

ZOLARIUM

Tijdschrift
Toelating - Gesloten verpakking
3500 Hasselt 1 - n° 12/2726

België-Belgique
P.B.
3500 Hasselt 1
12/2726

Afgriffekantoor: 3500 Hasselt 1
Toelatingsnr. P109087

Tijdschrift van de Wetenschappelijke Raad
Ziekenhuis Oost-Limburg, Schiepse Bos 6, 3600 Genk

Jaargang 7 - nr. 23 - januari / februari / maart 2007 - Verschijnt driemaandelijks

Hospital governance in het ZOL
Klachtenpatroon van patiënten

Neurochirurgie bij blue-light

Nieuwigheden in urineonderzoek



Ziekenhuis Oost-Limburg

INHOUD

3 Editio

4-5 Dossier

- Neurochirurgen opereren bij 'blue light'

6-7 Eigen onderzoek

- Doctoraatsthesis van
dr. Gregg Van de Putte

8-11 Eponiemenkabinet

- Theodor Schwann

11/23 Kort

- Bezoek minister Vervotte
- Nieuwe geneesheren

12-13 Congres



- Standaardisering in de interpretatie van
verloskundige monitoring bevordert
kwaliteit en groepsgeest

14-29 In de kijker

- Preventie in de geestelijke gezondheidszorg



- Trends in het klachtenpatroon van
patiënten in algemene ziekenhuizen
- Nieuwigheden in urineonderzoek

30-31 Beleid

- Hospital Governance in het ZOL

32-35 In de wachtkamer

- Wanneer een boezem zwaar
wordt om dragen

36-38 De Dissectiekamer

- Is de dood erfelijk?

39 Billboard

Colofon

Redactie en samenstelling: Grete Bollen

Werken mee:

Dr. Hubert Vandeput
Dr. Johan Van Robays
Dr. Nicolas Verhelle
Dr. Bert Van den Hof
Jean Dreezen
Dr. Frank Weyns
Dr. Gregg Van de Putte

Dr. Wilfried Gyselaers
Dr. Peter Emmery
Dr. Luc Verresen
Dr. Guy Coppens
Dr. Guido Vandereycken
Dr. Joris Penders

Redactieadviesraad:

Dr. Hubert Vandeput
Dr. Jan De Koster
Dr. Eric De Jonge
Dr. Willem Ombelet
Dr. Luc Verresen
Dr. Johan Van Robays
Dr. Jef De Bie

Foto's:

Mine Dalemans
ZOL

Vormgeving:

ONAR

Verantwoordelijke uitgever: dr. H. Vandeput, hoofdgeneesheer ZOL, Schiepse Bos 6 - B-3600 Genk

Niets uit deze uitgave mag overgenomen of vereenvoudigd worden zonder schriftelijke toelating van de uitgever.



Dr. Vandeput

Ziekenhuishygiëne: van niet te overschatten belang!

INTUSSEN is ons recent probleem met legionella wel algemeen bekend, niet in het minst omwille van de zeer open communicatie die ons ziekenhuis hierover heeft gevoerd.

Gelukkig is de schade voor enige geïnfecteerde patiënten uiterst beperkt gebleven, mede door de snelle diagnose van onze pneumologen. We kregen het probleem vlug onder controle door een zeer accuraat optreden van de technische dienst. Op dit ogenblik loopt de hopelijk laatste fase van actieve preventie en intensief testen en als de geplande finale testen gunstig blijven, kunnen we overschakelen op normale waakzaamheid.

Met opzet gebruik ik het woord 'waakzaamheid' omdat eens te meer gebleken is dat we op ieder ogenblik met verrassingen kunnen geconfronteerd worden en dit in het bijzonder op het gebied van ziekenhuishygiëne. Deze dienst, die vaak wat stiefmoederlijk werd behandeld in het verleden, heeft een opdracht in het ziekenhuis die op ieder ogenblik en op iedere plaats van levensbelang is voor zowel de patiënten als de zorgverleners.

Door ziekenhuishygiëne worden naast de operationele bezigheden op de werkvloer en de vele 'ad hoc' adviezen talloze richtlijnen en reglementen uitgeschreven. Maar worden deze ook wel altijd toegepast?

De praktijk leert dat de naleving maar zeer partieel gebeurt met als onvermijdelijk gevolg op de eerste plaats normvervalsing en later totaal gebrek aan opvolging.

De vraag die zich stelt is naar het waarom hiervan en vooral naar oplossingen.

Richtlijnen die al te theoretisch zijn en de normale werking hinderen omdat ze niet samen met de gebruikers opgesteld zijn, zijn gedoemd om die weg op te gaan.

Vandaar een pleidooi om enerzijds werkbare reglementen te maken, uiteraard zonder toegevingen die de noodzakelijke veiligheid in het gedrang brengen, maar anderzijds ook om die reglementen ook daadwerkelijk en te allen tijde toe te passen. Altijd en door iedereen.

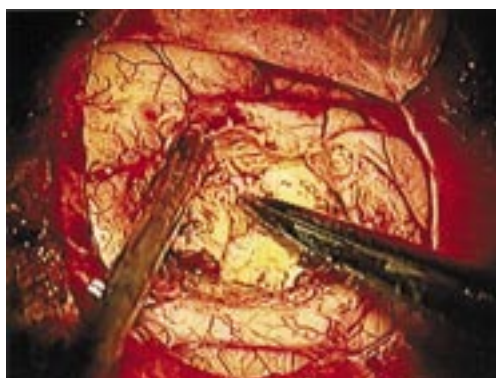
In een ziekenhuis is dit eenvoudig principe nochtans niet altijd even evident. Wie het schoentje past trekke het aan!

Een prachtig 2007 gewenst!

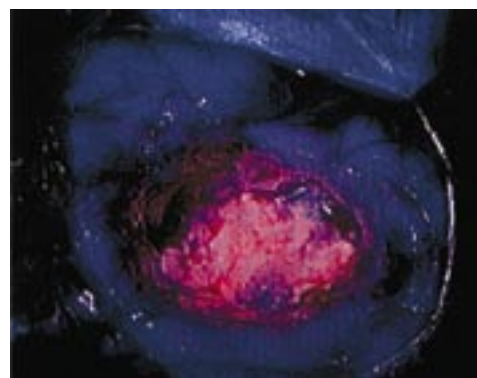
*Dr. Hubert Vandeput
Medisch directeur*

Nieuwe techniek voor heelkundige verwijdering van hersentumoren vergroot levensverwachting van patiënt

Neurochirurgen opereren



Intra-operatieve opname van een heelkundige verwijdering van een hersentumor bij conventioneel wit licht.



Zelfde beeld onder 'blue light' nadat de patiënt 5-ALA gedronken heeft. De tumor is fluorescent waardoor de grenzen duidelijk onderscheiden kunnen worden van het omliggende gezond weefsel.

DE dienst neurochirurgie van het Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL) startte zopas met een revolutionaire techniek voor de heelkundige wegname van maligne hersentumoren. Er wordt vooraf aan de patiënt gevraagd om een medicijn te drinken dat ervoor zorgt dat de tumor tijdens de operatie gaat fluoresceren bij 'blue light'. Daardoor kan de chirurg de grenzen van de tumor beter zien en streven naar een volledige verwijdering. Dit vergroot de kans op langere overleving voor de patiënt. In het ZOL werden tot nu toe vijftien patiënten met deze techniek geopereerd. Volgens neurochirurg dr. Frank Weyns met goede resultaten en een betere tumorverwijdering dan met de traditionele techniek.

Kwaadaardige hersentumoren hebben vaak een slechte prognose. Meestal zijn het snel evoluerende tumoren met een sterk infiltrerend karakter. Bij patiënten waarbij de tumor 'gunstig' gelegen is, en waar men bij resectie geen grote uitval verwacht (zoals halfzijdige verlamming, spraakstoornissen, etc.), worden deze hersentumoren normaal heelkundig verwijderd, waarna een behandeling met radiotherapie en chemotherapie volgt. Tijdens deze chirurgische behandeling wordt meestal een veiligheidsmarge van enkele millimeters genomen opdat de kans op macroscopisch volledige tumor resectie zo groot mogelijk zou zijn. Hoe meer tumorale weefsel er weggenomen wordt, hoe succesvoller de nabehandeling

ling is en hoe groter de kans op een langere overleving. Maar een complete verwijdering is vaak moeilijk omdat het tumorweefsel tijdens de operatie onder de microscoop moeilijk te onderscheiden valt van het omliggende, gezonde hersenweefsel. De resectie is dus vaak onvolledig door de moeilijke aflijning ten opzichte van het omliggend gezond hersenweefsel waarin belangrijke functies liggen zoals spraakgebied, bewegingscortex, enzovoort.

Nieuw

Een Duits onderzoeksteam olv. prof. Reulen ontwikkelde een nieuwe methode om hersentumoren beter zichtbaar te maken tijdens een operatie. Voor de ingreep wordt aan de patiënten gevraagd om 'five aminolevulinic acid' (5-ALA) te drinken. 5-ALA wordt geabsorbeerd via het maag-darmstelsel en bereikt het hersenweefsel via de bloedvaten.

5-ALA heeft de eigenschap zich uitsluitend aan het tumorale weefsel te binden en zich in de tumorcellen om te zetten tot een porfyrine dat fluorescerend is. Tijdens de operatie onder 'blue light' zal zo het tumorale weefsel oplichten. Deze eigenschap laat toe het tumorweefsel en tumorresten beter te visualiseren en een zo volledig mogelijke verwijdering na te streven.

Er zijn geen belangrijke risico's bij het gebruik van 5-ALA tijdens de neurochirurgische interventie. Omdat 5-ALA niet alleen wordt gebruikt bij hersentumoren, maar



bij ‘blue-light’



MRI-beeld van hersentumor.

ook bij maag-darmtumoren is er reeds veel informatie over de veiligheid van dit product. De meest voorkomende bijwerking is een tijdelijke verhoogde gevoeligheid voor licht. Indien de patiënt na inname van 5-ALA blootgesteld wordt aan fel daglicht kunnen er huidveranderingen zoals zonnebrand optreden.

De lichtovergevoeligheid is vooral aanwezig een zeshalve uren na inname. Rond deze periode is de patiënt in het operatiekwartier, volledig bedekt met steriele doeken. Na 24 uren is de overgevoeligheid voor licht verdwenen.

In het ZOL wordt deze nieuwe techniek gebruikt in combinatie met andere nieuwe technieken zoals het gelijktijdig bewaken van de verschillende hersenfuncties tijdens de ingreep (peroperatieve monitoring) en het gebruik van neuro-navigatie technieken. Dit verhoogt uiteraard de veiligheid van operaties voor hersentumoren en leidt uiteindelijk tot betere lange termijn resultaten.

Dr. Frank Weyns, neurochirurgie



Baarmoederhalskanker onderzocht

Nog steeds meer **vragen** dan **antwoorden**

DR. GREGG VAN DE PUTTE, gynaecoloog-oncoloog, promoveerde zopas tot doctor in de medische wetenschappen aan de medische faculteit van de universiteit van Oslo. Met zijn thesis 'Prognostic factors in early stage squamous cell cervical carcinoma' zocht hij naar de factoren die het verloop of de uitkomst van baarmoederhalskanker bepalen.

Korte schets:

Wereldwijd is baarmoederhalskanker de tweede meest voorkomende kanker bij vrouwen. Door het gebrek aan screening ligt de frequentie in de ontwikkelingslanden dramatisch hoger dan in de meer ontwikkelde landen. Baarmoederhalskanker treft voornamelijk jonge vrouwen. Het is de meest frequente doodsoorzaak door kanker bij vrouwen tussen de 20 en de 39 jaar, ook in de meer ontwikkelde landen.

In deze landen wordt de ziekte in de helft van de gevallen ontdekt in een vroeg stadium, doch ongeveer één op zeven zal overlijden. Het is belangrijk om deze groep te identificeren zodat ze agressiever kunnen behandeld worden en zodat deze agressievere behandeling kan vermeden worden in de overige zes op zeven gevallen, gezien de belangrijke neveneffecten.

Factoren die het verloop of de uitkomst van een ziekte bepalen worden prognostische factoren genoemd. In deze thesis werden verschillende eiwitten, geproduceerd in de kankercellen, onderzocht op hun prognostisch vermogen. De proteïnen werden gekozen op basis van hun eventuele betekenis in het ontstaan van een kankercel.

Vergeleken met normale cellen, delen kankercellen sneller en onafhankelijk. Dit betekent dat hun celcyclus (levenscyclus, delingscyclus) versneld is en ongecontroleerd. In deze thesis werden verschillende eiwitten onderzocht die een weerspiegeling zijn van deze cyclus (BM28 en Ki-67) en zowel activatoren (Cyclin A, Cyclin E and Cyclin D3) als inhibitoren van de celcyclus (p27, p21 en p16).

Een ander kenmerk van kankercellen bestaat erin dat ze kunnen uitzaaïen. Hiervoor moeten ze kunnen loskomen van het hoofdgezwel. Belangrijke eiwitten in het hechten van cellen zijn E-cadherin, α -, β -, and γ -

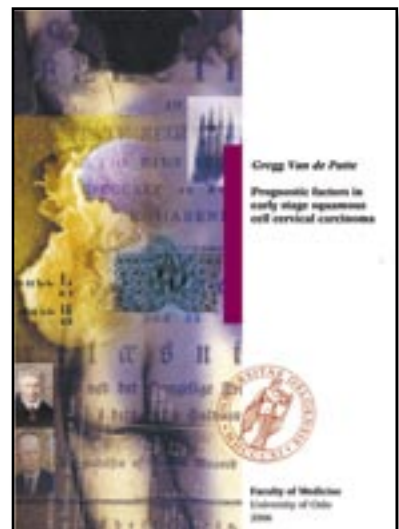
catenin. Verlies van de functie van één van deze eiwitten kan de uitzaaïing bevorderen en de tumor meer agressief maken.

Niet enkel het sneller en onafhankelijk vermenigvuldigen maar ook de onsterfelijkheid is een eigenschap van kankercellen. Normale cellen zijn geprogrammeerd om te sterven. Eiwitten die hier belangrijk zijn, worden apoptose- (gereguleerde celdood) eiwitten genoemd. De eiwitten Bcl-2 and Bcl-xL verhinderen celdood terwijl Bax de celdood stimuleert.

Al deze eiwitten werden onderzocht op hun relatie tot herval of sterfte, maar bleken niet in staat om die uitkomst in het geval van vroege kankers te voorspellen.

Totnogtoe is het meest gebruikte model om de uitkomst van vroegtijdig baarmoederhalskanker te bepalen gebaseerd op tumorgrootte, diepte van ingroei in de baarmoederhalswand en ingroei in de bloed- of lymfevaten. Dit model werd echter nooit onafhankelijk getest. Uit een test die in het laatste deel van deze thesis werd uitgevoerd, bleek dat het model betrouwbaar is. Tegelijk werd een eenvoudiger model voorgesteld. Dit dient eerst getest in een onafhankelijke patiëntenpopulatie vooraleer het betrouwbaar kan gebruikt worden.

Dr. Gregg Van de Putte





Dr. Gregg Van de Putte.

Hoe bent u tot dit onderwerp gekomen? Vanwaar uw begeestering?

Dr. Gregg Van de Putte: De meest intrigerende vraag over kankercellen is hoe ze aan elke controle kunnen ontsnappen en hoe ze in staat zijn om zo'n bedreiging te vormen voor het lichaam. Aan onderzoek hierover wordt zeer veel geld besteed. Toch zijn er nog steeds meer vragen dan antwoorden. De vraag wat het ene gezwel gevaarlijker maakt dan het andere sluit hier dicht bij aan. Eén van de belangrijkste vragen die de patiënten bezighoudt is dan ook: hoe sta ik ervoor?

Uw thesis leverde heel wat negatieve resultaten op. Toch werden deze allemaal gepubliceerd in gerenommeerde medische tijdschriften. Hoe verklaart u dat?

Dr. Gregg Van de Putte: Negatieve resultaten zouden even belangrijk moeten zijn als positieve. Maar ze zijn inderdaad minder aantrekkelijk. Een gevaar hiervan is dat er meer positieve resultaten gepubliceerd worden en er een positief vertekend beeld van de werkelijkheid gecreëerd wordt.

Dat onze studies belangrijk werden geacht, is zeker gebaseerd op de grote aantallen van patiënten, waardoor de resultaten betrouwbaar zijn, en de rechtlijnige statisti-

sche benadering. Hierdoor stellen ze de vroeger gepubliceerde positieve resultaten in een objectief perspectief en wordt de noodzaak van controle duidelijk gemaakt.

De bevindingen uit uw laatste studie (Risk grouping in stage IB squamous cell cervical carcinoma. Gynecol Oncol. 2005) zijn zeer belangrijk en worden verder onderzocht. Kunt u dat voor ons toelichten?

Dr. Gregg Van de Putte: In deze studie werd enerzijds een reeds gebruikt model getest en anderzijds een eigen model voorgesteld. Het probleem met het model van de Amerikaanse Gynaecologisch-Oncologische Groep (GOG) was dat het gebruikt werd zonder het eerst onafhankelijk te testen. Dat is gevaarlijk in die zin dat het mogelijk is dat het niet van toepassing is in een andere patiëntenpopulatie. Het model bleek wel betrouwbaar in onze onafhankelijke populatie, maar is eerder ingewikkeld. Ons eigen model is eenvoudiger en deed het minstens even goed op ons eigen testmateriaal. De Amerikaanse groep wil nu ons model onafhankelijk testen op hun patiëntenmateriaal.

Wat heeft deze thesis u bijgebracht als mens?

Dr. Gregg Van de Putte: Bij het maken van een thesis moet je veel beslissingen nemen, zonder een idee te hebben wat het beste is. Beslissen blijkt uiteindelijk belangrijker dan wat je beslist en dat is buiten een thesis ook vaak zo.

Zijn er interessante anekdotes te vermelden?

Dr. Gregg Van de Putte: Het meest bijzondere voor mezelf was eigenlijk dat we tijdens het onderzoek in Oslo woonden. Zo kon ik enkele keren door de bossen per ski naar het ziekenhuis en werd er in de winter op nagelbanden gefietst.

Opmerkelijk was het volgende: hoewel ik mijn best deed om de negatieve resultaten als belangrijk op zich voor te stellen, werd ik door een beoordelaar van één van de artikels aangespoord om "de negatieve resultaten zodanig voor te stellen dat er een klinisch nut uit zou blijken". Gelukkig werd dit van de baan geveegd door de editor van het tijdschrift.

Grete Bollen

Theodor Schwann



THEODOR SCHWANN is een 19e eeuwse arts die vandaag om de verkeerde reden bekend is. Zijn naam is verbonden met de Schwannse cel (die zenuwen omkapselt) en de tumor die daaruit kan groeien (het Schwannoma). Maar hij ontdekte veel meer. Samen met Matthias Schleiden werkte hij ook een vrij fundamenteel biologisch concept uit, namelijk 'de cel' als basisstructuur van het leven.

Robert Hooke

De 'cel' werd niet door Schwann ontdekt. Dat deed twee eeuwen voor hem Robert Hooke (1635-1703). In zijn *'Micrographia'* schrijft Hooke: 'Ik nam een schoon stuk kurk en sneed er met een vlijmscherp mes een stukje af. Zo bleef een uiterst glad oppervlak over dat na zorgvuldige bestudering onder een microscoop enigszins poreus leek.'

Dat 'poreuze' lijkt een groot aantal kleine hokjes te zijn. Naar Christelijke inspiratie vergelijkt Hooke die hok-

jes met de cellen van kloosterbroeders. In de wereldtaal van toen: 'cellula'. Vandaar het woord 'cel'.

De betekenis van die cellen blijft lange tijd duister. Tot Giovanni Battista Amici en Joseph Jackson Lister zo'n 150 jaar later een achromatische lens slijpen waarmee een heel nieuwe wereld opengaat. Vooral onder het microscoop.

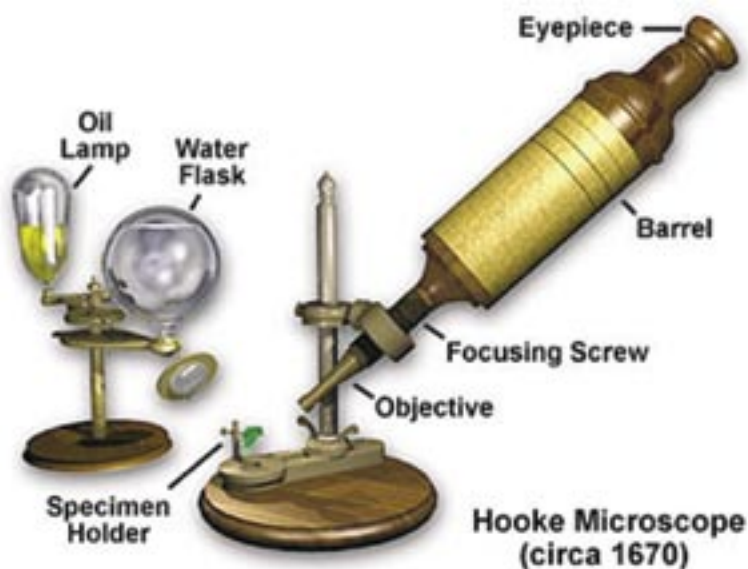
Robert Brown

De eerste belangrijke ontdekking komt van de Engelse wiskundige, botanicus en fysicus, Robert Brown. Vandaag klinkt zijn naam ondermeer nog in het eponiem: de *'Brownse beweging'*. Een onaflatende, zigzaggende beweging van microscopisch kleine partikels in pollen en plantencellen.

Maar ook Brown zelf, zat nooit stil. In het verre Australië (toen nog Nieuw Holland genoemd) ontdekte hij zo'n 1700 nieuwe, tot dan toe onbeschreven, planten. In zijn *'Prodromus Florae Novae Hollandiae'* benoemt hij



(7 december 1810 Neuss - 11 januari 1882 Keulen)



ze niet enkel, hij onderzoekt ze ook onder de microscoop. Zo ontdekt hij in 1831 een kleine structuur in de plantencel, die hij de 'nucleus' of 'kern' noemt.

Mattias Schleiden

Brown publiceert zijn observaties in hetzelfde jaar waarin een 27-jarige Duitse advocaat zich zó depressief voelt door zijn mislukte loopbaan, dat hij zich een kogel door het hoofd jaagt.

Gelukkig voor de wetenschap mikt hij slecht en raakt geen enkel vitaal deel. Na zijn genezing studeert Mattias Schleiden botanie en is daarin véél succesrijker. Blijkbaar kan hij veel beter overweg met planten en microscopen dan met aanklagers en pistolen.

In 1838 doet hij talrijke experimenten die leiden tot de theorie dat *alle* plantaardige weefsels uit *cellen* bestaan. Schleiden beweert zelfs dat nieuwe plantencellen enkel kunnen ontstaan uit de kern van oude. Hij schrijft het allemaal neer in een verhandeling die een mijl-

paal wordt in de ontwikkeling van de botanie: '*Beiträge zur Phytogenese*'.

Theodor Schwann

Op een avond zitten Schleiden en Schwann in een restaurantje na te genieten van een heerlijk maal. Bij de damp van sigaren en koffie wisselen ze hun recentste bevindingen uit. Het gesprek draait (wetenschappers blijven wetenschappers), uit op wetenschap en meer bepaald 'de kern'. Theodor Schwann herinnert zich dat hij gelijkaardige 'structuren' gezien heeft in de cellen van het notochord bij dieren. En op dit moment klikt een (historisch belangrijke) synaps in zijn hersenen: 'Zijn die twee fenomenen eventueel niet aan elkaar gekoppeld?'

De weken die volgen bestudeert Schwann alle mogelijke dierlijke weefsels en stelt vast dat ze, zoals bij planten, ook allemaal uit cellen bestaan. Zelfs de meest gedifferentieerde weefsels (zoals nagels, tanden en pluimen),

zijn opgebouwd uit cellen. En dat die dierlijke cellen ook een kern bezitten. Zijn conclusie ligt voor de hand: de 'cel' is (met haar kern), de basisstructuur van alle levende wezens. Van de eencelligen tot de mens.

Dit fundamenteel principe schrijft hij neer in zijn: *'Mikroskopische Untersuchungen über die Übereinstimmung in der Struktur und dem Wachsthum der Thiere und Pflanzen'* (Berlin 1839). (Microscopische onderzoekingen naar de overeenkomsten in structuur en ontwikkeling bij planten en dieren.)

Revolutie

Vandaag lijkt het allemaal vanzelfsprekend maar toen was de 'celtheorie' van Schleiden & Schwann een revolutionair concept. Even revolutionair als de ontdekkingen van Nicolaus Copernicus of Galileo Galilei. De celtheorie brak met de vitalistische en nogal romantische kijk op de geneeskunde, de *'Naturphilosophie'*. Schwann maakte in zijn artikel tevens brandhout van de al 2000 jaar oude leer over de 'vier humores' en van het concept van de 'generatio spontanea'.

Kerkelijke berisping

Theodor Schwann beseft heel goed dat zijn celtheorie haaks staat op het natuurfilosofisch denken uit zijn tijd. En dat hij zich daarmee op het glibberig en in mystieke nevelen gehulde domein van de *'basis van het leven'* begeeft. Want al eeuwen lang is *'Gods Schepping'* en het hét onderwerp van verhitte debatten. Niet enkel onder wetenschappers. Ook onder wijsgeren, theologen en kerkvaders.

Als jood voelt Matthias Schleiden weinig nattigheid maar de vroom katholieke Schwann is niet bereid een kerkelijke uitbrander te riskeren. Alvorens zijn boek te publiceren legt hij het ter goedkeuring voor aan zijn bisschop. Het trieste verhaal van Galilei en paus Urbanus VIII herhaalt zich niet. De bisschop acht het boek niet in strijd met de kerkelijke dogma's.

Een zootje allegaer

De celtheorie van Schleiden & Schwann wordt onmiddellijk een lichtbaken in de grote chaos van filosofieën en theorieën die, vooral in Duitsland, ontkiemden. Anno 1830 zijn zo'n honderdtal *'medische strekkingen'* in omloop en elke strekking heeft zijn eigen aanhangers. Je hebt de natuurfilosofen, de mystici, de metafysici, de magnetiseurs, de Galenisten, de Duits-Christelijke theosofen, de Epigonen van Schönlein, de Pseudo-Schönleinianen, de homeobiotici, de homeopathische allopathen, de Hegelianen, Heinrothianen, Sachsenianen ... und so weiter.

Schwann maakt korte metten met al dat moois en legt in zijn werk de fundamenten van de moderne histologie (weefselleer).

Rudolf Virchow

Een van de meest vurige aanhangers van de nieuwe celtheorie wordt een jonge en briljante student, die in het jaar waarin Schwann's boek verschijnt, zijn medische opleiding aan het Friedrich-Wilhelms Instituut aanvat. Eenmaal tot de hoogste medische regionen opgeklommen, neemt professor Rudolf Virchow Schwann's theorie over en maakt ze met één slagzin universeel: *'Omnis cellula e cellula'* (elke nieuwe cel ontstaat uit een reeds bestaande).

Maar Virchow, die als atheïst geen hoger gezag erkent dan zijn eigen schedeldak, gaat verder. De cel is niet enkel de basisstructuur van het leven, maar ook de eenheid waar het verkeerd loopt bij ziekte of kanker. Dit wordt de kerngedachte van zijn *'cellulaire pathologie'*. En daarover hebben we het meer uitgebreid in een volgend 'Eponiemenkabinet'.

Du côté de chez Schwann

Met andere genieën heeft Schwann gemeen dat hij zijn grote ontdekkingen doet als hij nog zeer jong is. Tussen zijn 24ste en 29ste gebeurt het allemaal. Hij ontdekt 'pepsine' in maagsap en toont aan dat het onoplosbare albumines afbreekt tot peptiden. Als anatoom beschrijft hij de dwarse spieren in het bovenste gedeelte van de slokdarm. Hij bestudeert ook de spiercontractie en toont aan dat de spanning in een gecontraheerde spier varieert met haar lengte.

De cel die naar hem genoemd is, ontdekt hij echter niet. In zijn *'Mikroskopische Untersuchungen'* geeft hij er wel een klare beschrijving van en maakt er een mooie tekening bij. Maar het is dankzij een latere onderzoeker dat die zenuwschede-cel de *'de cel van Schwann'* genoemd wordt.

De fatale ontdekking

In een van zijn experimenten toont de 26 jaar jonge Schwann aan dat levende gistcellen een essentiële rol spelen in de alcoholische fermentatie. Een heel belangrijke ontdekking. Veel belangrijker dan zijn cel. Want daarmee legt hij de basis voor de ontdekkingen die Pasteur rond 1850 zal doen. En ook de ideeën over 'antisepsis' die Lister later beroemd zullen maken.

Maar Duitsland is er op dit moment nog niet klaar voor. Natuurfilosofen met aartsvaderlijke baard en Nietzscheaanse snor bekritisieren zijn werk. Als de grote chemici uit zijn tijd, Justus von Liebig en Friedrich



KORT

Wölher, zijn 'gistingproces' bespottelijk vinden, verlaat hij ontmoedigd het vaderland.

Professor in Leuven

Met open armen wordt hij in Leuven ontvangen. Dergelijke jonge en beloftevolle Duitse geleerde, denkt het bestuur, moet de vernieuwde Leuvense Universiteit (na België 1830) glans en uitstraling geven. Hij wordt onmiddellijk benoemd tot professor anatomie en embryologie.

In de schoot van de Alma Mater ontpopt Theodor Schwann zich als een boeiend en veelzijdig lesgever. Uit 'erkenning en affectie' organiseren zijn studenten in 1846 een groot feest en overhandigen hem een mooie lithografie. Maar door gebrek aan tijd – of spelen de voormalige Duitse nachtmerries hem nog parten? – experimenteert Schwann in Leuven niet zoveel meer. Hij legt wel nog wat biliaire fistels aan bij honden en schrijft enkele artikelen over de rol van de gal in de spijsvertering.

Professor in Luik

Na 10 jaar lesgeven botsen zijn liberaal-politieke en filosofische overtuigingen met die van de Leuvense intelligentia. Hij stapt op en aanvaardt een leerstoel in de fysiologie aan de Luikse Rijksuniversiteit. Ook hier experimenteert Schwann nog weinig maar blinkt des te meer uit als lesgever. In 1868 slaat men hem tot ridder in de vooraanstaande en exclusieve 'Orde Pour le Mérite'.

Late erkenning

De grootste eer overvalt hem vier jaar voor zijn dood. In 1878 organiseert de universiteit van Luik een feestelijk congres. Niet enkel omdat hij er 40 jaar professor is. Ook omdat zijn celtheorie (via Virchow) en zijn gistingproces (via Pasteur) ondertussen wereldwijde erkenning gekregen hebben.

Alle grote namen uit de medische wereld van toen zijn aanwezig. In de aula herkent men naast de 74-jarige Matthias Schleiden (ondanks de kogelwonde nog altijd in leven), ook Theodor Billroth, Jean Martin Charcot, Charles Darwin, Sir James Paget en Friedrich von Recklinghausen. Een aula vol ronkende eponiemen.

Last but not least zit daar ook de man die hem heel wat schatplichtig is, de grote coryfee uit die tijd, en helemaal uit het verre Duitsland gekomen, Rudolf Virchow.

Dr. Johan Van Robays,
anatomopathologie



Vervotte opent nieuw OK



Op vrijdag 10 november 2006 heeft minister Inge Vervotte het nieuwe, hoogtechnologische operatiekwartier en de dagkliniek van het ZOL officieel geopend. De operatiekamers worden, na zorgvuldig testen van alle apparatuur en procedures, stapsgewijze in februari in gebruik genomen.

De nieuwe operatiekamers zijn het sluitstuk van het eerste grote investeringsproject van het ZOL sinds de fusie 10 jaar geleden. In het ZOL is dit project gekend onder de benaming VIPA I.

De werken van VIPA I vingen aan in september 2002. Toen werd aan de voorkant van het ziekenhuis de eerste steen ingemetseld door toenmalig minister Mieke Vogels. De werken aan de voorkant – de J-blok – bevatten de bouw van een nieuwe inkomhal met administratieve ruimten en cafetaria, een nieuwe pediatrie en materniteit. Deze werden in december 2004 in gebruik genomen. De H-blok, aan de achterzijde van het ziekenhuis, stond het eerst onder dak. In december 2003 werd hier reeds de nieuwe spoedgevallendienst in gebruik genomen. Eind 2005 werd ook het hyperbaar zuurstofcentrum operationeel en in 2006 volgden de centrale sterilisatie en het labo anatomopathologie.

Bij de financiering en de realisatie van onze projecten vormt de steun van de Vlaamse overheid een substantieel onderdeel. Maar toch diende het ZOL heel wat van het VIPA I project zelf te financieren.

Standaardisering in de interpretatie van verloskundige monitoring bevordert **kwaliteit** en **groepsgeest**

ZOPAS vond in het ZOL een mini-symposium plaats over de huidige meest geavanceerde methode van foetale bewaking tijdens de bevalling: de STAN-monitor. Deze monitor vormt een combinatie van de klassieke cardiotocograaf (CTG) - die al jaren is ingeburgerd in elke verloskamer wereldwijd - én het foetale electrocardiogram (ECG). Dit symposium vond plaats in aanwezigheid van prof. dr. Karl Rosen, de 'vader' van het foetale ECG.

Het implementeren van het foetale ECG in de verloskundige monitoring biedt een aantal belangrijke voordelen.

1. Door middel van ST-analyse (STAN) kan een duidelijk onderscheid gemaakt worden tussen signalen van het foetale hart die te wijten zijn aan normale fysiologische gebeurtenissen tijdens de arbeid en bevalling en deze die het rechtstreekse gevolg zijn van zuurstofgebrek bij de baby.
2. Deze bijkomende informatie laat toe bij een groter aantal baby's een correcte diagnose te stellen, waardoor er een daling kan bekomen worden van:
 - a. keizersneden voor foetale nood
 - b. baby's, geboren in een gevorderd stadium van zuurstofgebrek

Om een optimale efficiëntie te bekomen in het gebruik van de STAN-monitor is het evenwel noodzakelijk dat de klassieke CTG-signalen uniform en gestandaardiseerd worden geïnterpreteerd. Deze gestandaardiseerde interpretatie-methode was het centrale thema van het symposium.

Het symposium, dat toegankelijk was voor vroedvrouwen en gynaecologen, telde 190 inschrijvingen.

Het eerste deel van de avond bestond uit casuïstiek: hierbij werden monitor-tracés uit de verloskamer van

het ZOL in volle zaal besproken. Zelden was er zoveel animo en actie in het publiek van het ZOL-auditorium. Iedereen luisterde geboeid naar de voorgestelde gevallen en velen deden actief mee met de interpretatie van de tracés. Wanneer op sommige ogenblikken de discussie té hoog oplaaide, trad professor Rosen op als expert ter zake. Ten slotte presenteerde Johan Hellings, algemeen directeur van het ZOL, de principes van opleiding in het ZOL en de implicaties voor tewerkstelling van vroedkundigen op de verloskamer en de Maternal Intensive Care-afdeling (MIC).

Casus

In het tweede deel van de avond besprak dr. Gyselaers een casus van het ZOL, waarbij werd aangetoond dat het gebruik van het foetale ECG niet enkel klinische voordelen heeft, maar ook bijkomende kennis verschaft over de (patho)fysiologie van de foetus in de (ab)normale arbeid. Deze casus werd samen met prof. Rosen uitgeschreven in een case report, en wordt eerstdaags gepubliceerd in *The Journal of Maternal - Fetal & Neonatal Medicine*. Ten slotte gaf prof. Rosen zelf een uitgebreid overzicht van de ontwikkeling, het gebruik en de voor- en nadelen van de STAN-monitor. Hij belichtte ook de nakende vernieuwingen die de foetale monitoring in de toekomst ongetwijfeld nog een stuk veiliger zullen maken.

Zoals hoger reeds geciteerd is opleiding, training en herevaluatie noodzakelijk om de STAN-monitor optimaal en efficiënt te kunnen gebruiken. In het ZOL werd dit probleem opgelost door het organiseren van gezamenlijke maandelijkse monitorbesprekingen door gynaecologen en vroedvrouwen samen. Hier worden dan uitgebreid de interessantste tracés van de voorbije maand besproken en kan de interpretatietechniek worden geoefend. Deze oefensessies maken deel uit van de Interne Vormingscyclus voor het ZOL-personeel. Het volgen ervan is een absolute voorwaarde geworden om als vroedkundige verantwoord bevallingen en pathologische zwangerschappen te begeleiden in de verloskamer en de MIC-afdeling van het ZOL.



Rita Fraiponts, hoofd van de verloskamer: “De maandelijkse STAN-vergaderingen zijn stilaan uitgegroeid tot een gezellig samenzijn van de vroedvrouwen van Verloskamer en MIC, waarbij in gemoedelijke sfeer interessante gevallen worden besproken. Vermits het gaat om een onderwerp, waar elke vroedvrouw dagelijks mee te maken krijgt in de praktijk, is de interesse groot en zijn er veel deelnemers. Persoonlijk vind ik ook dat, sedert het gebruik van de STAN-monitor in ons verloskwartier, de alertheid van de vroedvrouwen in verband met foetale bewaking nog verscherpt is. De beheersing van deze toch ingewikkelde materie geeft aan de vroedvrouwen een meerwaarde qua beroepskennis, beroepsveiligheid en beroepsfierheid. Dit bevordert zonder enige twijfel de groepsgeest in ons team. Er wordt vaak door velen met plezier uitgekeken naar de volgende STAN-vergadering.”

Dr. Wilfried Gyselaers,
gynaecologie



Wie is prof. dr. Karl Rosen

Prof. dr. Karl Rosen is afkomstig uit Göteborg, Zweden. Hij is professor in de pediatrie en vanuit zijn praktijkervaring op de Neonatale Intensieve Zorgen groeide zijn interesse voor neonatale en foetale bewaking. Hij doctoreerde vervolgens in de Fysiologie, en tijdens deze research legde hij de basis voor zijn later onderzoek naar het foetale ECG. Hij ontwikkelde een systeem dat automatische foetale ECG-interpretatie toelaat, en dat makkelijk bruikbaar is in de kliniek. Deze monitor vindt vandaag zijn weg naar vele verloskamers onder de naam STAN (ST-analyse).

Het belang van

EEN goede geestelijke gezondheid is een belangrijke bron voor zowel individuele als maatschappelijke welvaart. In de Europese Unie (EU) lijden jaarlijks ongeveer 1 op 7 volwassenen aan een psychische stoornis en plegen ongeveer 58.000 mensen zelfmoord. Ter vergelijking: er zijn jaarlijks ongeveer 50.700 verkeersdoden in de EU. België is met 7 geslaagde suicides per dag koploper in de EU wat betreft het aantal zelfmoorden, enkel Finland scoort hoger. Mondiaal staat België op een 12de plaats. Nochtans vermeldt minister Demotte 'preventie' niet als wezenlijk thema in zijn beleidsnota geestelijke gezondheidszorg (mei 2005).

Recent internationaal onderzoek toont aan dat Vlaamse jongeren 3 maal meer zelfverwondend gedrag vertonen dan Nederlandse jongeren en dat ze dubbel zo vaak zelfmoord plegen. Onze geestelijke gezondheid heeft ook een belangrijke impact op onze lichamelijke gezondheid, vormt er een onlosmakelijk geheel mee. In dit opzicht hebben psychische problemen ook een belangrijke negatieve impact op lichamelijke gezondheid en vormen ze vaak een bron van frustratie voor de behandelende arts. De sociale en economische kost van problemen in de geestelijke gezondheidszorg wordt begroot op 3 à 4 % van het Bruto Binnenlands Product (BBP) van de EU. Daarnaast vormen deze moeilijkheden vaak een stigma en bron van discriminatie voor de patiënt en zijn omgeving en worden deze mensen en hun omgeving niet zelden bedreigd in hun fundamentele rechten.

We moeten erkennen dat het individueel behandelen van elk probleem in de geestelijke gezondheidszorg bijna niet haalbaar is en dat preventie een wezenlijk onderdeel moet uitmaken van het beleidsplan in de geestelijke gezondheidszorg.

KOPP

Kinderen van ouders met psychiatrische problemen (KOPP) vormen een extra kwetsbare groep op vlak van geestelijke gezondheidszorg. Zij hebben minstens één en niet zelden twee ouders met een gediagnosticeerde psychiatrische stoornis. Bovendien mogen we niet vergeten dat er een nog grotere groep kinderen bestaat waarbij er belangrijke niet-gediagnosticeerde moeilijkheden voorkomen bij één van beide of beide ouders. Onderzoek toont aan dat kinderen van depressieve ouders 50% kans hebben om zelf een depressie te ontwikkelen voor hun 20e levensjaar (Beardslee et al., 1988). Van kinderen waarvan beide ouders een psychisch probleem



hebben gehad, krijgt zelfs 66% ooit in hun leven een psychiatrische stoornis (Bool, Smith, Bohlmeijer & van Sambeek, 2001). In Nederland worden op grote schaal door GGZ-instellingen zogenaamde KOPP-groepen aangeboden met duidelijk positief effect.

Ernstige psychische problemen nemen 5 van de 10 belangrijkste plaatsen in in de lijst van belangrijkste gezondheidsproblemen wereldwijd zoals opgesteld door de WHO (lijst van de disability-adjusted life years, dit is de som van de levensjaren die verloren gaan door vroegtijdig overlijden, years of life lost due to premature mortality – en de levensjaren die verloren gaan door invaliditeit, years lost due to disability). Depressie neemt op deze lijst een tweede plaats in na AIDS en voor andere ernstige problemen zoals verkeersongevallen, TBC en geweld (o.a. in oorlogsgebieden). De kost van problemen in de geestelijke gezondheidszorg ligt ontzettend hoog en bedraagt voor de EU minstens 295 miljard euro per jaar.



preventie

De Belgische overheid (zowel federaal, regionaal als lokaal) investeert echter minimaal in geestelijke gezondheidszorg en zo goed als niet in preventie in de geestelijke gezondheidszorg. De nationale gezondheidsuitgaven van België bedragen 9,5 % van ons BBP. Van deze uitgaven wordt slechts 2,3 % besteed aan geestelijke gezondheidszorg en iets minder dan 0,4 % aan (quasi enkel lichamelijke) preventie! In de beleidsnota betreffende geestelijke gezondheidszorg van minister Demotte in mei 2005 wordt preventie niet vermeld als wezenlijk thema. Dit zijn dramatische cijfers, zeker als we weten dat de behandelde psychische problemen enkel het topje van de ijsberg vormen.

We zijn ervan overtuigd dat het binnen de geestelijke gezondheidszorg mogelijk is een goed en efficiënt preventieplan uit te bouwen. Dit kan de kosten in de gezondheidszorg bovendien op lange termijn duidelijk verminderen. Preventie dient multidisciplinair te zijn. Het is ons inziens de taak van een centrum geestelijke gezondheidszorg als regionaal expertisecentrum op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg een zo effectief mogelijk antwoord op de omvangrijke toenemende geestelijke gezondheidsproblemen in het zorggebied te bieden via een evenwichtige mix van zorg/begeleiding, behandeling én preventie/promotie van de geestelijke gezondheid. Men moet hierbij oog hebben voor subsidiariteit en een getrapte structuur hanteren, ook op het vlak van preventie.

Er is toenemende wetenschappelijke evidentie (evidence based) dat preventieprogramma's efficiënt en effectief zijn. Een gerandomiseerd onderzoek naar een cognitieve georiënteerde groepsinterventie voor adolescenten waarvan de ouders depressief waren, toonde aan dat in de controlegroep de prevalentie van nieuwe en opnieuw optredende depressies 25% was, tegen 8% in de interventiegroep, in het eerste jaar na de interventie (Clark et al., 2001). Het betreft hier een vorm van 'geïndiceerde preventie'. Een gecontroleerd Nederlands effectonderzoek onder deelnemers aan de gespreksgroep voor adolescenten met een psychiatrische ouder (Beurskens & Siebes, 1998) toonde positieve effecten aan op copingstijlen, toegenomen competentie en verminderd vermijdingsgedrag.

Tevens gingen de deelnemers zich gelukkiger voelen en hadden ze een minder negatief zelfbeeld (zie ook Ince, Beumer, Jonkman & Vergeer, 2004). Ook programma's waarbij depressieve moeders samen met hun baby in behandeling gaan tonen een positief effect (doctoraats-



onderzoek K. Van Doesum, Nederland), evenals tal van andere programma's. In de Verenigde Staten verzamelt het SAMHSA (de Substance abuse & mental health services administration) modelprogramma's die hun effectiviteit hebben aangetoond.

Kortom, alles toont aan dat problemen in de geestelijke gezondheidszorg een belangrijk individueel, sociaal en maatschappelijk probleem vormen dat zeer ernstig onderschat wordt door de Belgische overheden. KOPP-problematiek vormt in deze een wezenlijke invalshoek en biedt aanknopingspunten op diverse niveaus van preventie in de geestelijke gezondheidszorg. Als wij een maatschappij willen zijn die kansen biedt aan iedereen zullen we dan ook meer aandacht moeten besteden aan deze moeilijkheden. De actoren in de geestelijke gezondheidszorg moeten hierin een voortrekkersrol spelen. Wetenschappelijke evidentie ondersteunt de effectiviteit van preventieprogramma's. Ik ben dan ook oprecht blij en fier dat we met KOPP-OP kunnen starten. We hopen dat de overheid op termijn projecten als deze een wezenlijke en structurele plaats zal bieden in zijn beleid.

*Dr. Peter Emmerly,
kinderpsychiatrie*



Bronnen:

- Centrum ter preventie van zelfmoord
- Budgetten van de verschillende Belgische overheden inzake gezondheidszorg
- Beleidsnota geestelijke gezondheidszorg, mei 2005, minister Demotte
- Teksten van prof. C. Hosman, Radboud Universiteit Nijmegen en Universiteit Maastricht, adviseur van de WHO en EU inzake geestelijke gezondheidszorg
- <http://ec.europa.eu/health>
- The state of mental health in the EU
- http://www.who.int/mental_health
- <http://www.modelprograms.samhsa.gov>



KOPP OP! (Kinderen van Ouders met een Psychiatrische Problematiek Ondersteuning en Preventie) is een initiatief van de Dienst Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, Similes en het Psychiatrisch Centrum Ziekeren, met steun van het Johnson & Johnson Fonds voor Gezondheid.

Uit onderzoek is gebleken dat psychiatrische problemen bij één van de ouders een ernstige belasting vormen voor de geestelijke gezondheid van kinderen. KOPP-kinderen hebben een hoger risico op het ontwikkelen van emotionele en gedragsproblemen op korte termijn en een psychiatrische problematiek op lange termijn. KOPP OP! heeft als doelstelling het voorkomen van deze korte en lange termijn gevolgen bij deze kinderen. Het tijdig informeren, ondersteunen en begeleiden van KOPP-kinderen biedt bescherming tegen het ontwikkelen van latere problemen.

Het project is gericht op kinderen van wie bij een of beide ouders door een deskundige een psychiatrisch ziektebeeld is geconstateerd of waar de psychiatrische problematiek van de ouder meer ver-

scholen zit. Het project is bedoeld voor kinderen (en hun ouders) van alle leeftijden bij wie nu nog geen psychische problemen zijn gesignaleerd, maar die wel een verhoogd risico lopen op het ontwikkelen ervan. Anderzijds richten we ons op hulpverleners en intermediairen die in hun dagelijkse praktijk te maken hebben met KOPP, in de hulpverlening aan volwassenen en kinderen (Huisartsen, CLB's, CAW's, CGG's, diensten binnen bijzondere jeugdzorg, psychiatrische ziekenhuizen en PAAZ,...).

KOPP OP! is bereikbaar via een meldpunt (een centraal telefoonnummer en emailadres), waar iedereen die vragen heeft rond KOPP terecht kan; zowel kinderen, ouders als hulpverleners en intermediairen. Dit meldpunt is elke werkdag bereikbaar van 16 tot 18 uur, behalve op woensdag van 13 tot 15 uur.

KOPP OP!
Postbus 4,
3550 Heusden-zolder
0472/28.99.39
koppop@scarlet.be



Trends in het klachtenpatroon

van patiënten in algemene ziekenhuizen in Vlaanderen: 2001 - 2005

PATIËNTEN klagen omdat hun verwachtingen niet of onvoldoende werden ingelost. Communiceren over verwachtingen is daarom essentieel als je klachten wil voorkomen. Vijf Vlaamse ziekenhuizen ontwikkelden in 1999 een gestandaardiseerde klachtenregistratie. Via uniforme registratie kunnen de resultaten van de klachtenregistratie immers door ieder deelnemend ziekenhuis gebruikt worden voor benchmarking, als klachtendossier voor de opvolging van de individuele klachten en tegelijkertijd – zonder extra tijdsinvestering – als interne rapportering, verwerking en analyse van de klachten.

Voor de gemeenschappelijk te registreren items werd een bijhorende handleiding geschreven. De deelnemende ombudsmannen en ombudsvrouwen uit de ziekenhuizen maakten duidelijke afspraken over de rubrieken die voor de vergelijking in aanmerking komen.

Ondertussen is dit registratiesysteem herwerkt om te voldoen aan de verplichtingen die door de patiëntenrechtenwet van 22-08-2002 en door het KB van 08-07-2003 werden opgelegd aan de ziekenhuizen.

19 ziekenhuizen

De samenwerking tussen de vijf ziekenhuizen was de embryonale fase van de Vlaamse Vereniging Ombudsfuncties van Algemene Ziekenhuizen (VVOVAZ) die ondertussen haar pioniersfase is ontgroeid en bijna alle ombudsfuncties in de Vlaamse ziekenhuizen vertegenwoordigt. In 2005 hebben vanuit dit samenwerkingsverband 19 ziekenhuizen deelgenomen aan de gestandaardiseerde klachtenregistratie, om van elkaar te leren en om de kwaliteit van de dienstverlening te verbeteren.

REGISTREREN OM TE METEN

Omdat we sinds 2001 op een gestandaardiseerde manier registreren, is het mogelijk om de evolutie van de belangrijkste indicatoren in de klachtenbehandeling te vergelijken:

- autonomie, onafhankelijkheid en onpartijdigheid,
- laagdrempeligheid, vlotte toegankelijkheid en zichtbaarheid van de ombudsfunctie voor de patiënt,
- snelheid van de klachtafhandeling of de doorlooptijd.

Commerciële bedrijven weten al veel langer dat bij klachten primair het leerproces voorop staat. Klachtmanagement is veel meer dan het goed ontvangen en behandelen van klachten. Het omvat alles wat je kunt doen zowel in pro-

actieve als in corrigerende zin om te verhinderen dat een klacht een doortrekkende negatieve werking krijgt. Klachtbehandeling vormt dan ook terecht in het benchmarkonderzoek een prestatie-indicator. Een klacht is tegelijkertijd een belangrijk middel om erachter te komen hoe het ziekenhuis nog beter kan worden afgestemd op de patiënt. Indien een ziekenhuisorganisatie klachten goed oppakt en hierdoor de kwaliteit en de patiëntgerichtheid verbetert, is er werkelijk sprake van een lerende organisatie. Klachtenmanagement heeft een positieve invloed op de cultuur van het ziekenhuis: het maakt artsen en andere ziekenhuismedewerkers tevreden omdat ze niet keer op keer patiënten met dezelfde klacht te woord hoeven te staan.

REGISTRATIE SINDS 2001

In 2001 werd er in 5 ziekenhuizen geregistreerd, in 2002 reeds in 10 ziekenhuizen, in 2003 werkten 13 ziekenhuizen mee, in 2004 werd er in 16 ziekenhuizen geregistreerd en in 2005 deden reeds 19 Vlaamse ziekenhuizen mee met deze gestandaardiseerde registratie van patiëntenklachten.

Sinds 2001 werden er in totaal 24.846 klachten van patiënten geregistreerd. Uit deze absolute cijfers kan men weinig conclusies trekken omdat ze niet in verhouding staan tot de omvang van de ziekenhuizen en het aantal patiëntencontacten.

Daarom werd er een *klachtenratio* berekend: het aantal klachten in relatie tot het totale aantal patiëntencontacten (totaal aantal opgenomen patiënten + aantal dagklinische en poliklinische patiënten).

De vijfjarige registratieperiode gaat over 19.023.339 patiëntencontacten (tabel 1).

Geen explosie, wel ernstiger

Uit de registratie blijkt dat de invoering van de wet op de patiëntenrechten in 2002 niet heeft geleid tot de gevreesde explosie van patiëntenklachten. De ernst van de patiëntenklacht, waarbij een beroep wordt gedaan op de ondersteunende en bemiddelende rol van de ombudsman, neemt wel toe.

Het is logisch dat hierdoor de klachtenbemiddeling arbeidsintensiever is geworden. Vooral de klachten waarbij de patiënt schade vermoedt, vragen een langdurige en intensieve opvolging met herhaaldelijke (bemiddelende) persoonlijke contacten met de patiënt, eventueel in

IN DE KIJKER

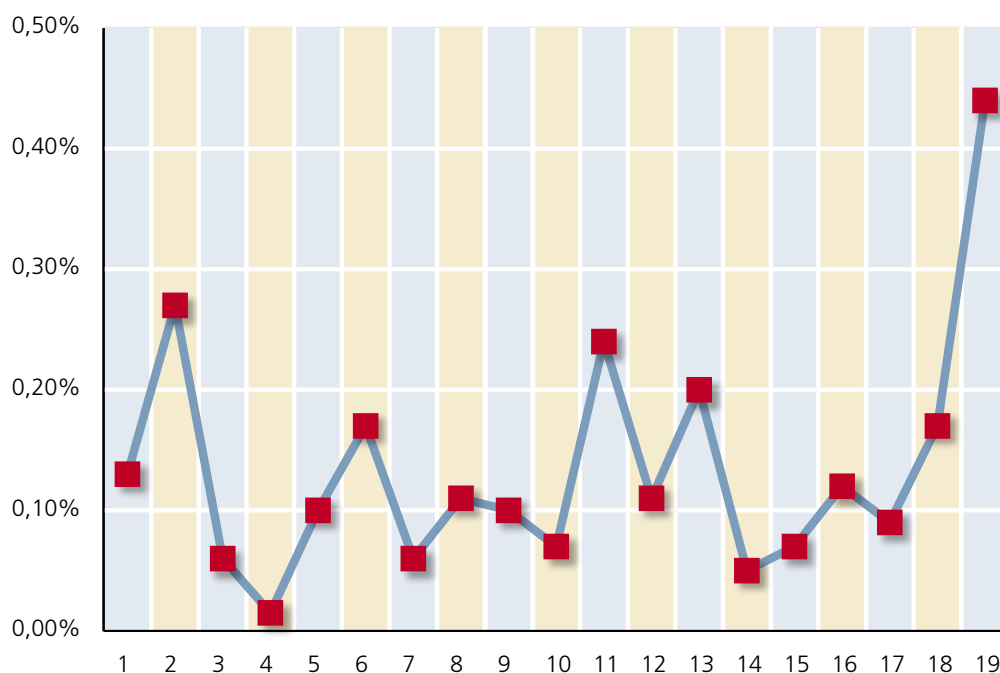
Jaar	Aantal ZH	Patiënten	Klachten	Ratio VLZH	Ratio ZOL
1999					0,05%
2000					0,10%
2001	5	2.930.190	2.646	0,09%	0,16%
2002	10	3.734.110	4.428	0,12%	0,19%
2003	13	3.788.602	5.467	0,14%	0,15%
2004	16	3.489.250	5.788	0,17%	0,12%
2005	19	5.081.187	6.517	0,13%	0,12%
TOTAAL		19.023.339	24.846	0,13%	0,13%

Tabel I

Deze tabel toont de evolutie van de klachtenratio: over de vijf registratiejaren werd een gemiddelde klachtenratio van 0,13 % berekend in de deelnemende ziekenhuizen.

Hier ziet u een overzicht van de “patiëntenklaagmuur” in 2005 per ziekenhuis:

Klachtratio (totaal aantal patiënten)



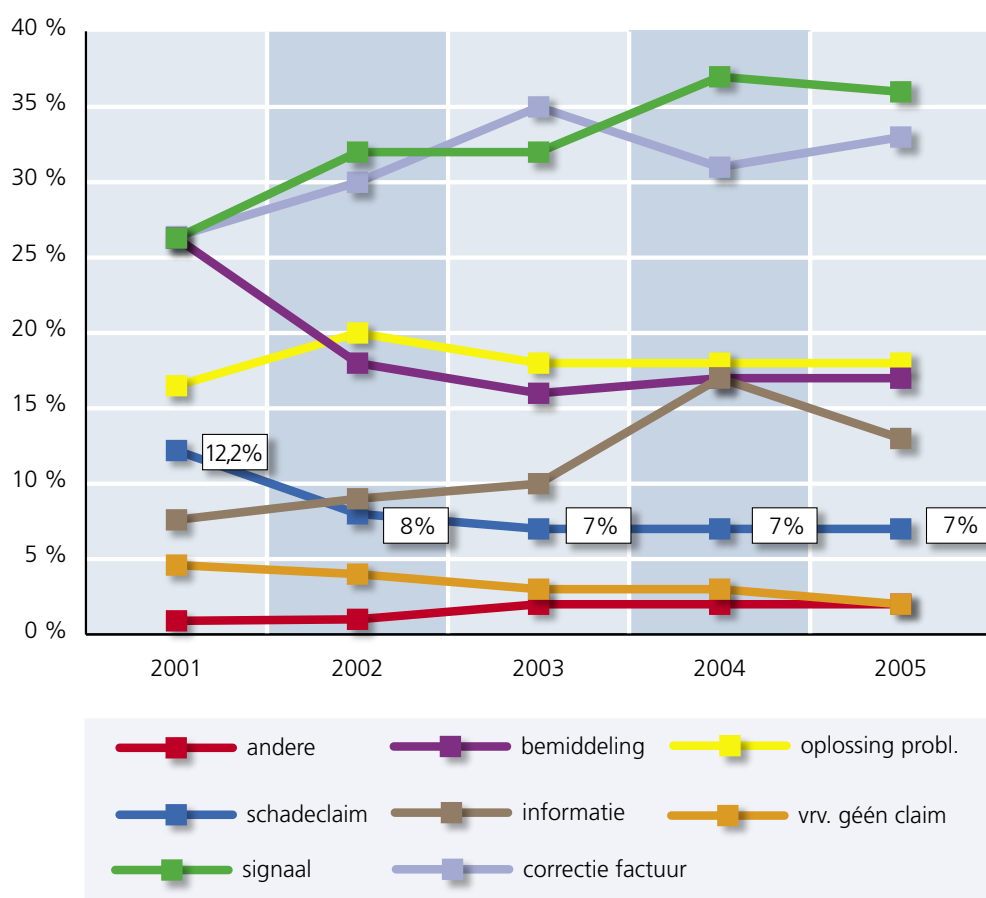
overleg met de aansprakelijkheidsverzekering. De meeste ziekenhuizen liggen rond dit gemiddelde van 0,13 %. Er zijn enkele uitschieters. Blijkbaar ligt de klachtgevoeligheid van ziekenhuis 19, 2 en 11 opmerkelijk hoger dan het gemiddelde.

We mogen verwachten dat deze klachtenratio in de Vlaamse ziekenhuizen – door een betere organisatie van het klachtenbeleid – zal stijgen. Het resultaat van een degelijk klachtenbeleid in de ziekenhuizen moet op

termijn leiden tot een daling van de ontevredenheid van de patiënten en tot een stijging van de zichtbare, geregistreerde klachten.

De klachtenratio is een indicator voor de laagdrempeligheid en klachtgevoeligheid van de ziekenhuisorganisatie.

De specifieke organisatie voor de opvang van klachten in elk van de registrerende ziekenhuizen komt in deze gegevens al duidelijk naar voor: de bekendheid



Grafiek I: De verwachtingen van de patiënt bij het uiten van zijn klacht.

en de laagdrempeligheid van het aanmeldpunt is sterk medebepalend. In de ziekenhuizen waar de ombudsman zich duidelijk profileert, waar er ruimtelijk en in de informatie over het ziekenhuis herhaaldelijk naar verwezen wordt, is de drempel lager en ligt de klachtenratio beduidend hoger.

Uit de registraties blijkt ook dat gehospitaliseerde patiënten opmerkelijk meer klachten uiten dan de dagklinische patiënten. Een patiënt heeft minder reden tot klagen als zijn verblijf in het ziekenhuis kort, degelijk gepland en voorbereid is. Dit is een signaal voor een accurate opnameplanning en afsprakenregeling voor alle planbare ingrepen en behandelingen. Verder onderzoek kan uitwijzen of de duur van het verblijf een invloed heeft, zowel op het aantal klachten als op de aard van de klachten.

Ongeveer 60 % van de klachten worden geformuleerd in een direct contact, persoonlijk of telefonisch. Hoe sterker de profilering, hoe lager de drempel van de ombudsfunctie, des te hoger is de score voor deze directe contacten.

41 % van de klachten in 2005 in de 19 ziekenhuizen werd op een schriftelijke manier geformuleerd. Een hoog

aantal schriftelijke klachten, in verhouding tot het totaal aantal, betekent een hogere drempel voor de patiënt en vraagt een meer formele afhandeling.

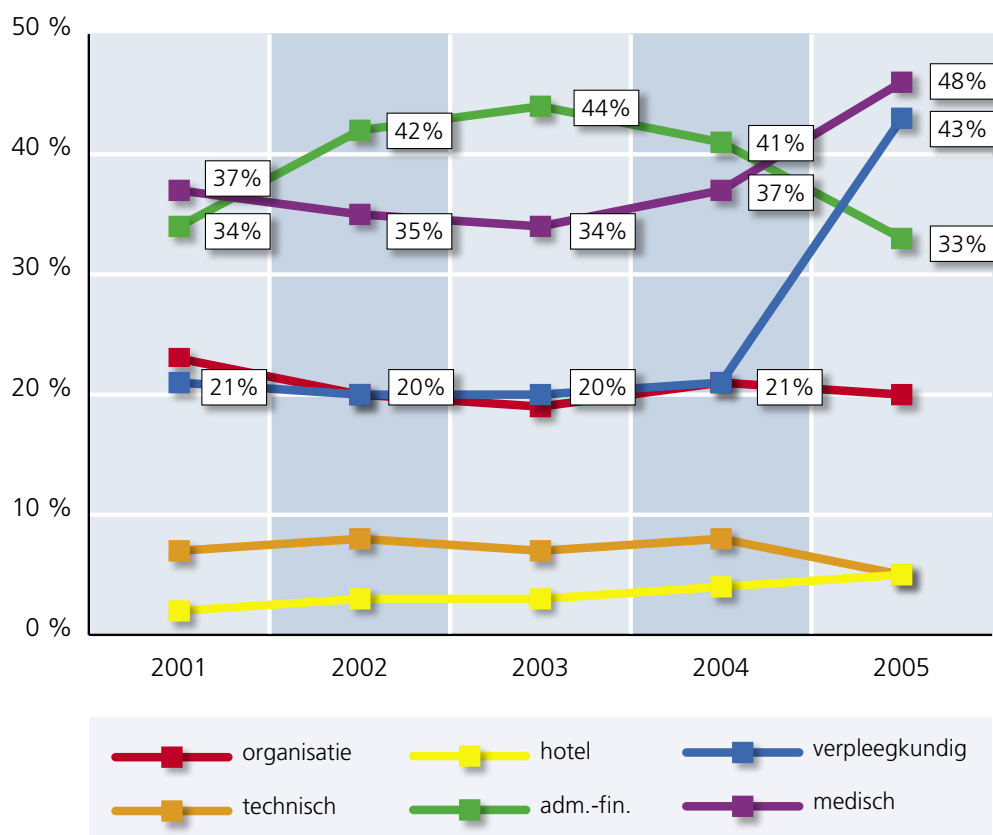
WAT VERWACHT DE KLAGENDE PATIËNT?

Via het uiten van een klacht willen de meeste patiënten een signaal geven: de patiënt komt niet voor een onmiddellijke individuele oplossing, maar wil zijn probleem signaleren, vraagt dat er naar hem wordt geluisterd en dat men in de organisatie de nodige maatregelen treft om dit probleem in de toekomst te voorkomen. Soms meldt men een voorval met schade zonder deze schade te claimen maar vraagt men garanties dat een volgende patiënt dit niet zal overkomen.

Vaak wordt er – als genoegdoening – een tussenkomst in de persoonlijke kosten of een correctie van de ziekenhuisfactuur verwacht. (**grafiek I**)

Na verloop van tijd blijkt dat de patiënt steeds meer belang gaat hechten aan de informerende en bemiddelende rol van de ombudsman.

Uit deze gegevens wordt de vaak geuite vrees van ziekenhuisdirecties, artsen en andere beroepsbeoef-



Grafiek 2: Waarover klagen patiënten?

naars voor een stijging van de schadeclaims – via de ombudsfunctie – niet bevestigd: de schadeclaims in de registrerende ziekenhuizen daalden van 12 % in 2001 naar 7 % in 2005.

INHOUD VAN DE KLACHT

Patiënten klagen in 2005 voornamelijk over de 'core-business', met name over medische (46 %), verpleegkundige en paramedische (43 %) aspecten die samen in 89 % van de klachten het onderwerp zijn.

33 % van de klachten gaan over de administratief-financiële aspecten in de ziekenhuizen. Een administratief-financiële klacht houdt vaak méér in dan een louter administratieve vergissing. Het kan ook de ingangspoort zijn voor het uiten van ongenoegen over de behandeling, verzorging of organisatie. (**grafiek 2**)

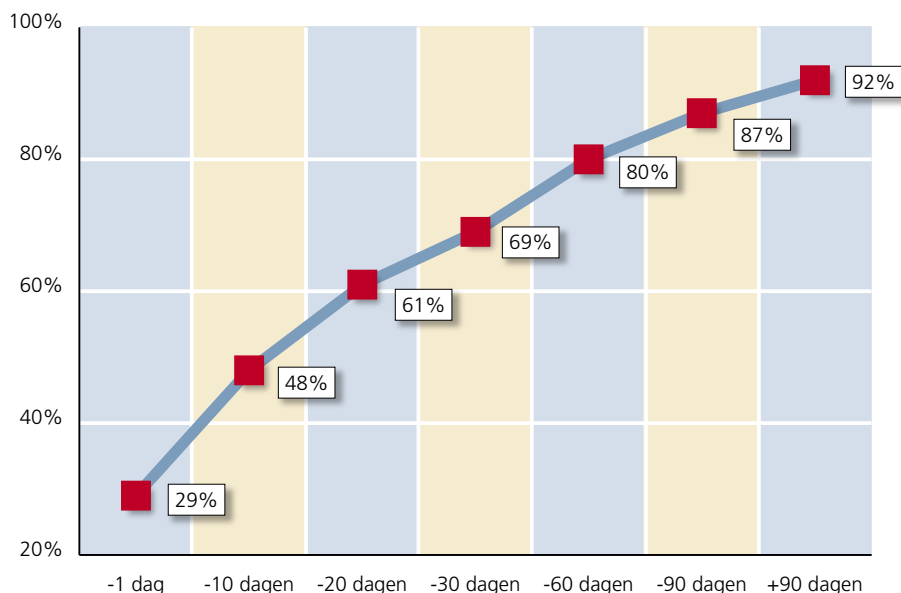
De factuur is voor de patiënt wellicht het gemakkelijkste en vaak enige drukingsmiddel tegenover bepaalde diensten of personen. Ook is de wijze van aanrekening en de lay-out van de factuur voor de meeste mensen een heel ingewikkelde materie: gemiddeld 10 % van de klagers willen hierover meer informatie.

Wat organisatorische aspecten (20 %) betreft, scoren

afsprakenregeling, opnameregeling, wachttijden en verlies van persoonlijke voorwerpen het hoogst. Wanneer een patiënt klaagt over technische aspecten (7 %), gaat dit voornamelijk over het gebrek aan comfort, de parking, de telefonie en de aanwezige defecten. Klachten over hotelaspecten (3 %) hebben hoofdzakelijk betrekking op de maaltijdbedeling en de schoonmaak in het ziekenhuis.

DOORLOOPTIJD IN 2005

Bij de melding van een klacht wil de patiënt op de hoogte worden gehouden van de voortgang in de afdeling, maar wenst hij ook dat de klacht binnen een redelijke tijd wordt afgehandeld. Snelheid en duidelijkheid zijn twee objectieve criteria voor het beoordelen van klachtafhandeling. Met *duidelijkheid* wordt bedoeld dat de patiënt de nodige en correcte informatie krijgt over het gestelde probleem. Met *snelheid* wordt bedoeld dat er op korte termijn een oplossing wordt gevonden. De tijd die nodig is om een klacht af te handelen of de doorlooptijd is één aspect waarop de kwaliteit van de klachtafhandeling kan worden beoordeeld door de patiënt.



Grafiek 3: Doorlooptijd van klachten 2005

Kort op de bal spelen is belangrijk in de klachtafhandeling: hoe sneller het ongenoegen bij de patiënt wordt aangepakt, hoe minder kans er is dat de klacht escaleert en verzuurt.

Meer dan 80 % van de klachten werden binnen de drie maanden afgehandeld. (**grafiek 3**)

VERWACHTING T.A.V. DE ARTS/VERPLEGING?

Bij de analyse van de medische, verpleegkundige en paramedische klachten is er een duidelijke trend:

- bij de artsen worden hoofdzakelijk problemen gemeld over:
 - een gebrek aan het verstrekken van noodzakelijke informatie omtrent de diagnose, onderzoeken en behandeling (inhoud, alternatieven, kostprijs, risico's, prognose)
 - de behandeling.
- Bij de verpleegkundigen/paramedici gaan de klachten hoofdzakelijk over:
 - de verzorging
 - de stijl van communiceren
 - een gebrek aan persoonlijke aandacht en privacy.

Men verdraagt eerder van een arts dat hij onvriendelijk is en géén tijd heeft, maar van een verpleegkundige wordt niet verdragen dat ze onvriendelijk is en géén tijd heeft. Uit deze gegevens blijkt dat de patiënt van de arts vooral technische vaardigheden verwacht en duidelijke, verstaanbare informatie over de behandeling, onderzoeken en diagnose. Bij de verpleegkundigen en paramedici wordt er – naast een degelijke verzorging – meer gefocust op persoonlijke aandacht, priva-

cy en aspecten van communicatie. Bejegeningaspecten vormen vaak het onderwerp van een klacht, naast de eigenlijke behandeling en verzorging. De ervaring van de ombudsdiensten in de ziekenhuizen bevestigt dat alle bejegeningaspecten en een gebrek aan directe communicatie tussen patiënt en beroepsbeoefenaar samen veel meer het onderwerp van de klacht vormen dan de eigenlijke behandeling, verzorging of deskundigheid van de zorgverleners.

WAT HEBBEN WE GELEERD?

Wat moet je in de praktijk doen om klachten van patiënten te behandelen?

- gelijk geven in zijn/haar emotie, zijn gevoel; de patiënt is teleurgesteld, boos, vernederd, voelt zich afhankelijk van de beroepsbeoefenaar, voelt zich onvoldoende gerespecteerd,
- excuses aanbieden voor wat niet correct gelopen is,
- corrigerende maatregelen nemen.

Vaak draait het bij de uiting van de klacht niet om de rationele inhoud. Een klacht heeft altijd te maken met de ervaring van ongenoegen van een patiënt omdat er niet aan de gestelde verwachtingen wordt voldaan. Een degelijke klachtenbehandeling dient dus gefocust te zijn op twee domeinen: informatie omtrent de *verwachtingen* en communicatie over de *ervaren dienstverlening*.

Mensen die regelmatig met patiënten omgaan, hebben een behoorlijke mate van inlevings-, aanpassings- en incasseringsvermogen nodig. Als de reactie op een klacht met een emotionele lading beperkt blijft tot het reageren op de inhoud van de boodschap, voelt de patiënt

zich vaak nog meer miskend. Belangrijk is daarom eerst begrip te tonen voor de beleving (van de klacht) door de patiënt. Het tonen van begrip is in een face-to-face situatie gemakkelijker dan bij een schriftelijke klachtenbehandeling en een absolute voorwaarde voor een succesvolle afronding.

De wijze waarop men als beroepsbeoefenaar reageert, bepaalt vaak het risico of een klacht al dan niet escaleert tot een conflict.

Bij een patiëntenklacht spelen steeds twee elementen: de *emotie* of het *ongenoegen* van de patiënt en de *objectieve inhoud* van de klacht. Zelfs een klacht die objectief gezien onterecht en onwaar is, blijft altijd een uiting van ongenoegen van de patiënt. Niet alleen het herkennen, maar ook het erkennen van het gevoel of de emotie, is een essentiële voorwaarde in het professioneel afhandelen van patiëntenklachten.

Dit vraagt tijd en aandacht: om te luisteren naar de patiënt, om mee te werken aan het oplossen van het concrete probleem, en om eventuele verbeteringen voor te stellen ter voorkoming.

De ervaring leert dat bij klachtenbehandeling:

- het moeilijker wordt om een klacht naar behoren op te lossen, naarmate de partijen in aantal en omvang toenemen,
- het moeilijker wordt om tot een vergelijk te komen, wanneer er belanghebbenden zijn die niet persoonlijk bij de oplossing betrokken zijn,
- de kans om via consensus een oplossing te vinden des te kleiner wordt, naarmate de crisissituatie groter is: het inlassen van een *time-out* kan zinvol zijn,
- synchrone dialoog in dezelfde ruimte altijd betere oplossingen geeft dan de minder directe communicatiekanalen,
- onbeantwoorde of onvoldoende '*au sérieux*' genomen klachten van patiënten op termijn veel geld kunnen kosten.

Bij de behandeling van patiëntenklachten is het als ombudsman aangewezen om een gezond evenwicht te vinden tussen *het patiëntenperspectief (patiëntenrechten)* en *het organisatieperspectief (lerend vermogen van de organisatie)*.

Het is de kunst om via bemiddeling het ongenoegen van de patiënt weg te nemen en op basis van de klacht informatie te verzamelen die relevant kan zijn om het zorgproces in het ziekenhuis te optimaliseren.

BESLUIT

Klachten ontstaan door een veelheid van factoren: (veronderstelde) fouten, ongecorrigeerde verwachtingen van patiënten, misverstanden, niet nakomen van

gemaakte afspraken, interpretatieverschillen over patiëntenrechten, tarieven, bejegening of organisatie van de patiëntenzorg.

Voor patiënten kunnen klachten er toe leiden dat hun ziekte, behandeling of verzorging nog ingrijpender en meer belastend wordt. Voor artsen, verpleegkundigen, paramedici en voor het ziekenhuis kunnen patiëntenklachten leiden tot emotionele belasting, conflicten, imagoschade en extra (claim)kosten. Het krijgen van een klacht is voor beroepsbeoefenaars soms zeer ingrijpend en kan zelfs hun verdere carrière beïnvloeden.

Voldoende reden dus om klachten van patiënten op een zorgvuldige manier af te handelen in een open klimaat. Dit kan alleen door in het ziekenhuis een klimaat te creëren, waarin de vertaling van klachten naar kwaliteit wordt beloond en het veilig is, ook voor degene die een fout maakt, om klachten met elkaar te bespreken. De zorgverlener ervaart de klacht dan meer vanuit het perspectief van kwaliteitsverbetering, hetgeen de angst voor klachten en onvrede doet verminderen.

Uit meerdere onderzoeken blijkt dat een open klimaat rondom '*alles wat misgaat*', onzekerheid, defensief gedrag en escalatie voorkomt. Deze openheid betreft zowel de *patiënt*, die zonder angst voor repercussies zijn onvrede kan uiten, als de *beroepsbeoefenaar*, die ook zonder dreiging van straf en sancties mogelijke fouten of complicaties kan bespreken. Een open reactie is voor patiënten bepalend voor de mate waarin zij uiteindelijk (on)tevreden zijn over de zorg en over de afhandeling van een klacht.

Doelstelling van de klachtenbehandeling moet zijn dat zowel de klagende patiënt als de aangeklaagde beroepsbeoefenaar zich met respect behandeld weten en dat een klacht wordt gezien als een stimulans om te komen tot een betere patiëntenzorg.

Iemand die luistert naar patiëntenklachten doet hetzelfde als vroeger de Indianen deden.

Zij legden hun oor tegen de grond te luisteren om het gedreun van hoeven in de verte te kunnen horen. De herrie of de stilte gaf hun waardevolle informatie over wat er moest gebeuren, en er was niemand bij de Indianen die eraan had durven denken om deze informatiebron te negeren.

Jean Dreezen, ombudsman





KORT

Nieuwe geneesheren



Dr. Joris Penders,
klinische biologie



Dr. Ruth Alen,
oncologie-radiotherapie



Dr. Mieke Wirix,
ophtalmologie

Nieuwigheden in het

VÓÓR de 18de eeuw kon de urine alleen maar beoordeeld worden op basis van uitzicht, geur en smaak. De ziekten diabetes mellitus (suikerziekte) en diabetes insipidus (onvermogen om de urine te concentreren ten gevolge van onvoldoende antidiuretisch hormoon-effect) verwijzen bijvoorbeeld naar een diagnosestelling op basis van smaak. 'Diabetes' is het Griekse woord voor vloed en verwijst naar een dagelijks zeer groot urinedebiet. 'Mellitus' is het Latijnse woord voor zoet en verwijst naar een grote hoeveelheid suiker in de urine. Sterk verdunde urine bevat dan weer weinig afvalstoffen en wordt smaakloos (in het Latijn 'insipidus'). Het waren de 'piskijkers' die deze kunst van de uroscopie beoefenden.

Gelukkig werd vanaf de 18-19de eeuw scheikundige en microscopische analyse van urine mogelijk. Maar de clinicus wil steeds meer. Hij wenst niet alleen snelle maar ook maximale informatie. Bij vaststelling van eiwit in de urine (proteïnurie) en/of rode bloedcellen in de urine (hematurie) wenst hij hierover niet alleen kwantitatieve maar ook kwalitatieve informatie: wat is de identiteit van het eiwit?, is de hematurie afkomstig van de nieren zelf (glomerulaire hematurie) of van de afvoerwegen? De klinisch bioloog moet deze informatie trachten te leveren tegen een zo laag mogelijke arbeidskost in combinatie met een zo hoog mogelijke precisie.

Daarom werd in het ZOL het urine-onderzoek in belangrijke mate geautomatiseerd. De analyses verlopen sneller, de arbeidskost per analyse neemt af, en de resultaten zijn minder onderzoekersafhankelijk. Dit doet de precisie toenemen.

Geautomatiseerd morfologisch urine-onderzoek met behulp van flowcytometer, automatische Dipstickreader en een expertprogramma

Vóór april 2006 gebeurde in ons ziekenhuis het morfologisch onderzoek van bijvoorbeeld de rode bloedcellen in urine door middel van een microscopische studie van het urinesediment. Met zulk onderzoek kan men een onderscheid maken tussen dysmorphe rode bloedcellen, en rode bloedcellen met een normale vorm. Wanneer de rode bloedcellen overwegend dysmorf zijn, is dit suggestief voor glomerulaire hematurie. Het resultaat is echter sterk onderzoekersafhankelijk, en bovendien

is er de discussie vanaf welk percentage dysmorphe rode bloedcellen van glomerulaire hematurie mag gesproken worden. Voor een betrouwbaar onderzoek is ook versheid van het urinestaal (onderzoek binnen het uur na urinelozing) een absolute noodzaak.

Sinds april 2006 verloopt het urinesedimentonderzoek geautomatiseerd door het gebruik van een **flowcytometer** (UF-100TM van Sysmex Corporation) in combinatie met een **automatische Dipstickreader** (URISYS 2400 van Roche Diagnostics), en met resultatenbewaking door een **software expertprogramma** waarvan de instellingen kunnen aangepast worden.



Flowcytometer UF-100



Automatische dipstickreader Urysis 2400

urine-onderzoek

De **flowcytometer** verricht per uur ongeveer 100 analyses en maakt daarbij gebruik van een monstervolume van 0,8 ml niet-gecentrifugeerde urine.

Na mengen en opzuigen vanuit de monsterbuis worden eerst de impedantieveranderingen gemeten. De **impedantie** geeft ons informatie over het volume van de partikels in de urine die de meetcel passeert. In functie van hun volume vertragen deze partikels de elektrische stroom, hetgeen als een positieve spanningsstoot wordt geregistreerd.

Bovendien worden aan de urine 2 fluorescerende kleurstoffen toegevoegd: carbocyanine dat niet-specifiek bindt aan de celmembranen, kernmembranen en mitochondriën, én phenanthridine dat aan RNA en DNA bindt.

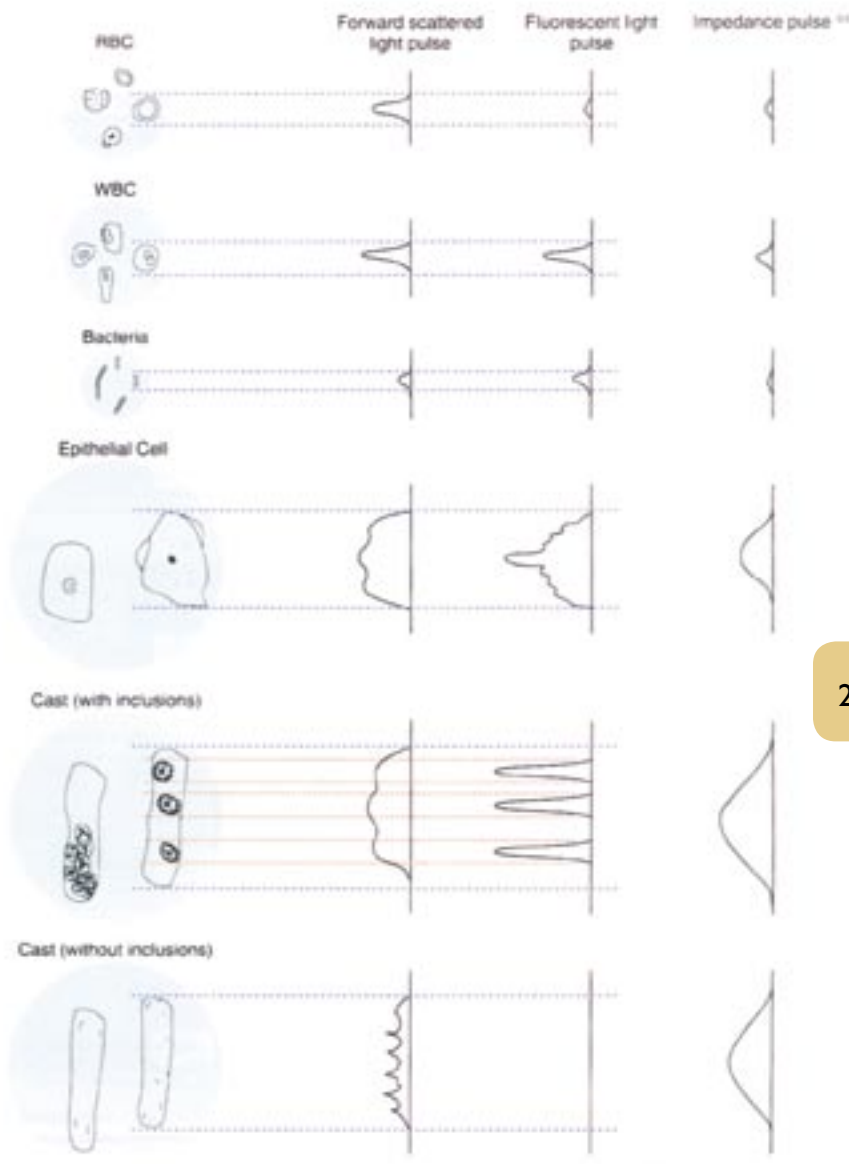
Na kleuring wordt het urinestaal bestraald met Argon laserlicht (golflengte van 488 nm). De urinepartikels (cellen, cilinders, kristallen, bacteriën) veroorzaken voorwaartse lichtverstrooiing (forward light scatter). De aanwezige fluorescerende stoffen veroorzaken bovendien fluorescentie, dat een andere golflengte heeft. Een speciale spiegel zal beide lichtemissies van mekaar scheiden: de **forward light-scatter** geeft informatie over de grootte of lengte van de partikels, en de **fluorescentie** daarentegen over de celinhoud (kern en cytoplasma). Beide lichtemissies worden via lichtgevoelige detectoren in een elektrisch signaal omgezet.

De verschillende elektrische signalen worden versterkt, en door een microprocessor verwerkt.

De resultaten worden weergegeven in scattergrams (combinatie van fluorescentie- en forward scatterparameters), histograms (distributie van rode en witte bloedcellen volgens grootte) én een resultatenveld.

Het labo zal in principe enkel de interpretatie van deze gegevens aan de klinici doorgeven: aantal rode bloedcellen, witte bloedcellen, epitheelcellen, cilinders en bacteriën per microliter.

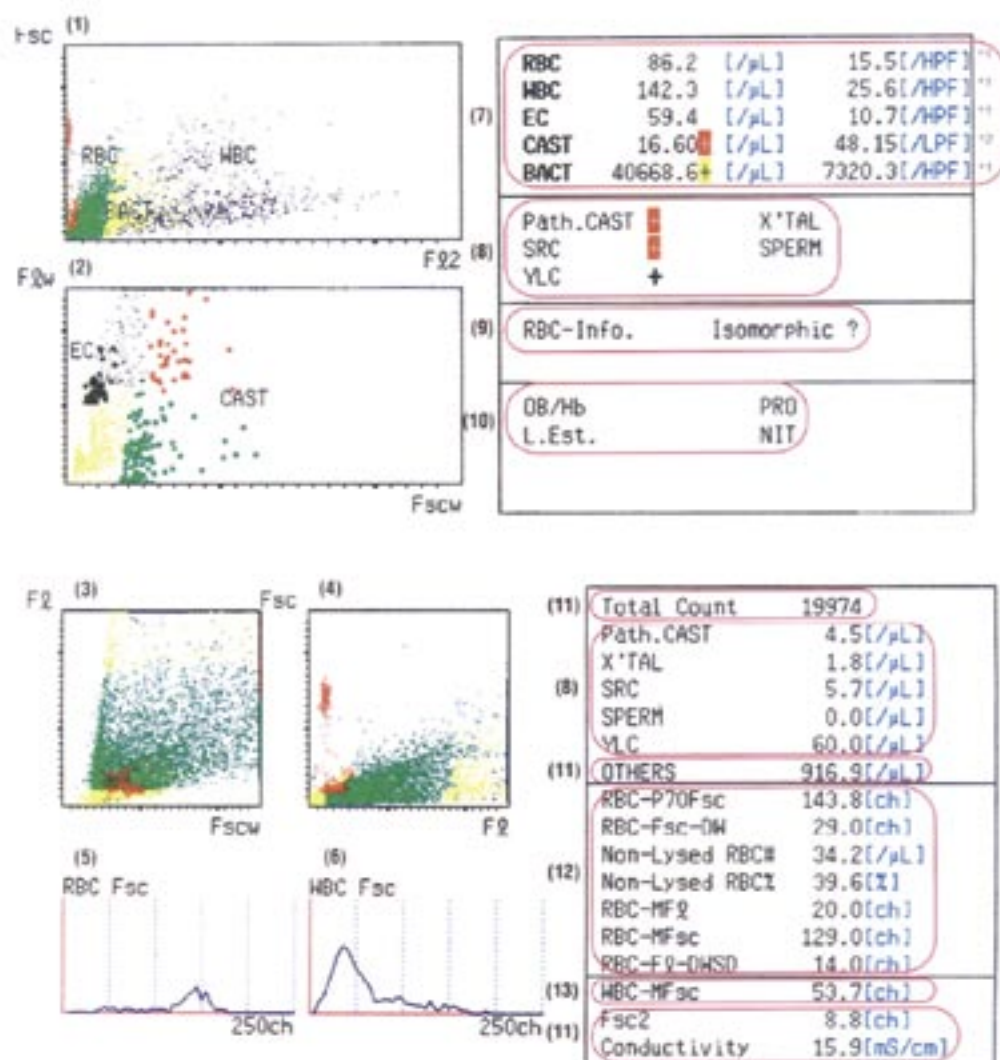
Wanneer met de flowcytometer per microliter meer dan 25 rode of witte bloedcellen worden geteld, is er sprake van significante hematurie respectievelijk leucocyturie. Deze grenswaarden komen overeen met de vroegere grenswaarden van 8 cellen/HPF (high power field; d.b. microscopische vergroting factor 400).



Voorbeelden van signalen

- weergave van de flowtijd of signaalbreedte (width; uitgedrukt in ch; ch staat voor channel) op de verticale as
- weergave van de signaalintensiteit op de horizontale as (stippellijn).

IN DE KIJKER



Een ander urinestaal van minstens 1,6 ml niet-gecentrifugeerde urine wordt onderzocht door een **automatische dipstickreader** waarvan het werkingsprincipe berust op een automatisch en kwantitatief aflezen van de kleurreacties op een teststrook door middel van reflectometrie. Zo bevinden zich op deze teststrook afleespunten voor leucocyten esterase, nitriet, eiwit, glucose, ketonen, urobilinoogeen, bilirubine, hemoglobine/myoglobine, en pH. De intensiteit van de kleurreactie wordt gemeten door het lichtpercentage dat door het oppervlak van de dipstick wordt teruggekaatst (reflectie). Hoe meer van een bepaalde stof aanwezig, des te meer kleurreactie en hoe lager de reflectie. De reflectie is dus omgekeerd evenredig met de concentratie van de opgespoorde stof. Voordelen van deze automatische dipstickreader zijn de gestandaardiseerde (vaste) meettijden, de verminderde kans op staalverwisseling, en extra controle van de flowcytometerresultaten (zo

kunnen bijvoorbeeld gisten, celdebris, calciumoxalaatkristallen in het scattergram als kleine rode bloedcellen in de urine aanzien worden).

Een **expert softwareprogramma** bekijkt/vergeleijkt de resultaten van de flowcytometrie en de automatische dipstickreader, en haalt er de 'problematische' urines uit die met klassieke microscopie zullen gecontroleerd worden.

Voorbeelden van problematische urines zijn:

- discordantie tussen de resultaten van de flowcytometer en de automatische dipstickreader
- detectie van pathogene cilinders door de flowcytometer
- detectie van een te hoog aantal hyaliene cilinders door de flowcytometer
- zeer hoog cellenaantal geteld door de flowcytometer



- geen duidelijke scheiding van celpopulaties in het scattergram, bijvoorbeeld ten gevolge van sterke bacteriële contaminatie

Identificatie van pathologische proteïnurie

Een proteïnurie van meer dan 150 mg/dag of meer dan 20 mg/dl in een ochtendurinestaal is pathologisch. Door identificatie van het abnormaal eiwitverlies, kan de clinicus meer te weten komen over de onderliggende aandoening.

Wanneer een gewone elektroferese op de urine wordt aangevraagd, zal na aanrijking van het staal (100x) een elektroferese uitgevoerd worden op dezelfde agarosegel als voor de serumstalen. Dit laat achteraf een nauwkeurigere densitometrisch onderzoek toe van de verschillende eiwitfracties in de urine.

Aanvullend onderzoek van de proteïnurie door een elektroferese zonder voorafgaandelijke aanrijking van de urine op een speciale agarosegel is ook mogelijk (Sebia-techniek). Deze agarosegel is gevoeliger voor lagere eiwitconcentraties.

Immunofixatie door middel van het gebruik van antisera laat tegelijkertijd identificatie van specifieke eiwitten (merkers) en monoclonale pieken toe.

Dit onderzoek zal uitgevoerd worden wanneer:

- 1) een monoclonale band wordt vastgesteld in serum en/of urine,
- 2) expliciet het opsporen van lichte ketens in de urine wordt aangevraagd,
- 3) een differentiatie van hematurie wordt gevraagd, en
- 4) een typering van de proteïnurie wordt gevraagd.

In de twee laatste gevallen wordt bovendien door middel van een nefelometrische bepalingstechniek (Immage van Beckman) een kwantitatieve bepaling van de urinaire eiwitten uitgevoerd.

Door identificatie van de urinaire eiwitten kan de aard van de onderliggende nierschade ingeschat worden of een duidelijker beeld van een paraproteïnemie bekomen worden.

De resultaten kunnen grofweg als volgt ingedeeld worden:

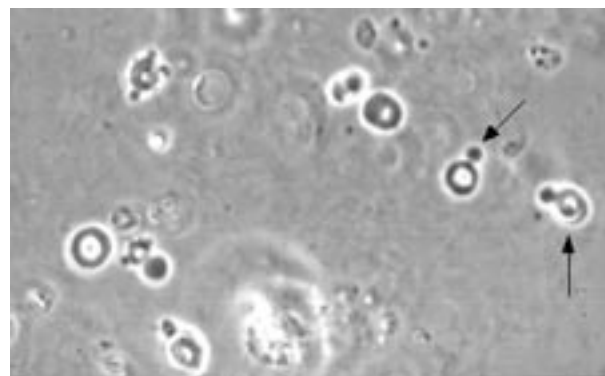
- 1) glomerulaire proteïnurie die bij minimale glomerulaire schade *selectief* is (bijna uitsluitend verlies van albumine en transferrine) en bij meer ernstige glomerulaire schade *niet-selectief* is (dan ook verlies van immuunglobulines; IgA, IgG en IgM als merkers)

- 2) tubulaire proteïnurie (overwegend laag-moleculaire eiwitten: α 1-microglobuline, retinol binding protein, β 2-microglobuline als merkers),
- 3) postrenale proteïnurie (α 2-macroglobuline als merker)
- 4) prerenale proteïnurie (een excès aan een bepaald type eiwit in de bloedbaan dat doorheen de glomerulaire filter passeert zoals lichte ketens van immuunglobulines).
- 5) Uiteraard zijn mengbeelden mogelijk. Zo kan bijvoorbeeld bij een paraproteïnemie met excessieve glomerulaire filtratie van paraproteïnes glomerulaire en/of tubulaire schade ontstaan.

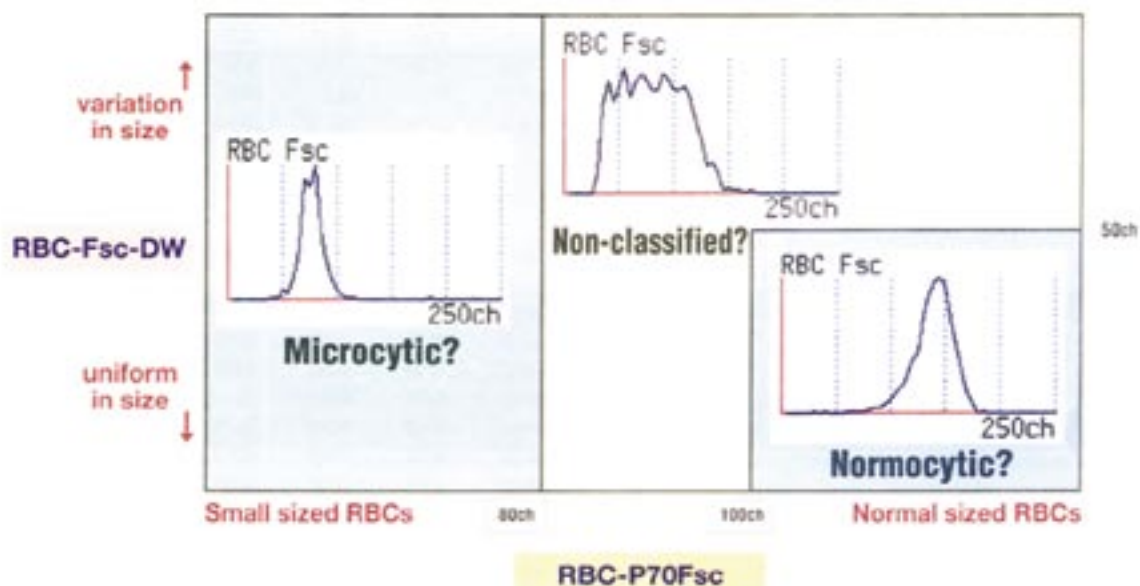
Onderscheid tussen glomerulaire en niet-glomerulaire hematurie

Wanneer een arts bloed in de urine vaststelt, is het niet altijd meteen duidelijk of het bloed afkomstig is van de nierhaarvaatjes dan wel van het urinewegafvoersysteem.

Bij twijfel wordt klassiek teruggegrepen naar fase-contrastmicroscopie waarbij niet alleen gezocht wordt naar rode bloedcelcilinders maar ook naar acanthocyten (urinaire gekartelde rode bloedcellen met typische 'blebs'vorming). De vaststelling van rode bloedcelcilinders en/of meer dan 5% acanthocyten van het totale rode bloedcellenaantal is zeer specifiek (respectievelijk 97% en 98%) voor glomerulaire hematurie maar helaas weinig gevoelig (respectievelijk slechts 24% en 52%). Bovendien is dit onderzoek zeer arbeidsintensief en gevoelig voor fouten. Anderzijds kunnen rode bloedcellen in een oud urinestaal van vorm veranderen en verkeerdelijk als acanthocyten geïnterpreteerd worden.



Dysmorphic red cells



Tussen de gestippelde verticale lijnen zijn er 50 channels

Een nieuwigheid in het urine-onderzoek is dat nu bij gecombineerde hematurie én proteinurie (albuminurie meer dan 100 mg/l) op basis van de **ratio van het urinair alfa-2-macroglobuline/albumine** kan uitgemaakt worden of de rode bloedcellen van glomerulaire oorsprong zijn dan wel afkomstig zijn van een bloedend letsel ergens in het urinaire afvoersysteem.

Het eiwit alfa-2-macroglobuline heeft een groot moleculair gewicht (720 kD) en kan niet doorheen de wand van de nierhaarvaatjes passeren, ook niet wanneer deze mild tot matig ernstig ontstoken zijn. Het veel kleinere albumine (moleculair gewicht 69 kD) daarentegen kan zelfs doorheen perfect intacte nierhaarvaatjes passeren (bij een gezond persoon ca. 30 mg/dag). Bij de meeste ontstekingen van de nierhaarvaatjes ('glomerulonefritis') ontstaan lekken in de glomerulaire filter die in min of meerdere mate albumine doorlaten, maar nog steeds te klein zijn om het vrij grote alfa-2-macroglobuline door te laten. Bij glomerulonefritis zal dus de urinaire concentratie van albumine duidelijk toenemen ten opzichte van het moeilijk filtreerbare alfa-2-macroglobuline. Dit onderscheid kan het best meetbaar uitgedrukt worden door bepaling van de verhouding of ratio van alfa-2-macroglobuline tot

albumine in de urine. Een ratio kleiner of gelijk aan 0,02 is indicatief voor glomerulaire beschadiging.

Daarom zal bij gecombineerde hematurie en proteinurie een ratio van het urinair alfa-2-macroglobuline/albuminegehalte van meer dan 0,02 in principe op een bloedend letsel in het urinair afvoersysteem wijzen. In zeer zeldzame gevallen kan een ratio alfa-2-macroglobuline/albumine van meer dan 0,02 toch op een aantasting van de nierhaarvaatjes berusten. Het gaat dan om een zeer ernstige ontsteking met dusdanig grote lekken dat ook het zeer grote eiwit α 2-macroglobuline afgefilterd wordt. In die gevallen wordt bijna altijd ook een achteruitgang van de nierwerking vastgesteld.

Bij *geïsoleerde hematurie* (d.b. in afwezigheid van significante proteinurie/albuminurie) is de urinaire ratio alfa-2-macroglobuline/albumine niet bruikbaar. Het klassieke fase-contrastmicroscopisch onderzoek heeft dan de voorkeur op de flowcytometerresultaten omwille van zijn hogere specificiteit (97%). Nochtans zijn bij gebruik van de Kitasatocriteria de flowcytometerresultaten ook vrij specifiek (83%) en dus bruikbaar. Wanneer de meerderheid van rode bloedcellen microcytair (klein) zijn (d.b. meer dan 80% kleiner dan 83 channels; 20 chan-



nels komen overeen met 1 micrometer), dan kan de hematurie als glomerulair gekwalificeerd worden. Het microcytair karakter van rode bloedcellen van glomerulaire oorsprong is het gevolg van hun passage doorheen de wand van de nierhaarvaatjes en/of inwerking van osmotische krachten tijdens hun passage doorheen de niertubuli (de kleine afvoerbuisjes). Wanneer minstens 80% van de rode bloedcellen een volume hebben van minstens 84 channels, kan de hematurie als niet-glomerulair (postrenaal) gekwalificeerd worden.

Bij echt glomerulaire hematurie verwacht men verkleinde (microcytaire) rode bloedcellen met een kleine spreiding qua grootte (eerder spitse piek op het histogram). Wanneer het om een oud urinestaal gaat waarbij een groot aantal rode bloedcellen begint te degraderen, dan varieert hun grootte in sterke mate (brede piek op het histogram; non-classified). Het resultaat is dan ook niet betrouwbaar. Vandaar dat de UF-100 flowcytometer nooit een classificatie als micro- of normocytair zal aangeven bij een té brede spreiding van de rode bloedceldiameter (zie histogram) of een té beperkt aantal niet gelyseerde (niet intacte) rode bloedcellen. Bij iet-glomerulaire (of postrenale) hematurie zijn de rode bloedcel-

*Dr. Luc Verresen,
nefrologie*



*Dr. Guido Vandereycken,
klinische biologie*



*Dr. Joris Penders,
klinische biologie*



*Dr. Guy Coppens,
klinische biologie*



Nieuwe voorzitter zet traditie van goed bestuur voort in het ZOL

HET afscheid van Jo Vandeurzen als voorzitter en zijn opvolging door dr. Mieke Dezeure werd door de raad van beheer van het ZOL aangegrepen om bestuurlijk opnieuw een belangrijke stap voorwaarts te zetten. Aanbevelingen van de recente "Hospital Governance-code" werden hierbij gebruikt als leidraad voor goed bestuur van ziekenhuizen. Deze principes zullen de komende maanden verder geconcretiseerd worden met de vernieuwde raad van beheer. Op deze wijze wordt een stevig fundament gelegd om de traditie van goed bestuur in het ZOL voort te zetten.

Bestuursveranderingen in het ZOL

Het Ziekenhuis Oost-Limburg is een fusieziekenhuis (1996) en een autonome vereniging die bestuurd wordt door een raad van beheer van tien beheerders. Vijf van deze beheerders worden aangeduid door de openbare partner, zijnde het OCMW van Genk en vijf van deze beheerders worden aangeduid door de private partners, zijnde de vzw A. Dumont en de vzw St.-Barbara.

Begin januari 2007 werden de nieuwe raden van gemeente en OCMW van de stad Genk geïnstalleerd. De nieuwe OCMW-raad heeft toen ook zijn nieuwe beheerders voor het ZOL aangeduid. Na elf jaar voorzitterschap in het ZOL heeft Jo Vandeurzen ervoor gekozen zich niet meer kandidaat te stellen. Op 15 januari, werd dr. Mieke Dezeure tijdens de raad van beheer verkozen tot nieuwe voorzitter.

Jo Vandeurzen was destijds de drijvende kracht achter de fusie van het André Dumontziekenhuis (Waterschei), het Sint-Barbaraziekenhuis (Lanaken) en het Sint-Jansziekenhuis (Genk). De beginjaren van het ZOL waren moeilijk, organisatorisch zowel als financieel. Jo Vandeurzen: "De eerste jaren van de fusie waren niet gemakkelijk en moest er vaak dag en nacht voor het ziekenhuis gewerkt worden. Maar naarmate je een goede directie en management hebt en de zaken financieel stabiliseren, moet je hen als voorzitter meer ruimte geven en afstand nemen."

Onder het voorzitterschap van Jo Vandeurzen is het ZOL uitgegroeid tot een dynamisch ziekenhuis dat kan beschikken over goed uitgebouwde medische diensten, een sterk patiëntgerichte zorgcultuur en een uitstekende medische en een bouwkundige infrastructuur die nog in volle vernieuwing is. Het Ziekenhuis Oost-Limburg telt

intussen meer dan 2.500 medewerkers en 200 artsen. Er wordt geïnvesteerd in de uitbouw van netwerken en samenwerkingsverbanden met tal van partners. Er is een gezonde financiële situatie, een goed management en er is heel wat dynamiek in de organisatie. Jo Vandeurzen: "Het is evenwel tijd voor verjonging en voor vernieuwing op het bestuursniveau. Ik kan vertrekken met een gerust hart."

Als inspirator van innovatie in de gezondheidszorg werkte Jo Vandeurzen in zijn laatste jaar als voorzitter hard aan de wijziging van de ziekenhuisstructuren voor de opstart van 'hospital governance'. Grote ondernemingen besteden de laatste jaren veel aandacht aan goed bestuur. De code Lippens en code Buysse geven hierbij concrete richtlijnen. Maar goed bestuur krijgt ook in toenemende mate aandacht in de ziekenhuissector en mede in functie van de aanbevelingen van "Hospital Governance" (Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschappen van de KULeuven – Prof. Vleugels) werden een aantal aanpassingen in het ZOL doorgevoerd. Een ziekenhuis heeft immers een belangrijke maatschappelijke opdracht en werkt met gemeenschapsmiddelen. ZOL is daarmee één van de eerste openbare ziekenhuizen die ruimte maakt voor dergelijke vernieuwing.

Verschillende aspecten dienen onderscheiden te worden:

- Er wordt een belangrijke vernieuwing doorgevoerd in de samenstelling van de raad van beheer, zonder de continuïteit van de ziekenhuiswerking te hypothekeren. Naast de bestuursvernieuwing vanuit het OCMW, met drie nieuwe vertegenwoordigers en de nieuwe voorzitter zullen er ook drie nieuwe, adviserende bestuurders voorgesteld worden aan de algemene vergadering van 29 januari as.
- Twee nieuwe comités worden opgericht om de raad van bestuur te adviseren en bij te staan:
- een *auditcomité*, o.l.v. nieuwe en onafhankelijke bestuurders, dat toeziet op de consistentie van de bedrijfsprocessen. Om dit auditcomité te ondersteunen wordt er ook een auditdienst opgericht. Daarnaast is er op dit vlak ook nog de bedrijfsrevisor in kader van de ziekenhuiswet.



Dr. Mieke Dezeure.

- een *zorgstrategisch comité* dat adviseert over de zorgstrategie van het ziekenhuis op de lange termijn. Dit is van groot belang in het perspectief van de snel ontwikkelende gezondheidszorg en ook hier wordt een belangrijke externe input verwacht.
- Heel wat artsen vervullen een sleutelrol in het ziekenhuis. Zij worden vandaag reeds voluit betrokken bij het management van het ZOL. Er zijn 10 artsen lid van het managementcomité, waaronder ook de voorzitter van de medische raad, die nu tevens lid wordt van het zorgstrategisch comité.

Vanaf 15 januari wordt Jo Vandeurzen, als voorzitter van de raad van beheer, opgevolgd door dr. Mieke Dezeure. Dr. Dezeure is 45 jaar, huisarts in Genk en volgde ook een opleiding in ziekenhuisbeleid. Zij verving Boud Reggers op 31 maart 2004 als lid van de Raad van Beheer en ze heeft daardoor in deze context reeds bijna drie jaar bestuurservaring in het ZOL. Met de nieuwe dynamiek in de raad van beheer en een enthousiaste directie is ze goed gewapend om de voorzittersfunctie op te nemen.

Vermits de beleidsplannen voor 2007 met de inhoudelijke ziekenhuisopties en het budget 2007 met de financiële vertaling ervan reeds goedgekeurd zijn, zullen de komende maanden volop gebruikt worden om verder

Als grote uitdaging ziet de nieuwe voorzitter: “Het traject van de patiënt nog beter organiseren en kwaliteitsvoller maken in goede afstemming met alle actoren.”

in te werken. Voorzitter is evenwel geen voltijdse functie, dr. Dezeure zal daarom haar huisartsenpraktijk ook niet opgeven. Dr. Dezeure: “Jo Vandeurzen heeft ons een goed georganiseerd ziekenhuis gegeven, met sterke medische diensten, gemotiveerde en professionele medewerkers en met een zorgstrategisch plan dat in volle realisatie is. Ik ben mij ten volle bewust van het feit dat ik nog heel wat ervaring zal moeten opbouwen, maar ik ben goed omringd, zowel op directieniveau als op het niveau van de raad van beheer.”

Als grote uitdagingen ziet de nieuwe voorzitter: “het traject van de patiënt nog beter organiseren en kwaliteitsvoller maken in goede afstemming met alle actoren, het ZOL een goede positionering geven in de trend van toenemende netwerking en schaalvergroting, de toegankelijkheid van de zorg blijven bewaken en de lopende en nog geplande infrastructuurwerken realiseren binnen de vastgelegde financiële context. Tevens zal er hard gewerkt moeten worden om het openbaar karakter van het ziekenhuis te blijven verzekeren; heel wat overheidsregulering, bijvoorbeeld met betrekking tot het personeelsbeleid, is immers niet aangepast aan de specifieke noden en verwachtingen.”

De nieuwe raad van beheer ziet eruit als volgt:

effectieve beheerders: 10

- voor het OCMW-Genk: dr. Mieke Dezeure, voorzitter van de raad van beheer, Ria Grondelaers, Eddy Quintiens, Gianni Cacciatore, Thieu Arits
- voor de VZW Andre Dumont: Louis Gaethofs, Hendrik Wetsels, Jozef Schreurs
- voor de VZW Sint Barbara: Koen Torfs, Cyriel Vanden Dries

adviserende beheerders: 7

Pierre Romain, Rik Eraly, Johan Hellings, bestuurder- directeur en voorzitter van het directiecomité, een nog aan te duiden afgevaardigde van de UZ KULeuven, 3 nieuwe adviserende beheerders worden, op voordracht van de raad van beheer voorgesteld door de algemene vergadering van 29 januari: dr. Bart van Daele, Geert Vermote en Fonny Anthonissen.

Dit betekent dat er vanaf februari 7 nieuwe personen participeren aan het beheer van het ZOL. Zowel voor de uittredende voorzitter als de voormalige beheerders wordt er een afscheidsviering met huldiging gepland in de maand maart.

Deel 2: Borstcorrecties

Wanneer een **boezem**



In de vorige uitgave van het ZOLarium kon u lezen wat de eventuele behandelingsmogelijkheden zijn om een boezem te vergroten. Lijnrecht daartegenover staan op zijn minst evenveel patiënten die echter het omgekeerde wensen, namelijk een borstverkleining.

De oorzaken van een zware boezem kunnen zeer divers zijn. Reeds op vrij jonge leeftijd kan er een overontwikkeling zijn van het borstklierweefsel. Dit resulteert in een grote, zware boezem. Het doormaken van één of meerdere zwangerschappen kan ook zo zijn sporen nalaten. Vaak is de boezem na de zwangerschap niet alleen zwaarder dan voordien, bovendien zal deze ook wat meer 'doorhangen'. Tot slot zijn er nog de menopauzale veranderingen die hun invloed hebben op het borstvolume. Deze leiden vaak tot een vermindering van het borstklierweefsel maar anderzijds zal de hoeveelheid vetweefsel vaak toenemen met een zware, wat afhangende borst als resultaat.

Een zware boezem kan lichamelijke klachten veroorzaken zoals rug-, nek- en halspijnen, pijn in de borsten zelf en irritatie van de huid in de plooi onder de borsten etc. Ook psychologische klachten komen veel voor. Vrouwen met een 'maatje meer' ter hoogte van de boezem zijn immers vaak sociaal geremd omwille van schaamtegevoelens. Dit is voornamelijk het geval bij de

jonge werkende vrouw maar ook bij de alsmaar actievere senioren. Voor al deze vrouwen kan een borstverkleining of borstreductie een mogelijke oplossing zijn.

Het is echter niet zo dat elke vrouw met rugpijn, pijnvrij zal zijn na een borstverkleining. De huisarts kan vaak reeds op voorhand, aan de hand van een goed klinisch onderzoek, uitmaken of deze pijnen niet te wijten zijn aan onderliggende rug-/discus-problematiek. Is dit niet het geval en zijn er inderdaad zware borsten aanwezig, dan is een borstverkleining vaak curatief. Soms moet na een dergelijke ingreep verder onderzoek gebeuren als de pijnen blijven bestaan.

Wat is een zware boezem? Cupmaten en borstomtrekken zijn, in tegenstelling tot wat er in de samenleving gedacht wordt, geen goede maatstaven hiervoor. Neem als voorbeeld een vrouw met een borstomtrek 80 en een cupmaat C: dit zal een zware boezem zijn voor een vrouw van 1.50 meter die 40 kg weegt. Een vrouw van 1.80 meter en 70 kg zal van deze maten ongetwijfeld minder last ondervinden. Veel hangt af van de wijze waarop de vrouw gebouwd is. Is er disharmonie als de boezem vergeleken wordt met de rest van het lichaam?

Disharmonie en mogelijke lichamelijke klachten zijn vaak een subjectief en moeilijk aan te tonen gegeven. Vermits (voorlopig) een gedeeltelijke terugbetaling mogelijk is voor deze ingreep, moet een goedkeuring gege-



zwaar wordt om dragen...

ven worden door de adviserende geneesheer van de mutualiteit. Deze geneesheer zal zijn goedkeuring al dan niet verlenen op basis van de metingen van de plastisch chirurg, de aanwezige disharmonie en de (subjectieve) klachten van de patiënte. Soms zal de vrouw uitgenodigd worden om zich bij hem aan te bieden. Indien er geen goedkeuring gegeven wordt, kan de vrouw nog steeds de ingreep laten uitvoeren, maar zal zij de volledige kostprijs zelf moeten dragen.

Zodra de patiënte een goedkeuring van de mutualiteit heeft verkregen of beslist om de ingreep zelf te vergoeden, kan een operatiedatum worden vastgelegd. Tegelijkertijd zal de gekozen techniek uitgelegd worden met al zijn voor- en nadelen. Voor dergelijke ingrepen, moet er (net als voor de meeste andere plastische ingrepen) een informed consent getekend worden, naar analogie met onze buurlanden.

Techniek

Afhankelijk van de grootte van de borsten zijn er diverse technieken mogelijk om een goede verkleining te verkrijgen. Bij alle technieken zal er gestart worden met een aftekening op de borst (Fig. 1). Deze tekeningen geven de chirurg de mogelijkheid om een goede planning te maken over de ligging en grootte van de uiteindelijke littekens. Het is immers niet mogelijk om de borsten te verkleinen zonder littekens.

- Indien er enkel een liposuctie van de borst wordt uitgevoerd, kan er met minimale littekens gewerkt worden. Dit resulteert echter in een 'lege borst' met een tepel en tepelhof die afhangen en veel te laag gepositioneerd zijn.
- In de meeste gevallen zal er een litteken zijn rond het tepelhof en vervolgens een verticaal litteken van onderaan het tepelhof tot aan de plooi onder de borst. Bij forse verkleiningen, zal er steeds een bijkomend litteken zijn in de plooi onder de borst (horizontaal litteken). Afhankelijk van de oorspronkelijke grootte en de gewenste verkleining zal dit litteken lang of kort zijn (Fig. 2).
- Wanneer er kleinere volumes moeten weggenomen worden en de patiënte heeft een goede huidkwaliteit, kan dit horizontale litteken vermeden worden

door het gebruik van een andere techniek. Bij deze techniek zal het verticale litteken echter onmiddellijk postoperatief vele fronsen vertonen (Fig. 3). Na verloop van een zestal weken zullen deze echter volledig verdwijnen. De eerste weken zullen de borsten zich ook vrij hoog op de borstkas bevinden, doch gedurende de volgende 6 weken zal door middel van de zwaartekracht de borst zijn natuurlijke vorm herwinnen (Fig. 4).

Welke techniek het veiligste is en het best bij de patiënte wordt op voorhand besproken.

- Welke techniek ook gekozen wordt, in beide gevallen zal de chirurg net voor de ingreep enkele aftekeningen komen maken op de borsten. Er wordt nogmaals bevestigd tot welke cupmaat er liefst moet verkleind worden en wat mogelijk is in elke klinische presentatie. Daarna wordt de patiënte door een anesthesist in slaap gebracht zodat zij pijnvrij de ingreep kan ondergaan. De duur van de ingreep hangt af van de gekozen techniek, maar varieert tussen de 1 en 2,5 uur.

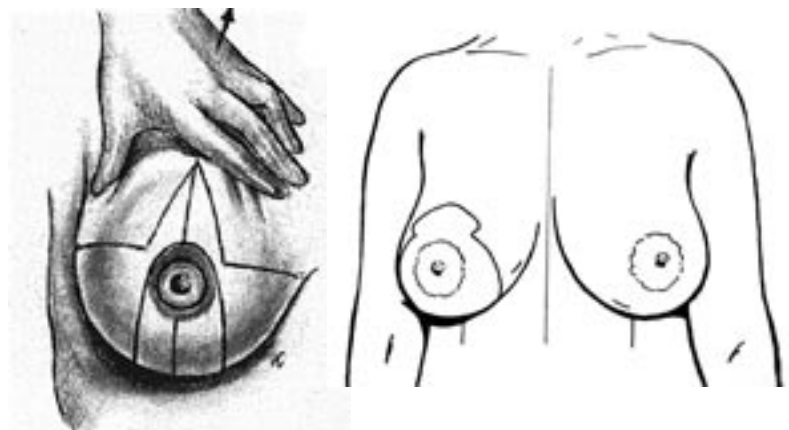


Fig. 1: Aftekeningen op de borst voor de ingreep

Na de ingreep wordt de patiënte wakker met een stevig verband. Na een korte tijd in de ontwaakruimte wordt zij naar haar kamer teruggebracht waar zij een

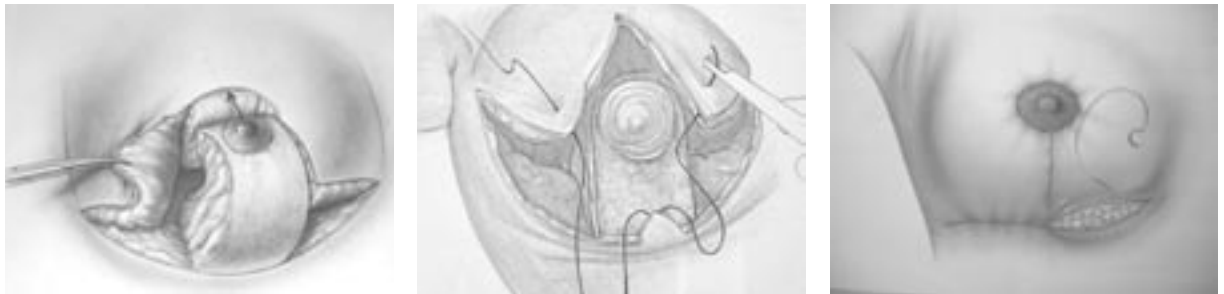


Fig. 2: Borstverkleining met een verticaal en horizontaal litteken

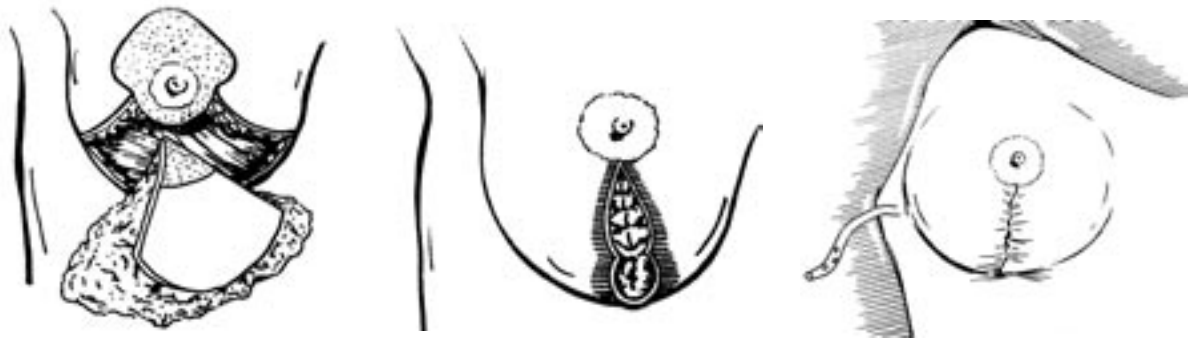


Fig. 3: Borstverkleining met een verticaal litteken

nacht zal doorbrengen. Meestal wordt er tijdens de ingreep een buisje (drain) geplaatst in elke borst, om wat sijpelend bloed op te vangen. De volgende dag wordt het verband verwijderd en de wonden verzorgd. Indien er niet te veel vocht in de drains werd opgevangen, worden deze ook verwijderd en kan de patiënte het ziekenhuis verlaten. Omdat het op voorhand vaak moeilijk is om de juiste postoperatieve maat te kunnen voorspellen, wordt er aangeraden om een 2 à 3-tal sportbh's (verschillende maten) mee te brengen die aangepast kunnen worden na het verwijderen van het verband. Deze bh moet gedurende een zestal weken dag en nacht gedragen worden, en nadien tot een drietal maand postoperatief overdag. De wonden zelf worden tot een tweetal weken na de ingreep thuis ontsmet en afgedekt door de thuisverpleegkundige. Na twee weken wordt de patiënte opnieuw op de consultatie gezien door de plastisch chirurg. De wonden zullen geïnspecteerd worden en de hechtingen worden verwijderd. Een volgende consult zal meestal een drietal maand na de ingreep gepland worden, gevolgd door een jaarlijkse controle.

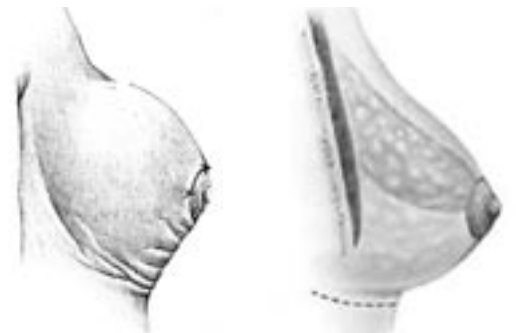


Fig. 4 : Het normale postoperatieve helings- en uitzakkingproces van een borstreductie.

Mogelijke complicaties

Een borstverkleining is een heelkundige ingreep waarbij alle 'klassieke' heelkundige complicaties kunnen optreden; bloedingen, ontstekingen, slechte littekenheling etc...

Er zijn echter ook enkele specifieke complicaties;

- de tepel: tijdens de ingreep worden de tepel en het tepelhof niet losgesneden en verplaatst, maar verschoven met hun specifieke bloedvaten en zenuwen. Deze verschuiving kan resulteren in een verminderd



of volledig verlies van de gevoeligheid van de tepel. In de meeste gevallen wordt er wat gevoeligheid herwonnen. Om een goede bevoeiing van de tepel en het tepelhof te behouden, is het niet mogelijk om een borst oneindig te verkleinen en zelfs indien zorgvuldig wordt gewerkt om een goede bevoeiing van de tepel en het tepelhof te behouden, kan deze soms gedeeltelijk en in zeer uitzonderlijke gevallen geheel afsterven.

- asymmetrie: bij geen enkele vrouw zijn de twee borsten identiek, en ook na de ingreep zal dit niet zo zijn. Er wordt steeds gepoogd om zo symmetrisch mogelijk te werken en ook voor de ingreep zal nog nagevraagd worden of er een borst groter is dan een andere of niet. Op deze wijze kan er dan rekening gehouden worden met de volumes die moeten verwijderd worden, zodat er een zo symmetrisch mogelijk resultaat verkregen wordt.
- borstvoeding: in principe is het nog steeds mogelijk om borstvoeding te geven na een borstverkleinende ingreep. Er zijn echter diverse gevallen beschreven, waar dit niet meer mogelijk was en we raden dan ook aan om een borstverkleinende ingreep enkel te overwegen, wanneer er geen borstvoeding meer vooropgesteld wordt. Daarnaast is het zo dat na elke zwangerschap het borstvolume nog zal veranderen en dit het postoperatieve resultaat op lange termijn kan beïnvloeden.

Verdere evolutie

De eerste twee weken na de ingreep wordt er aangeraden om niet te veel huishoudelijke taken op te nemen. Indien noodzakelijk, dan eerder het licht huishoudelijk werk. Het wordt ontraden om taken of oefeningen uit te voeren waarbij grote armbewegingen nodig zijn of waarbij de borstspieren sterk aangespannen worden (bv. tillen van zware voorwerpen, stofzuigen, etc...). Na 2 weken kan het normale huishoudelijke werk hernomen worden mits het dragen van de stevige sportbh. Sporten als lopen en fietsen kunnen hernomen worden maar met zwaardere sporten als tennis, squash, golf en zwemmen wordt best 3 maanden gewacht. Er mag gerekend worden op een werkonderbreking van vier tot zes weken.

De littekenheling is als elders op het lichaam. De eerste weken zijn de littekentjes rood en goed zichtbaar, maar over verloop van enkele maanden zullen deze meer en meer ontkleuren. Indien de evolutie van de littekens niet perfect is, kan er op tijd gestart worden met littekencreme en/of silicone drukpleisters. Bovendien kunnen deze littekens vrij goed verborgen worden en zul-

len ze verbeteren in de tijd. Mocht het zijn dat er nog een overblijvend littekenprobleem is na volledige uitheling, kan dit zonder problemen onder lokale verdoving verwijderd worden. Er moet echter voldoende geduld geoefend worden alvorens het definitieve resultaat kan beoordeeld worden.

Sommige patiënten zijn voornamelijk ongerust over de mogelijke lange termijn gevolgen van de ingreep op de borst. Vóór de operatie zal duidelijk gevraagd worden of er ooit één of andere borstpathologie is geweest bij de patiënte zelf of in de familie. Er zal ook voorgesteld worden om een radiologisch onderzoek en echografie van de borst te laten uitvoeren. Het is immers zo dat zich littekenweefsel vormt in de borst, wat nadien verwarrend kan zijn bij verder borstonderzoek. Een preoperatieve mammografie en echografie kunnen zo zorgen voor een referentiepunt. Al het weefsel dat tijdens de ingreep wordt verwijderd zal opgestuurd worden voor anatomopathologisch onderzoek en indien tijdens de ingreep een verdachte zone wordt ontdekt, zal dit nog eens apart worden opgestuurd. Er zijn wereldwijd belangrijke studies gebeurd om na te kijken of borstchirurgie een invloed heeft op de ontwikkeling van borstkanker. Al deze studies zijn negatief gebleken. Daarentegen wordt er af en toe, door het microscopisch onderzoek van het weggenomen borstweefsel, een klein borstgezwel ontdekt, dat voordien met radiologisch onderzoeken niet zichtbaar was. Op deze wijze kan dan zeer vroegtijdig met aangepaste therapie gestart worden. Daarnaast is het zo dat borstgezwellen ontstaan vanuit het borstklierweefsel. Door een borstverkleining zal er dan ook minder borstklierweefsel aanwezig zijn waarop er procentueel gezien dan ook een verminderd risico is op de ontwikkeling van een borstkanker op lange termijn.

Tot slot, indien er grote ongerustheid is over de mogelijke littekens, die onvermijdelijk zijn bij deze procedures, moeten de voor- en nadelen van deze procedure goed afgewogen worden. Er moet eventueel zelfs afgezien worden van de operatie indien de patiënte het erger zou vinden om littekens op de borst te hebben dan een te grote of afhangende borst.

Disharmonie en mogelijke lichamelijke klachten zijn vaak een subjectief en moeilijk aan te tonen gegeven.

Dr. Nicolas Verhelle en
dr. Bert Van den Hof,
plastische heelkunde



Is de dood erfelijk?

NA wat aandringen wist ik Manuela te verleiden naar een congres met de aanlokkelijke titel: *'Postmoderne dood.'* Omdat Eros en Thanatos niet zo bijster ver uiteen liggen, was dit dé gedroomde gelegenheid om die eens flink dooreen te mengen. Uitgerekend naar de lichtstad aller lichtsteden, Parijs. Enerzijds met haar 'Moulin Rouge' en anderzijds het wereldberoemde kerkhof 'Père Lachaise'.

Dolle koeien

Ondanks het vroege uur was ik op de TGV al niet meer te houden. Manuela wel. Menig vurige blik ketste af op haar torenhoge firewall van ochtendhumeur. Toen langer aandringen geen zin meer had, wierp ik maar een blik door het treinraam waar huizen en bomen waanzinnig snel voorbijraasden. Zelfs koeien scheerden er aan snelheden van meer dan 200 kilometer per uur voorbij.

Dolle koeien, Creutzfeldt-Jakob, aftakeling en dementie fulmineerden in het hoge woord: 'Dood'. En meteen schoot me een kanjer van een openingszin te binnen.

'Hoe zou jij het liefst willen sterven, Manuela?'

'Watte? ...' wreef ze haar ogen uit.

Ik herhaalde mijn vraag.

Een geeuw onderdrukkend: 'Hoe bedoel je?'

'Eensklaps, met wat speling of tergend langzaam?'

Min of meer wakker: 'Is er dan keuze?'

'Doe alsof.'

'Euh..., tja... als het eens zover is, ... zo snel mogelijk.

Zeker niet zoals mijn vader. De laatste maanden waren een gruwel. Voor hem en voor ons. Zelig! Je kunt het je niet voorstellen hoe de kanker van de alvleesklier hem tot het bot uitgemergeld heeft. Maar erger dan zijn lichamelijke aftakeling was de totale afgang van het beeld dat we van hem hadden. De laatste dagen lag hij zowaar als een verschrompeld plantje op de divan. Je gunt toch niemand zo'n ... afgang? Nee, geef mij maar de korte pijn, de plotse dood. Een fataal accident, een hartinfarct ...'

Heerlijk hoe Manuela's firewall als de muur van Jericho ineens stortte. 'Il n'y a pas de forteresse inattaquable, il n'y a que des forteresses mal attaquées.'

De wereldstad

De inkomhal van het Parijse Congrescentrum was één schittering van glas en marmer. Onder het futuristisch koepeldak vingerden bezoekers van allerlei slag en kleur verse gebakjes (in de vorm van doodskisten met slappe pudding ertussen) naar binnen. Ook Manuela had trek. Smullend en koffieslurpend liepen we tussen diverse standjes van neringdoende firma's die via balpennen of zuurtjes hun producten aanprezen. Wiens snoepjes men eet, diens woord men spreekt.

Onder het uithangbord 'Design for Eternity' maakten jonge begrafenisondernemers er geen geheim van dat de oude gecapitonneerde mahoniekist, waarin hun overgrootvader 'Gravioli', een samentrekking van: 'graf' en 'ravioli'. Leuk ideeetje van Hans Weyers en Klaas Borms en, niet onbelangrijk in onze postmoderne tijd, milieuvriendelijk. Volledig organisch afbreekbaar.

Voor de overledenen die zich na een kil en verregend bestaan liever in een warme oven lieten schuiven had MAXIMALdesign.be een futuristische crematiekist ontworpen. Het ding heette 'Soul Ash Solace' en was geperst uit gerecycleerd papier-maché. Volgens de verkoper niet enkel hoogst ontvlambaar maar ook in prijs onklopbaar. Op het deksel was de gekruisigde Christus vervangen door een roestvrijstalen urne. Samen met de kist ging die vuurbestendige schotel de vlammenzee in en werd daardoor 'op zeer persoonlijke wijze gepatineerd'. Aldus nog de verkoper.

Even uitzoomen

De hoogste tijd dus om in de bar iets fris te drinken. Manuela bestelde een Ice tea terwijl ik het hield bij een dubbele Calvados (zonder ijs). Toen de Calva mijn amandelen gepasseerd was hoorde ik tussen het geroezemoes door, een dieptreurig lied. Het intriester afscheidslied uit Purcell's opera Dido en Aeneas: 'Whem I am laid in earth'.

Ik werd er steenkoud van.

Want ooit zal mijn gebeente in die aarde liggen. Stil, verrot en vergeten onder zompige zoden. Zonder muziek. Zonder woorden. Zonder blik op Manuela. Zoals elk gebeente.



Bejubelde sterfscènes

Dido's zwanenzang was zó mooi dat ik er als een mot naar de vlam toe aangetrokken werd. Als promotie voor hun schimmeldodend geneesmiddel (Lamisil®) had de firma Novartis een CD gecompileerd met de titel: 'bejubelde sterfscènes'. Gratis mee te nemen. In hun mercantiele strategie wikkelden ze er geen doekjes om: 'Want die schimmel moet dood.' Naast het 'Whem I am laid in earth', stond op track 7 het onsterfelijke 'a cenar teco' uit Mozarts Don Giovanni en verder nog een paar aria's die in kerk of crematorium geen enkele traanklier onberoerd konden laten.

Zelfdoding

Na de schrille beltoon haastte iedereen zich naar de ochtendsessie die volledig in het teken stond van het begrip 'euthanasie'. De eerste spreker beweerde dat men er niet vroeg genoeg aan kon beginnen terwijl de tweede er de nadruk op legde die 'hoogstpersoonlijke dood' zolang mogelijk uit te stellen. Eventueel tot die samenviel met de natuurlijke, wat in de zaal de nodige hilariteit opwekte.

De derde arts, tevens Jezuiet, vroeg zich af of zelfdoding -want daar kwam het volgens hem finaal op neer - wel Gods bedoeling was? In het oude en nieuwe testament was daar immers geen enkel gebenedijd woord aan gewijd. In zijn conclusie gaf hij dan ook een paar tips om zich tegen dergelijk sluipend gif van erfenisjagers en andere geldwolven te wapenen.

Canard à l'orange

Het middagmaal was in één woord succulent. Op en top culinair verfiend zoals men dit van een Parijse 'Haute Cuisine' mag verwachten. Terwijl een uit de lucht gescho-

ten eend op haar rug in het braadvet lag te sudderen, schonken de kelners onophoudend roemers vol met een 'grand cru' van een eerste klas Frans wijnkasteel.

Na het uitgebreide kaasdessert trok Manuela me mee naar een standje waar een juwelier diamanten destilleerde uit de as van overledenen. Verrast was ik niet. 'Anything goes', was immers het motto van de postmoderne kunstenaar. Diamanten zijn trouwens, chemisch gezien, een zuivere kristallisatie van koolstof.

'Vereeuwigd worden in zo'n hoogkaraats halssnoer, mademoiselle', keek de Franse edelsmid over zijn knijpbrilletje heen, 'is de meest pure vorm van reïncarnatie. En,' voegde hij er loensend in Manuela's décolleté aan toe: 'een loepzuivere belegging, bestendiger dan vlees ... euh, ...goud.'

Zeulen met as

Iets verder mengde een slecht geschoren kunstschilder plakken roet door olieverf. Met dit goedje borstelde hij iets op een linnen doek wat eigenlijk op niets trok, maar wel heel postmodern oogde. 'Is geen roet maar as', verbeterde Manuela me. 'Zo krijgen die stoffelijke resten een nieuw leven. Een nieuw soort energie. Voel je het dan niet?'

Nee, ik voelde niks en snapte er alsmaar minder van. Ik zag enkel postmodern geklooi met menselijke overblijfselen. Stoffelijke resten die, of ze nu door olieverf gemengd werden of in diamanten gekristalliseerd, blijkbaar vogelvrij verklaard waren.

Zo had een Schotse vrouw onlangs nog het hoopje as van haar man (een verwoed jager) laten verwerken tot munitie. Ze vulde er 275 patronen mee en liet die door de dorpspastoor inzegenen. Na de 'plechtige wijding' verdeelde ze de hagel onder de leden van de plaatselijke schuttersgilde die daarmee een weekendje op jacht trok. De schietpartij draaide uit op de dood van 71 patrijzen, 23 fazanten, 7 eenden en 1 vos.

Professor Mori Bundus

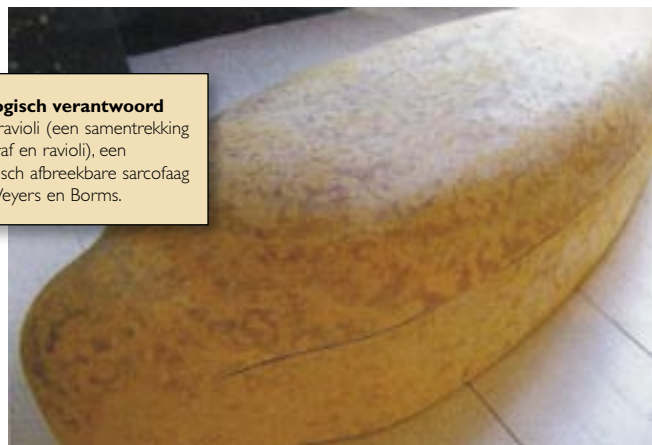
De namiddagsessie was volledig gewijd aan het begrip 'Postmoderne Dood'. Bij wijze van inleiding vroeg de moderator zich af of 'de dood' eigenlijk wel bestond. Of die, anders in vraag gesteld, misschien niet veelleer

DE DISSECTIEKAMER



Ecologisch verantwoord

De Gravioli (een samentrekking van graf en ravioli), een organisch afbreekbare sarcofaag van Weyers en Borms.



een soort 'menselijk concept' was? Zonder het antwoord daarop af te wachten overhandigde hij de microfoon aan de wereldberoemde autoriteit op het vlak van 'heengaan en sterven', professor Mori Bundus.

Met trillende vingers nam de 92-jarige professor de microfoon ter hand en gooide meteen de vraag in het auditorium: 'Is de dood erfelijk?'

Stomverbaasd reageerde niemand. Geen kuchje in bomvolle zaal.

'Dat die wel degelijk erfelijk is, zal ik u meteen bewijzen. Graag de eerste dia, graag.'

Volgde een gereutel en gesputter uit een oeroud dia-apparaat waarbij de bedienster (een liefvallige Française die meer vertrouwd was met blitse Powerpoint presentaties) het schaamrood op de wangen kreeg. Toen zowat iedereen achterom zat te staren naar wat komen zou, katapulteerde het gedateerde toestel de eerste dia richting plafond. Knarsend en tandwielletjes vernielend daarna de tweede en de derde, zodat een spetterend vuurwerk ontstond van driedimensionaal rondknallende lichtplaatjes. Het inmiddels roodgloeiend aangelopen apparaat gaf uiteindelijk de geest in een doffe plof, gevolgd door een rookpluim.

De erfelijkheid van de dood

Kalm en berustend vroeg de 92-jarige professor heel vriendelijk of er ergens een zwart schoolbord en een stukje wit krijt beschikbaar was. Zo snel als het haar hoge hakken toelieten tippelde de blozende Française kaarsrecht de trappen af en drukte op een knop.

Traag zoemde het fluoscherm naar boven en verscheen daarachter een witglimmend bord. Even fronschte Mori Bundus zijn wenkbrauwen maar nam dan kortdaat de zwarte viltstift ter hand en tekende op het witte vlak een aantal vierkantjes en bolletjes (respectievelijk staande voor man en vrouw), en verbond die horizon-

taal en verticaal met elkaar (respectievelijk voor huwelijk en kinderen).

'Ziehier de stamboom van de Habsburgse keizer Karel V, en diens afstammelingen.'

Het vierkantje van keizer Karel V kleurde hij onmiddellijk zwart. 'Dood.' Daarna het bolletje van diens vrouw, Elisabeth. 'Ook dood.' Daarna hun eerstgeboren zoon, de latere koning van Spanje, Filips II. 'Ook al een tijdje dood.' En zo daalde hij, generatie na generatie, en bolletje en vierkantje zwartkleurend, de hele Habsburgse stamboom af. 'Allemaal dood.'

Iedereen zat op het puntje van zijn stoel.

'En zo kom ik tot de kern van mijn betoog,' greep Mori Bundus de microfoon als een laatste strohalm vast: 'De dood is een autosomaal dominante kwaal met een overervingpatroon van 100% penetratie in elke volgende generatie. Niemand ontkomt eraan. Geen Keizer, koning, meid of boerenknecht.'

De stilte was te hakken.

'Maar er is hoop, grote hoop,' keek de hoogbejaarde professor met twinkelende oogjes de zaal in. 'Nu ons genoom volledig in kaart gebracht is, moeten we dat éne dodelijke gen zien te vinden. Zo snel mogelijk. Koste wat het kost. En het uitschakelen! Want anders rest mij, en jullie straks ook, geen lang leven meer.'

Daarop veerde het auditorium als één man recht en gaf de éminence grise van 'heengaan en sterven', een staande ovatie. Luid klappend in de handen keek ik Manuela aan en vroeg of ze geen zin had in een avondje uit in Parijs. Eerst een aperitiefje in de Moulin Rouge en ... tja, nadien in een prinsheerlijk bed? In het 'Ritz' bijvoorbeeld ... waar prinses Diana ...

Maar ze wapperde met ons duo-ticket TGV retour, dat over een uur verstreek.

Dr. Johan Van Robays

Programma Wetenschappelijke Raad

- Wanneer zuigelingen ontroostbaar huilen (donderdag 15 februari 2007). Aula ZOL, 20.30 uur. Rubriek 2-20 NE.
- Acute traumatologie in de huisartsenpraktijk (donderdag 15 maart 2007). Aula ZOL, 20.30 uur. Rubriek 2-20 NE.
- Het ge(mis)bruik van het medische attest (donderdag 24 mei 2007). Aula ZOL, 20.30 uur. Rubriek 6-20 NE.
- Evidence based medicine richtlijnen omtrent diagnostiek en behandeling van lage rugpijn. Welke zijn de chirurgische en interventionele behandelingsmogelijkheden. (donderdag 24 mei 2007). Aula ZOL, 20 uur. Rubriek 2-30 NE.
- Rationeel antibioticagebruik in de ambulante praktijk. (donderdag 21 juni 2007). Aula ZOL, 20.30 uur. Rubriek 6-20 NE.

Meer info: www.zol.be

CONGRESSEN

- **Thorazol:** Congres Thoraxcentrum 2007, vrijdag 2 maart 2007 in Landcommanderij Alden Biesen. Meer info: PM.secretariaat@zol.be of op www.zol.be
- **Epsoma:** Multidisciplinaritis: wie helpt? Over de psychosociale zorg in een algemeen ziekenhuis, op 27 april 2007 in Landcommanderij Alden Biesen.

Info: E-mail: Marie-Louise.Heymans@zol.be of op www.zol.be

POSTER

Title: Inappropriate Mode Switch in ICD!s due to Far-Field R Sensing. Analysis using the saved IECG's

Authors: Philip De Vusser , Ch. Van Kerrebroek

Accepted for: Cardiorhythm 2007, 2-4 February 2007, Hong Kong

Background: Little has been published on Far-Field R signals in ICD! s

Methods: We screened device-saved IECG! s to look for the presence of Far-Field R signals. In a total of 20 patients we retrieved 72 IECG! s. Only 5 IECG! s (6,4%) documented ventricular paced events.

We defined Far-Field R any signal on the atrial channel with peak to peak amplitude of at least 0,2mV with onset falling within -50ms and +100 ms from the Ventricular Event Marker.

Results: In 75% of the IECG! S Far-Field R was documented, all after ventricular sense. The mean Far-Field R amplitude was 0,61 mV with a STDDEV of 0,39mV. Ventric. event to Far-Field R onset varied from -50 to + 90 ms. Only 6 IECG! s showed a positive Far-Field R onset. Far-Field R signal duration varied from 40 to 140 ms. 26% of the Far-Field R signals have been seen at least intermittently by the device. In 9 (4 patients) of these 14 situations this led to inappropriate mode switches. Programming the Far-R suppression algorithm !SON!.. with appropriate duration resolved the inappropriate mode switches.

Conclusions: 1. In 75% of the IECG! s Far-Field R was documented. Only 26% of these were at least intermittently seen by the device. In 17% of the situations inappropriate mode switches were documented.

2. Programming the Far-R suppression algorithm !SON!.. with an appropriate duration eliminated inappropriate mode switches.



Ziekenhuis Oost-Limburg

**Schiepse Bos 6
B-3600 Genk
Tel. redactie: 089/32.17.62
E-mail: zolarium@zol.be**