleden een overvloed aan huisartsen was, werden wij gewoon tegen elkaar uitgespeeld. Wat men bij de één niet kon krijgen, ging men bij de ander wel zoeken. Tegenwoordig is er een tekort aan huisartsen, en dat merk je. Recent zijn twee huisartsen in de streek gestopt en ze zijn niet vervangen. De patiënten hebben zich verdeeld over de andere huisartsen.”

“De jongste jaren word ik opvallend vaker met astma bij kinderen geconfronteerd. Mogelijk is het een streek-

gebonden fenomeen. Evergem ligt niet zo goed, op dat gebied. Veel kinderen lopen met puffertjes rond. Ik krijg ook vaker met maligniteiten te maken. Allicht komt dat doordat ik al dertien jaar actief ben en mijn patiëntenpopulatie uitbreidt en mee evolueert. De begeleiding van kankerpatiënten kan zwaar wegen voor een huisarts. Het is een lang proces met heel veel pijn en verdriet. Er is de fase van ontkenning, de fase van de aanvaarding, de familie die nood heeft aan steun, de vraag naar euthanasie die de kop opsteekt... Als huisarts ben je emotioneel erg betrokken, omdat je die mensen vaak al jaren kent. Wij spelen hier dan ook een rol die nog geen tien specialisten van ons kunnen overnemen. Het is boeiend, maar bijzonder zwaar. Gelukkig heb ik een luisterend oor thuis. Dat helpt.”

### Boodschappen doen

“Al ben ik persoonlijk geen voorstander van groepspraktijken, toch denk ik dat de solopraktijk tot uitsterven gedoemd is. Maar een patiënt kiest zijn huisarts ook als mens. Patiënten komen bij jou omdat ze zich goed bij je voelen. In een groepspraktijk valt dat individuele aspect weg, vrees ik. Solo is het wel zwaar. Zeker als vrouw zonder huisman. In Evergem hebben we gelukkig sinds twee jaar een weekwacht voor 's nachts, maar de vereiste beschik-



*Dr. Annick De Mol:  
“Als je becijfert wat wij per uur verdienen: daar komt een loodgieter niet voor buiten, hoor!”*

baarheid blijft een grote opdracht. Als vrouw heb je maar weinig tijd voor je gezin. Voor de mannen geldt dat natuurlijk ook, maar van een moeder wordt toch meer verwacht, niet?”

“Als vrouw krijg ik ook vooral vrouwen over de vloer. Mama’s met kinderen, dames op oudere leeftijd,... Die voelen zich beter op hun gemak bij een vrouwelijke huisarts. Mannen komen hier minder. Ik begrijp dat wel en ik voel me er zelf ook goed bij. Ik voel me gewaardeerd, ja. De situatie is natuurlijk niet meer als twintig of dertig jaar geleden, toen de mensen vol ontzag naar hun huisarts opkeken, maar dat hoeft ook niet. Een zekere openheid, een gesprek van mens tot mens, zegt me veel meer. Natuurlijk permitteren sommige mensen zich ook wel veel. Je hebt er die kwaad durven te worden als je weigert om hen zonder goede reden een briefje te schrijven.”

“Het enige wat me echt stoort, is dat ik op zaterdag niet rustig boodschappen kan doen met mijn kinderen. Ik word voortdurend aangeklampt door de mensen. Soms lijkt het wel of ze willen dat ik in het grootwarenhuis consultatie hou. Ook als ik ga tennissen, vind ik het niet prettig om gestoord te worden. Ik weet wel, als er iets ernstigs aan de hand is, moet je als huisarts altijd klaar staan. Maar dat ze je van het tennisterrein roepen om de knie in te tapen van iemand die je van haar noch pluimen kent, dat gaat mij te ver. Dan voel ik me

niet gerespecteerd. En toch, als puntje bij paaltje komt, op de momenten dat het er echt toe doet, dan krijg je ook veel steun van je patiënten. Dan merk je dat respect wél. En daar ben ik heel blij om.”

### Huisartsen en loodgieters

“Het is nog even afwachten wat het wordt met minister Rudy Demotte. Per 1 oktober hebben we wat financiële herwaardering gekregen, maar dat moet begin januari nog bevestigd worden. Dat is toch klinklare onzin: je krijgt opslag, maar ze kunnen het je twee maanden later nog afpakken als ze willen. Het is ook een moeilijk verhaal naar de buitenwereld toe. Voor het gros van de mensen zijn huisartsen goede verdienen. Dat klopt ook, als je bereid bent om twaalf uur per dag te werken. Als je echter becijfert wat we per uur verdienen: daar komt een loodgieter niet voor buiten, hoor! De mensen zien niet hoeveel uren wij kloppen, hoe weinig tijd ons rest voor gezin en familie. Ik hoop uit de grond van mijn hart dat minister Demotte eindelijk eens werk maakt van de eindeloze papierwinkel waar wij mee geconfronteerd worden. Daar kruipt ontzettend veel tijd in. Meestal weekendwerk, want ’s avonds om negen uur heb ik ook geen zin om daar nog aan te beginnen. Dat papierwerk wordt ook niet gewaardeerd, noch door de patiënt, noch door de

overheid. Iedereen vindt het maar normaal dat je het doet. Ik vind dat niet zo normaal.”

“Als je dertien jaar bezig bent, ken je de meeste specialisten waar je mee samenwerkt al iets beter. Ik hou ervan om naast de naam ook het gezicht te kennen. Persoonlijk contact is heel belangrijk. Tenslotte hebben wij elkaar nodig, specialisten en huisartsen. Elke patiënt vaart er wel bij als de specialist goed ingelicht is door de huisarts. Ik ben dan ook voorstander van verwijzingen door de eerste-lijn, behalve voor de pediatrie en de gynaecologie, waar de zaken anders liggen.”

Filip Decruynaere

## AZ Sint-Lucas krijgt uitstekend rapport



**Steeds vaker worden pathologiegegevens van overheidswege gehanteerd om de Belgische ziekenhuizen te vergelijken met de nationale benchmarks: nationaal gemiddelde verblijfsduur, nationaal gemiddelde consumptie aan medische beeldvorming, klinische biologie en technische verstrekkingen voor een aantal medische en chirurgische pathologiegroepen, geneesmiddelenverbruik in chirurgie etc. In 2003 ontving het AZ Sint-Lucas van overheidswege drie nationale feedbacks. De resultaten tonen aan dat er op geen enkel vlak sprake is van overconsumptie in AZ Sint-Lucas.**

Een goed rapport dus, maar toch is het nodig om kritisch te blijven. De techniek om ziekenhuizen nationaal met elkaar te vergelijken en het gemiddelde als norm (voor de financiering) te hanteren, dreigt op korte of middellange termijn nefast te zijn voor de gezondheidszorg.

Aan de basis van de feedbacks van de overheid liggen enerzijds de Minimale Klinische Gegevens, die sedert 1990 verplicht in alle acute ziekenhuizen geregistreerd dienen te worden. In een notendop gesteld, betreft het hier de systematische registratie van hoofddiagnose, nevendiaagnosen en ingrepen van elke klassieke- en daghospitalisatie. In het Ministerie van Volksgezondheid worden deze gecodeerde pathologiegegevens gegroepeerd tot een 350-tal medisch en economisch homogene pathologiegroepen, ook wel APR-DRG's (All Patiënt Refined Diagnosis Related Groups) genoemd. Anderzijds zijn er de Minimale Financiële Gegevens van

het RIZIV, die de belangrijkste facturatiegegevens per verblijf verzamelen. Als belangrijkste beperking, mede door de vereiste tijd voor registratie en voor koppeling van beide databanken, dient gewezen te worden op het gebruik van MKG-MFG-gegevens van enkele jaren terug.

In 2003 ontving het AZ Sint-Lucas van overheidswege drie nationale feedbacks:

- referentiebedragen op basis van MKG 2000
- geneesmiddelenverbruik in chirurgie op basis van MKG 2000.
- ligduurperformantie in ziekenhuisfinanciering 2003 op basis van MKG 2001

In dit artikel overlopen we een aantal kerncijfers uit deze drie feedbacks, waaruit blijkt dat het AZ Sint-Lucas voor deze drie varianten van consumptieprofielen performant tot zeer performant scoort, t.t.z. een lager

gemiddeld pathologiegewogen verbruik vertoont dan het gemiddeld Belgische ziekenhuis en zodoende zeer nauwgezet en verantwoord omspringt met de ter beschikking gestelde overheidsmiddelen.

Een eerste feedback brengt voor 28 courante medische en chirurgische pathologiegroepen (pneumonie, acuut myocardinfarct, vaginale bevalling, appendectomie, transurethrale prostatectomie...) het verbruik aan medische beeldvorming, klinische biologie en technische prestaties in beeld. Per pathologie- en prestatiegroep wordt een nationaal referentiebedrag berekend, waaraan de consumptie van het individuele ziekenhuis getoetst wordt. Er vindt hierbij geen compensatie tussen onderen overconsumerende pathologiegroepen plaats. De bedoeling van de overheid is om overconsumptie bij de chirurgische pathologiegroepen te recupereren. Bovendien zullen ziekenhuizen die bij meer dan 50% van



de medische én chirurgische pathologiegroepen overconsumeren, met naam gepubliceerd worden op de website van het RIZIV.

Voor het AZ Sint-Lucas bedraagt het totaal te recupereren bedrag voor de chirurgische pathologiegroepen 2931,32 € in de simulatie op basis van MKG 2000. Hiermee scoort het ziekenhuis als één van de meest performante ziekenhuizen van België (cf. grafiek). Nationaal bedraagt het te recupereren bedrag 2.966.712,50 €, t.t.z. 14,5% van de totaal aangerekende ZIV-kosten voor de drie beschouwde prestatiegroepen door de 115 opgenomen ziekenhuizen (cf. tabel met detail per prestatiegroep).

Ook qua verbruik aan geneesmiddelen in chirurgie scoort het AZ Sint-Lucas goed. In deze feedback worden de bedragen van de door de ziekenfondsen in het kader van de ziekteverzekering terugbetaalde geneesmiddelen voor de klassieke hospitalisaties in beeld gebracht per chirurgische pathologiegroep. De uitgaven betreffen alle klassen geneesmiddelen, ongeacht of het om geneesmiddelen per os of intraveneuze geneesmiddelen gaat. Het gemiddeld pathologiegewogen verbruik aan geneesmiddelen ligt in MKG 2000 in het AZ Sint-Lucas 1,9 % lager dan nationaal. Het ziekenhuis bekleedt in deze feedback globaal positie 48 van

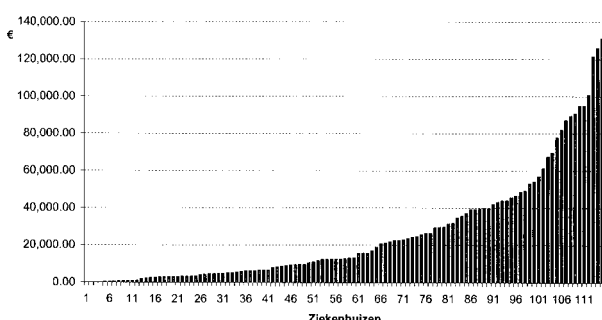
de 123 beschouwde ziekenhuizen. Voorbeelden van ingrepen die zeer zuinig qua geneesmiddelenverbruik scoren, zijn de cataractchirurgie (positie 8/118, procentuele afwijking -32%), de transurethrale prostatectomieën (positie 18/121, procentuele afwijking -25%) en de keizersneden (positie 27/112, procentuele afwijking -13%).

De laatste én best gekende vorm van nationale benchmarking richt zich op de ligduur van de ziekenhuizen. Per acut ziekenhuisverblijf wordt de reële ligduur vergeleken met de nationaal gemiddelde ligduur van de pathologiegroep, waartoe het verblijf

>>

	Recup. bedrag	Totaal bedrag	%
MBV	740.540,22	5.219.167,38	14,2
Klin. biologie	643.007,12	3.935.563,61	16,3
Techn. prest.	1.583.165,16	11.243.118,78	14,1
TOTAAL	2.966.712,50	20.397.849,77	14,5

*Simulatie 2000 op nationaal niveau (bedragen in euro)*



*Totaal recupereerbaar bedrag per ziekenhuis in euro*

*Met een te recupereren bedrag van amper 2.931 euro, bevindt het AZ Sint-Lucas zich duidelijk bij de top van de best scorende ziekenhuizen.*



>> behoort. Gemiddeld bedraagt de ligduur van de acute ziekenhuisverblijven in MKG 2001 in het ziekenhuis 8,18 ligdagen, terwijl behandeling van een gelijkaardige case-mix in het nationale referentieziekenhuis deze gemiddelde ligduur op 8,25 ligdagen zou brengen. Concreet betekent dit dat een patiënt gemiddeld 0,9 % korter in het AZ Sint-Lucas gehospitaliseerd wordt dan nationaal.

In het bijzonder qua ligduur blijft het continu zoeken naar een subtiel evenwicht tussen de klinische toestand van de patiënt en de opgelegde nationale normligduren voor de acute ziekenhuisbedden. Te weinig wordt hier van overheidswege rekening gehouden met de beperkte beschikbaarheid van chronische zorg en met sociale problematiek.

Deze diverse vormen van feedback leveren voor de ziekenhuizen in eerste instantie zinvolle informatie om hun eigen praktijkvoering te toetsen aan de nationale normen. Vrijblijvend is dat al lang niet meer. Ligdagen boven de nationaal gemiddelde ligduur worden sedert ziekenhuisfinanciering 2003 niet langer vergoed, de vastgestelde overconsumptie bij de referentiepathologieën dient vanaf oktober 2002 te worden terugbetaald, het geneesmiddelenverbruik in chirurgie zet de trend naar partiële (50% - 75%) forfaitisering

voor een aantal belangrijke klassen farmaca in chirurgie verder (na de antibiotica-profylaxie). Elk verbruik dient zodoende op basis van de behandelde pathologie verantwoord te worden, steeds minder wordt met de reële kosten rekening gehouden.

Het feit dat het AZ Sint-Lucas in al deze feedbacks performant scoort, belet ons evenwel niet kritisch te blijven tegenover de huidige trends in de Belgische ziekenhuisfinanciering. De incentives van de overheid zijn meer dan aanvaardbaar om de bestaande misbruiken in de gezondheidszorg aan de kaak te stellen en bij te sturen. Op termijn bestaat echter het reële gevaar dat de ziekenhuizen door steeds inkortende nationale referentiewaarden verder verplicht worden hun eigen ligduur in te korten en continu te besparen op verstrekkingen en geneesmiddelen. Een situatie, die uiteindelijk kan ontaarden in medisch onverantwoorde praktijkvoering en tegelijkertijd een neerwaartse spiraal van onderfinanciering van de ziekenhuizen impliceert. Bovendien is het als ziekenhuis bijzonder moeilijk uit te leggen aan artsen dat hun patiënten vergeleken worden met de gemiddelde Belgische patiënt met gelijkaardige pathologie. Deze gemiddelde patiënt bestaat enkel op papier in Brussel. Elke patiënt blijft zijn eigen unieke benadering en behandeling vereisen.

Niettemin weerspiegelen de cijfers van MKG 2000 i.v.m. de referentiebedragen en het geneesmiddelenverbruik in chirurgie de inspanningen van onze artsen om een zo kwalitatief mogelijke geneeskunde aan te bieden en tegelijkertijd hun verantwoordelijkheid naar de gezondheidszorg toe op te nemen door op verantwoorde wijze om te springen met de door de overheid ter beschikking gestelde middelen. Overleg met de betrokken artsen indien intern hoger dan nationaal verbruik vastgesteld wordt, laat ons toe indien medisch mogelijk, bij te sturen en zodoende als ziekenhuis ons steentje bij te dragen tot de leefbaarheid van ons gezondheidszorgsysteem.

**Dr. Philip Nieberding**  
**MGK-arts**

[philip.nieberding@azstlucas.be](mailto:philip.nieberding@azstlucas.be)





GPC, EEN KLINISCH PAD VOOR KNIETPROTHESE

## Optimale organisatie ten voordele van de patiënt

15

**In campus Volkskliniek loopt sinds enkele weken het GPC-project proef. GPC staat voor Groeps Prothese Chirurgie en biedt patiënten die een knieprothese nodig hebben de mogelijkheid om de ziekenhuisopname – en dan vooral de revalidatieoefeningen – in groep te beleven. Onderzoek toont immers aan dat patiënten een positieve invloed op elkaar uitoefenen, die het genezings- en revalidatieproces merkbaar ten goede komt. Bovendien is GPC als klinisch pad rond de patiënt georganiseerd, waarbij zowel de huisarts, de thuisverpleging als de thuish kinesist actief betrokken worden.**

De reorganisatie van het medisch aanbod in klinische paden is meer dan een modeverschijnsel. Het is het afstemmen van de organisatie op de noden van de patiënt. Doen we dat dan niet al jaren? Ja en nee. Natuurlijk houden artsen en ziekenhuizen altijd al rekening met de wensen, de noden en de behoeften van de patiënten. Historisch is het echter zo gegroeid dat artsen en ziekenhuizen

tot voor kort vooral aanbodgericht dachten en werkten. De patiënt kon voor tal van zaken in een ziekenhuis terecht, maar door de structuur van ziekenhuizen en door de organisatie van artsen in verschillende specialismen en disciplines, was (en is) het in de praktijk toch vaak zo dat de patiënt zich moest schikken, zich moest aanpassen aan de organisatie van het ziekenhuis. Uiteraard, denkt u, want het tegenovergestelde is nauwelijks denkbaar: een ziekenhuis kan zich moeilijk organiseren naar elke individuele patiënt toe. Uiteindelijk klopt dat natuurlijk wel, maar dat belet niet dat we de patiënt een heel eind tegemoet kunnen komen. Het uittekenen van een klinisch pad voor een bepaalde pathologie is daar een goed voorbeeld van. Het komt erop neer dat voor een *specifieke patiëntenpopulatie* een proces uitgetekend wordt, waarbij alle actoren actief betrokken worden en dat zich organiseert rond de patiënt. Een klinisch pad is dus per definitie *multi-disciplinair* en bekijkt het proces door de bril van de patiënt. Grote voordelen van een klinisch pad zijn de optimale afstemming van de verschillende stappen in het genezingsproces, een standaardisatie van *procedures*, een grotere duidelijkheid en een betere dienstverlening voor de patiënt. Alles samen zorgt dit ervoor dat de patiënt niet alleen beter geholpen wordt, maar ook minder lang in het ziekenhuis zal moeten verblijven.

De Groeps Prothese Chirurgie die nu proefdraait in campus Volkskliniek, richt zich tot patiënten die een knieprothese nodig hebben. In een volgende fase wordt (op één van beide campussen) ook een klinisch pad heupprothese ontwikkeld. Concreet komt het erop neer dat patiënten in groepjes van vier op een maandag in het ziekenhuis opgenomen worden, op dinsdag geopereerd worden, na de operatie gezamenlijk de revalidatieoefeningen doen en de dinsdag daarop het ziekenhuis al kunnen verlaten. Uiteraard gaat dit niet zomaar. Eén en ander vergt een goede voorbereiding en een patiëntgerichte organisatie.

Als een patiënt geschikt is en interesse heeft voor deze groepsaanpak, dan wordt hij uitgenodigd op een informatieavond. De orthopedist, de anesthesist, de kinesist-ergotherapeut, de polikliniekverpleegkundige en de sociale dienst stellen op zo'n informatieavond het GPC-programma voor. De patiënt krijgt volop de gelegenheid om vragen te stellen en krijgt ook een patiëntenmap mee naar huis. Deze patiëntenmap bevat niet alleen veel informatie over het verloop van de ingreep en van de revalidatie, maar ook een anamneseformulier en een aanvraag tot pre-operatieve onderzoeken voor de huisarts en een inlichtingenblad voor de thuish kinesist. Het is immers expliciet de bedoeling om van meet af aan zowel de huisarts, de thuish kinesist en de thuisverpleegkundige actief bij het programma te

>>



>> betrekken. De voorbije maanden is overleg gepleegd met zowel huisartsenorganisaties als met zelfstandige kinesitherapeuten. In de huidige proefperiode kan hier en daar zo nodig nog wat bijgestuurd worden, waarna alle huisartsen, kinesisten en thuisverpleegkundigen duidelijk geïnformeerd zullen worden met een individueel schrijven.

### Positieve stimulansen

Nieuw voor de patiënt is de mogelijkheid om het ziekenhuisverblijf in groep te beleven. De groep wordt beperkt tot vier patiënten, zodat echt contact en interactie mogelijk worden. Hiervoor werd in campus Volkskliniek een revalidatiezaal ingericht met de nieuwste infrastructuur, waaronder speciaal aangepaste zetels voor de revalidatie van patiënten met een knieprothese. Nieuw is ook dat de patiënt een coach, een begeleider, bij het gehele proces kan betrekken. Dat kan een familielid of een vriend zijn. De coach wordt van in het begin bij het gebeuren betrokken en kan tijdens het ziekenhuisverblijf elke dag de patiënt bijstaan in het revalidatieproces. Zowel de groepsaanpak als de aanwezigheid en de bemoedigende bijstand van een vertrouwde coach (begeleider), vormen een positieve stimulans voor de patiënt.

Naast de medische ingreep en de revalidatie hoort bij het klinisch pad ook een uitgebreid luik voor de

sociale dienst. Veel aandacht gaat uit naar de ontslagprocedure. Nog vóór de opname wordt met de patiënt – en in overleg met de huisarts en de thuis-kinesist – zijn leefsituatie bekeken. Is er gezinshulp of bejaardenhulp nodig? Moet er een poetsdienst gecontacteerd worden voor na de ingreep? Zijn er orthopedische hulpmiddelen nodig? Ook op het administratieve vlak zorgt de sociale dienst voor een vlekkeloze opvolging en wat het financiële luik betreft, kan de patiënt er terecht voor informatie over de hospitalisatieverzekering, de tussenkomst van de mutualiteit voor prothesen,... De sociale dienst houdt gedurende het hele proces nauw contact met de patiënt, zodat al zijn vragen gecapteerd en beantwoord kunnen worden.

Op papier oogt een klinisch pad misschien niet spectaculair, maar in de praktijk maakt het voor de patiënt wel degelijk een verschil. In plaats van het initiatief om de verschillende etappes in het proces te doorlopen bij de patiënt te leggen, organiseert het ziekenhuis zich nu immers rond de patiënt. De patiënt zal daardoor minder van de ene dienst naar de andere gestuurd moeten worden en kan zich volledig concentreren op zijn genezing en revalidatie.

De eerste patiënten hebben inmiddels het klinisch pad knieprothese in GPC-formule doorlopen. De resultaten

zijn veelbelovend. Na de evaluatieperiode komt dit GPC-project op kruissnelheid. Zowel orthopedisten van AZ Sint-Lucas en AZ Volkskliniek werken er actief aan mee. Wij houden u op de hoogte. In het maart-nummer van Focus komen we hier uitgebreid op terug. Voor meer informatie kan u intussen altijd bij de orthopedist van uw keuze terecht.

F.D.

### Orthopedisten AZ Sint-Lucas en AZ Volkskliniek

Dr. Marc Coetsier  
Dr. Jan Criel  
Dr. Piet Libbrecht  
Dr. Philippe Verniers  
Tel. 09-224 65 90

Dr. Philippe Croene  
Dr. Carlos De Wandel  
Tel. 09-224 65 91

Dr. Philippe Schietse  
Dr. Johan Van Lerbeirghe  
Dr. Philippe Verjans  
Tel. 09-235 45 83