

ZOLarium

Tijdschrift van de Wetenschappelijke Raad

Redactie
Schiepse Bos 6,
B 3600 Genk - Belgium

T +32 (0)89 32 17 62
zolarium@zol.be

Jaargang 12 nr. 46
okt. / nov. / dec. 2012

**Medisch directeur
dr. Hubert Vandeput
gaat met pensioen**

**Dr. Griet Vander Velpen
neemt over**

Ziekenhuis
Oost-Limburg

Campus Sint-Jan
Campus Sint-Barbara
Campus André Dumont

Edito 3

Nieuw3

- Interdisciplinaire commissie wil ouderen in het ziekenhuis vlotter naar huis of het rusthuis oriënteren
- Chest Pain Unit biedt gespecialiseerde opvang voor patiënten met thoracale pijn

Kort7

- Week van de Patiëntveiligheid
- Nieuwe artsen

Eponiemenkabinet8

- Korbinian Brodmann (1868-1918): de Brodmann areas

In de kijker12

- Medisch directeur dr. Hubert Vandeput gaat met pensioen: "Er was heel wat diplomatie nodig in deze job"

In de wachtkamer18

- Hoe omgaan met moeilijke patiënten?
- Ouders van KNO-patiëntjes beoordelen resultaat van ingreep op levenskwaliteit

Symposium22

- Patiëntgericht wetenschappelijk onderzoek in de Limburgse ziekenhuizen

ZOL Bouwt.....24

- Eerste steenlegging K-Blok

Dissectiekamer27

- De grootmoedercel

Billboard30





Ik wist het natuurlijk al lang

Dit is voor mij het moeilijkste edito in al de jaren dat we ons ZOLarium uitgeven want het betekent mijn afscheid. Niet dat ik het niet zag aankomen. Het tijdstip van op pensioen gaan, weet je in de overeenkomst die je in het Ziekenhuis Oost-Limburg tekent vanaf dag één, dus ik wist de datum al sinds ruim 35 jaar. Een eerste reden van dankbaarheid is het feit dat ik deze datum gezond en wel gehaald heb. Maar er is zoveel om fier en dankbaar over te zijn.

Mijn loopbaan was erg gevarieerd, wat mij de kans heeft gegeven om op vele terreinen spectaculaire vooruitgang te zien boeken en daar vaak deel van uit te maken. Dit betekende ook op vele vlakken ontmoetingen en samenwerking met mensen. Aan

zovelen bewaar ik de beste herinneringen en denk ik dankbaar terug. Vooreerst zijn er mijn leermeesters: velen van hen hebben een beslissende rol gespeeld in de wending die mijn carrière heeft genomen. Dan zijn er de duizenden patiënten: als gynaecoloog heb je vaak meerdere contacten waardoor er een sterke band ontstaat. Ik deed dit vak met hart en ziel, zeker de erg drukke raadplegingen. Mijn collega's gynaecologen vormden een hecht team in een opperbeste samenwerking en vriendschap.

In een volgende fase, als lid van de directie, kon ik opnieuw rekenen op schitterende collega's die de vaak moeilijke job in een gezamenlijke aanpak steeds tot een goed einde hebben gebracht.

Ik bewaar de beste herinneringen aan alle artsen van dit grote ziekenhuis: zij hebben uiteindelijk de kerntaken op zich genomen en voor de patiënten een huis uitgebouwd waar zij terecht kunnen in vertrouwen. Aan allen mijn dank en erkentelijkheid.

Het ZOLarium was een lichtpunt doorheen al die tijd waar ik fier op ben. Graag dank ik de redactieraad, alle medewerkers en alle auteurs die maakten dat we nooit om tekst verlegen zaten. Een speciaal woord van dank aan de vaste auteur die de kers op de taart van iedere aflevering betekende.

Aan allen in dit ziekenhuis wens ik een schitterende toekomst!

Dr. H. Vandeput, medisch directeur

Interdisciplinaire commissie wil ouderen in het ziekenhuis vlotter naar huis of het rusthuis oriënteren

In het ZOL werd een interdisciplinaire commissie opgericht om ouderen, die geen acute medische zorgen meer nodig hebben, vlotter naar huis of naar het rusthuis te kunnen oriënteren. Hiertoe wordt het principe van ontslagmanagement gebruikt. Het doel van de commissie is op een neutrale manier en volgens vooraf vastgelegde criteria beslissen of oudere patiënten, voor wie een opname medisch gezien niet meer nodig is, toch nog langer in het ziekenhuis kunnen verblijven.

Door de specifieke Limburgse situatie met betrekking tot de vergrijzing is de wachttijd voor een rusthuisplaats soms zeer lang. Afhankelijk van de mate van hulpbehoefte van de oudere kan dit vele maanden zijn. Dit maakt dat geriatrische patiënten soms langer dan nodig in het ziekenhuis verblijven als er geen mantelzorg voorhanden is. Patiënten die wachten op een plaats in het rusthuis verblijven gemiddeld 61 dagen in het ziekenhuis terwijl de acute geriatrische patiënt gemiddeld 17 dagen in het ziekenhuis verblijft.

Het ZOL voert een humaan beleid en wil dit blijven doen maar er zijn aanpassingen nodig. De aantallen blijven immers stijgen en dit is voor het ziekenhuis niet houdbaar omdat de druk op de bedden almaar

hoger wordt (zie tabel). De interdisciplinaire commissie werkt criteria uit voor een neutraal ontslagbeleid. Hierbij wordt uiteraard steeds rekening gehouden met de individuele situatie van de patiënt.

Belangrijk ook is een goede samenwerking met de huisartsen, thuiszorgorganisaties, rusthuizen en het beleid.

Vergrijzende bevolking

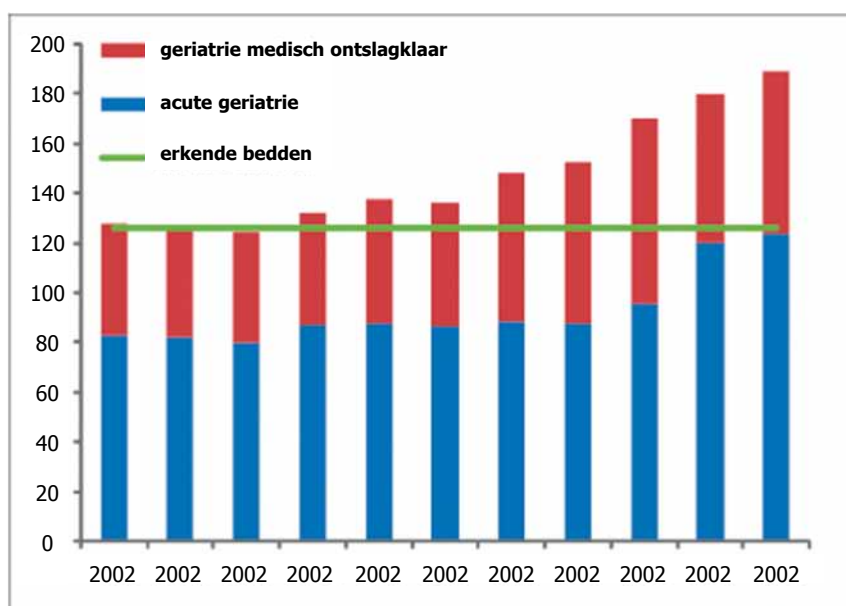
Wij botsen als ziekenhuis vaak op uitlopers van maatschappelijke problemen. Iedereen kent het fenomeen van de vergrijzende bevolking. Ouder worden heeft zeker voordelen, maar brengt ook problemen mee. Heel wat ouderen hebben bijvoorbeeld meerdere ziekten. Vanaf het ogenblik dat deze het dagelijkse doen en laten gaan

bepalen, ontstaat een probleem. Het zelfzorgritme valt weg en de oudere is aangewezen op hulp van anderen, zeker als ook de cognitieve mogelijkheden verminderen.

Soms kan, na overleg met de oudere zelf en zijn kinderen, andere familieleden of bureaus een regeling worden uitgewerkt zodat deze persoon in zijn eigen omgeving kan blijven wonen. Ook wordt een beroep gedaan op de thuiszorgcoördinatoren van het OCMW. Een zorgoverleg kan uitsluitend geven over de haalbaarheid van de zorg die nodig is. Contacten met vertegenwoordigers van professionele thuiszorginstellingen zorgen voor een betere afstemming van de zorg op de effectieve nood.

Soms zijn er echter geen mantelzorgers die de oudere kunnen omkaderen met zorg. De oudere zal dan naar een zorgcentrum of rusthuis moeten gaan. De regeling van een moeilijke thuiszorgsituatie kan weken tot maanden duren. Het wachten op een rusthuisplaats van maanden tot een jaar. Binnen en buiten de geriatrische afdelingen moet het ziekenhuis hier extra bedden voor voorzien. Bedden voor nieuwe acute geriatrische patiënten en patiënten van andere disciplines komen hierdoor onder druk te staan.

Ook voor de oudere zelf is een verlengde ziekenhuisopname nadelig. Het ziekenhuis voorziet wel een gestructureerde opvang, maar het betekent ook dat ze onnodig lang in een 'zieken'-huis verblijven. Wij trachten de ziekenhuisopname daarom zo kort mogelijk te houden.





Eerste resultaten

Ondertussen ligt de opstartfase van de commissie al enkele maanden achter ons. De commissie komt elke week samen. We merken nu al dat we een betere afstemming krijgen tussen de verschillende zorgverleners: artsen (al dan niet geriater), sociaal werkers en afdelingsverpleegkundigen. Bovendien worden de beslissingen tot een verlengde opnamemogelijkheid neutraler genomen. Zowel voor families als zorgverleners creëert dit duidelijkheid en transparantie. Wij verwachten dat het aantal geriatrische patiënten dat langer dan nodig in het ziekenhuis verblijft na verloop van tijd zal afnemen. Het is ook de bedoeling om de samenwerking met de huisartsen op dit vlak verder uit bouwen. Het is immers in de thuissituatie dat de

eerste gesprekken rond het al dan niet opnemen van een oudere in een rusthuis dienen te gebeuren.

Effect op kwaliteit van zorg

Niet weten waar men aan toe is, is zeer vervelend. Dat is net zo voor een oudere die in het ziekenhuis werd opgenomen, maar die niet weet hoe lang hij nog mag of kan blijven.

Daarbij komt ook dat oudere personen best verzorgd worden door personeel dat hiervoor opgeleid is en weet hoe bepaalde situaties aan te pakken. Op de geriatrische afdelingen kan men beter dan waar ook omgaan met de bewuste ouderdomsziekten. Indien we ouderen soms verplicht op niet geriatrische afdelingen in het zieken-

huis moeten leggen omdat er geen geriatrisch bed vrij is, komt dit aspect van de kwaliteit in het gedrang. Om dit zo goed mogelijk op te vangen, werken de niet-geriatrische afdelingen nauw samen met het Liaisonsteam Geriatrie. Ook de feedback van de verschillende afdelingen geeft aan of bijsturing of extra comfortzorg nodig zijn.

Duurzaam resultaat?

Met de commissie proberen we het ontslagbeleid zo te sturen dat ouderen niet langer dan nodig in het ziekenhuis verblijven, maar wel thuis of in een rusthuisbed de beste, aangepaste zorg krijgen. We doen dit zo goed mogelijk, via afstemming met mantelzorg en thuiszorg, omdat we erop willen toezien dat de oudere op een aanvaardbare manier thuis kan opgevangen worden. Hopelijk kunnen we door onze contacten te versterken eveneens de maatschappelijke context verbeteren zodat we uiteindelijk een duurzamer resultaat verkrijgen.

Dr. Hugo Daniels
Geriater – medisch coördinator

Jos Vanoppen
Manager medisch-administratieve diensten

Patricia Vrancken
Diensthoofd Patiëntenbegeleiding

Chest Pain Unit biedt gespecialiseerde opvang voor patiënten met thoracale pijn

De dienst cardiologie opende zopas een Chest Pain Unit (CPU). De CPU is een short stay unit met drie bedden voor patiënten die naar de spoedgevallendienst komen met thoracale pijn maar waarbij de cardiale diagnose onzeker is. De CPU is ondergebracht op de dienst hartbewaking en is 24 op 24 uur open.

Tot dusver verbleven patiënten met thoracale pijn maar een normaal EKG en normale troponinwaarden op de Spoedgevallendienst tot enkele uren later opnieuw een controlebloedstaal en EKG kon genomen worden. Dat ze nu onmiddellijk naar de CPU kunnen, heeft belangrijke voordelen voor de patiënt: hij verblijft min-

der lang op spoed, transfers worden tot een minimum herleid en hij wordt gebracht naar een specifieke afdeling waar hij volgens vastgelegde protocols van kortbij opgevolgd en gemonitord wordt. Dit door een team van speciaal daarvoor opgeleide verpleegkundigen en een cardioloog. De diagnosestelling op de CPU duurt maximum 6 uur. Als het controle-EKG en het controle laboresultaat nog steeds normaal zijn, beslist de arts of de patiënt naar huis mag. Hij houdt hierbij rekening met de anamnese en de situatie van de patiënt. Prof. dr. Jo Dens: "Uit de literatuur blijkt dat er bij patiënten met goede controlewaardes slechts een laag risico is op acute events. De patiënt krijgt wel een afspraak

om binnen de 48 uur naar de raadpleging te komen voor verdere onderzoeken, diagnose en behandeling."

De patiënt die bij de controlemeting wel afwijkingen heeft wat betreft EKG en troponine zal gehospitaliseerd worden op de Medium Care of op Hartbewaking en verder onderzocht en behandeld worden.

Prof. dr. Jo Dens: "Bedoeling van het initiatief is de triage te verbeteren, gespecialiseerde opvang te bieden voor patiënten met plotse thoracale pijn en laag risicopatiënten niet te lang in het ziekenhuis te houden. Zo vermijden we ook dat intensieve bedden nodeloos bezet worden en voorbehouden blijven voor patiënten met zwaardere pathologie."



Week van de Patiëntveiligheid

Van 19 tot 25 november vindt de Week van de Patiëntveiligheid plaats. Tijdens deze week worden de inspanningen voor een veilige zorgverlening in het ZOL in de kijker gezet. Alle medewerkers worden betrokken, van zorgverleners tot poets- en keukenpersoneel.

Tijdens verschillende interne, interactieve workshops en acties zal de nadruk liggen op de internationale Patiënt Veiligheidsdoelstellingen van de Joint Commission International (JCI) volgens de 'International Standards for Hospitals'. Het gaat hierbij om:

- Correcte identificatie van patiënten.
- Verbetering van effectieve communicatie.
- Verbetering van de veiligheid van risicomedicatie.
- Waarborgen van de uitvoering van operaties op de juiste locatie, met de juiste procedure en bij de juiste patiënt (safe surgery).
- Beperking van het risico van ziekenhuisinfecties.
- Vermindering van valletsels.

Vervolgens is er een lezing over het incidentmeldingssysteem voor alle zorgverle-



Week van de Patiëntveiligheid

ners en wordt er samen met het netwerk Patiëntveiligheid (Oost-Limburg) een symposium georganiseerd over second en third victims.

Tot slot worden ook de patiënten en bezoekers betrokken. Ze zullen in de Week van de Patiëntveiligheid verrast worden met verschillende kaartjes. Op elk kaartje staat een tip over hoe ze zelf kunnen bijdragen aan een veilige zorg.

Nieuwe artsen >



dr. Joyce Pennings



dr. Ben Percy

dr. Joyce Pennings - urologe
dr. Wendy De Roock - oncologe
dr. Pamela Poblete - dermatologe
dr. Ben Persy - geneesheer klinische biologie
dr. Matthias Dupont - cardioloog



dr. Matthias Dupont



dr. Wendy De Roock



dr. Pamela Poblete Gutierrez

Korbinian Brodmann (1868-1918)

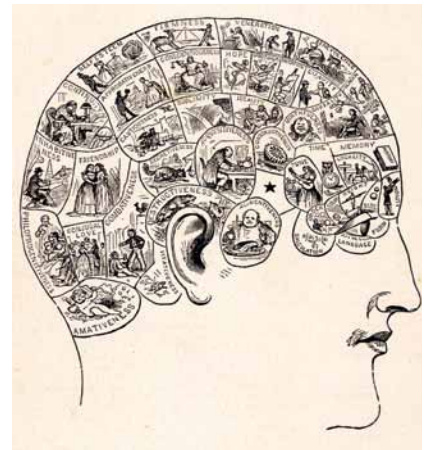


Wat Gerard Mercator gedaan heeft voor het in kaart brengen van de continenten en de wereldzeeën, heeft Korbinian Brodmann gedaan voor de hersenen. Mercator maakte zijn aardglobe op basis van de gegevens die hij van rondreizende zeelui ontving. Brodmann ontwierp zijn hersenmap op basis van eigen microscopisch onderzoek op de hersenschors. Elke kronkel versneed hij in dunne plakjes en vergeleek hun histologische structuur met andere gebieden. Op basis van de aanwezige cellen en hun specifieke ordening in zes lagen, lijnde hij bij de mens 47 gebieden (areas) af.

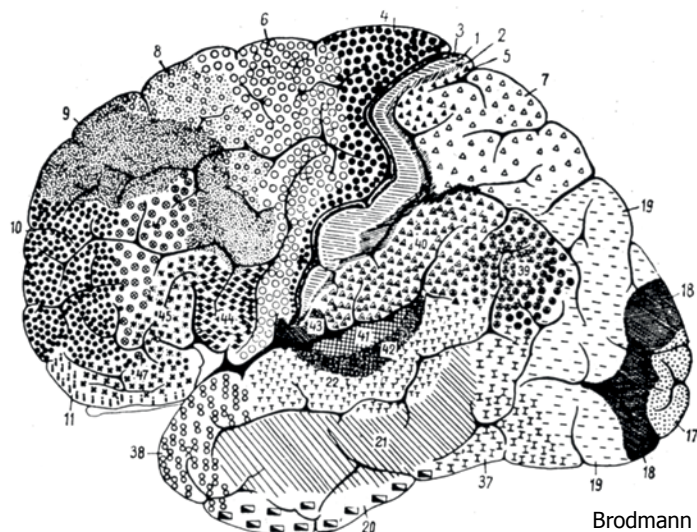
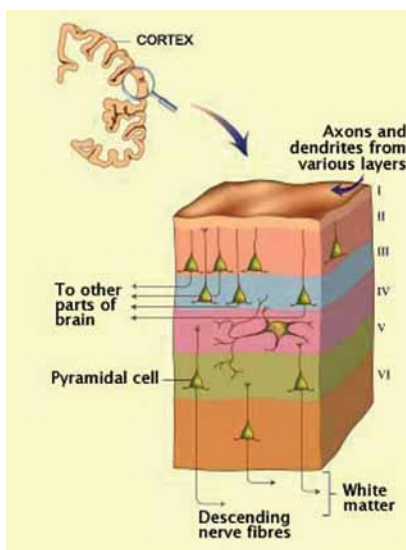
De Brodmann areas

Brodmann's hypothese

Ondanks het strikt anatomische karakter van zijn onderzoek hoopte Brodmann met zijn topografische kaart een inzicht te verwerven in de verschillende hersenfuncties. Niemand in zijn tijd wist, ook hij niet, welke hersenkronkel voor welke functie instond. Welk gebied was verantwoordelijk voor het motorisch aandrijven van de spieren? Welke zone ontving de gevoelsprikkels en welke windingen interpreteerden de inkomende klanken en beelden? Niemand wist het. De enige die het dacht te weten was Franz Joseph Gall, de grondlegger van de frenologie. In zijn zeer overzichtelijke hersenmap lijnde Gall zo'n 26 gebieden af die elk een welbepaalde functie of karaktertrek zouden bevatten. Gaande van een centrum waar de eetlust geprikkeld wordt (alimentiveness), een centrum waar de liefde huist (amative-ness) tot een zone die de bron zou zijn van vandalisme en moorddadig gedrag (destructiveness). Verdere bestudering van die map heeft geen enkele zin. Samen met zijn uitvinder is de frenologie dan ook een stille dood gestorven. Een meer wetenschappelijke aanpak om de hersenen functioneel in kaart te bren-



gen kwam van Korbinian Brodmann. Van elk gebied maakte hij histologische plaatjes en bestudeerde ze onder zijn microscoop. In een bijzonder helder moment kwam hij op het idee dat de zones met een gelijkaardige cyto-architectuur, misschien wel eenzelfde functie konden vervullen. Die veronderstelling bleek een bijzonder geniale. Jammer genoeg zou hij de bevestiging ervan niet meer beleven. Na zijn vroegtijdige dood werd ze door veel onderzoekers getest en uiteindelijk juist bevonden. Brodmann's area 44 & 45 hadden een gelijkaardige histologie en daarin



Brodmann areas

ontdekte Paul Broca later de zone van de gesproken taal (Broca's area). Iets later ontdekte Carl Wernicke het hersengebied waar het gesproken woord begrepen wordt. Het kwam overeen met het gebied 39 & 40 (Wernicke's area).

Geluk 1

In de hersenen is er nergens een pechstrook te vinden (een geluksstrook trouwens ook niet) maar zoals ieder mens heeft Brodmann geluk en pech gekend. Een eerste keer had hij geluk toen hij, net afgestudeerd als arts in Freiburg, difterie kreeg. Zijn plannen om ergens in het Zwarte Woud huisarts te worden, vielen daarbij in het water. Op zoek naar een minder fysisch belastende job werd hij assistent aan het Neurobiologische Zentralstation in Alexanderbad-im-Fichtelgebirge, Beieren. De ontmoeting met de directeur van de neurologische kliniek, Oskar Vogt, was een cruciaal moment in zijn leven. Professor Vogt was verzot op hersenen en broedde het plan uit om ergens in Duitsland een heus 'Instituut voor Brein Onderzoek' op te richten. Korbinian Brodmann was volgens



Vogt de geknipte medewerker want hij bezat (naast hersenen) ook: 'een brede wetenschappelijke interesse, een goed observatievermogen en de ambitie om zijn wetenschappelijke horizons nog te verruimen'.

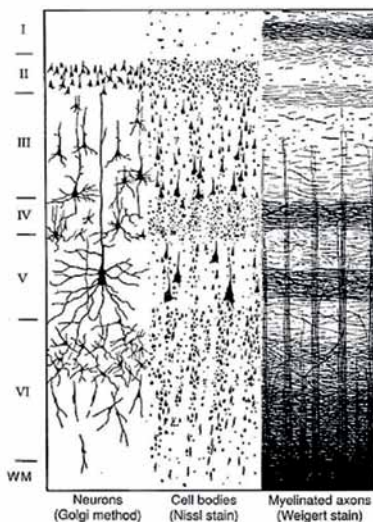
Geluk 2

Die horizons verruimde hij ondermeer te Leipzig waar hij het diploma anatomopathologie behaalde met een thesis over Chronische Ependymale Sclerose. Later, in 1898, trok hij naar de Städtische Irrenanstalt in Frankfurt, een gesticht voor

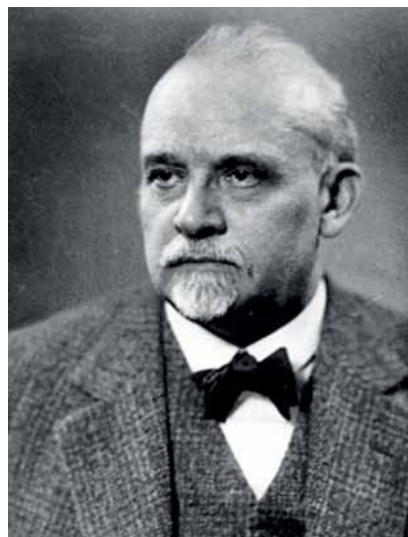
mentaal gehandicapten. Daar kwam Brodmann in een gonzend broeinest terecht van gedreven hersenonderzoekers. Franz Nissl had er een methode ontwikkeld om met cresylviolet hersencellen te kleuren (de Nissl-kleuring). Karl Weigert ontdekte een methode om de myelinschede in het licht te stellen. Met de Weigert-kleuring onderzocht Ludwig Edinger de zenuwen van lagere vertebra's en legde de fundamenteën voor de vergelijkende neuroanatomie. Naast die vandaag wat minder bekende namen was er in Frankfurt ook een arts werkzaam wiens naam iedereen kent: Alois Alzheimer. Uit de histopathologische studie van de grijze schors ontdekte hij de kwaal die hem wereldberoemd zou maken: de ziekte van Alzheimer.

Geluk 3

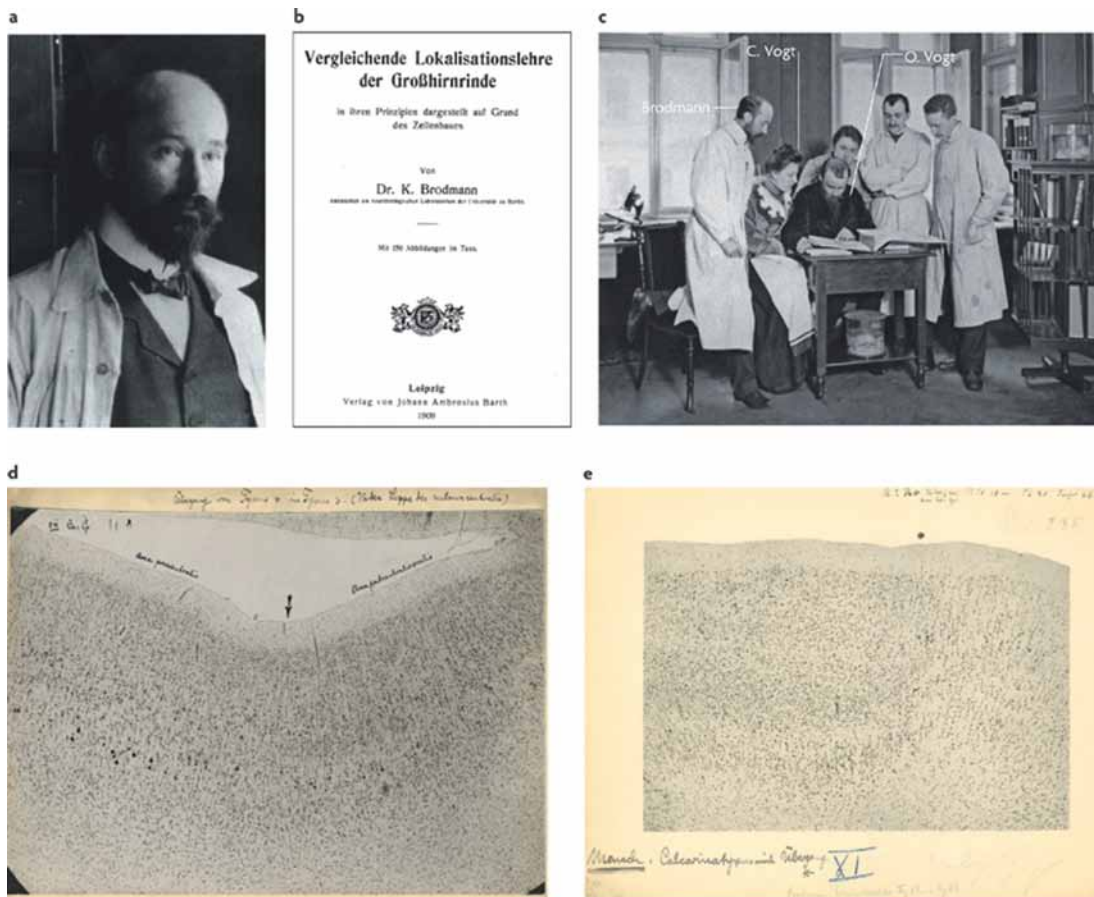
In 1901 trok Oskar Vogt naar Berlijn om er zijn gedroomde Multidisciplinair Brein Centrum op te richten. Zoals de naam het laat vermoeden, zag hij dit Kaiser-Wilhelm-Institut für Hirnforschung groots. Naast een afdeling neuroanatomie, neurohistologie en neurofysiologie, voorzag hij ook ruimte voor psychiatrie en zelfs genetica. Terugdenkend aan de goede samenwerking met Brodmann, vroeg Oskar Vogt hem om naar Berlijn te komen. Brodmann twijfelde geen moment en kreeg meteen een opdracht. Met de Nissl- en Weigertkleuring moest hij een vergelijkende



Nissl-kleuring



Oskar Vogt



Brodmann's vergelijkende studie

studie maken tussen de cellulaire structuur van de verschillende gebieden in de cerebrale cortex. Simpel verwoord: de totale hersenschors topografisch in kaart brengen. Dit zowel bij dieren als bij mensen. En niet met de natte vinger zoals frenoloog en kwakzalver Franz Joseph Gall. Vol enthousiasme trok Brodmann aan het werk en publiceerde zijn eerste resultaten in een tijdschrift dat hij samen met enkele collegae onderzoekers oprichtte: 'Journal für Psychologie und Neurologie'. Later werd het maandblad omgedoopt tot het 'Journal für Hirnforschung' en nog later, toen alles in het Engels moest, tot de 'Journal of Brain Research'.

Brodmann's magnum opus

De vele artikelen die hij tussen 1903 en 1908 publiceerde, bundelde hij in 1909 samen tot een monografie: 'Vergleichende Lokalisationslehre der Grosshirnrinde in ihren Prinzipien dargestellt auf Grund des Zellenbaues'. Zoals het van Duitsers te ver-

wachten valt, is een titel altijd een mondje vol, maar daarin lag dan ook alles besloten wat de tekst te bieden had. Brodmann's vergelijkende studie was gebaseerd op drie inzichten. (1) cellen met een gelijkaardig uitzicht zijn aanwezig in talloze gebieden van de hersenschors. (2) elk gebied bestaat histologisch uit zes lagen. (3) een gelijkaardige onderlinge schikking van die cellen laat een gelijkaardige functie vermoeden. De eerste twee inzichten kwamen niet van hem. Die hadden andere wetenschappers vòòr hem ontdekt, maar het derde kwam van hemzelf. Eigenlijk was het niet echt een inzicht, eerder een hypothese. Bovendien een gedurfde, en zoals later zou blijken, een juiste. Daarmee verwees hij de idiote hersenmap van de frenologen naar het rijk der fabelen. Brodmann had het ook niet begrepen op neurologen die een welbepaalde hersenactiviteit lokaliseerden in één soort hersencel. Alsof er akoestische neuronen zouden bestaan die hoorden,

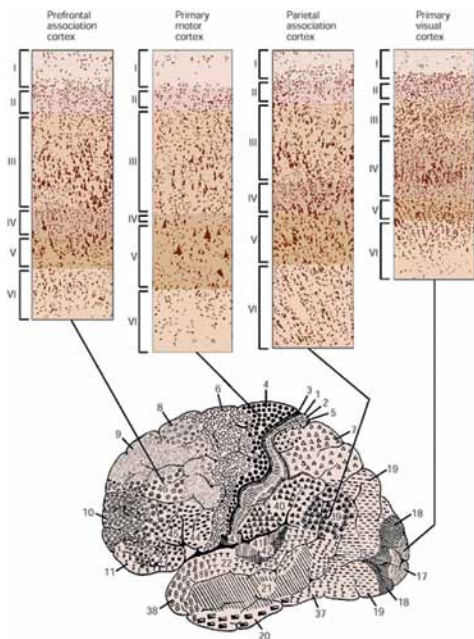


zouden zijn voor een bepaald psychologisch gedrag of wangedrag. Volgens Brodmann was een hersenactiviteit of psychologisch trekje niet simpelweg tot één enkele specifieke cel te herleiden. Het was de onderlinge samenhang van diverse hersencellen die daarvoor verantwoordelijk was.

Pech 1

Om een Ph.D. te halen, schreef Brodmann in 1905 een thesis over de cyto-architectu-

optische cellen die zagen of geheugencellen die een database gegevens bijhielden. Sommige wetenschappers opperden zelfs dat er psychische cellen zouden bestaan, neuronen die specifiek



Cytomaps

rale structuur van de hersenschors bij primaten en andere lagere diersoorten. Veel van wat er later in zijn magnum opus (Vergleichende Lokalisationslehre) zou opgenomen worden, lag daar al in besloten. Zijn gegevens waren gebaseerd op fundamenteel wetenschappelijk onderzoek, maar de heren van de Medische Faculteit te Berlijn keurden zijn thesis af. Oskar Vogt, vond het onbegrijpelijk. Onbegrijpelijk dat die proffen niet snapt dat in Brodmann's thesis een kern lag van iets wat wellicht tot een totaal nieuw inzicht in de zeer complexe hersenstructuur kon leiden. Die afwijzing was voor Brodmann dubbel onaangenaam. Zonder Ph.D. had hij niet de minste kans om benoemd te worden als Privatdozent en eventueel later als professor. Bovendien betekende dit dat hij verder moest zien rond te komen met zijn nog steeds bescheiden assistenteninkomen. Oskar Vogt deed nog een poging om de Berlijnse proffen uit te leggen dat Brodmann's onderzoek uniek was, en dat assistenten met een veel minder interessante thesis toch een Ph.D. behaald hadden. Maar het baatte niet. De veel te schuchtere Brodmann mengde zich niet in het debat maar gefrustreerd was hij wel. Zonder afscheidswoord trok hij naar Tübingen om er zijn kost te verdienen als huisarts.

Pech 2

Na zijn dagelijkse consultaties werkte Brodmann in een achterkamertje verder aan wat hij niet laten kon: de histologische structuur van het menselijk brein in kaart brengen. Toen de Tübingse arts dr. Robert Gaupp dit vernam, vertelde hij het door aan de bekende anatoom, August von Froriep. In tegenstelling tot de Berlijnse proffen zag Froriep onmiddellijk de grote capaciteiten van Brodmann in. In 1913 benoemde hij hem professor neurologie aan de medische faculteit van Tübingen en zo had Brodmann eindelijk een vaste aanstelling en een mooi inkomen. Maar een jaar later brak de eerste wereldoorlog uit. Gezien zijn kennis van de neurologie en de psychologie (toen nog één pot nat) werd hij gevorderd om de soldaten met een oorlogstrauma te rehabiliteren. Hij deed het voortreffelijk en ontving er van Zijne Majesteit de Koning van Württemberg zelfs een medaille voor. Mooi blinkend kruis maar liever had hij een pak Duitse Marken gezien om in zijn levensonderhoud te voorzien en vooral, om zijn hersenonderzoek verder te zetten.

Geluk 4

Op 1 mei 1916 kwam vanuit onverwachte hoek een aanlokkelijk voorstel. De directeur van het Irrenanstalt Nietleben (een mentaal Asylum in Halle), had via Froriep veel goeds van Brodmann vernomen en vroeg hem of hij prosector (lijkenontleder) zou worden. Vast inkomen verzekerd en met de mogelijkheid om de hersenen van alle overledenen te bestuderen. Vooral dit laatste sprak de ondertussen 48 jarige Brodmann bijzonder aan. Nu hij eindelijk wat centen opzij kon zetten, werd hij verliefd op Margarete Francke en huwde haar op 3 april 1917. Een jaar later werd hun eerste kindje geboren, Ilse.

Geluk 5

In ditzelfde jaar 1918 ontving Brodmann een nog aanlokkelijker voorstel. Dit keer uit München. De grote Duitse psychiater, Emil Kraepelin, vroeg hem om op zijn afdeling Topografische Anatomie van het prestigieuze Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie te komen werken. Emil Kraepelin wou er de beste wetenschappers samenbrengen omdat hij inzag

dat de toekomst van het hersenonderzoek vooral in de neuroanatomie en -histologie lag.

Pech 3

Toen Kraepelin's beloftevolle team aan het werk schoot, stierf Brodmann echter onverwacht aan een sepsis. Net op het moment dat hij geen financiële zorgen meer had, een jong gezin gesticht had en een positie bekleedde, waarin hij volgens zijn vrienden nog zoveel had kunnen verwezenlijken, rukte een bacteriële infectie hem op 22 augustus 1918 van de wereldkaart.

Nagedachtenis

Op de weegschaal van Vrouwe Fortuna wordt elk leven gewikt en gewogen. Geblinddoekt als ze is, heeft ze vermoedelijk een wat onderontwikkelde visuele cortex (Brodmann's area 17) en laat dan maar op puur toeval haar schaal naar de ene of andere kant doorslaan. In het geval Brodmann aan de verkeerde kant, de pech-kant. Tot op zijn 48ste moest hij zich tevreden stellen met een reeks ondergeschikte postjes waarin zijn talent nooit ten volle tot ontplooiing kwam. Enerzijds door het gebrek aan fondsen voor zijn wetenschappelijk onderzoek. Anderzijds door een totaal verkeerde inschatting van de belangrijkheid ervan. Getuige de afwijzing van zijn thesis door de Berlijnse proffen. Het trof hem bitter dat hij op zijn eigen domein, het histologisch in kaart brengen van de hersenen, gemarginaliseerd werd. Dit terwijl andere assistenten gezwind opklommen tot de hoogste academische regionen. Eén postume troost echter: de namen van die Privatdozenten en Herren Professoren zijn nu totaal vergeten. Maar de primaire visuele cortex is vandaag nog steeds gelokaliseerd in Brodmann's area 17.



Dr. Johan Van Robays
Anatomopatholoog





Medisch directeur dr. Hubert Vandeput gaat met pensioen “Er was heel wat diplomatie nodig in deze job”

Na een carrière van 35 jaar in het Sint-Jansziekenhuis en het Ziekenhuis Oost-Limburg gaat dr. Hubert Vandeput met pensioen. Al die jaren legde hij zich met veel toewijding en enthousiasme toe op zijn werk. De liefde voor het medisch beroep, de wetenschap en de bezorgdheid om de patiënten en hun families bleven al die tijd zijn belangrijkste drijfveren.

U heeft een gevarieerde carrière gekend in het ziekenhuis. Hoe kijkt u terug op de afgelopen dertig jaar?

Dr. Hubert Vandeput: “In het grootste en belangrijkste deel van mijn carrière deed ik aan gynaecologie en verloskunde. En zoals velen weten, heb ik dit met hart en ziel gedaan. In die tijd waren de omstandigheden anders. Het contact met de patiënt was groot. De anonimiteit die er nu soms in geslopen is, bestond niet. Wij gingen altijd naar het ziekenhuis voor onze patiënten. Discussies over wachtregelingen bestonden niet. En de samenwerking in onze associatie was goed. Op die manier was dit een drukke, maar heel bevredigende periode uit mijn loopbaan.”

U heeft velen uit Genk en omstreken op de wereld gezet?

“Dat blijkt nog elke dag. Op straat is er altijd wel iemand die mij groet. Ik herken mijn patiënten nog bijna allemaal. De mensen die moeilijke dingen meegemaakt hebben of medische problemen hadden, ken ik zelfs nog bij naam. In totaal, opleiding inbegrepen, heb ik zowat 15.000 bevallingen gedaan.”

U deed vooral verloskunde?

“Dat leek misschien zo maar ik deed ook

de grotere operaties voor mijn dienst. Daarnaast stond ik mee aan de start van het IVF-gebeuren in ons ziekenhuis. Op een bepaald moment was ik zowat de grootste verwijzer naar fertiliteitsspecialist prof. Devroey aan de VUB. Omdat naar Brussel rijden vanuit Limburg een hele inspanning was voor onze patiënten, wilden we hen ook in Genk kunnen helpen. Ik kon dit er onmogelijk nog bij nemen en daarom hebben we dr. Ombelet aangehouden. We hebben hem alle vrijheid gegeven om dit onderdeel uit te bouwen.

“Patiënten willen
almaar meer
inspraak in hun
zorg. Aangezien ik
binnenkort zelf ook
meer aan de kant
van de patiënt zal
staan, kan ik hier
alleen maar veel
begrip voor
hebben.”

Dr. Hubert Vandeput



Ik heb hem altijd met veel plezier bijgestaan want IVF is echt wel een leuk stuk van de job."

U bent ook een hele tijd diensthoofd gynaecologie geweest en medisch coördinator?

"Voorheen was dr. Gielen diensthoofd en dr. Van Waes stagemeester. Toen dr. Van Waes met pensioen ging, ben ik zowel diensthoofd als de stagemeester voor assistenten geworden. Dat zorgde voor vele goede contacten. We kwamen jaarlijks met de stagemeesters vanuit het hele land samen om de verdeling van de assistenten en eventuele moeilijkheden te bespreken."

En de Medische Raad?

"Ik ben al heel vroeg in mijn carrière lid geworden van de Medische Raad. Dit is bijna altijd zo gebleven totdat ik voorzitter werd. Dit was tijdens de voorbereiding van

de fusie. Dr. Van Daele was aangeduid om het strategisch plan uit te werken. Toen de fusie gerealiseerd is, is hij uiteindelijk algemeen en medisch directeur geworden. Er werd onmiddellijk ook een Medische Raad opgericht en ik werd opnieuw tot voorzitter verkozen. Ik ben dus 3 jaar voor en 3 jaar tijdens de fusie voorzitter van de Medische Raad geweest. Toen dr. Van Daele vertrok, heeft Jo Vandeuren mij gevraagd als medisch directeur. Johan Hellings werd algemeen directeur."

Was de overgang naar de positie van medisch directeur een grote stap?

"Het moeilijkst was het stoppen met mijn medische praktijk, maar de overgang van voorzitter van de Medische Raad tot medisch directeur was op dat moment logisch. In ons ziekenhuis doe je als voorzitter van de Medische Raad maximum twee mandaten. Omdat je toch ook heel wat compromissen moet sluiten en vaak

overleg pleegt met directie en beheer. Toen ik postuleerde voor de job van medisch directeur is dit met unanimité van stemmen goedgekeurd. De opleiding ziekenhuisbeleid en management had ik eerder al gevolgd, puur uit interesse toen ik nog voorzitter van de Medische Raad was."

Hoe heeft u de functie van medisch directeur ingevuld?

"Ik ben gestart in een periode waarin de functie van hoofdgeneesheer nog nieuw was. Het was een overgangperiode waarin management van geneesheren nog niet uitgewerkt was. Ondertussen is dit niet meer weg te denken: er moet zoveel afgestemd worden dat het logisch is dat iemand dit mee begeleidt."

"Een medische directeur heeft als taak de medische activiteit in het ziekenhuis te stroomlijnen. Maar professionals als artsen aansturen, is iets bijzonders.

Professionals kennen hun vak en er is zoveel inzet en kennis aanwezig dat je zelden moet ingrijpen in het vak zelf. Anderzijds hebben professionals het vaak moeilijk om samen te werken. Samenwerking in de hand houden en bijsturen is een heel belangrijke taak van een medisch directeur. Ik heb dit altijd graag gedaan, temeer omdat ik zelf uit de 'stal' van de artsen kom."

"Professionals als artsen zijn van nature ook wantrouwig. Wij zijn er in het ZOL altijd in geslaagd goed samen te werken. Vermits ik zowel van directie en beheer als van de artsen het vertrouwen had, kon ik de brug vrij gemakkelijk maken. Op die manier is er zeer veel verwezenlijkt. Artsen kwamen met plannen, deze werden voorgelegd en verdedigd en uiteindelijk goedgekeurd als de arts er ook echt voor ging."

Heeft u uw werk altijd goed kunnen uitvoeren?

"Er is heel wat diplomatie nodig voor deze job, vooral ook in de samenwerking met de Medische Raad. Deze raad heeft door het

systeem van onze kostenregeling redelijk veel inspraak in het ziekenhuis. Zij beslissen immers mee over elke financiële regeling. Het is logisch dat ze alles wat ze afdragen als een belasting beschouwen. Maar als ziekenhuis wil je vooruit en daarom moet je je dossiers zo goed mogelijk verdedigen. Dat is ons eigenaardig genoeg altijd gelukt. Er is steeds enorm geïnvesteerd, voor een groot stuk mee vanuit de erelonen. We hadden hier met het investeringsfonds een uniek instrument voor."

Wat beschouwt u als uw belangrijkste realisaties?

"Een goede klachtenbehandeling was voor mij altijd heel belangrijk. We hebben toen ik gestart ben de klachtencommissie onmiddellijk omgevormd tot een volwaardige ombudsfunctie. Hiermee waren we zowat de eerste in België. Het congres over klachtenbemiddeling dat we toen organiseerden, heeft veel weerklank gevonden en heeft een boost gegeven aan de ombudsfunctie in andere ziekenhuizen. We hebben ook een boekje over klachtenbemiddeling uitgebracht dat uitgegeven is door uitgeverij Kluwer."

"Een goede ombudsdienst is niet alleen goed voor de patiënt, ook het ziekenhuis en de artsen worden er beter van. Artsen zijn emotioneel altijd zeer sterk betrokken als ze een klacht krijgen. Ze voelen zich ook geraakt in hun eer of hun beroepsfierheid. Door onze goede manier van werken, samen met de juridische dienst en in goede verstandhouding met de verzekeringsorganen, hebben we de afgelopen jaren heel wat klachten kunnen oplossen."

Andere realisaties waar u trots op bent?

"Ik ben ook altijd zeer trots geweest op ons ZOLarium. We zijn als een van de eersten met een 'blad voor verwijzers' gestart en hebben dit steeds op een goede manier volgehouden. En onze artsen hebben altijd erg positief meegewerkt. Nog steeds krijgen we van buitenuit zeer veel goede reacties. Ondanks het feit dat er nu wat een wildgroei is van bladen, hebben wij er met ons ZOLarium toch altijd wat bovenuit gestoken."

Hebt u geen spijt dat u het accrediterings-traject niet mee zal kunnen volgen?

"Aan het traject zelf kan ik niet meer meewerken maar aan het feit dat we ermee gestart zijn, heb ik zeker een belangrijke rol gespeeld. Het is een traject dat ik niet als einddoel zie maar als tool. We kunnen het ons als ziekenhuis niet meer permitteren om niet geaccrediteerd te zijn. Dat helpt om, waar nodig, de werking bij te sturen. Dat is ook de reden waarom ons traject gespreid is over meerdere jaren. De Gap-analyse, die vóór de zomer uitgevoerd is, vond ik erg verfrissend: alles wat de auditoren vertelden was logisch. Als de accreditatie eenmaal behaald is, zal veel van wat in de nabije toekomst moet gebeuren, gerealiseerd zijn. Dat we voor JCI gegaan zijn, vind ik een zeer goede keuze."

Wat zou u anders gedaan hebben als u terugkijkt op uw carrière?

"Ik heb nog nooit achterom gekeken. Ze hebben mij al honderden keren gevraagd of ik geen spijt heb dat ik met gynaecologie en verloskunde gestopt ben. Ik heb evenveel keer geantwoord dat ik mij dit nooit afgevraagd heb. Er waren natuurlijk altijd momenten waarop ik liever dichter bij de patiënt wilde staan. Dit geeft immers veel contacten, veel tevredenheid en veel dankbaarheid. Ik zat de laatste jaren in een positie waarin ik niet meer kon rekenen op dankbaarheid. Als medisch directeur heb je een taak en die doe je zo goed mogelijk. Het is ook logisch dat je ze doet want je bent ervoor aangeworven. Er zijn best wel moeilijke momenten en moeilijke dossiers geweest. Maar uiteindelijk zijn deze tot (relatieve) tevredenheid opgelost."

De ambities van het ziekenhuis zijn in de loop der jaren erg gegroeid. Hoe kijkt u hiernaar?

"Het ZOL is een ziekenhuis dat tot nu toe altijd gegaan is voor sterke groei van activiteit. Daar komt nu deels een einde aan. Groei blijft nodig maar de accenten worden verlegd naar patiëntvriendelijkheid, patiëntveiligheid en kwaliteit. Nog niet

"Ik heb nooit achterom gekeken maar soms miste ik de momenten dat ik korter bij de patiënt stond".

Dr. Hubert Vandepuit

Iedereen is hier van overtuigd. Een aantal mensen moeten mijns inziens hun accenten verleggen en keuzes maken, kiezen voor kwaliteit in plaats van kwantiteit.”

Ook academisering wordt almaar belangrijker?

“In ons ziekenhuis is altijd zeer veel belangstelling geweest voor het opleiden van stagiaires en assistenten. Er zijn ook veel ZOL-geneesheren die een doctoraat hebben en er is heel wat belangstelling voor fundamenteel onderzoek. Via de samenwerking met UHasselt en de inbreng van doctoraatsstudenten is opnieuw een erg belangrijke periode ingeluid.”

De samenwerking met de huisartsen is in de loop der jaren ook sterk veranderd?

“De relatie met de huisartsen is in de beginperiode eerder moeilijk geweest. Er was relatief veel weerstand maar door de regelmatige contacten en door het opbouwen van een goed verstandhouding is de samenwerking gaandeweg beter geworden. Intussen is het landschap ook gewijzigd. De huisartsen hebben zich de laatste jaren veel beter georganiseerd en het samenwerkingsmodel met het ziekenhuis krijgt steeds meer vorm.”

“Maar er is wat ons betreft nog behoorlijk wat werk aan de winkel. Elke huisarts die dit wenst zou een makkelijke toegang tot het dossier van zijn patiënten moeten hebben en dit lukt nog onvoldoende. Ook de bereikbaarheid van onze artsen kan beter.”

Hoe ziet u de samenwerking met de andere ziekenhuizen in Limburg verder evolueren?

“Samenwerkingsverbanden zijn nodig en hier het evenwicht in vinden, is volgens mij de grootste uitdaging voor de toekomst. Samenwerking vraagt heel veel managementtijd. Het aflijnen van ambities tot juiste proporties, waarbij vastgelegd wordt wat ieder ziekenhuis vanuit zijn situatie kan ambiëren, is moeilijk. Iedereen wil immers groeien en excelleren.”

De toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België is groot. De patiënt kan zonder problemen bij een specialist terecht, zonder dat hier noodzakelijk een tussenpersoon bij betrokken is. Kan dit volgens u blijven duren?

“Zolang het systeem financieel haalbaar is, kan dit volgens mij blijven duren. Een huisarts verwerft zijn positie niet omwille van een wettelijke regeling maar omwille van zijn goede zorg en inzet voor zijn patiënten. Anders krijg je een situatie als in Nederland waar huisartsen gebruikt worden om briefjes te schrijven en om te verwijzen. De Belgische patiënt apprecieert ons systeem trouwens heel erg.”

De patiënt wordt ook veel assertiever. Zijn we hier voldoende op voorbereid?

“De assertieve patiënt is hij die goed bedoeld, bewust dat het over hem zelf gaat, wil meedenken over zijn zorg. Daar is uiteraard niets op tegen. Je moet er als arts wel mee om kunnen. De jongere generatie artsen zijn hier al meer in getraind en sommige disciplines ook meer dan andere.”

“Patiënten willen almaar meer inspraak in hun zorg. Men zal uiteindelijk naar een situatie gaan waarin de patiënt zijn dossier zelf beheert, dat is duidelijk. Aangezien ik binnenkort zelf ook meer aan de kant van de patiënt zal staan, kan ik hier alleen maar veel begrip voor hebben. Want als ik ooit medische zorg nodig heb, zal ik daar graag mee over oordelen. Onze artsen zijn dit nu nog niet echt gewoon, maar zullen dit gaandeweg leren.”

De tevreden patiënt is de patiënt die goed bejegend wordt. Meestal gaat het niet over de kwaliteit van de zorg maar om alles er rond.

“Als je op mijn stoel zit, zie je alleen maar de klachten. Maar uit alle tevredenheidsmetingen blijkt duidelijk dat het merendeel van onze patiënten erg tevreden is over de artsen, over de verpleging en over het ziekenhuis in het algemeen. Mits natuurlijk de uitzonderingen.”

“Er zijn jammer genoeg ook schrijnende zaken. We blijven allemaal mensen en af

en toe loopt er ook iets ernstig mis. We zijn nu zo ver gekomen dat we dat ook aanvaarden en toegeven. Probleem is dat de verzekering nog altijd alleen maar tussenkomen bij 'fouten'. Intussen bestaat de wet op de medische ongevallen maar dit biedt voorlopig nog geen echte oplossing. Er is nog veel werk aan de winkel.”

Wat wenst u dr Vander Velpen, uw opvolger, toe?

“Dr. Vander Velpen kent de ziekenhuiswereld goed. Ik hoop dat ze snel het vertrouwen van de artsen wint. Ze is zeer dynamisch. Ik heb alle vertrouwen in haar.”

Bent u klaar om met pensioen te gaan?

“Vermits ik mijn pensioendatum al langer kende, heb ik dit in mijn hoofd goed voorbereid. Ik ben er de man niet naar om dingen aan het toeval over te laten. Ik heb veel plannen gemaakt en zal niet stil zitten. Ik ga gegarandeerd niet in een 'zwart gat' vallen, maar ik zal wel afscheid nemen van het ziekenhuis en de medische praktijkvoering.”

Gaat u het ZOL missen?

“Een aantal dingen ga ik zeker missen. Ik ga in Frankrijk wonen en heb al contact opgenomen met de medische directeur van het ziekenhuis van Marmande, op 25 kilometer van mijn woning, om eens kennis te maken. Ik heb ook voorgesteld om de ziekenhuisvergaderingen daar bij te wonen. Frankrijk heeft een enorm tekort aan huisartsen. Wilde ik er werken dan zou ik onmiddellijk kunnen beginnen. Maar dat ga ik niet doen. Ik heb een mooi domein gekocht met onder andere dieren en fruitbomen en daar is heel wat werk te doen. Ik ben er net drie weken geweest en voel me nu al gezonder door de fysieke arbeid.”

Grete Bollen

Collega's over hun samenwerking met dr. Hubert Vandeput

Dr. Peter Lemkens, KNO-specialist



Voorzitter Medische Raad 1999-2005

Zelf ken ik Hubert Vandeput al zeer lang. Eerst als de gynaecoloog van mijn echtgenote.

Zij was altijd zeer tevreden over hem, mede ook omwille van zijn beminnelijke persoonlijkheid. Nadien toen Hubert voorzitter was van de Medische Raad en ikzelf lid begreep ik niet dat hij zoveel geduld aan de dag wilde leggen tijdens vergaderingen. Later toen ik zelf voorzitter werd, kreeg ik door dat dit niet anders ging. Hubert startte in die periode als medisch directeur.

Ook tijdens deze laatste periode van zijn carrière in het ZOL heeft Hubert Vandeput heel wat gerealiseerd. Dit is mede te danken aan het sterkte team dat de directie toen vormde. Zij spraken met één stem. Bij hem kon je niet gaan 'shoppen'. Ik zie hem als een joviale man, aangenaam om een pint mee te gaan drinken. Hij is erg luisterbereid en zal zijn deur steeds open laten staan.

Dr. Johan Gelin, radioloog

Voorzitter Medische Raad 2011-...



Mijn mandaat als voorzitter is nog erg kort maar wel van dien aard om dr. Vandeput te ervaren als een minzaam man met een zeer grote ervaring en informatie over ons ziekenhuis. Als hoofdgeneesheer is hij altijd de brug geweest tussen directie en geneesheren en zijn zijn suggesties altijd naar waarde geschat. Het bespreken van een probleem gebeurde in de beste verstandhouding en open dialoog. In de enkele gesprekken met hem is zijn hoop naar een rustig leven met Franse slag naar boven gekomen. Het is hem meer dan gegund.

Dr. Jacques Peeters, nefroloog

Voorzitter Medische Raad 2008-2011



"Voor mij is Hubert Vandeput een compromisfiguur die als medisch directeur het standpunt van de directie verdedigde maar ook veel begrip had voor de argumenten van de klinici. Ik zal hem onthouden als diegene die de onderhandelingen rond het VIPA 4-dossier of de K-blok op een kritiek moment uit een impasse heeft kunnen halen en tot een compromis heeft kunnen brengen.

Misschien had hij soms wat meer met de vuist op de tafel mogen slaan maar provoceren was zijn stijl niet. Ik zie Hubert Vandeput als 'de rustige vastheid', iemand die steeds de dialoog wist te bewaren en altijd de deur liet openstaan."

Dr. Mathias Vrolix, cardioloog

Voorzitter Medische Raad 2005-2008



Dr. Vandeput heb ik leren kennen toen ik secretaris was van de Medische Raad en hij voorzitter. We hebben toen de huidige kostenregeling mee uitgewerkt. Hubert blonk uit door zijn groot onderhandelings talent en zijn dossierkennis. Hij liep hier niet mee te koop maar wist steeds op de juiste momenten tussen te komen en de discussie te sturen.

Bij 'brandjes' tussen artsen of anderen beschikte hij steeds over het nodige water om te blussen. Hij beschikte over zeer veel ervaring. Hij komt immers uit de artsengroep en kende de gevoeligheden en persoonlijkheden van de mensen uit het huis. Hij was ook de go-between tussen de koppige Medische Raad en de al even koppige directie.

Hubert Vandeput was altijd positief ingesteld. Met alles wat hij deed, had hij ook steeds de bedoeling om het ziekenhuis vooruit te doen gaan. We zullen hem zeker missen. Bij problemen in de Medische Raad gingen we nog steeds zijn mening vragen en dat zal vanaf nu niet meer kunnen.

Hoe omgaan met moeilijke patiënten

Interview met dr. Jon Hunter

Dr. Jon Hunter is liaisonpsychiater in het Mount Sinai Hospital in Canada. Hij werkt op de oncologieafdeling maar ook met andere medische en chirurgische patiënten. Samen met zijn collega dr. Bob Maunder deed hij onderzoek naar de bruikbaarheid van het gehechtheidsdenken in het begrijpen van patiënten in hun interactie met zorgverleners. Hieruit blijkt dat de gehechtheidsstijl van patiënten hun ziektegedrag ten opzichte van gezondheidswerkers beïnvloedt en, meer nog, zelfs hun kwetsbaarheid om ziek te worden.

Welke impact heeft een veilige of onveilige hechtingsstijl op volwassenen?

Dr. Jon Hunter: "Het basisprincipe is dat een baby kort bij zijn moeder blijft om zich veilig te voelen. Van zodra de veiligheid er is kan de baby op verkenning gaan. En wanneer hij zich opnieuw onveilig voelt, kan hij opnieuw naar zijn moeder." "We weten dat het kennen van de hechtingsstijl van patiënten helpt bij het begrijpen van hun reactie op ziekte, behandeling en de strijd die ze voeren of de problemen die ze hebben. We beschrijven twee situaties wanneer volwassenen zich onveilig kunnen voelen. De eerste is wanneer ze zich alleen voelen (attachment anxiety). De tweede is wanneer andere mensen emotioneel te dichtbij komen (attachment avoidance). Mensen vinden het normaal dat deze hechtingsstijlen invloed hebben op romantische relaties maar zijn verbaasd

dat ze ook invloed hebben bij ziektes en andere aandoeningen."

Welk verband is er met het ziekenhuis?

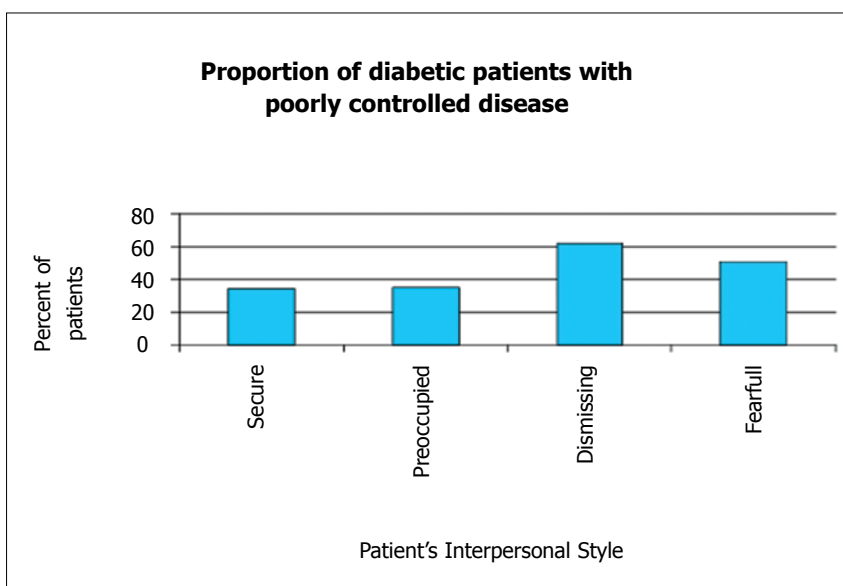
"Een ziekenhuisopname is een erg stresserende situatie. Een ziekenhuis is onpersoonlijk, staat vol akelige machines. Je kan er niet lopen, niet roken of drinken, niet slapen met je partner. De strategieën die een onveilig gehecht persoon gebruikt om zich beter te voelen, zijn er dus niet haalbaar."

"Het attachmentsysteem van mensen

wordt actief op momenten van hoge stress. De premisse voor dit verhaal is dat ziek worden, zeker als je naar het ziekenhuis moet, een moment van stress is dat het gehechtheidssysteem in gang zet.

Welke hechtingsstijlen onderscheid je?

"We onderscheiden vier types maar vanzelfsprekend gaat het hier om 'textbook cases'. Je mag immers niet zo categoriaal naar individuele patiënten kijken. En ook niet alle patiënten van eenzelfde type zijn hetzelfde."

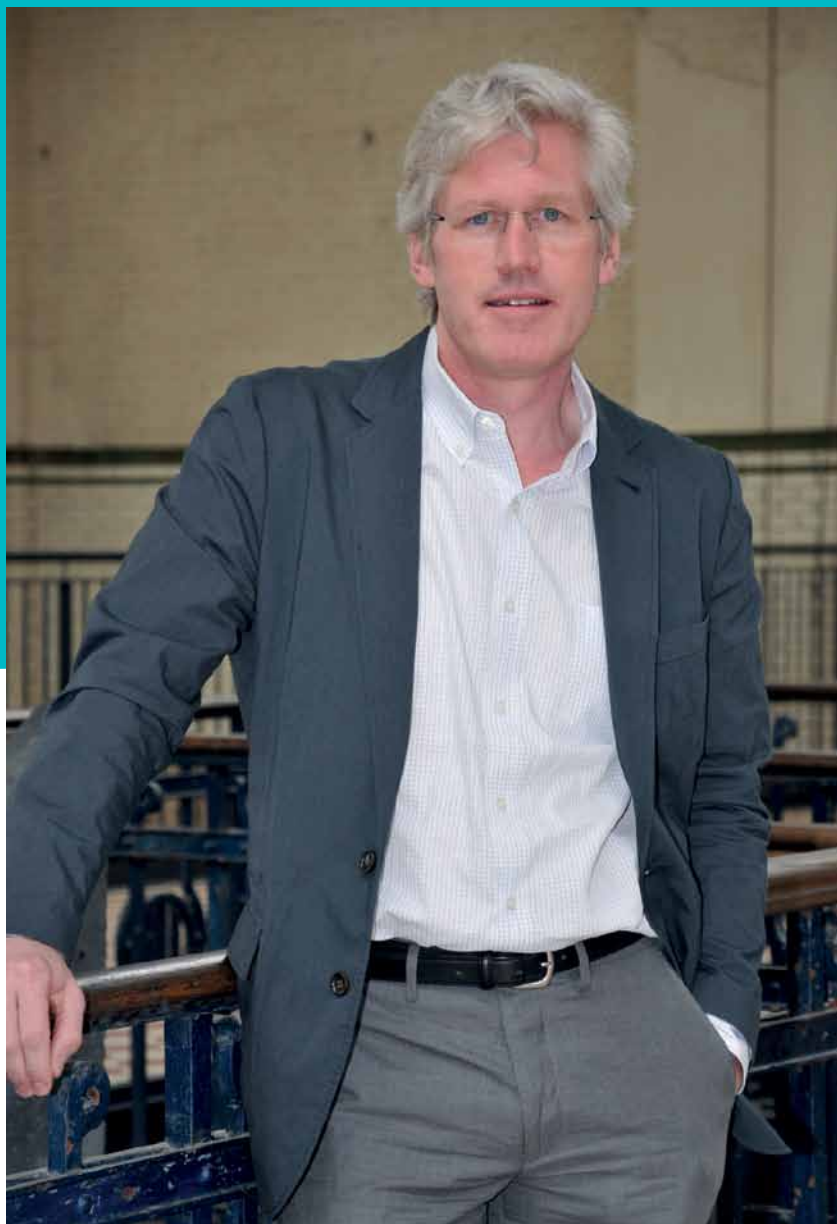


met ten?

"Eerst heb je de veilig gehechte personen. Met 55% van de bevolking zijn zij net in de meerderheid. Daarnaast heb je de 'gepreoccupeerden', zij die steeds naar aandacht en hulp zoeken (20%). De 'vermijdenden' (15%) willen met rust gelaten willen worden. De 'angstigen' (10%) tot slot verkiezen emotionele afstand maar zijn tegelijk zeer kwetsbaar en bezorgd. Wij houden ons als liaisonpsychiater vooral bezig met het angstige type, daar lokaliseert zich de 'hardcore' liaisonpsychiatrie." "Ik wil hierbij benadrukken dat het niet om pathologieën gaat, maar om normale gedragsvarianten in de populatie. Wat dit uiteraard een goed model of een bruikbare strategie maakt voor het algemeen ziekenhuis. We willen immers niet elke patiënt pathologiseren of diagnosticeren als 'gek' bij een bepaald gedrag. Maar het is als zorgverlener wel zinvol om te weten hoe 'onveilig gehechtheidsgedrag' zich manifesteert bij personen in stress. Zodat je dat deel van het gedrag van de patiënt eruit kan halen en uitzoeken wat je ermee kan doen."

U zegt dat onze hechtingsstijl niet alleen invloed heeft op ons gedrag bij ziekte maar ook op onze gezondheid. Hoe beïnvloeden de patronen van onze relaties onze gezondheid?

"Mensen met een veilig hechtingspatroon hebben meestal een duidelijk beeld van de stress en de bedreigingen waar ze voor staan. En ook van hun kwetsbaarheid.



Liaisonpsychiater Jon Hunter: "Het is zinvol dat zorgverleners weten hoe 'onveilig gehechtheidsgedrag' zich manifesteert bij personen in stress."

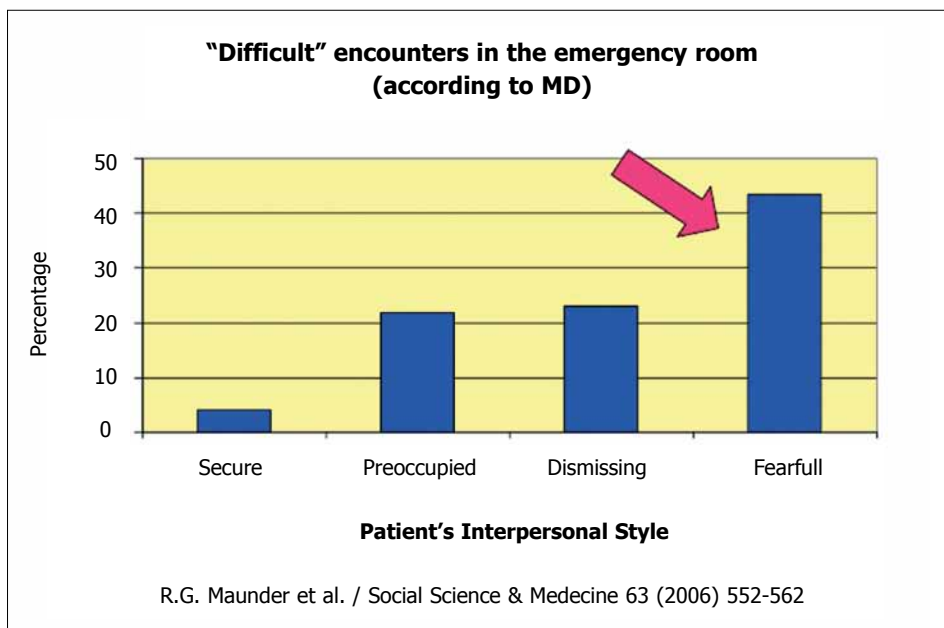
Wanneer ze stress ervaren en die niet alleen aankunnen, gaan ze naar hun naasten om de steun te vragen die ze nodig hebben. Deze interpersoonlijke karakteristieken hebben een directe impact op gezondheid. Een veilig gehecht persoon maakt zich niet extreem veel zorgen over zijn gezondheid. Zijn bezorgdheid is in verhouding tot de reële ernst van de gezondheidsproblemen. Lichamelijke symptomen staan op een rechtstreekse manier in verband met ziekte. Een veilig persoon benadert een dokter meestal uitsluitend als een expert die hij raadpleegt omwille van zijn deskundigheid."

Hoe werkt dat voor iemand met een 'gepreoccupeerde' of 'steun zoekende' stijl?
"Karakteristiek voor deze interpersoonlijke

stijl is dat de persoon (overdreven) veel stress ervaart van zijn omgeving. Daarbij worden de eigen mogelijkheden om te reageren onderschat waardoor de persoon frequent naar steun zoekt. Een persoon met een gepreoccupeerde stijl heeft de neiging zich constant zorgen te maken over zijn gezondheid. Hij heeft altijd kleine problemen of fysieke symptomen maar deze zijn geen betrouwbare indicator voor ziekte of kwetsuur. Om geruststelling en vertrouwen te vinden, bezoeken deze personen vaker een dokter en ondergaan ze veelvuldig onderzoeken en behandelingen."

Hoe staat dit in contrast met de persoon met een 'vermijdende' hechtingsstijl?

"Hij wil afstand behouden en laat altijd uitschijnen dat alles ok is, onder alle omstan-



digheden. Mensen met deze stijl negeren signalen van stress. Het is erg moeilijk om te achterhalen of deze personen zich echt goed voelen of hun problemen maskeren. Deze personen spreken weinig over hun gezondheid. Symptomen worden ondergerapporteerd waardoor het moeilijk is om te achterhalen of ze lijden aan een serieuze aandoening. Hulp zoeken in de gezondheidszorg wordt vermeden indien mogelijk. "Dit zijn daarom de patiënten met ziekten die slecht onder controle zijn. Zo is bijvoorbeeld diabetes bij personen met deze hechtingsstijl vaak slecht onder controle (zie grafiek). Uit het onderzoek bleek dat zij niet tot een goede communicatie kwamen met hun endocrinoloog. Zij hadden dan ook zeer hoge glycemiewaarden. Zelfs tot niveaus die tot blindheid en nierfalen leiden. Zij zullen hoogstwaarschijnlijk sneller sterven dan hun lotgenoten."

Wat tot slot met de 'angstige' patiënt?

"Het is moeilijk om te voorspellen hoe angst gezondheid beïnvloedt want hier zijn tegengestelde krachten aan het werk. De patiënt verkiest emotionele afstand maar is gelijk ook kwetsbaar en bezorgd. Uit het onderzoek blijkt dat mensen met een angstige stijl het vaakst symptomen ervaren. Toch blijkt dat deze mensen het minst een beroep doen op hulp. Dit is toch wel opvallend: deze patiënten lijden het meest maar krijgen uiteindelijk het minste hulp." "De zogenaamd 'moeilijke' patiënten in het

ziekenhuis zijn vaak van dit type. Waarom zijn ze moeilijk? Omdat ze fundamenteel bang zijn. Ze hebben niet voldoende aan zichzelf, maar geloven ook niet dat zij kunnen vertrouwen op de arts of andere gezondheidswerkers (zie grafiek 'Difficult encounters in emergency room')."

Kan het gehechtheidsgedrag ook bijdragen tot een verhoogde kwetsbaarheid voor ziekte?

"Dat vroegkinderlijke ervaringen bijdragen tot ziekten op volwassen leeftijd is niet nieuw. Er is onderzoek dat aantoonde dat je immuniteit hoger is als je veel moederwarme gehad hebt. Onderzoek wijst ook uit dat de hechtingsstijl de stressreacties bepaalt. Als je niet veilig gehecht bent, ben je niet goed in het regelen van je gevoelens. Stress is een sterke emotie. Er is heel wat bewijs dat mensen die het moeilijk hebben hiermee, terugvallen op externe regulatoren als eten, drinken, drugs, seks en roken."

"Felitti (1998) stelde de Adverse Childhood Experience-Scale op (zie kader): onderzoek hiermee heeft uitgewezen dat er een duidelijke correlatie bestaat tussen ziekte tijdens de volwassen jaren en slechte ervaringen tijdens de kindertijd. Welke ziekte je ook bekijkt, namelijk beroerte, chronische bronchitis, ischemische hartziekte of hepatitis: uit onderzoek blijkt dat ze telkens meer voorkomen bij mensen met slechte ervaringen in hun kindertijd.

Dit zijn belangrijke conclusies: we moeten beter voor onze kinderen zorgen."

Hoe verklaar je dit?

"We zien dat mensen met een slechte jeugd sneller grijpen naar externe regulatoren om hun stress op te vangen: ze roken meer, ze roken eerder, ze hebben meer risico op overgewicht, alcoholproblemen, intraveneus druggebruik, meer dan 50 sekspartners. Deze regulatoren verhogen echter de kwetsbaarheid en leiden tot ziekten. Als je kijkt naar de meest gecompromitteerde individuen dan zie je dat hun levensduur 20 jaar korter is dan deze van personen die nul scoren op de 'adverse childhood experience-scale'."

Kan onveilige hechting bijgestuurd worden?

"Misschien wel. Er is een studie die bewijst dat patiënten die interpersoonlijke psychotherapie volgen voor depressie en beter worden, zichzelf na de therapie als minder onveilig gehecht beschouwen. Dit is geen onverwachte conclusie maar wel het bewijs dat enige verandering of evolutie in de beoordeling mogelijk is."

Dr. Jon Hunter was gastspreker op 31 mei op de studiedag 'Gehechtheid, mijn zorg', georganiseerd door het ZOL, de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie en de Vlaamse Vereniging voor Klinische Psychologen.

Levenskwaliteit als parameter bij beoordeling outcome behandeling



Dr. Peter Lemkens en assistente Marie Bogaerts.

Om het effect van een adenotonsillectomie te meten op de levenskwaliteit van kinderen met obstructieve respiratoire problemen tijdens de slaap, werden de ouders bevraagd op de dag van de ingreep en vervolgens twee weken en zes maanden postoperatief. Dit aan de hand van de 'Pediatric Sleep Questionnaire' (Chervin et al, 2000) waarbij de alertheid/ slaperigheid, het gedrag, de eetlust, eventuele ademhalingsbelemmering en het obstructief ademen tijdens de slaap (snurken) worden geëvalueerd.

PROMs (Patient Reported Outcome Measures) worden door Cochrane gedefinieerd als: "Any report directly from patients, without interpretation by physicians or anyone else, about how they function or feel in relation to a health condition and its therapy (from diaries, questionnaires, interviews, etc.)". KNO-assistente Marie Bogaerts: "We wilden onderzoeken of een adenotonsillectomie efficiënt is bij de behandeling van slaapgebonden stoornissen bij kinderen en of de resultaten beantwoorden aan de verwachtingen van de patiënt en zijn omgeving. Obstructieve respiratoire pro-

blemen tijdens de slaap hebben immers een belangrijke functionele weerslag op het kind. Er wordt verwacht dat het kind na de ingreep opnieuw beter slaapt, beter eet, opnieuw groeit, rustiger wordt en beter leert.

De recent gepubliceerde guideline in verband met Obstructief Slaap Apneu Syndroom bij kinderen in 'Pediatrics' stelt adenotonsillectomie voor als 'de' behandeling voor dit probleem.

KNO-arts dr. Peter Lemkens: "PROMs zijn een zinvolle manier om de functionele outcome van een behandeling te bevragen. Het is een goede methode om de kwaliteit van de zorg te beoordelen. Ook vanuit wetenschappelijk standpunt biedt de methodiek een meerwaarde. Op dit ogenblik wordt de outcome van een adenotonsillectomie bij obstructieve respiratoire problemen tijdens de slaap gemeten met behulp van een polysomnografie. Hierbij slaapt het kind in het ziekenhuis en wordt geregistreerd of het onder andere minder snurkt. In de studies over deze onderzoeken kan je uiteindelijk lezen of de ingreep een invloed heeft gehad op de metingen maar in feite weet je nog steeds niet of de patiënt tevreden is. Men beoordeelt in

zulke studies de polysomnografie en niet het behandelingsresultaat. Een directe manier van outcome meten, geeft immers soms een vertekend beeld: de test is beter terwijl de levenskwaliteit van de patiënt misschien niet beter is of omgekeerd."

De bevraging kende een grote responsrate: 88% van de patiënten namen deel aan de studie. Na 2 weken bedroeg de responsrate nog 82,6% en na 6 maanden 79,7%. Dr. Lemkens: "De patiënten waren zeer enthousiast om mee te werken. Toen we onze studie voorstelden op het 'International European Congress of Pediatric Otorhinolaryngology' in Amsterdam bleek dat de meeste studies slechts konden rekenen op een responsrate van om en bij de 60% na 14 dagen. Onze hoge succesrate heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat er ook een pre-operatieve bevraging gebeurde waardoor de interesse van de patiënt ook postoperatief behouden bleef. De tevredenheid was groot omdat ook de betrokkenheid groot was."

Het personeel van het dagziekenhuis speelde een belangrijke rol in het motiveren van de ouders om te participeren aan dit onderzoek. De postoperatieve bevragingen verliepen via e-mail. Slechts een kleine minderheid van de bevroegden had geen toegang tot het internet. Ondanks de multiculturele samenstelling van de patiëntenpopulatie werden geen taalproblemenesignaleerd. Dr. Lemkens: "Hiermee is bewezen dat het werken met een elektronische vragenlijst om de outcome van een behandeling te meten, haalbaar is. Daarenboven is aangetoond dat het gebruik van dure onderzoeken, zoals een polysomnografie, hiervoor overbodig zijn."

Het PROMs-onderzoek liep in samenwerking met medisch beleidsadviseur dr. Ward Schrooten, hoofdverpleegkundige Lieve Pulinx en de medewerkers van het dagziekenhuis Heelkunde. Het abstract van dit onderzoek vindt u terug in Billboard op pag. 34.

Patiëntgericht wetens in de Limburgse zie

Op zaterdag 24 november organiseren de doctorandi van de UHasselt, verbonden aan het Limburg Clinical Research Program, hun eerste PhD-symposium. Het symposium focust op het onderzoek dat in het Jessa Ziekenhuis en het ZOL gevoerd wordt in samenwerking met UHasselt. Het symposium richt zich naar artsen, verpleegkundigen en andere ziekenhuismedewerkers.

Prof. dr. Piet Stinissen, decaan faculteit geneeskunde en wetenschappen aan de UHasselt, verduidelijkt het hoe en waarom van wetenschappelijk onderzoek in de Limburgse ziekenhuizen.

Er zijn al een aantal universitaire ziekenhuizen in België. Waarom is het belangrijk dat er ook in de Limburgse ziekenhuizen aan onderzoek wordt gedaan?

Prof. dr. Piet Stinissen: "Wetenschappelijk onderzoek vormt de basis voor nieuwe medische zorgverlening. Onze medische zorg wordt onderbouwd door de wetenschap en gaat voort op nieuwe kennis. Dit komt uiteindelijk ten goede aan de patiënt."

Voelen de patiënten de effecten als er onderzoek gebeurt in de ziekenhuizen?

"Waarschijnlijk niet rechtstreeks en misschien ook niet op korte termijn, maar op langere termijn zullen de effecten wel voelbaar zijn. Dit heeft enerzijds te maken met het feit dat er voor wetenschappelijk onderzoek goede wetenschappers en

goede artsen worden aangetrokken waardoor de kwaliteit van de gezondheidszorg verbetert. Anderzijds is het zo dat door wetenschappelijk onderzoek de nieuwste technologieën en geneesmiddelen beschikbaar worden gesteld."

Leidt het onderzoek in de Limburgse ziekenhuizen ook tot meer innovatie?

"Bij patiëntgericht onderzoek gaat het vaak over nieuwe behandeltechnieken, therapieën, preventie. Ik ben ervan overtuigd dat sommige van de onderzoeken die we nu zijn opgestart, vernieuwingen in de gezondheidszorg naar de patiënt toe zullen brengen. Patiënten worden meer gemonitord en opgevolgd, en worden dus ook anders behandeld."

De eerste doctorandi van het Limburg Clinical Research Program komen nu met hun resultaten naar buiten op congressen en in de pers. Wat betekent dat voor UHasselt en voor de ziekenhuizen Jessa en ZOL?

"Het is belangrijk dat resultaten van wetenschappelijk onderzoek altijd in de wetenschappelijke gemeenschap worden opgenomen, bv. via artikels en presentaties op congressen. Dat onze LCRP doctorandi daar zo snel aan kunnen participeren is mogelijk omdat we niet vanaf nul gestart zijn. Op meerdere ziekenhuisdiensten waar nu onderzoek wordt uitgebouwd, bestond al een lange traditie van wetenschappelijk onderzoek. We maken nu gebruik van die ervaring om snel voor-

uitgang te boeken. Het is aangenaam om vast te stellen dat de wetenschappelijke resultaten nu naar buiten komen, want dat toont aan dat we goed bezig zijn."

Is dit PhD-congres een goede manier om de resultaten van het onderzoek en de gevolgen voor de zorg kenbaar te maken aan medewerkers van de ziekenhuizen en de zorgverleners?

"Dit PhD-symposium is zeker een goede manier om het gezicht achter het onderzoek te tonen en te vertellen waar we mee bezig zijn. Het is belangrijk dat we niet alleen in de zeer gespecialiseerde wetenschappelijke pers laten zien waar we mee bezig zijn, maar ons onderzoek en de gevolgen voor de zorg ook bekend maken bij een breder publiek van zorgverleners."

Hoe belangrijk is de samenwerking tussen de ziekenhuizen en de universiteit?

"Door de krachten te bundelen, kunnen we dingen doen die we anders niet zouden kunnen. Voor de universiteit is de link naar de ziekenhuizen belangrijk zowel voor onze opleidingen als voor het wetenschappelijk onderzoek. En voor de ziekenhuizen is de link met de universiteit belangrijk omdat dit nieuwe wegen opent om talent aan te trekken, maar ook om nieuwe financiering te kunnen verwerven voor onderzoek. Door de krachten te bundelen, gaan beide partijen erop vooruit. Het is goed dat dit nu op Limburgse schaal wordt uitgebouwd, maar het is uiteraard niet de bedoeling om er een

Wetenschappelijk onderzoek in ziekenhuizen

Limburgs onderonsje van te maken. In de toekomst zullen ook internationale samenwerkingverbanden versterkt worden."

Zit de kans erin dat er ook andere ziekenhuizen bij betrokken worden?

"Dit is gestart vanuit de twee grootste ziekenhuizen, ZOL en Jessa. Dat ligt voor de hand, omdat daar al een lange traditie van wetenschappelijk onderzoek aanwezig was, en al een groot aantal artsen met een PhD. Maar uiteraard is het zo dat voor sommige onderzoeksprogramma's de link wordt gelegd naar andere ziekenhuizen, zowel voor het aantrekken van patiënten voor studies als voor bepaalde expertise die in die ziekenhuizen beschikbaar is. Het is dus zeker de bedoeling om breed samen te werken. Hospilim is hier een goed voorbeeld van. Dit netwerk van alle Limburgse algemene en psychiatrische ziekenhuizen staat open om mee te werken aan wetenschappelijke studies."

Het onderzoek is gespreid over meerdere gebieden?

"Er zijn nu zes clusters/domeinen gedefinieerd. Bij het bepalen van die domeinen hebben we rekening gehouden met twee factoren: waar is de expertise voor wetenschappelijk onderzoek al aanwezig en welke domeinen zijn voor de ziekenhuizen zelf belangrijk om onderzoek uit te bouwen. Vandaag planten we als het ware kiemen om te zien waar we succesvol kunnen zijn en waar we in de toekomst kunnen verruimen."

Het PhD-symposium 'Patiëntgericht wetenschappelijk onderzoek in de Limburgse ziekenhuizen' op 24 november 2012, aula ZOL, campus St.-Jan.

Info en inschrijvingen op www.uhasselt.be/PhDSymposium24november 2012.

Organiserend comité: Amber Arain, Liene Bervoets, Evelyne Louis, Ingrid Meex, An Stevens, Yati Thys, Kathleen Tomsin, Frederik Verbrugge, Severina Windmolders.

universiteit
hasselt

JESSA
ZIEKENHUIS

Ziekenhuis
Oost-Limburg

"Hoogstaand wetenschappelijk onderzoek is belangrijk voor de regio, de ontwikkeling van de ziekenhuizen en de patiënt."



Prof. dr. Piet Stinissen



Eerste steenlegging K-Blok

Op de drie campussen van het Ziekenhuis Oost-Limburg vinden momenteel belangrijke bouwwerken plaats. Meest in het oog springt de K-Blok aan de voorzijde van campus Sint-Jan in Genk. Dit gebouw is het sluitstuk van het zorgstrategisch plan dat uitgetekend werd bij de fusie van het ZOL in 1995. De kostprijs van de K-Blok bedraagt 36,3 miljoen euro. De eerste steenlegging vond plaats op 20 september in aanwezigheid van Vlaams minister Jo Vandeuren.

Het is enerzijds de afdeling Geriatrie die vanuit campus André Dumont in Waterschei naar dit ultramoderne gebouw verhuist.

Anderzijds wordt de K-Blok ook de thuishaven van een uniek en innovatief, geïntegreerd thoraxcentrum (hart, longen,...).

Zorg voor de oudere patiënt

De nieuwe hospitalisatieafdelingen voor endocrinologie en geriatrie, het nieuwe Ambulant Centrum Geriatrie en het Diabetescentrum in de K-Blok zijn het (voorlopige) sluitstuk van jarenlange volgehouden aandacht voor de zorg van de oudere patiënt.

Het ambulant centrum bestaat uit het diabetescentrum, de raadpleging geriatrie, de geheugenkliniek, het geriatriesch dagziekenhuis en de cognitieve revalidatie. In het nieuwe gebouw worden deze samen-

gebracht op één verdieping. Deze centrale ligging vergroot de toegankelijkheid en zorgt voor kortere loopafstanden voor medewerkers en patiënten.

De hospitalisatieafdelingen zijn ruim en licht, met extra aandacht voor de veiligheid van dementerende patiënten. In totaal gaat het om twee verpleegafdelingen met 24 geriatrische bedden, een gesloten afdeling met 24 bedden voor psycho-geriatrie en een verpleegafdeling met 28 bedden voor inwendige geneeskunde. De kamers zijn groot en comfortabel met ruim sanitair, een eigen douche en een plafondlift. Er is mogelijkheid tot rooming-in. Vanuit de verpleegbalie kan toezicht gehouden worden op de dagzalen,



K-Blok



Geriatrie



K-blok

die zeer ruim en patiëntvriendelijk zijn en beschikken over TV, DVD, PC en Wii. De revalidatiezalen beschikken over de nieuwste technologieën en zijn gelegen op een minimale loopafstand. De centrale ligging van de hospitalisatieafdelingen ten opzichte van de parking, het ambulant centrum, de dienst medische beeldvorming, andere diensten en de spoedgevallen dragen zeker bij tot het comfort van de patiënt.

Innovatief, geïntegreerd thoraxcentrum

In de nieuwe K-blok is ook een vloer voorzien voor een innovatief, geïntegreerd thoraxcentrum (hart, longen,...). In dit centrum worden verschillende medische dien-

sten geclusterd voor de organisatie van specifieke interventionele therapieën, medisch-technische activiteiten en raadplegingen. Deze aanpak maakt het mogelijk dat de patiënt 's morgens kan binnenkomen en 's avonds volledig klaar naar huis kan.

In totaal zullen er zeven interventionele zalen gebouwd worden. Twee zalen zijn bedoeld voor de coronaire interventies, twee zalen voor elektrofysiologie, één zaal voor invasieve radiologie, één zaal voor vaatchirurgie en ten slotte zal er één hybride zaal ingericht worden voor complexe ingrepen. De hybride zaal zal uitgerust worden zoals een operatiekamer zodat eventuele urgenties zonder tijdver-

lies kunnen opgevangen worden.

Aan de interventionele zalen zal een groot dagziekenhuis gebouwd worden. In de toekomst zal immers almaar meer dagklinisch gewerkt worden. Coronarografie wordt grotendeels 'in-out' en ook percutane transluminale coronaire angioplastiek zal in de toekomst voor een groot deel zo gebeuren. Dit is mogelijk omdat de dagklinik, alle technieken en specialisten op één vloer aanwezig zijn. Ook de pneumologen, endocrinologen en radiologen - specialismen waar een cardiologische patiënt vaak ook nood aan heeft - zijn vlakbij. Veertig percent van de nieuwe vloer zal bestaan uit raadplegingsruimte voor cardiologie, vaatheelkunde en cardiochirurgie.

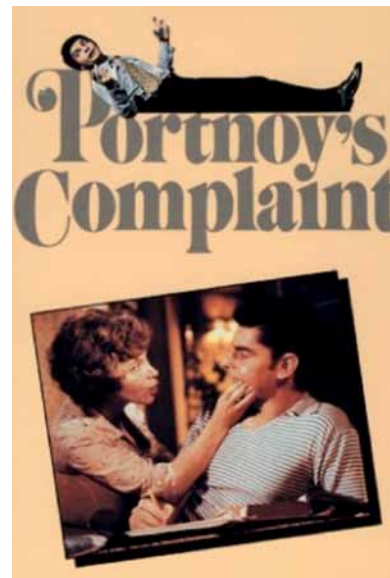


Thoraxcentrum

De grootmoedercel



Jerome Lettvin



Een halve eeuw geleden vroeg Jerome Lettvin, neurowetenschapper aan het MIT (Massachusetts Institute of Technology), zich af hoe onze hersenen functioneren. Sinds Cajal, Golgi en Brodmann was de histologische structuur ervan bekend, maar uit het kluwen neuronen en hun fijne uitlopers was de werking niet af te leiden. Hoe komt het dat we iets zien, iets voelen en iets onthouden of vergeten? Wat vormt ons zelfbewustzijn en hoe krijgen we een impressie over de ons omringende wereld? Velen hadden daarop al hun hersenen gepijnigd, maar rond 1970 kreeg Jerome Lettvin een idee. Zou het niet zo kunnen zijn, dacht hij, dat iedereen een speciale set neuronen (onderling verbonden hersencellen) heeft om een welbepaalde taak uit te voeren? Bijvoorbeeld een set waarmee we tussen duizenden mensen een welbepaald iemand, ons moeder bijvoorbeeld, herkennen. Een andere set waarmee we een deuntje kunnen horen en het opslaan en onthouden. Weer een andere set waarmee we de geur van bloemen kunnen onderscheiden. Om het voor zijn studenten een beetje aanschouwelijk voor te stellen, kaderde Lettvin zijn neuronen-set-hypothese in een verhaaltje.

Toevallig was toen net de roman 'Portnoy's Complaint' van Philip Roth verschenen. In

'Portnoy's Klacht' houdt de hoofdfiguur, Alexander Portnoy, een lange monoloog op de sofa van zijn psychiater. Hij vertelt over zijn moeilijke jeugd met zijn lompe zus Hanna, zijn slappe vader maar vooral over het conflict met zijn bazige moeder. Om hem te doen eten plaatste ze soms letterlijk het mes op zijn keel. Gefundenes Fressen voor Jerome Lettvin die in die roman een bruikbaar verhaal zag. Mits het plot een draai te geven. In de nieuwe plot gaat Alexander Portnoy niet naar de psychiater maar naar een neurochirurg. Als vermaard hersenchirurg had dr. Akakhi Akakhievitch 18.000 neuronen ontdekt die exclusief verbonden waren aan het beeld van iemands moeder. Aangezien Portnoy's grootste ellende voortkwam uit de gedachte aan zijn moeder, opende dr. Akakhievitch zijn hersenpan en verwijderde al die 'moedercellen' uit zijn brein. Na de operatie testte hij het resultaat.

"Meneer Portnoy, herinnert u zich nog uw vader?"

"Jazeker, dokter."

"Met wie was hij getrouwd?"

??? Black-out.

"U herinnert zich wellicht nog de rode jurk die in huis rondliep met die witte slippers eronder?"

"Natuurlijk."

"Wel, wie droeg die?"

??? Black-out.

"Goed zo. En herinnert u zich nog de panenkoeken die u elke donderdagavond zo graag at?"

"Jazeker, ze waren heerlijk."

"Wie bakte ze?"

??? Black-out.

Uit deze eenvoudige test besloot dr. Akakhievitch dat de operatie geslaagd was. Alexander Portnoy had geen moeder meer. Na dit succes, zo vertelde Jerome Lettvin aan zijn studenten, breidde de beroemde hersenchirurg zijn onderzoek verder uit tot de grootmoedercellen. (Waarom hij niet koos voor de schoonmoedercellen, is voor velen onbegrijpelijk.)

Wat aanvankelijk als een didactisch verhaal bedoeld was, werd een legende. Sprookjes zijn soms te mooi om niet waar te zijn en zo vroegen enkele wetenschappers zich af of er dan toch niet van die grootmoedercellen konden bestaan? Het idee van zo'n specifieke cellen was niet slecht want het kon nieuwe denksporen openen. Vandaag wordt echter algemeen aangenomen dat die grootmoedercellen al even fictief zijn als het personage dr. Akakhievitch zelf. Jerome Lettvin gaf zelf toe dat zijn verhaal verzonnen was en louter didactisch

bedoeld. Toch zijn er vandaag nog enkele artsen die hardnekkig vasthouden aan die zogezegde grootmoedercellen. Zo ondermeer Jeffrey Bowers, professor psychologie aan de University of Bristol in Engeland. Hij steunt zich op de testresultaten van enkele serieuze hersenonderzoekers.

Vooreerst Charles Gross uit Harvard. In 1969 stak Gross mini-elektroden in apenbreinen en ontdekte dat er neuronen bestonden die sterk reageerden bij het zien van een gezicht. Op andere prikkels reageerden ze niet. Andere neuronen kwamen in actie bij het zien van een hand. Het geleek er dus op dat apen in hun hersenen face cells en hand cells hadden. Gross schrok een beetje van zijn ontdekking maar vond het te voorbarig om er al onmiddellijk verregaande conclusies uit te trekken. Eerst wou hij nieuwe experimenten doen. Maar andere wetenschappers waren minder behoedzaam en namen onmiddellijk Gross' ontdekking voor bewezen aan. Zo werd zijn artikel het meest geciteerde bewijs dat er ook bij de mens van dergelijke, exclusief op één welbepaalde prikkel reagerende cellen moesten bestaan.

Sindsdien zijn er talloze studies verschenen waarin Lettvin's sprookje levendig gehouden werd. In de retina (netvlies) van de kikker bijvoorbeeld, werden neuronen ontdekt die enkel en alleen reageren op horizontale lijnen, andere op verticale lijnen en nog andere enkel op beweging (van bv een voorbijvliegend smakelijk insect).

De meest spectaculaire resultaten kwamen echter uit de operatiezaal van dr. Rodrigo Quiroga, University of Leicester, Engeland. Tijdens een hersenoperatie voor een hardnekkige epilepsie stak hij, met toestemming van de patiënt, enkele elektroden in de buurt van de weg te snijden epilepsiehaard. Omdat hersenen ongevoelig zijn voor pijn was de patiënt niet verdoofd en kon hij dus volop meewerken aan het experiment. Nadat Quiroga hier en daar mini-elektroden geplaatst had, toonde hij zijn patiënt een honderdtal plaatjes. Het waren foto's van dagelijkse voorwerpen, gebouwen en enkele bekende mensen zoals presidenten en filmsterren. En wat bleek? De proefpersoon had een hersencel die enkel activiteit vertoonde bij het zien



Rodrigo Quiroga



Halle Berry

van foto's van Halle Berry. Dit neuron reageerde niet op afbeeldingen van dieren, gebouwen of een andere filmster. Dit ene neuron flitste enkel en exclusief bij het zien van Halle Berry. Het maakte niet uit of enkel haar gezicht op de foto stond of haar hele lichaam. Zelfs als ze gehuld was in haar Catwoman pakje, schoot dit ene neuron driftig actiepotentialen af. Het leek er dus op dat er inderdaad een Halle-Berry-cel bestond.

Hetzelfde fenomeen werd ook waargenomen door Itzhak Fried, neurochirurg aan het UCLA in Los Angeles. Tijdens een epilepsie-operatie liet hij zijn patiënt eveneens een aantal verschillende foto's zien. Tot zijn grote verbazing was er één cel die exclusief



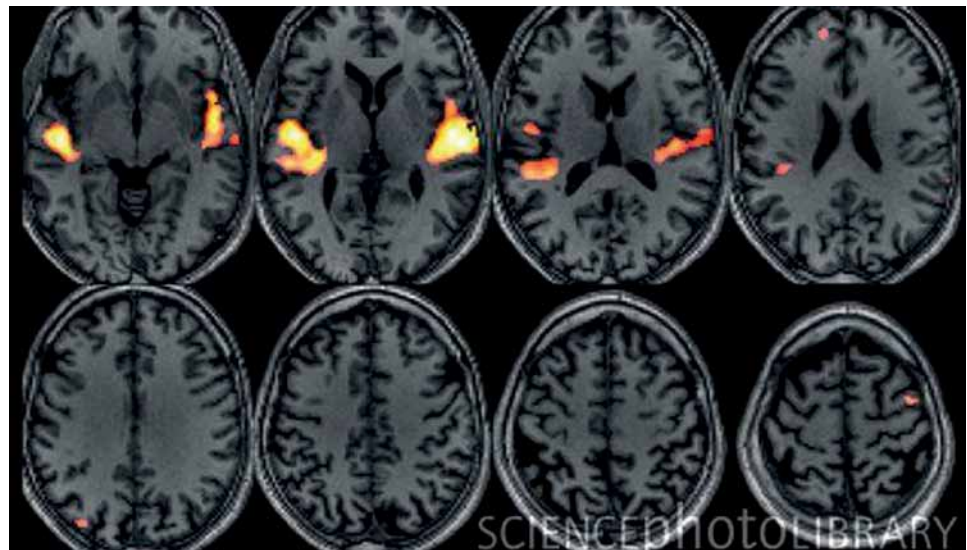
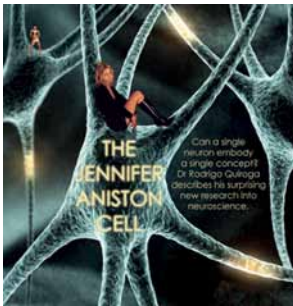
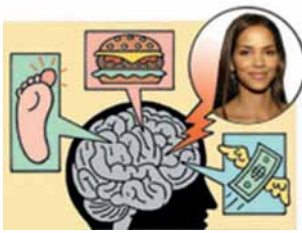
Halle Berry - Catwoman



Jennifer Aniston

op Bill Clinton reageerde. Een andere vuurde exclusief op foto's van de Beatles en weer een andere op Jennifer Aniston. De Jennifer-Aniston-cel zoals die al snel gedoopt werd, schoot in actie bij allerlei foto's van de beroemde actrice uit de Tv-serie Friends. Op andere visuele prikkels reageerde dit neuron niet, zelfs niet op een vrouw die wat op Jennifer geleek, zoals Julia Roberts.

Hoe intrigerend die bevindingen ook waren, en koren op de molen van artsen die in een specifieke grootmoedercel geloofden, toch staan veel wetenschappers daar vandaag bijzonder kritisch tegenover. Ze geven toe dat zo'n één-op-één-relatie tussen 1 neuron en 1 beeld bijzonder energiezuinig



zou zijn in een zo zuurstofverslindende klomp als de hersenen, maar hebben er allerlei bedenkingen bij. Niet enkel fysiologische of moleculair biologische. Ook praktische. Wat als die grootmoedercel of Jennifer-Aniston-cel nu om een of andere ongelukkige reden afsterft? Heeft die man of vrouw dan geen beeld meer van zijn/haar grootmoeder of idool? En als elk hersenneuron uiteindelijk verantwoordelijk zou zijn voor het bijhouden van één beeld, één deuntje of één herinnering, hebben we dan aan de 100 miljard neuronen in ons brein genoeg om alle beelden, alle muziekjes, alle gevoelens en alle herinneringen uit ons hele leven bij te houden?

Nee, zeggen de non-believers. Zo'n 1/1-relatie tussen één neuron en één bepaald beeld, muziekje of herinnering is onzin. De informatie daarover ligt, zoals Jerome Lettvin het al postuleerde, eerder in een netwerk van onderling verbonden hersencellen. De zogenaamde Jennifer-Aniston-cel bleek bij nader onderzoek trouwens toch niet zo selectief. Ze vuurde ook, al was het wat minder intens, op foto's van Lisa Kudrow, een mede actrice uit Friends. Ook Quiroga relativeerde zijn Halle-Berry-cel. Vooreerst, zo gaf hij toe, had hij zijn elektroden enkel kunnen plaatsen in een vrij beperkt gebied van de temporale kwab, in amper een 100-tal neuronen. Als daar toevallig één neuron lag dat fors vuurde op Halle Berry, betekende dit nog niet dat er in de rest van de 100 miljard hersencellen, geen andere waren die ook op haar foto zouden reageren. Bovendien had hij zijn patiënt slechts 100 foto's getoond. Het was

dus best mogelijk dat zijn Halle-Berry-cel ook op andere foto's zou gevuurd hebben, als hij er 200 of 1000 getoond had. Toch blijft de psycholoog Jeffrey Bowers een hardleerse aanhanger van de Jennifer-Aniston-cel, de Bill-Clinton-cel, de Sydney-Operahouse-cel, de Twin-Tower-cel en noem maar op. Met zijn idee dat ons brein een gigantische verzameling is van neuronen die elk afzonderlijk op één individueel plaatje, muziekje of herinnering reageren, lokt hij vandaag een vurige controverse uit. Op zich geen probleem. Wetenschappelijk gezien zelfs een goede zaak. Zo'n duivel in het wijzwatervat houdt de breinen van veel onderzoekers wakker om na te denken en verder te experimenteren. Maar toch lijkt het er in alle opzichten sterk op dat niet één enkel neuron de visuele informatie over Jennifer Aniston, Halle Berry of de scheve toren van Pisa bijhoudt. Daar is op zijn minst een klein netwerk van onderling verbonden neuronen voor nodig. Of het er nu 18.000 zijn, zoals Lettvin en zijn alter ego dr. Akakhievitch het geschat hebben, doet er niet toe. Het zijn er in elk geval meer dan één. Zelfs een heel stel zoals het met de functionele beeldvorming (fMRI) vandaag kan aangetoond worden. Bij het zien van een foto van Manuela bijvoorbeeld, lichten er in mijn hersenen heel wat neuronen op. Niet enkel in de visuele cortex, waar haar beeld omgekeerd geprojecteerd wordt maar ook in mijn temporale kwab, waar ze weer rechtgezet wordt en herkend wordt tussen de vele andere gezichten van mooie meisjes die daar opgeslagen liggen. Bovendien wees de

fMRI-specialist mij ook een brandhaard van actiepotentialen aan in wat bekend staat als 's mensen genotcentrum, de nucleus accumbens.

Conclusie

Zonder elektroden in mijn meest hoogverheven orgaan te moeten planten, leert een fMRI dat er geen exclusieve Jennifer-Aniston-cel, Halle-Berry-cel of Manuela-neuron bestaat. Ten tweede dat bij het zien van één van die schoonheden niet alle 100 miljard neuronen in actie schieten. Dit zou pas energieverpillend zijn. Ons brein doet het op een meer zuurstofzuinige manier, iets wat neurologen sparse-coding noemen. Dus als de fMRI-specialist mij onder de scanner een foto toont, lichten er in bovengenoemde hersengebieden enkele groepjes neuronen op die zich met anderen verbinden tot een netwerk dat alle opgeslagen informatie oproept, ordent, onderling vergelijkt en ten slotte, na finale herkenning van het portret, het doorstuurt naar mijn stembanden die uitroepen: 'Manuela!'



Dr. Johan Van Robays
Anatomopatholoog

Abstracts >

1. Hepatitis C infection, antiviral treatment and Mental Health: A European Expert Consensus Statement.

J Hepatol. 2012 Aug 6.

Schaefer M, Capuron L, Friebe A, Diez-Quevedo C, Robaey G, Neri S, Foster GR, Kautz A, Forton D, Pariente CM.

ABSTRACT

BACKGROUND: Mental health problems frequently occur in chronic infection with the hepatitis C virus (HCV) and during antiviral treatment with pegylated interferon-alpha (pegIFN-α) and ribavirin. Depression is one of the most important complications during antiviral treatment of chronic hepatitis C infection. However, an increased prevalence of depression, fatigue, and cognitive disturbances has also been reported in untreated HCV-positive patients. Patients with psychiatric disorders or drug addiction also have an increased risk of HCV infection. Furthermore, because of possible drug-drug interactions, new antivirals administered together with pegIFN-α and ribavirin may complicate psychiatric side effect management, even if no specific psychiatric adverse events are known so far for these new drugs.

AIM: The European Liver Patients Organisation (ELPA) organised a European expert conference to review the literature and develop expert recommendations for the management of mental health problems in HCV-infected patients.

RESULTS: This paper results from the output of the 2011 EASL meeting and subsequent dialogue with patient groups and relevant experts in Europe. It summarises the current knowledge of HCV-infection and the brain; prevalence, course and neurobiology of IFN-α associated psychiatric side effects; possible risk factors for IFN-associated depression and suicide attempts; psychiatric management of HCV infected patients before and during antiviral treatment; prevention of IFN-associated psychiatric side-effects; and psychiatric aspects of the new antivirals. **Conclusions:** The summarized current knowledge about mental health changes before and during antiviral treatment should improve interdisciplinary management of HCV-infected patients.

2. Resource use and cost of hepatitis C-related care.

Nevens F, Colle I, Michielsen P, Robaey G, Moreno C, Caekelbergh K, Lamotte M, Wyffels V.

Eur J Gastroenterol Hepatol. 2012 Jul 24.

ABSTRACT

BACKGROUND: Chronic hepatitis because of the hepatitis C virus (CHC) is a major health problem that can lead to decompensated cirrhosis, hepatocellular carcinoma, and eventually death, all of which are associated with significant healthcare costs.

AIM: To update the cost of care of CHC according to the different severity stages of the disease in a west European country (Belgium).

METHODS: Medical records of 157 patients, who were referred to the medical specialist at different stages of disease, were reviewed to identify the medical costs over a follow-up period of 3 years or 2 years in the case of liver transplantation (LT). Six disease stages were defined on the basis of histology (Metavir classification) and/or clinical data.

RESULTS: In comparison with mild disease, the cost increased 1.6 times in the case of decompensated cirrhosis, 1.9 times in the case of hepatocellular carcinoma, and 3.4 in the case of LT. The costs for medication, hospitalization, and ambulatory care were, respectively, on the one hand, 81, 8, and 11% for mild disease and, on the other, 18, 79, and 3% for LT. In the case of a sustained viral response, the cost of follow-up within 3 years decreased by 45% for patients with mild and moderate disease.

CONCLUSION: Antiviral treatment is the most important factor governing cost in mild and moderate disease, but once complications of CHC occur, hospitalization costs far exceed the cost of antiviral therapy. Already during the first 3 years of follow-up, sustained viral response decreased the cost significantly. Treatment of patients with CHC in an early stage has the potential to be cost-effective.

3. The judgment of the court of appeal of Antwerp (criminal division) in the 'muslim case' (2nd of april 2010).

Acta Anaesthesiol Belg. 2011;62(2):63-4.

Lafaut L, Dewallens F, Heylen R.

4. Epiduroscopy: the missing link connecting diagnosis and treatment?

Pain Pract. 2012 Sep;12(7):499-501.

Vanelderen P, Van Boexem K, Van Zundert J.

5. Cross-Cultural Adaptation to the Dutch Language of the PainDETECT-Questionnaire.

Pain Pract. 2012 Jul 9.

Timmerman H, Wolff AP, Schreyer T, Outermans J, Evers AW, Freynhagen R,

Wilder-Smith OH, van Zundert J, Vissers KC.

ABSTRACT

BACKGROUND: The PainDETECT-Questionnaire (PDQ) helps to identify neuropathic components in patients suffering from pain. It can be used by clinicians in daily practice and in clinical trials.

Aim: The aim of this study is to perform a translation and cross-cultural adaptation of the PDQ for use in the Netherlands and Belgium.

METHODS: The first phase was to translate and cross-culturally adapt the PDQ to Dutch. The second phase was to assess the face validity in the Netherlands and Belgium using qualitative and quantitative data collection.

RESULTS: The length, the readability, and the clarity of the questionnaire were good for all patients. The questionnaire was judged to have a good layout and to be clearly organized.

CONCLUSION: The PDQ Dutch language Version is a well translated and cross-culturally adapted questionnaire, which might be useful for screening for neuropathic components of pain in the Netherlands and Belgium.

6. Impedance cardiography in uncomplicated pregnancy and pre-eclampsia: A reliability study.

J Obstet Gynaecol. 2012 Oct;32(7):630-4.
Tomsin K, Mesens T, Molenberghs G, Gyselaers W.

ABSTRACT

It has been reported that cardiac contractility is altered in pre-eclampsia compared with normal pregnancy. Because of the non-invasive nature of impedance cardiography (ICG), this method is gaining popularity in the obstetric field. We assessed the reliability of ICG measurements in uncomplicated 3rd trimester pregnancies (UP) and pre-eclamptic pregnancies (PE). ICG measurements were recorded before and after three position changes, and this examination was done twice (session 1 and 2) per subject. For each of the 22 haemodynamic parameters, inter- and intrasession Pearson's correlation coefficients (PCC) were calculated for mean values of 30 measurements per position per subject. PCC was consistently ≥ 0.80 for contractility parameters 'acceleration-', 'velocity-' and 'heather-index' in both UP and PE. These data illustrate that correlation between repeated ICG measurements of cardiac contractility is high under standardised conditions, and that ICG may be useful to study changes of cardiac contractility in pregnancy.

7. Placental Mitochondrial DNA Content and Particulate Air Pollution during in Utero Life.

Environ Health Perspect. 2012 Sep;120(9):1346-52. Epub 2012 May 24.
Janssen BG, Munters E, Pieters N, Smeets K, Cox B, Cuypers A, Fierens F, Penders J, Vangronsveld J, Gyselaers W, Nawrot TS.

ABSTRACT

BACKGROUND: Studies emphasize the importance of particulate matter (PM) in the formation of reactive oxygen species and inflammation. We hypothesized that these processes can influence mitochondrial function of the placenta and fetus. Objective: We investigated the influence of PM10 exposure during pregnancy on the mitochondrial DNA content (mtDNA con-

tent) of the placenta and umbilical cord blood. Methods: DNA was extracted from placental tissue ($n = 174$) and umbilical cord leukocytes ($n = 176$). Relative mtDNA copy numbers (i.e., mtDNA content) were determined by real-time polymerase chain reaction. Multiple regression models were used to link mtDNA content and in utero exposure to PM10 over various time windows during pregnancy. Results: In multivariate-adjusted analysis, a $10\text{-}\mu\text{g}/\text{m}^3$ increase in PM10 exposure during the last month of pregnancy was associated with a 16.1% decrease [95% confidence interval (CI): -25.2, -6.0%, $p = 0.003$] in placental mtDNA content. The corresponding effect size for average PM10 exposure during the third trimester was 17.4% (95% CI: -31.8, -0.1%, $p = 0.05$). Furthermore, we found that each doubling in residential distance to major roads was associated with an increase in placental mtDNA content of 4.0% (95% CI: 0.4, 7.8%, $p = 0.03$). No association was found between cord blood mtDNA content and PM10 exposure. Conclusions: Prenatal PM10 exposure was associated with placental mitochondrial alterations, which may both reflect and intensify oxidative stress production. The potential health consequences of decreased placental mtDNA content in early life must be further elucidated.

8. Early neonatal complications from pulmonary arteriovenous malformations in hereditary hemorrhagic telangiectasia: case report and review of the literature.

J Matern Fetal Neonatal Med. 2012 Aug;25(8):1494-8.
Gludovacz K, Vlasselaer J, Mesens T, Van Holsbeke C, Van Robays J, Gyselaers W.

ABSTRACT

Hereditary hemorrhagic telangiectasia (HHT) is a rare but life-threatening disease characterized by multi system telangiectasias and arteriovenous malformations (AVM). Complications in adults have been reported extensively, but neonatal (NN) complications have only been published in incidental case reports. In this paper, we present a literature review on NN pulmonary AVM related to HHT, follow-

ing our own experience with a NN death due to this disease. As prenatal diagnosis of pulmonary AVM is feasible, we recommend that a family history of HHT should be an indication for expertise prenatal anomaly scanning, in order to organise optimal NN support at birth.

9. Differential Response to Cardiac Resynchronization Therapy and Clinical Outcomes According to QRS Morphology and QRS Duration.

J Am Coll Cardiol. 2012 Aug 14;60(7):592-8. Epub 2012 Jul 11.

Dupont M, Rickard J, Baranowski B, Varma N, Dresing T, Gabi A, Finucan M, Mullens W, Wilkoff BL, Tang WH.

ABSTRACT

OBJECTIVES: The goal of this study was to examine the relative impact of QRS morphology and duration in echocardiographic responses to cardiac resynchronization therapy (CRT) and clinical outcomes.

BACKGROUND: At least one-third of all patients treated with CRT fail to derive benefit. Patients without left bundle branch block (LBBB) or patients with smaller QRS duration (QRSd) respond less or not at all to CRT.

METHODS: We retrospectively assessed baseline characteristics, clinical and echocardiographic response, and outcomes of all patients who received CRT at our institution between December 2003 and July 2007. Patients were stratified into 4 groups according to their baseline QRS morphology and QRSd.

RESULTS: A total of 496 patients were included in the study; 216 (43.5%) had LBBB and a QRSd ≥ 150 ms, 85 (17.1%) had LBBB and QRSd < 150 ms, 92 (18.5%) had non-LBBB and a QRSd ≥ 150 ms, and 103 (20.8%) had non-LBBB and QRSd < 150 ms. Echocardiographic response (change in ejection fraction) was better in patients with LBBB and QRSd ≥ 150 ms ($12 \pm 12\%$) than in those with LBBB and QRSd < 150 ms ($8 \pm 10\%$), non-LBBB and QRSd ≥ 150 ms ($5 \pm 9\%$), and non-LBBB and QRSd < 150 ms ($3 \pm 11\%$) ($p < 0.0001$). In a multivariate stepwise model

with change in ejection fraction as the dependent variable, the presented classification was the most important independent variable ($p = 0.0003$). Long-term survival was better in LBBB patients with QRSd ≥ 150 ms ($p = 0.02$), but this difference was not significant after adjustment for other baseline characteristics ($p = 0.15$).

CONCLUSIONS: QRS morphology is a more important baseline electrocardiographic determinant of CRT response than QRSd.

10. Hepatitis C infection, antiviral treatment and Mental Health: A European Expert Consensus Statement.

J Hepatol. 2012 Aug 6

Schaefer M, Capuron L, Friebe A, Diez-Quevedo C, Robaey G, Neri S, Foster GR, Kautz A, Forton D, Pariente CM.

ABSTRACT

BACKGROUND: Mental health problems frequently occur in chronic infection with the hepatitis C virus (HCV) and during antiviral treatment with pegylated interferon-alpha (pegIFN- α) and ribavirin. Depression is one of the most important complications during antiviral treatment of chronic hepatitis C infection. However, an increased prevalence of depression, fatigue, and cognitive disturbances has also been reported in untreated HCV-positive patients. Patients with psychiatric disorders or drug addiction also have an increased risk of HCV infection. Furthermore, because of possible drug-drug interactions, new antivirals administered together with pegIFN- α and ribavirin may complicate psychiatric side effect management, even if no specific psychiatric adverse events are known so far for these new drugs.

AIM: The European Liver Patients Organisation (ELPA) organised a European expert conference to review the literature and develop expert recommendations for the management of mental health problems in HCV-infected patients.

RESULTS: This paper results from the output of the 2011 EASL meeting and subsequent dialogue with patient groups and

relevant experts in Europe. It summarises the current knowledge of HCV-infection and the brain; prevalence, course and neurobiology of IFN- α associated psychiatric side effects; possible risk factors for IFN-associated depression and suicide attempts; psychiatric management of HCV infected patients before and during antiviral treatment; prevention of IFN-associated psychiatric side-effects; and psychiatric aspects of the new antivirals.

CONCLUSIONS: The summarized current knowledge about mental health changes before and during antiviral treatment should improve interdisciplinary management of HCV-infected patients.

11. Resource use and cost of hepatitis C-related care.

Eur J Gastroenterol Hepatol. 2012 Oct;24(10):1191-8.

Nevens F, Colle I, Michielsen P, Robaey G, Moreno C, Caekelbergh K, Lamotte M, Wyffels V.

ABSTRACT

BACKGROUND: Chronic hepatitis because of the hepatitis C virus (CHC) is a major health problem that can lead to decompensated cirrhosis, hepatocellular carcinoma, and eventually death, all of which are associated with significant healthcare costs.

AIM: To update the cost of care of CHC according to the different severity stages of the disease in a west European country (Belgium).

METHODS: Medical records of 157 patients, who were referred to the medical specialist at different stages of disease, were reviewed to identify the medical costs over a follow-up period of 3 years or 2 years in the case of liver transplantation (LT). Six disease stages were defined on the basis of histology (Metavir classification) and/or clinical data.

RESULTS: In comparison with mild disease, the cost increased 1.6 times in the case of decompensated cirrhosis, 1.9 times in the case of hepatocellular carcinoma, and 3.4 in the case of LT. The costs for medication, hospitalization, and ambulatory care were, respectively, on the one hand, 81, 8, and 11% for mild disease and, on the other, 18, 79, and 3% for LT.

In the case of a sustained viral response, the cost of follow-up within 3 years decreased by 45% for patients with mild and moderate disease.

CONCLUSION: Antiviral treatment is the most important factor governing cost in mild and moderate disease, but once complications of CHC occur, hospitalization costs far exceed the cost of antiviral therapy. Already during the first 3 years of follow-up, sustained viral response decreased the cost significantly. Treatment of patients with CHC in an early stage has the potential to be cost-effective.

12. Extravascular migration of a guide wire with perforation of the heart eight months after percutaneous coronary intervention: consequence of a conservative approach.

Cardiology. 2012;121(2):83-6. Epub 2012 Mar 16.

De Praetere H, Di Bari N, Gutermann H, Van Kerrebroeck C, Dens J, Dion R.

ABSTRACT

Impingement of a guide wire is not unusual during complex percutaneous coronary intervention procedures. It is mostly retrieved by endovascular procedures. If not possible, conservative therapy is frequently the next option, leaving the guide wire in place. This case describes the consequence of such an approach 9 months after initial percutaneous coronary intervention. The guide wire migrated through the abdominal cavity and finally perforated the heart. We therefore defend a more aggressive approach if a guide wire is locked in or lost. Surgical retrieval seems to be the best choice. Fixation of the guide wire with a stent is an acceptable alternative in high-risk patients.

13. Salvage extensive coronary thromboendarterectomy for a ruptured left anterior descending artery.

Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2012 Jun 28.

De Praetere H, Di Bari N, Gutermann H, Van Kerrebroeck C, Dion RA.

ABSTRACT

We describe a lifesaving emergent thromboendarterectomy of the entire left anterior descending artery in a 63-year old man. Four days earlier, he had undergone a coronary artery bypass grafting. The left anterior descending artery was not bypassed then due to severe diffuse disease and calcifications. After an uneventful recovery, syncope occurred during exercise. Emergency catheterization revealed patent grafts, but no flow over the left anterior descending artery. At rescue percutaneous coronary intervention, a perforation of the left anterior descending artery occurred, leading to cardiogenic shock. A successful thromboendarterectomy of the left anterior descending artery salvaged the patient's life.

14. Surgical patch angioplasty of the left main coronary artery

Eur J Cardiothorac Surg. 2012 Jun 7

Harling L, Sepehrpour AH, Ashrafi H, Lane T, Jarra O, Chikwe J, Dion RA, Athanasiou T.

ABSTRACT

Isolated ostial stenosis of the left main coronary artery (LMCA) is rare, occurring in <1% of the patients undergoing coronary angiography. Surgical patch angioplasty (SPA) offers an alternative to conventional coronary artery bypass grafting (CABG) in such cases and is advantageous in restoring more physiological myocardial perfusion, maintaining ostial patency and preserving conduit material. However, a number of early technical failures and high perioperative mortality have limited the generalized uptake of this procedure, and only recently have advances in myocardial protection and novel surgical approaches to the LMCA resulted in a resurgence of the technique. A systematic literature search identified 45 studies incorporating 478 patients undergoing SPA. A variety of patch materials were used, including the pericardium, saphenous vein and internal mammary and pulmonary arteries. Patients were followed up for a mean of 54.4 months. The 30-day mortality was 1.7% and cardiac specific mortality 3.3% at last follow-up. Encouragingly, 92.4% of reported cases (n = 182) showed com-

plete angiographic patency at last follow-up. Our results indicate that SPA may be a viable alternative to CABG in the surgical management of isolated ostial LMCA stenosis. However, no randomized trials have been performed, and it is clear that careful patient selection is essential in minimizing morbidity and mortality in the short- and long-term. Further research is required to allow a direct comparison of SPA to techniques with a more substantial evidence base such as CABG and percutaneous coronary intervention, and to define the optimal patch graft material, elucidating that any beneficial effects arterial patches may have on long-term patency.

15. Tonsillectomy compared to acute tonsillitis in children: a comparison study of societal costs.

B-ENT. 2012;8(2):103-11.

Leupe P, Hox V, Debruyne F, Schrooten W, Claes NV, Lemkens N, Lemkens P.

ABSTRACT

INTRODUCTION AND AIM: Tonsillectomy is one of the most commonly performed surgical procedures in children; its main indications are recurrent episodes of acute tonsillitis and adenotonsillar hypertrophy. The effectiveness of tonsillectomy for severe recurrent tonsillitis is generally accepted; however its socio-economic cost is less well investigated. This study aims to determine and compare the societal cost of a tonsillectomy and a severe throat infection.

MATERIALS AND METHODS: The costs for both tonsillectomy and severe throat infection were evaluated. Costs of the surgical procedure and hospital stay were calculated based on resource use and personnel input at the participating hospital. The cost of work-related disability for both treatments was measured based on a questionnaire filled in by 275 parents of children undergoing a tonsillectomy. Data from two Belgian institutions (NIS and FOD) were used to calculate the cost of parents' absenteeism.

RESULTS: An episode of acute tonsillitis in the child results in a longer period of parents' work absenteeism (mean of 3.1 +/- 0.3 days) compared to tonsillectomy (2.2

+/- 0.2 days). The cost of economic productivity loss amounts to 613 Euros (NIS) or 759 Euros (FOD) for acute tonsillitis and 435 Euros (NIS) or 539 Euros (FOD) for a tonsillectomy. The medical costs linked to the surgical procedure at the local department correspond to 535 Euros and for an acute tonsillitis to 46 Euros.

CONCLUSIONS: From societal perspective, a tonsillectomy costs the equivalent of 1.4 times the cost of a severe throat infection. This indicates that in children suffering from recurrent acute tonsillitis, watchful waiting results in a higher cost compared to tonsillectomy, given the cumulative costs of parents' absenteeism.

16. Design of a medical record review study on the incidence and preventability of adverse events requiring a higher level of care in Belgian hospitals.

BMC Res Notes. 2012 Aug 29;5(1):468.

Vlaeyen A, Marquet K, Schrooten W, Vleugels A, Hellings J, De Troy E, Weekers F, Claes N.

ABSTRACT

BACKGROUND: Adverse events are unintended patient injuries that arise from healthcare management resulting in disability, prolonged hospital stay or death. Adverse events that require intensive care admission imply a considerable financial burden to the healthcare system. The epidemiology of adverse events in Belgian hospitals has never been assessed systematically.

FINDINGS: A multistage retrospective review study of patients requiring a transfer to a higher level of care will be conducted in six hospitals in the province of Limburg. Patient records are reviewed starting from January 2012 by a clinical team consisting of a research nurse, a physician and a clinical pharmacist. Besides the incidence and the level of causation and preventability, also the type of adverse events and their consequences (patient harm, mortality and length of stay) will be assessed. Moreover, the adequacy of the patient records and quality/ usefulness of the method of medical record review will be evaluated.

DISCUSSION: This paper describes the rationale for a retrospective review study of adverse events that necessitate a higher level of care. More specifically, we are particularly interested in increasing our understanding in the preventability and root causes of these events in order to implement improvement strategies. Attention is paid to the strengths and limitations of the study design.

17.A nationwide Hospital Survey on Patient Safety Culture in Belgian hospitals: setting priorities at the launch of a 5-year patient safety plan.

BMJ Qual Saf. 2012 Sep;21(9):760-7.

VLayen A, Hellings J, Claes N, Peleman H, Schrooten W.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To measure patient safety culture in Belgian hospitals and to examine the homogeneous grouping of underlying safety culture dimensions.

METHODS: The Hospital Survey on Patient Safety Culture was distributed organisation-wide in 180 Belgian hospitals participating in the federal program on quality and safety between 2007 and 2009. Participating hospitals were invited to submit their data to a comparative database. Homogeneous groups of underlying safety culture dimensions were sought by hierarchical cluster analysis.

RESULTS: 90 acute, 42 psychiatric and 11 long-term care hospitals submitted their data for comparison to other hospitals. The benchmark database included 55 225 completed questionnaires (53.7% response rate). Overall dimensional scores were low, although scores were found to be higher for psychiatric and long-term care hospitals than for acute hospitals. The overall perception of patient safety was lower in French-speaking hospitals. Hierarchical clustering of dimensions resulted in two distinct clusters. Cluster I grouped supervisor/manager expectations and actions promoting safety, organisational learning-continuous improvement, teamwork within units and communication openness,

while Cluster II included feedback and communication about error, overall perceptions of patient safety, non-punitive response to error, frequency of events reported, teamwork across units, hand-offs and transitions, staffing and management support for patient safety.

CONCLUSION: The nationwide safety culture assessment confirms the need for a long-term national initiative to improve patient safety culture and provides each hospital with a baseline patient safety culture profile to direct an intervention plan. The identification of clusters of safety culture dimensions indicates the need for a different approach and context towards the implementation of interventions aimed at improving the safety culture. Certain clusters require unit level improvements, whereas others demand a hospital-wide policy.

18.Implementing early-warning indicators of HIV drug resistance in the Caribbean.

Clin Infect Dis. 2012 May;54 Suppl 4:S290-3.

Jack N, Ravasi G, Schrooten W,

Sutherland D, Ghidini M, Del Riego A.

ABSTRACT

A key component of the World Health Organization's (WHO's) Global HIV Drug Resistance (HIVDR) prevention and assessment strategy is to monitor HIVDR early-warning indicators (EWIs), which provide strategic information for HIVDR containment. The Pan American Health Organization (PAHO)/WHO supported implementation of HIVDR EWI monitoring in 16 Caribbean countries. Results from 15 countries were analyzed by year of patient initiation of antiretroviral therapy for the period 2005-2009. This report demonstrates the need for capacity-building to standardize prescribing practices and to strengthen adherence strategies and antiretroviral drug procurement management systems.

19. Effect of adenotonsillectomy on the use of respiratory medication.

Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2012

Jun;76(6):906-10.

Piessens P, Hens G, Lemkens N,

Schrooten W, Debruyne F, Lemkens P.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Recurrent tonsillitis and upper respiratory tract obstruction due to adenotonsillar hypertrophy are the most common indications for (adenotonsillectomy ((A)TE). Symptoms of upper respiratory tract infection and obstruction can, however, be attributed to lower airway pathology and thus treated with respiratory medication - this is non-antimicrobial medication used for lower respiratory diseases like bronchitis, bronchiolitis, asthma and episodic wheezing. The aim of this study is to investigate the effect of the current (A)TE practice in Belgium on the use of respiratory medication in subjects aged 0-15.

METHODS: Retrospective data on 11.114 subjects aged 0-15 years old who underwent (A)TE from January 1st 2002 until Sept 30th 2003 were retrieved from the database of the Christelijke Mutualiteit, the largest mutual health insurance society in Belgium. We compared the use of respiratory medication 12 months before and 12 months after (A)TE.

RESULTS: Out of 11.114 subjects, 4.654 received at least one prescription for respiratory medication in the year before and/or after (A)TE. In this subgroup, the median respiratory medication use reduced with 32% in the year after surgery.

CONCLUSION: Compared with the year before surgery, the median use of respiratory medication in subjects aged 0-15 drastically reduces in the year after (A)TE. A possible reason for this reduction is that children with upper airway obstruction and infections are often wrongly diagnosed as having lower airway problems.

20. Parents reported outcome measures: children with obstructive respiratory problems undergoing tonsillectomy

M. Bogaerts, W. Schrooten, N. Lemkens,

P. Lemkens,

ABSTRACT

OBJECTIVES: To assess the outcome of

tonsillectomy in children with obstructive respiratory problems, by questioning the parents on their children's symptoms. To assess if the use of electronic questionnaires is a feasible approach to assess outcome in this patient population.

METHODS: The parents of children undergoing tonsillectomy were asked to fill out an electronic questionnaire on the day of surgery, two weeks after surgery and 6 months after surgery. If the parents did not respond within one week, a friendly reminder was sent by email. The questionnaire was based on the Pediatric Sleep Related Breathing Disorder Questionnaire designed by Sproson et

al. and scores symptoms in 5 subdomains: snoring, sleepiness, behavior, eating and apnea. Inclusion criteria were children undergoing tonsillectomy because of obstructive respiratory symptoms. Measurements were done from October 2009 until October 2012. The Wilcoxon signed-rank test was used to test for a statistical difference between the symptom scores at the different time points.

RESULTS: In total 88% of the invited parents agreed to participate, while 6% could not participate due to no access to internet, and another 6% preferred not to participate. The parents of 69 patients responded to the electronic questionnaire on the day of surgery. The response rates two weeks and 6 months after the tonsillectomy was respectively 83% and 78%. The total symptom score decreased significantly from the day of surgery to 2 weeks and 6 months after the surgery ($p < 0,0001$). The difference between the measurements at 2 weeks and 6 months were however not significant.

CONCLUSION: Assessing the outcome of tonsillectomy by electronic questionnaires for the parents was found to be feasible. Lack of access to internet was reported only by a minority of parents. Obstructive respiratory symptoms were reported to have significantly improved 2 weeks and 6 months after the tonsillectomy.

REFERENCES: Sproson, E.L., Hogan, A.M. & Hill, C.M. Accuracy of liniaal assessment of pediatrice obstructive sleep apnoea in two English centres. *J Laryngol Otol* 123, 1002-1009 (2009).

WETENSCHAPPELIJKE RAAD

De speekselklieren

Do 18 oktober 2012, 20.30 uur.

Neurologische avond voor de huisarts

Do 15 november 2012, 20.30 uur.

PhD-symposium 'Patientgericht wetenschappelijk onderzoek in Limburgse ziekenhuizen'

Zo 24 november 2012, 9 tot 13 uur.

Interstitieel longlijden: uitdagende fijne longvlekken

Do 20 december 2012, 20.30 uur.

Milieu en gezondheid in Genk en omstreken

Do 17 januari 2013, 20.30 uur.

Infectieziekten, een up-date

Do 21 februari 2013, 20.30 uur.

Hedendaagse kijk op digestieve oncologie voor coloncarcinoma:

Do 21 maart 2013, 20.30 uur.

De wet van 31 maart betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg: no fault wet

Do 18 april 2013, 20.30 uur.

Opening nieuw multidisciplinair pijncentrum op campus Sint-Barbara

Do 23 mei 2013, 20.30 uur.

Dermatologie in beeld

Do 20 juni 2013, 20.30 uur.

Meer info: www.zol.be



Verantwoordelijke uitgever:
Dr. H. Vandeput,
hoofdgeneesheer ZOL

Redactie en samenstelling:
Grete Bollen

Werken mee:
Dr. Hugo Daniels
An Stevens
Jos Vanoppen
Dr. Johan Van Robays
Patricia Vrancken

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

Foto's:
Imapictures
ZOL
Marco Mertens

Lay-out:
Onar

Redactie:
Schiepse Bos 6
B 3600 Genk - Belgium
T +32 (0)89 32 17 62
zolarium@zol.be

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