



**Medisch Centrum Maria Middelares officieel geopend** 4

**Dr. Eddy Deveneyns, voorzitter Omehak aan het woord** 8

**AZ Maria Middelares behaalt JCI-accreditatie** 12

# HALLO

## In dit nummer

De nieuwsbrief voor huisartsen is een publicatie van vzw AZ Maria Middelaes Buitenring Sint-Denijs 30 9000 Gent.

### VERANTWOORDELIJKE UITGEVERS

dr. R. Goethals  
ir. C. Mouton  
dr. L. Temmerman

### REDACTIELEDEN

dr. F. Ameye  
dr. D. Baert  
dr. J. Bonte  
dr. K. De Schynkel  
dr. M. Devogele  
dr. P. Germonpré  
dr. L. Temmerman  
dr. H. Vanoverschelde  
dr. D. Vanwynsberghe  
dr. J. Vermeiren  
S. Theunissen

### WERKTEN MEE AAN DIT NUMMER

A.-S. Beeckman  
Dr. J. Bonte  
K. Daemers  
Dr. S. Dekeyser  
Dr. E. Deveneyns  
Dr. M. Moerman  
L. Staessen  
Dr. P. Taelman  
Dr. L. Temmerman  
Dr. W. Willaert

### REDACTIE & VORMGEVING

dienst communicatie



- 4-5 Medisch Centrum Maria Middelaes officieel geopend
- 6 Een nieuwe start
- 7 Een kwarteeuw Medische Kring
- 8-9 Interview met dr. Eddy Deveneyns, voorzitter Omehak
- 10-11 Therapie van eczeem
- 12-13 JCI-accreditatie voor AZ Maria Middelaes
- 14-15 Vasculaire aantasting van het onderste lidmaat
- 16 Flash glucose monitoring sensormethode
- 17 Quiz diabetes
- 18-19 Dysfagie
- 20 Agenda Medische Kring
- 20 Erkenning psychiatrisch dagziekenhuis



Huisartsenkring  
Omehak  
Dr. Eddy Deveneyns  
aan het woord



8



Flash glucose  
monitoring  
sensormethode  
Primeur voor  
AZ Maria Middelaes



16

Medisch Centrum  
Maria Middelaes  
Officieel geopend

<



Een kwarteeuw  
Medische Kring  
Een terugblik

<

4

7



Medische Kring in  
samenwerking met de  
diensten dermatologie  
en kinderziekten  
Therapie van eczeem

>



10

JCI-accreditatie voor  
AZ Maria Middelaes  
Focus op kwaliteit en  
patiëntveiligheid

<



Vasculaire aantasting  
van het onderste  
lidmaat  
De dienst heekunde  
licht toe

<

12

14



Dysfagie  
AZ Maria Middelaes  
huisvest toptechnologie

>



18

# Medisch Centrum Maria Middelaares officieel geopend

**Op zaterdag 3 december 2016 opende de volledig gerenoveerde polikliniek Medisch Centrum Maria Middelaares. De officiële opening startte met een geleid bezoek en plenaire uiteenzettingen door dr. Yves Kluyskens, dr. Herman Devriendt en dr. Herman Burvenich.**

In aanwezigheid van de congregatie, huisartsenkringen, raad van bestuur, directie, artsen en medewerkers van AZ Maria Middelaares werd op zaterdag 3 december 2016 het Medisch Centrum geopend. Het nieuwe medisch centrum past in de visie van een brede en lokale uitbouw van een netwerk aan zorgaanbod. Met de inhuldiging staan we, volgens dr. Kluyskens, opnieuw voor een historische mijlpaal. Wie een toekomst wil uitschrijven moet zijn geschiedenis kennen. In de toespraak van dr. Y. Kluyskens vlogen we even meer dan 100 jaar terug in de tijd naar de oorsprong van de site in Gentbrugge. "In 1881, na de ellende van twee dodelijke cholera-epidemieën in 1845 en 1865, werd op het grondgebied van Gentbrugge het voormalige 'Sint-Jozefgesticht' opgericht om er lokale zieken en 'kranken' onder te brengen". Het standbeeld bij het onthaal van dr. Odilon Van der Linden, één van de pioniers, is een stille getuige van het ontstaan van de site. Jaren later, tussen 1977 en 1983, werd een volledig nieuw ziekenhuis gebouwd. "Een resem pas afgestudeerde specialisten vervoegde progressief het team zodat de meeste diensten snel hun bestaande zagen verdubbelen. De dienst intensieve zorg

werd uitgebouwd en subspecialiteiten, zoals vaatchirurgie en cardiologie, werden geïntroduceerd". De doorstart voor de Sint-Jozefkliniek volgens dr. Y. Kluyskens. "De kliniek kon uiteindelijk functioneren als een volwaardig streekziekenhuis waar patiënten volgens de gangbare normen en respectvol opgevangen werden". Jaren later vormde de technologische (r)evolutie in de gezondheidszorg een nieuwe uitdaging binnen het ziekenhuislandschap. "De fusie met AZ Maria Middelaares eind de jaren '90 kwam dan ook op het gepaste moment", besluit hij.

Dankzij de inzet van het bestuur en de artsen konden de lijnen voor de uitbouw van een vernieuwd zorgaanbod voor groot-Gentbrugge na de verhuis van het beddenhuis naar het nieuwbouwziekenhuis aan de Ringvaart in 2015 worden uitgezet. Prof. Pascal Verdonck, voorzitter van de raad van bestuur: "Bij de fusie was het de uitdrukkelijke wens van de congregatie om hun levenswerk te continueren en de nodige investeringen te doen om een toegankelijk zorgaanbod te kunnen blijven bieden ten behoeve van de groeiende

bevolking van Gentbrugge. De uitbouw van de site als woonzorgdorp waar (huis)artsen, verpleegkundigen en paramedici hand in hand een optimale zorgomgeving creëren voor ouderen zodat ze zo lang als mogelijk in hun geliefkoosde omgeving kunnen blijven wonen, zal van de site een medisch en sociaal ankerpunt voor Gentbrugge en de ruime omgeving maken. De bevestiging van een gegeven woord."

"Dat het Medische Centrum Maria Middelaares Gentbrugge klaar is voor de toekomst werd zopas nog bevestigd door het behalen van het JCI-kwaliteitslabel", beklemtoont ir. Christophe Mouton, algemeen directeur. "Deze internationale erkenning die na grondige doorlichting van AZ Maria Middelaares, Medisch Centrum Maria Middelaares en het dialysecentrum in Deinze werd toegekend, toont objectief aan dat er doorheen onze hele organisatie voor elke patiënt op ieder moment kwaliteitszekere en veilige zorg verleend wordt." De duurzame uitbouw van de site wordt het komende jaar verder gezet met de realisatie van vier bouwlagen assistentiewoningen bovenop de polikliniek naast



v.l.n.r.: ir. Christophe Mouton, algemeen directeur



stophe Mouton, dr. Guy De Cock, dr. Herman Burvenich, prof. cal Verdonck, dr. Guy De Gendt, dr. Yves Kluyskens, dr. Ronny Goethals en dr. Herman De Vriendt.

de huisartsenwachtpost, het wijkgezondheidscentrum De Punt en de nieuwbouw van het WZC Ter Hovingen. De mogelijkheden om bijkomende innovatieve woonvormen en extra faciliteiten toe te voegen zoals een zorgwinkel, sociaal restaurant, revalidatie-eenheid, apotheek, kapster, tandarts en anderen zullen worden afgetoetst.

Tot slot nog een woord van dank aan de zusters, alle medewerkers en artsen (sommigen inmiddels éminence grise maar nog steeds actief in onder meer Katako-Kombe voor 'Artsen Zonder Vakantie') die vol gedrevenheid het beste van zichzelf hebben gegeven om steeds de beste zorg voor hun patiënten te realiseren.

**Een medisch en sociaal ankerpunt voor Gentbrugge en de ruime omgeving**



# Een nieuwe start

## DIENST OOGHEELKUNDE

Dr. **Evelien De Nijs** versterkt de dienst oogheelkunde sinds 1 september 2016. Ze studeerde geneeskunde aan UGent en behaalde haar artsdiploma in 1999. Hierna startte ze haar opleiding tot oogarts in AZ Sint-Jan Brugge, en zette deze verder in UZ Gent.

Na haar opleiding werd ze in 2003 aangenomen als consulent op de dienst kinderoogheelkunde-strabologie UZ Gent. Ze bekwaamde zich verder in de strabologie gedurende vier jaar bij prof. Putteman. Hiernaast bouwde ze ook haar eigen praktijk uit in Aalter.

Dr. De Nijs vervoegt als strabologe het bestaande oogartsenteam om scheelzien bij zowel kinderen als volwassenen te onderzoeken en te behandelen.



Dr. Evelien De Nijs

## DIENST NEUROLOGIE

Sinds 1 oktober 2016 maakt dr. **Olivier Stevens** deel uit van de dienst Neurologie. Na het behalen van zijn diploma van licentiaat in de wijsbegeerte aan de UGent genoot dr. Stevens zijn opleiding tot arts aan de KU Leuven. Hij specialiseerde zich daarna in de neurologie aan het UZ Leuven. Hij werd opgeleid tot algemeen neuroloog, en sinds het afleggen van het examen van the European Board of Neurology is hij ook een fellow van deze vereniging. Tijdens zijn opleiding ontwikkelde hij een bijzondere interesse voor bewegingsstoornissen en klinische neurofysiologie, meer in het bijzonder EMG. Om zich meer te bekwamen in de bewegingsstoornissen volgde hij een aanvullende cursus in Aspen (Colorado, VSA).

Hij zal ook voorlopig één dag per week in het UZ Leuven blijven werken als supervisor voor EMG, EEG en EP.

Dr. Stevens hoopt met zijn kennis en vaardigheden het huidige team neurologen te kunnen versterken om zo de zorg voor de neurologische patiënten in ons centrum verder te verbeteren.



Dr. Olivier Stevens

## DIENST CARDIOLOGIE

Dr. **Vincent Floré** versterkt de dienst hart- en vaatziekten sinds 1 december 2016. Dr. Floré werd geboren in Brugge. Na zijn studies geneeskunde aan de KU Leuven koos hij voor specialisatie in inwendige geneeskunde met stages in het Sint-Andries ziekenhuis Tielt, AZ Sint-Jan Brugge en UZ Leuven. Vervolgens verrichtte hij vier jaar onderzoek in de experimentele en klinische cardiologie waarmee hij een doctoraat biomedische wetenschappen behaalde aan de KU Leuven. Daarna genoot hij een opleiding tot cardioloog in O.L.V.-ziekenhuis Aalst en UZ Leuven. Na de opleiding klinische cardiologie koos hij voor een bijkomende bekwaaming in de interventionele cardiologie. Hij werkte hiervoor als fellow in O.L.V.-ziekenhuis Aalst en Papworth Hospital in Cambridge, het grootste gespecialiseerde cardio-thoracale ziekenhuis van Groot-Brittannië. Hij deed er ervaring op in de brede waaier aan minimaal invasieve interventies die de moderne cardiologie kan aanbieden, zoals complexe coronaire interventies via de polsslagader en klepinterventies via de liesslagader. Dr. Floré hoopt met zijn expertise bij te dragen aan de kwaliteitsvolle klinische en hoogtechnologische patiëntenzorg waarvoor het hartcentrum van AZ Maria Middelaes garant staat.



Dr. Vincent Floré

# Een kwarteeuw Medische Kring

**De Medische Kring AZ Maria Middelaes bestaat in 2016 een kwarteeuw. Die verjaardag werd gevierd op zaterdag 26 november 2016 in het Pand. Spreker was burggraaf en eerste Belgische astronaut Dirk Frimout. Thema was: 'Is the sky the limit?'. Met zijn aangename spreektaal en prachtige iconografie nam hij genodigden mee op een kosmische avond. Het mocht er zijn ... een goudgeel feest na 'black friday' en verhalen over de 'rode' planeet.**

Voorzitter dr. Linda Temmerman, die een begenadigd spreker is, werd gevierd met bloemen, geschenken en woorden voor de vele jaren inzet. Ze maakte tevens bekend dat het tijd was om "het hekken eens van stijl te wisselen". Dr. Temmerman gaf daarbij de fakkel door aan dr. Pascale Bernaert (nefroloog).

Dr. Jan Dierick (klinisch bioloog) en dr. Jozef Mestdagh (patholoog) legden de eerste steen in 1992. De Medische Kring werd toen georganiseerd in de oude verpleegsterschool

op de site van Maria Middelaes. Het geheel betrof een handvol artsen, specialisten en huisartsen. Oprichter Jozef Mestdagh gaf de inaugurale speech samen met dermatoloog Linda Temmerman. De speech handelde over 'Naevi een warme stip vroeger, een hot spot nu' gebracht aan de hand van blauwe dia's. Enkele jaren later werd Linda Temmerman voorzitter. Tezelfdertijd groeide de kleine medische kring uit tot een vzw met alles erop en eraan: een erkend ondernemingsnummer, accreditatiewaardigheid, staatsbladverschijningen en een secretariaat.

Er werd geopteerd voor een schema van drie à vier wetenschappelijke vergaderingen per jaar. Elke vergadering werd georganiseerd in samenwerking met verscheidene diensten en op verschillende locaties: het kasteel van Zwijnaarde, Holiday Inn,... en de laatste tijd in het eigen, nieuwe ziekenhuis AZ Maria Middelaes. Elke vergadering kwamen er, en komen er nog steeds, zo'n tachtig à honderdtwintig artsen. Om de vergaderingen te optimaliseren qua inhoud, tijdstip en afwerking werden er geregeld enquêtes afgenomen. Een vergadering had meestal plaats op een dinsdagavond. Soms was er een middag- of zaterdagavondsymposium.

Uitnodigingen voor een vergadering werden aangekondigd via post en e-mail, en via de voorzitters van elke huisartsgroep.

Één keer per jaar vond een avond plaats rond een bepaald onderwerp, met een bekende externe spreker. Een greep uit de genodigden waren onder meer advocaat Jef Vermassen, prof. Marleen Temmerman, kunstpaus Jan Hoet en graaf dr. Jacques Rogge. Op zo'n avonden werden de partners mee uitgenodigd.

Op de website van AZ Maria Middelaes zijn meerdere powerpointvoorstellingen beschikbaar van de voordrachten alsook de data van vergaderingen ([www.mariamiddelaes.be](http://www.mariamiddelaes.be) > zorgverleners > huisartsen > medische kring). Een samenvatting van de teksten is ook telkens te vinden in de Hallo.

Jan Bonte en Linda Temmerman  
Bestuur Medische Kring  
[medische.kring@azmmsj.be](mailto:medische.kring@azmmsj.be)  
Tel. 09 246 78 50

## Who is who ?

### in de Medische Kring

Dr. Jan Bonte (fysiotherapeut), dr. Katrien De Schynkel (pediater), dr. David Vanwynsberghe (secretaris en oftalmoloog) en voorzitter dr. Linda Temmerman staan in voor het bestuur, omringd door de lieftallige secretaresse Karien en Alain, onze hulp van bij de oprichting.

Dr. Guy De Clercq (orl-arts) was tijdelijk lid tot 2008.

Sinds 1 januari ging het nieuwe bestuur van start onder het voorzitterschap van dr. Pascale Bernaert. De andere leden zijn: dr. Els Monsaert, dr. Valerie Vergucht, dr. Delphine Vervloet, dr. Véronique Moerman, dr. Liesbeth Degroote, dr. Jan Bonte en dr. Katrien Deschynkel.



V.l.n.r.: dr. Jan Bonte, dr. Linda Temmerman, burggraaf Dirk Frimout, dr. Katrien De Schynkel en Karien Temmerman

# “Gestroomlijnde communicatie betekent meerwaarde voor de patiënt”

## De Oost-Meetjeslandse huisartsenkring (Omehak)

Eddy Deveneyns is al bijna 40 jaar huisarts in Watervliet. Daarnaast is hij voorzitter van een aantal verenigingen, waaronder de Oost-Meetjeslandse Huisartsenkring (Omehak). Omehak is een erkende vereniging voor huisartsen uit de gemeenten Assenede, Eeklo, Evergem, Kaprijke, Lovendegem, Sint-Laureins, Waarschoot, Wachtebeke, Zelzate en Zomergem. De vereniging behartigt de belangen van de huisartsen in deze regio en staat onder meer in voor de organisatie van de wachtdienst. **Tevens is Omehak het wettelijk aanspreekpunt van de huisarts met de overheid en de tweedelij. Dr. Dirk Van Hoecke vertegenwoordigt Omehak in het huisartsenoverleg met AZ Maria Middelaes.**

### Werkdruk

Omehak omvat momenteel 135 collega's. Die huisartsen werken in een zevental wachtdienstonderdelen. Dr. Deveneyns maakt deel uit van het wachtdienstonderdeel 'Hippoliet van Peene', samen met een achttiental collega's.

Net zoals de andere dokters werkt hij ruim 60 uur per de week. "Er zijn dagen waarop ik evenveel werk na 17 uur als vóór 17 uur. Na de consultatie-uren komen er nog de administratieve lasten bij. Daarnaast heeft elke collega een wachtdienst van zo'n 330 uur per jaar. Dat kan lastig zijn. Burn-outs, depressies en middelenmisbruik komen frequent voor in ons beroep. Als een arts problemen heeft, houdt hij dit vaak voor zich. Tegenwoordig kan hij daarvoor terecht bij een co-arts." Dr. Deveneyns volgde die opleiding waardoor collega's bij hem terecht kunnen voor een luisterend oor. Co-artsen zijn dus geen behandelde artsen. Ze willen thema's als zelfzorg, burn-outs, herkennen

van stresssignalen,... op de agenda plaatsen. Ondertussen zijn er 31 artsen uit Vlaanderen en Brussel opgeleid als co-arts. Die zijn te bereiken via 0800 23 460 (voor heel België).

### Vergrijzing bij huisartsen

Dr. Deveneyns voelt de vergrijzing in zijn kring. "In Watervliet zitten we in een huisarme zone, dus wij voelen de nood aan een instroom van jonge huisartsen. Even een vergelijking: vroeger waren we met twintig huisartsen in de kring, waarvan er zestien waren met één of meerdere opvolgers. Vandaag hebben slechts vier van de twintig huisartsen een opvolger. De vergrijzing is dus zeker voelbaar. Artsen die nu afstuderen willen eerst liever nog verder specialiseren, of zoeken eerder de grote gemeenten of steden op. Er zijn de laatste jaren wel meer vrouwelijke huisartsen bijgekomen die het vaak moeilijk hebben om al hun taken te combineren."

### Huisarts van de toekomst

"Momenteel is de huisarts een manasje-van-alles. Huisartsen zijn altijd beschikbaar, en vaak het eerste aanspreekpunt van een patiënt. Ze zijn eigenlijk managers geworden. Ze moeten uren verdelen, dossiers opvolgen, zorgen dat ze op de hoogte zijn van nieuwe wetten, en dat alles bovenop het medische luik. Hoe het verder gaat evolueren, durf ik niet met 100 % zekerheid te zeggen."

Daarnaast vindt technologie meer en meer zijn weg in de praktijk van de huisarts. "Nu zijn bijvoorbeeld de voorschriften elektronisch geworden, terwijl die vroeger geschreven werden. Op zo'n e-voorschrift staat een code die vermeldt dat ik het voorschrift opgesteld heb voor patiënt x op die datum. Die code wordt gegenereerd door eHealth." Op voorwaarde dat de connecties goed werken, dan is dit een interessante toepassing.







“Momenteel is de huisarts een manusje-van-alles. Ze zijn altijd beschikbaar, en vaak het eerste aanspreekpunt van een patiënt. Ze zijn eigenlijk managers geworden.” zegt dr. Eddy Deveneyns, voorzitter Oost-Meetjeslandse Huisartsenkring (Omehak).

### **Globaal Medisch Dossier**

Over het Globaal Medisch Dossier (GMD) is dr. Deveneyns positief. “Ik ben in juni overgestapt naar het elektronisch GMD. Dat GMD is voor elke patiënt financieel aantrekkelijk, want een patiënt zonder GMD moet meer remgeld betalen. Op die manier wordt de patiënt gestuurd -doch niet verplicht- een vaste huisarts te consulteren. Het GMD is ook beschikbaar op smartphone. “Bij huisbezoeken kan ik onmiddellijk ter plaatse de gegevens invoeren. Dat bespaart me veel administratief werk achteraf. En erg handig. Alles wordt bewaard in de cloud en elke maand stuur ik die gegevens ook door naar de overheid. Tot nu toe verloopt dat allemaal heel vlot.”

Dr. Deveneyns ziet nog punten, vatbaar voor verbetering. **Zo kunnen slechts artsen via Hub's (cozo) specialistenbrieven consulteren waarmee de arts een therapeutische link heeft.** Dat vindt hij een gemis voor de huisartsen. “Als de huisarts een overzicht wil van de volledige problematiek van een patiënt en hij/zij mist een document met belangrijke informatie dan kan dat een probleem vormen. Voor mij zou het GMD toegankelijk moeten zijn voor elke medische professional die de informatie nodig heeft.

Dat kan bijvoorbeeld ook dubbele onderzoeken voorkomen.”

### **Samenwerken**

**Omehak bestrijkt een groot gebied. Verschillende leden van Omehak vertegenwoordigen onze huisartsen in de eigen streek. Kennis van de sfeer en de gevoeligheden van een ziekenhuis zijn het best gekend door frequent verwijzende artsen. Bv. dr. Dirk Van Hoecke uit Evergem vertegenwoordigt ons in AZ Maria Middelaars.**

“Het is belangrijk voor huisartsen dat specialisten op een conforme manier communiceren met de huisarts. Patiënten en specialisten praten soms onderling over problemen die ook de huisarts aanbelangen en die behandelingen in de toekomst beïnvloeden. Niet-gemelde horizontale verwijzingen tussen ziekenhuisartsen kunnen zo een probleem vormen. Zo kan de patiënt bijvoorbeeld tegen de specialist klagen dat de huisarts nooit een bloedafname doet, terwijl hij dat nooit vraagt aan de huisarts of dat er geen reden is om dat onderzoek te doen. Dan is het handig als de specialist dat zou melden. Daarnaast zou een specialist ook beschikbaar moeten zijn. Soms zijn de wachtlijsten zo lang dat de patiënt pas na enkele weken geholpen

kan worden. Dat vind ik niet normaal. Er is bijvoorbeeld een afspraak nodig zodat een doorverwezen patiënt binnen zeven dagen op consultatie kan gaan. Maar dat geldt ook omgekeerd. De specialist kan voor veel zaken de patiënt ook terug verwijzen naar de huisarts. Huisartsen kunnen bijvoorbeeld perfect draadjes verwijderen na een operatie. We vissen allemaal in dezelfde pool, en streven dezelfde belangen na. Met eenheid in communicatie kunnen we meer betekenen voor de patiënt.”

Op de afsluitende vraag of dr. Deveneyns nog andere noden ziet in de samenwerking met ziekenhuizen, verwijst hij naar de verkorte ligduur. “Vroeger lag je voor sommige ingrepen wekenlang in het ziekenhuis. Momenteel gaat de trend naar het andere uiterste. De overheid betaalt slechts enkele dagen terug, zodat ontslagen patiënten (geriatrische patiënten, zorgen na bevalling...) zich soms met complexere en andere noden aandienen. Ieder ziekenhuis zou eigenlijk een vorm van serviceflats moeten kunnen aanbieden waar patiënten enkele dagen tot weken kunnen herstellen of revalideren, zeker voor oudere patiënten.”

# Therapie van eczeem

**Om de ernst van een eczeem te meten, zijn er verschillende scores beschikbaar. De SCORAD (SCORing Atopic Dermatitis) is een van de meest gebruikte scoresystemen, zowel klinisch als in studieverband. De score is het resultaat van (A) de oppervlakte volgens de regel van 9, (B) de intensiteit volgens een vaste set criteria (erytheem, oedeem/papels, vochtverlies/korsting, bekrabtheid, lichenificatie en droogte op niet-aangetaste huid) en (C) de subjectieve symptomen 'jeuk' en 'slaapverlies' volgens een visueel analoge schaal. De formule  $A/5+7B/2+C$  berekent de totaalscore. Er bestaat reeds een handige smartphone-app om de score te berekenen en te bewaren.**

Bij de behandeling van eczeem zijn een aantal basisregels van tel. Indien mogelijk is een etiologische werkwijze aangewezen:

1. vermijd contact volledig bij een gekende contactallergie,
2. minimaliseer de blootstelling bij een irritatieve component,
3. behandel eventuele bacteriële infecties.

Ook de wasgewoonten vragen vaak extra aandacht. Wassen gebeurt vaak te lang, te warm en met onaangepaste producten. Atopische kinderen voelen zich immers dikwijls erg goed in water, wat afleren van verkeerde gewoontes niet eenvoudig maakt. Zeepvrije zepen en wasolies genieten daarbij de voorkeur.

Dagelijkse hydratatie met een aangepast product is, zelfs in periodes wanneer de patiënt letselvrij is, een andere hoeksteen van de (onderhouds) behandeling. Ze helpt niet alleen de barrière en het transepidermaal waterverlies te herstellen maar werkt ook jeukstillend.

Er zijn intussen tal van industrieel bereide (commerciële) preparaten op de markt, met een hoge en constante kwaliteit, die vrij verkrijgbaar zijn, waardoor magistrale emollentia veelal hun plaats hebben verloren.

Bij de actieve behandeling van eczeem zijn lokale corticosteroiden de eerstekeusbehandeling. Die kunnen zowel in een aanvalsfase intensief (1-2 keer/dag) als in een onderhoudsfase

af en toe (2 keer/week) worden aangewend. Lokale corticoiden moeten steeds gecombineerd worden met een blijvende hydratatie.

De indeling van corticosteroiden gebeurt volgens (ietwat arbitraire) sterkteklassen. De leeftijd van de patiënt maar vooral de lokalisatie en toestand van het eczeem bepaalt de keuze van een corticoïd. De bijwerkingen zijn afhankelijk van de gebruikte sterkte, de gebruiksduur en -frequentie.

Veelal wordt in de praktijk eerder te weinig gesmeerd. Een handige vuistregel is de 'fingertip unit', waarbij de hoeveelheid crème uit een tube, uitgedrukt op de lengte van het laatste vingerkootje, volstaat om de oppervlakte van twee handruggen (handrug+vingers) in te smeren.

Topische immunomodulatoren hebben een belangrijke plaats naast de lokale corticosteroiden in de (onderhouds) behandeling van chronisch atopisch eczeem. Ze hebben niet dezelfde bijwerkingen als lokale corticoiden maar zijn veelal ook minder krachtig. De terugbetaling is gezien de hogere kostprijs beperkt voor atopische patiënten, op voorschrift van een dermatoloog of pediater.

Ze worden vaak gebruikt in combinatie met lokale corticoiden als uitsluitmedicatie om zo de nood tot chronische corticotherapie te reduceren.

Voor ernstige en therapieresistente vormen is een behandeling met een

wet wraptechniek mogelijk: hierbij wordt een (matig sterk) lokaal corticoïd afgedekt met een vochtig buisverband, waarover een droog buisverband wordt getrokken. De afkoeling zorgt voor een extra jeukstillend en anti-inflammatoir effect, en het corticoïd kan beter penetreren. Het biedt daarnaast een bescherming tegen krabben.

Systeemtherapieën hebben, zeker bij kinderen, een relatief beperkte rol in behandeling van eczeem. Antihistaminica kunnen de jeuk reduceren. Immunosupprimerende of immuunsupprigeneesmiddelen zoals methotrexaat, ciclosporine en mycofenolaat mofetil zijn in





uitzonderlijke gevallen mogelijk. Kinderen krijgen eerder uitzonderlijk fotherapie (PUVA/UVB).

De rol van voedingssupplementen is onduidelijk, bij ontbreken van overtuigende literatuurgegevens. Er bestaat een link tussen de verhoogde aanwezigheid van staphylococcus aureus en een verstoord microbiom op de huid van atopische kinderen aan een hogere recidiefkans en therapiefalen, vandaar dat antiseptica zoals verdunde bleekwaterbaden en lokale of systemische antibiotica bij hardnekkige gevallen een plaats kunnen hebben.

In de toekomst wordt uitgekeken naar nieuwe topica, zoals crisaborole (topisch anti-PDE4) en systemische medicatie in de groep van de biologicals, zoals dupilumab (anti-IL4-receptor-alfa).

Dr. Sam Dekeyser  
Dermatologie

*Voordracht gegeven voor de Medische Kring AZ Maria Middelaes op 10 september 2016: dermato-pediatrie. Andere topics waren*

- *Urticaria bij kinderen - dr. Els Van Autryve;*
- *Differentiële diagnose van atopisch eczeem - dr. Jolien Veramme,*
- *Huidkuurtje, een vorm van gezondheidswijsheid voor kinderen en ouders - dr. Linda Temmerman,*
- *Voedingsallergie, vaccinatie bij atopie - dr. Jasmine Leus.*

*Alle voordrachten staan op de website: [www.mariamiddelaes.be](http://www.mariamiddelaes.be) > zorgverleners > huisartsen > medische kring.*



# JCI-accreditatie voor AZ Maria Middelaes

**In oktober behaalde het ziekenhuis het accreditatielabel van Joint Commission International (JCI) – maar wat betekent dat nu precies?**

**Na een intensief voorbereidingstraject, dat al startte vóór de inhuizing in de nieuwbouw, kreeg AZ Maria Middelaes in oktober een 4-koppig auditteam over de vloer dat gedurende vijf dagen het volledige ziekenhuis tegen het licht hield. De focus: kwaliteit en patiëntveiligheid. Zijn de processen (zowel de patiëntenzorgprocessen als alle logistieke en ondersteunende processen) opgesteld rekening houdend met de risico's? Worden ze ook correct en consistent uitgevoerd? Zijn alle locaties binnen het ziekenhuis veilig ingericht? Is er een cultuur om kwaliteit constant op te volgen en verder te verbeteren? Op het einde van de week werden 1108 van de 1146 meetpunten positief beoordeeld. Daarmee toont het ziekenhuis zijn commitment aan ten aanzien van kwaliteit en voldoet het ruimschoots aan de voorwaarden voor het behalen van de ziekenhuisbrede internationale JCI-accreditatie. Het label wordt toegekend voor een periode van drie jaar.**

## **Patiëntgerichte, kwaliteitsvolle zorg als één van de strategische doelstellingen**

De garantie van patiëntgerichte, kwaliteitsvolle zorg is een van de strategische doelstellingen van AZ Maria Middelaes, naast hoogtechnologisch innovatieve expertzorg, samenwerking met eerste lijn en met andere ziekenhuizen, een stimulerende werkomgeving en de bewaking van de financiële gezondheid.

De focus van JCI is patiëntveiligheid en de kwaliteit van de zorg, en daarbij neemt mende patiënt als uitgangspunt. Wij delen die bezorgdheden. Net daarom was een accreditatie door deze gerenommeerde

instelling een logische keuze voor AZ Maria Middelaes.

## **We leggen de lat hoog**

JCI is een internationale non-profit organisatie. Ze ontwikkelt hoogstaande normen voor kwaliteit en patiëntveiligheid, en staat in voor accreditatie van zorginstellingen.

Accreditatie is een proces waarbij een zorginstelling door een onafhankelijke organisatie wordt beoordeeld om vast te stellen of zij voldoet aan een reeks kwaliteitsnormen. Die beoordeling gebeurt tijdens een on-site audit. Accreditatie gebeurt op vrijwillige basis,

en legt de lat hoger dan het toezicht georganiseerd door de overheid.

JCI maakt gebruik van zogenaamde 'tracers' om die beoordeling te doen. In zo'n 'tracer' volgt men het spoor - een trace - dat een patiënt op zijn of haar weg door de organisatie aflegt. Dus vanaf de aanmelding, inschrijving en opname, over het hele proces tijdens de opname tot ontslag, tot en met de opvolging daarna. Met die methode wordt onderzocht of er goede afspraken zijn gemaakt en of die ook nagekomen worden, en of processen op elkaar aansluiten. Zo kan snel, grondig en betroubaar getoetst worden hoe de dagdagelijkse praktijk loopt. Steeds met de focus op de kwaliteit en op de veiligheid voor patiënten, bezoekers en medewerkers. Ook intern wordt die methodiek inmiddels door een pool van tientallen opgeleide medewerkers gebruikt. In de aanloop naar de auditweek werden zo ziekenhuisbreed drie reeksen tracers op alle afdelingen uitgevoerd, en ook na het behalen van de accreditatie zullen we dat systeem verder gebruiken om de vinger aan de pols te houden.

## **Speerpunten**

Wat zijn belangrijke aandachtspunten voor een ziekenhuis dat een dergelijke



## De 'basics': zes internationale patiëntveiligheidsdoelen

In samenwerking met de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) stelde JCI zes internationale doelen voor patiëntveiligheid op. Die geven antwoord op de meest voorkomende oorzaken van vermijdbare schade in de zorg. Net omdat dit over zulke belangrijke risico's gaat, is volledige implementatie en opvolging hiervan een basisvoorwaarde om een JCI- accreditatie te bekomen. Die doelstellingen sluiten ook perfect aan bij de kwaliteitseisen van de overheid, die nagekeken worden door Zorginspectie.

1. **Correcte patiëntidentificatie**, door gebruik van naam, voornaam en geboortedatum als sleutel voor o.m. toediening van de juiste medicatie, registratie in het juiste patiëntendossier, uitvoeren van de juiste ingreep of procedure, ...
2. **Aandacht voor effectieve communicatie**, door gestandaardiseerde overdracht van kritieke informatie.
3. **Verbeteren van de veiligheid van risicomedicatie** door extra maatregelen bij voorschrijven, opslag en distributie, bereiding en toediening van hoog-risicomedicatie (verhoogd risico op het ernstige tot zeer ernstige schade bij de patiënt bij verkeerd gebruik) en look-alikes/sound-alikes (geneesmiddelen die qua uiterlijk of naamgeving sterk lijken op andere geneesmiddelen, en waar dus risico is op accidentele verwisseling).
4. **Het garanderen van de juiste procedure, op de juiste plaats bij de juiste patiënt** door het systematisch gebruik van de WHO Safe Surgery Checklist.
5. **Het risico van zorggerelateerde infecties verminderen** door toepassing van correcte handhygiëne.
6. **Het risico op letsel door vallen verminderen** door een ziekenhuisbreed valpreventiebeleid, met screening, assessment en aangepaste maatregelen en interventies.

kwaliteitsaccreditatie nastreeft?

Eerst en vooral de continue aandacht voor risico's. Zorgen dat (patiënt)veiligheidsrisico's gekend zijn, aangepakt en opgevolgd worden. De JCI-standaarden besteden zeer veel aandacht aan de zogenaamde 'Internationale Patiëntveiligheidsdoelen' (zie kader), als basisvoorwaarden om de zorg veilig te organiseren. Naast die algemene risico's is er ook aandacht voor risico's die specifiek zijn voor bepaalde patiëntenpopulaties (spoedpatiënten, kinderen en ouderen, patiënten met psychiatrische aandoeningen, patiënten met verminderde weerstand of overdraagbare aandoeningen, ...) of bepaalde zorgverstrekkingen (toediening van bloed en bloedproducten, chemotherapie, dialyse, ...). Die risico's dienen ziekenhuisbreed, consistent en uniform aangepakt te worden.

Verder ook de continuïteit van zorg. Binnen het ziekenhuis speelt ons elektronisch patiëntendossier daarin een cruciale rol. Alle bevoegde zorgverleners hebben toegang tot de juiste en actuele informatie in dat geïntegreerde dossier. Het volgt de patiënt van opname tot ontslag. Maar een patiëntentraject start en stopt uiteraard niet bij opname en ontslag.

Al van bij de opname wordt het ontslag voorbereid. Is er vervolgzorg nodig? Moet er transport geregeld te worden? Welke medicatie moet de patiënt thuis nemen? Uiteraard heeft communicatie met de huisarts daarin een belangrijke plaats. Ook de patiënt zelf willen we actief betrekken bij zijn behandeling. Daarom wordt in elke fase de patiënt goed geïnformeerd. Een patiënt die goed op de hoogte is, kan op de juiste manier mee zorgbeslissingen nemen, deelnemen aan de zorg en de zorg thuis verderzetten. Hij wordt dus echt 'partner' in de zorg.

Om zo'n veranderings- en verbetertraject in het hele ziekenhuis te brengen, is de cultuur zeer belangrijk. We willen een lerende organisatie zijn. Teamwerk is essentieel om de patiënt totale zorg te kunnen geven: totale zorg, met een ziel. Er moet vertrouwen zijn om tijdig bijwerkingen, risico's of incidenten te melden. Dat alles is de basis van een goede veiligheidscultuur, waar iedereen meewerkt aan continue verbetering.

### Geen eindpunt

Op 22 oktober 2016 werd het accreditatielabel toegekend aan AZ Maria Middelaars. De accreditatie is ziekenhuisbreed en geldt voor AZ

Maria Middelaars, voor het Medisch Centrum Maria Middelaars en voor de dialyse-eenheid in Sint-Vincentius Deinze. De accreditatie is drie jaar geldig en moet dan hernieuwd worden na een nieuwe audit.

De accreditatie van het ziekenhuis is dus geen eindpunt. Aandachtspunten die de auditoren tijdens de audit meegaven, vormen alvast de start om onze werking nog verder te verbeteren. De dynamiek blijft behouden!



Organization Accredited  
by Joint Commission International

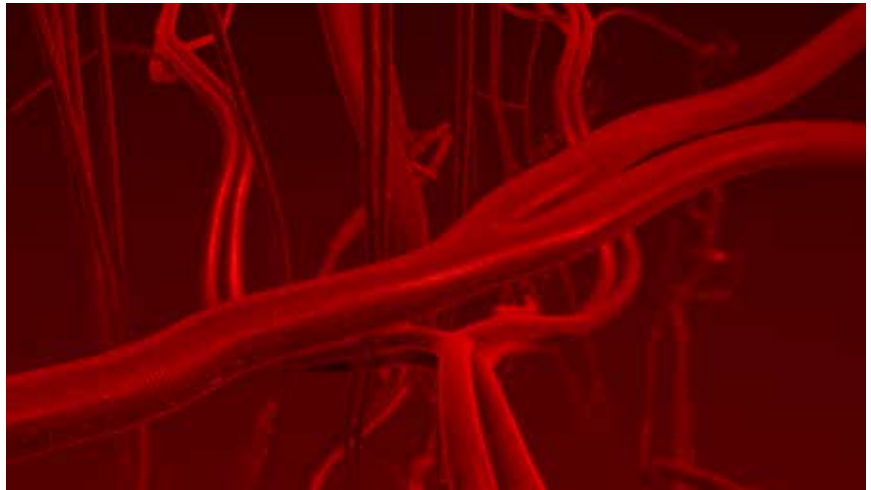
# Vasculaire aantasting van het onderste lidmaat

## Oppervlakkige/Diepe Veneuze Trombosen en Lymfoedeem

Een veneuze trombose is frequent een oorzaak van acute klachten in het onderste lidmaat. Veneuze trombosen worden ingedeeld in oppervlakkige trombosen (OVT) (convoluten, VSP, VSM) die frequenter voorkomen in variceuze venen, en diepe trombosen (DVT), die de diepe venen van het lidmaat aantasten. Een DVT wordt verder opgedeeld in proximale DVT's boven de knie (iliacofemoraal) en distale DVT's (onder de knie). Een OVT/DVT kan een duidelijk uitlokkende oorzaak hebben (bv. immobilisatie) of idiopathisch zijn. De diagnose van een veneuze trombose is enerzijds klinisch (Wells score) maar wordt geobjectiveerd met een veneuze duplex. Een D-dimeertest kan nuttig zijn bij klinische twijfel. Een negatieve D-dimeer sluit een diagnose van trombose uit.

De behandeling van een OVT is symptomatisch en lokaal: NSAID's lokaal en/of systemisch. Bij uitgebreide aantasting van de VSM/VSP is het aangewezen om drie weken een profylactische dosis LMWH te voorzien. Er is geen indicatie voor langdurige of therapeutische antistolling.

Een DVT daarentegen noodzaakt altijd antistolling. De NOAC's, zoals Rivaroxaban (Xarelto) of Apixaban (Eliquis) krijgen vaak de voorkeur boven een vitamine K-antagonist (VKA) en laagmoleculaire gewicht heparines. Bij patiënten met ernstige nierinsufficiëntie geniet een VKA evenwel de voorkeur. De duur van de behandeling is een afweging tussen het risico op het ontwikkelen van een longembool/nieuw DVT als men de antistolling te kort zou geven, en het risico op spontane bloedingen als men de antistolling onnodig lang zou geven. Indien de DVT een duidelijke uitlokkende (en reversibele) oorzaak heeft, dan volstaat doorgaans drie maanden therapie. Bij een



idiopathische DVT volstaat gewoonlijk zes maanden therapie. Alleen bij een recidief DVT/longembool wordt gekozen voor levenslange antistolling. Trombofilietesten zijn mogelijk maar veranderen het beleid initieel niet. Ook bij patiënten met een (solitaire) stollingsafwijking wordt bij een eerste DVT de antistolling niet levenslang voorgeschreven. Een trombofiliescreening na een DVT wordt vooral overwogen bij jonge patiënten, idiopathische trombosen, familiale antecedenten, recidieven of ongewone trombosen (mesenterieel, cerebraal).

Antistollingsmedicatie heeft als doel trombuspropagatie tegen te gaan en zo uitbreiding van het DVT of longembolen te voorkomen. Deze medicatie lost trombus echter niet op. Intraveneuze, kathetergerichte trombolysen is een manier om actief de klonten op te lossen (binnen 2-3 weken na onset). Aangezien trombolysen wel een bleedingsrisico met zich meebrengt, is deze behandeling vooral bedoeld voor proximale DVT's bij relatief jonge patiënten met uitgebreide symptomen. Omdat de klonten snel wordt opgelost blijft de beschadiging t.h.v. veneuze kleppen beperkt en is op termijn

het risico op een posttrombotisch syndroom (zwellen, pijn, ulcera) kleiner. Alle patiënten met een DVT krijgen tevens een behandeling met elastische compressie (type II steunkousen) gedurende twee jaar, en worden aangemoedigd tot voldoende lichaamsbeweging en gewichtsreductie indien nodig.

Een andere oorzaak van zwellen van het onderste lidmaat is lymfoedeem. Indien de symptomen acuut optreden, moet bij deze patiënten een onderliggende DVT uitgesloten worden als oorzaak. Andere diagnostische testen zijn een lymfoscintigrafie en recenter een lymfocintigrafie. De chirurgische behandeling van lymfoedeem met behulp van lymfoveneuze shunts en lymfetransplantatie is teleurstellend. De therapie van lymfoedeem is vooral conservatief gericht: lokale huidverzorging, compressietherapie (steunkousen type II of III), lymfedrainage volgens Vodder, gewichtsreductie en voldoende bewegen.

## Chronische ischemie van het onderste lidmaat

Chronische lidmaatschemie is doorgaans een gevolg van

atherosclerotisch vaatlijden. Door stenotisch of oclusief vaatlijden kunnen o.a. claudicatio intermittensklachten ontstaan. Als de ziekte uitgebreider is, kan de patiënt rustpijn, nachtelijk pijn of trofische stoornissen vertonen. Bij 15-30 % van de ouderen zal enige vorm van chronische ischemie van de onderste ledematen op termijn aanwezig zijn. Alleen personen met (invaliderende) klachten moeten behandeld worden. De diagnose kan worden gesteld door een klinisch onderzoek, een gedaalde enkel-arm index en geobjectiveerd worden door een arteriële duplex. Bij een ingreep brengt een CT of MR angiografie de gehele vaatboom van de onderste ledematen in kaart. Dit laat toe om een gericht (endo)vasculair chirurgisch plan te maken.

Bij patiënten met claudicatio intermittens is de behandeling er vooral op gericht de 'quality of life' te verbeteren. Evolutie naar rustpijn of weefselverlies is ongebruikelijk in deze patiëntengroep. Staptherapie, een endovasculaire ingreep of zelfs een klassieke open vasculaire ingreep zijn opties bij invaliderende klachten. Ontwikkelt de patiënt echter rustpijn of trofische letsels, dan is een ingreep doorgaans altijd geïndiceerd om verder weefselverlies te voorkomen en amputaties te vermijden. Gezien de klassieke cardiovasculaire risicofactoren ook aan de basis liggen van het perifere vaatlijden, worden alle patiënten cardiologisch gescreend, en onderzocht op de aanwezigheid van diabetes, hypercholesterolemie en verwezen naar het rookstopprogramma indien geïndiceerd.

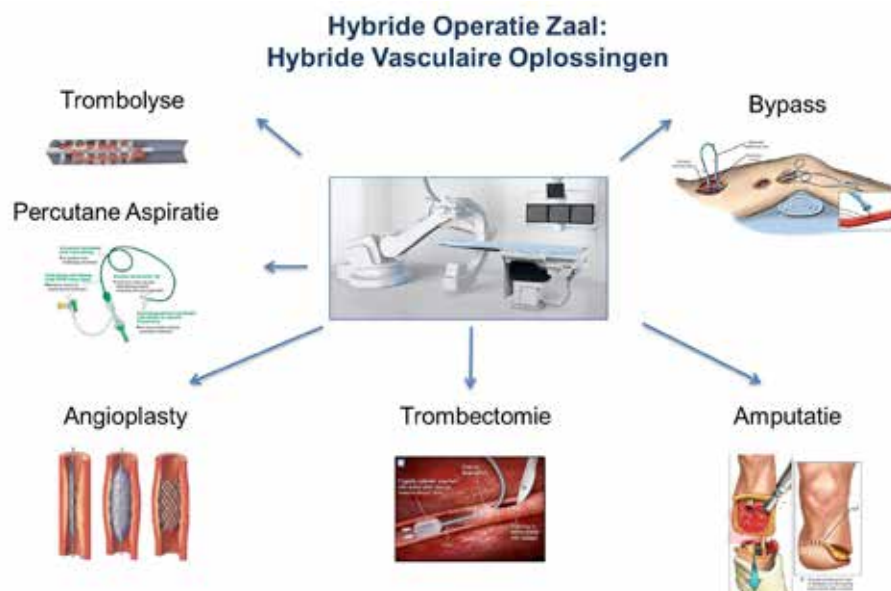
### Acute ischemie van het onderste lidmaat

In tegenstelling tot chronische ischemie is acute ischemie van het onderste lidmaat een medische urgentie. De viabiliteit van het gehele lidmaat komt hier in het gedrang. Het niet-tijdig behandelen van een acute, symptomatische oclusie kan tot een aanzienlijk morbiditeit (amputatie) en mortaliteit leiden. De meest voorkomende oorzaken van acute ischemie zijn embolen (meestal van cardiale origine: VKF) of een acute trombose van een bestaande vaatstenose of vaat bypass. De kliniek van een embool is vaak acuter dan van een trombose, gezien er nog geen collateralen zijn gevormd. Omdat een desobstructie van het bloedvat snel moet gebeuren, is er vaak geen tijd voor uitgebreide onderzoeken. De diagnose is dan ook primair klinisch (5 p's: pallor, pijn, paresthesie, paralyse, pulsaties). Indien het lidmaat nog relatief viabel is, kan een duplex of CT angiografie bijkomende preoperatieve informatie verschaffen. Vaak wordt een intraoperatieve angiografie genomen om geen tijd te verliezen. De behandeling is altijd heelkunde. Met open (trombectomie/bypass) of endovasculaire technieken (trombolysie, aspiratie, stenting) wordt getracht de bevoeiing van het lidmaat zo snel mogelijk te herstellen. Niet zelden zullen deze patiënten symptomen van reperfusieschade hebben t.g.v. de ophoping van lactaat, vrije radicalen en myoglobuline. Dit kan leiden tot lokale problemen zoals een logesyndroom in het been (fasciotomie) of systemische gevolgen zoals acidose, hyperkalemie en

secundaire orgaanschade.

### Differentiaal diagnoses van klachten aan het onderste lidmaat

De diagnose van vasculaire afwijkingen van het onderste lidmaat laat zich vaak relatief makkelijk stellen aan de hand van een goede anamnese en klinisch onderzoek en eveneens objectiveren door technische onderzoeken zoals een duplex scan of MR/CT angiografie. Toch zijn er een aantal ziektebeelden die pijnklachten kunnen veroorzaken die zich moeilijker van vasculaire pijn laten onderscheiden. De meeste voorkomende differentiaal diagnoses zijn neurogene claudicatio op basis van een spinaal kanaalstenose, radiculopathieën, perifeer entrapment, perifere neuropathie, articulaire/musculaire afwijkingen en discogene, facettaire, sacro-iliacale, of coccygeale pijnklachten. Bij twijfel is een verwijzing naar de dienst fysieke geneeskunde nodig voor verder onderzoek. Aan de hand van NMR en/of CT van de lumbale wervelzuil alsook met elektrofysiologisch onderzoek (EMG/SSEP/MEP) kunnen zo musculoskeletale en neurogene oorzaken opgespoord worden en een passend behandelingsplan uitgesteld worden.



# Flash glucose monitoring sensormethode

## Innovatie in tweedelijns diabeteszorg en primeur voor AZ Maria Middelares

In maart 2016 kreeg het diabetesteam van AZ Maria Middelares de opportuniteit om als eerste een nieuwe technologie uit te testen bij een beperkt aantal patiënten. De test gebeurde onder leiding van dr. Paul Taelman en clustercoördinator Veerle Couck. Het diabetesteam kreeg op die manier ook de kans om een ruime ervaring op te doen met de flash glucose monitoring sensormethode. Deze methode is een innovatie op niveau van tweedelijns diabeteszorg. Die technologie ontketende een nieuwe revolutie in diabeteszorg.

### De sensor

De sensor wordt in de arm aangebracht via een applicator. Die sensor blijft twee weken ter plaatse en meet de glucose in het interstitieel vocht. Via een transmitter worden de glucosewaarden continu doorgestuurd naar een scanner of reader. Voorlopig is de arm de enige inbrengplaats omdat er nog geen verdere wetenschappelijke studies bestaan omtrent andere inbrengplaatsen. De reacties van patiënten zijn tot nu toe heel positief.

### De voordelen

Een belangrijk voordeel is dat de patiënt zijn glucose gemakkelijk kan controleren met een snelle, pijnloze scan in plaats van een vingerprik. De patiënt kan zoveel scannen als hij wil, maar minstens één keer om de acht uur. Anders is er sprake van dataverlies.

Een snelle scan van de sensor toont de actuele glucosewaarde, een 8-urengeschiedenis en een trendpijl die laat zien in welke richting de glucose zich beweegt. Nog essentiëler is het feit dat de sensor de klok rond een beeld geeft van de glucosewaarden. Zo worden er trends duidelijk waarop men kan inspelen. Zo kan het diabetesteam de therapie zo goed mogelijk aanpassen. Tot slot is er nog het gebruiksgemak: de sensor vormt bijvoorbeeld geen obstakel voor een zwembadbezoek. Men kan zelfs scannen door dikke

kledij. Ook de partner, ouder of een andere persoon kan de patiënt scannen. Dat kan 's nachts of bij een kritieke situatie nuttig zijn.

### Opletten

De flash glucose monitoring is zeer accuraat. Toch moet men rekening houden dat de sensor gemiddeld vijf minuten vertraging heeft op de capillaire glucosemeting. Interpretatie van de trendpijlen is dus zeer belangrijk.

In sommige omstandigheden kan het om die reden nuttig zijn om een capillaire vingerprik uit te voeren, bijvoorbeeld bij zeer snel dalende glucosewaarden. Daarom voorziet de diabetesconventie voor de patiënten die kiezen voor de sensormethode nog 25 strips per maand. Ook blijft begeleiding door de educatoren van het diabetesteam zeer belangrijk.

### Terugbetaling

De flash glucose monitoring sensormethode is ondertussen al een tijdje op de markt in een aantal landen. Sinds 1 juli 2016 wordt de nieuwe technologie in België terugbetaald via de diabetesconventie, net als de klassieke vingerprikmethode. België is het eerste Europees land dat deze terugbetaling voorziet.

Voorlopig geldt de terugbetaling enkel voor diabetespatiënten type 1 of na wegname van de pancreas. Deze twee types patiënten moeten vier à vijf injecties per dag krijgen



of een pomptherapie volgen. Anderen kunnen toegang krijgen tot de technologie, mits eigen bijdrage (€2,5/dag of €3,5/dag) en rekeninghoudend met de intensiteit van hun therapie.

### Groei

Sinds de terugbetaling van het systeem is de vraag enorm gegroeid. Wegens de grote vraag organiseert het diabetesteam groepseducaties. Tijdens zo'n educatie leren de diabetespatiënten om de sensor aan te brengen en de nieuwe methode toe te passen. Momenteel zijn er al meer dan 300 patiënten en de wachtlijst blijft groeien.



# Quiz diabetes

## Een multidisciplinair gebeuren

De opvolging van diabetespatiënten is bij uitstek een multidisciplinair gebeuren waarbij de huisarts en de diabetoloog als artsen in eerste instantie betrokken zijn. We rekenen daarbij op ondersteuning door verschillende disciplines, waaronder de paramedici (diabeteseducatoren-verpleegkundigen, diëtisten, podologen) en diverse medische disciplines.

Er zijn momenteel drie grote systemen die ondersteuning geven bij de opvolging van diabetespatiënten. Het is niet altijd eenvoudig om door alle bomen het bos nog te zien en de bomen worden regelmatig eens herplant.

## Quizvraag

Weet u in welk niveau van opvolging onderstaande patiënten bij voorkeur worden opgevolgd?

- A. Voortraject diabetes
- B. Zorgtraject diabetes
- C. RIZIV-conventie voor zelfcontrole en zelfregulatie van de diabetes – 'diabetesconventie'

## Patiënt 1

Dame van 64 jaar met diabetes mellitus type 2, gekend sinds 1998, op behandeling met twee insuline-injecties per dag in combinatie met metformine. Metabool behoorlijk geregelde diabetes (HbA1c 7,4%) verward door een milde diabetische retinopathie en door een beginnende diabetische nefropathie met verhoogde microalbuminurie. Niveau A, B of C?

## Patiënt 2

Man van 72 jaar met diabetes mellitus type 2, gekend sinds 2015, behandeld met metformine en sitagliptine. Tevens blijvend overgewicht, arteriële hypertensie en hypercholesterolemie. HbA1c 7,0%. Er is nood aan een voedingsadvies. Hij heeft ook uitgesproken hallux valgus bilateraal waarvoor u een podologisch advies wenst. Niveau A, B of C?

## Patiënt 3

Man van 64 jaar met diabetes mellitus type 2, gekend sinds 1998, op behandeling met twee injecties van een premix insuline per dag in combinatie met metformine. Metabool echter onvoldoende geregelde diabetes (HbA1c 9,4%) verward door een matige diabetische retinopathie, door een diabetische nefropathie met macroproteïnurie. Hij deed recent een NSTEMI en hij begrijpt dat het nu vijf voor twaalf is voor een betere regeling met een intensieve insulinebehandeling. Niveau A, B of C?

## Patiënt 4

Vrouw van 54 jaar met diabetes mellitus type 2, gekend sinds 2002, behandeld met metformine en gliclazide. Er is een matig maar stabiel overgewicht, arteriële hypertensie en hypercholesterolemie. De metabole controle van de diabetes is de laatste tijd verslechterd met een HbA1c van 8,2%. U wenst een parenterale behandeling op te starten met een GLP-1 receptoragonist en u wenst daarvoor de hulp van een diabeteseducator in te schakelen. Niveau A, B of C?

Waag uw kans en stuur uw antwoord vóór 17 maart 2017 via e-mail naar [medische.kring@azmmsj.be](mailto:medische.kring@azmmsj.be). Misschien wint u de boekenboek van 150 euro.

## Oplossing quiz Longziekten (Hallo nr. 19)

De meest waarschijnlijke diagnose is COPD, Gold 3 in de oude classificatie. In de nieuwe classificatie behoort de patiënt tot groep D. De longfunctie toont een niet-reversibele bronchusobstructie, met een ESW van 46%. Daarnaast heeft de patiënt symptomen van dyspneu, waarbij hij zijn echtgenote niet kan volgen bij gewoon wandelen.

De behandeling van patiënten in groep D is:

- rookstop bij patiënten die nog roken;
- griepvaccinatie (en liefst ook pneumococcenvaccinatie);
- langwerkende bronchodilatatie, onder vorm van LAMA en LABA, eventueel gecombineerd.

De huidige GOLD-richtlijnen geven nog altijd aan dat er plaats is voor inhalatiesteroiden. Dat komt meer en meer ter discussie; nieuwe data tonen aan dat de combinatie van LAMA en LABA even performant is bij een aantal patiënten.

Vermoedelijk is hier een rol weggelegd voor biomarkers, waar momenteel de eosinofilie (absoluut aantal >300) het meest onderzocht is.

## Winnaar

Dr. Aurele Vercruyssen

Voorzitter dr. Linda Temmerman overhandigde de prijzen tijdens de vergadering van 27 september 2016. De winnaar van de FNAC-bon ter waarde van 150 euro (na loting) was dr. Aurele Vercruyssen.

Proficiat!

# Dysfagie

## AZ Maria Middelaes huisvest toptechnologie



In 2013 startte in AZ Maria Middelaes het DYSF2 project, een samenwerking tussen de diensten nko en logopedie, om de patiënten met stem-en/of slikproblemen een multidisciplinaire aanpak te bieden. DYSF2 staat immers voor Dysfagie/Dysfonie. De investering voor het aanschaffen van hoogtechnologische apparatuur (het Computerized Speech Lab (CSL) en Stroboscoop alsook het Digital Swallowing Workstation (DSW), van Kay Pentax) waren niet tevergeefs. Deze hoogwaardige onderzoeksmethoden zijn niet voorbijgestreefd, doch de technologische evolutie staat niet stil...

### DYSFagie

De start is een uitgebreide anamnese waarbij zowel naar slikklachten als naar de impact op kwaliteit van leven wordt gepolst. Daarna volgt een klinisch onderzoek met een oromotoriektest. Vervolgens schuift de NKO-arts een flexibele scoop op via de neusterwijl de logopedist de patiënt verschillende voedingsconsistenties (vloeibaar/halfvast/vast) en volumes aanbiedt (slikprovocatie). Dit is het zogenaamde FEES onderzoek: Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing. Dat geeft een goed beeld

van de anatomie van de laryngofarynx en de fysiologie tijdens het slikgebeuren. Indien van toepassing worden ook therapiestrategieën en slikmanoeuvres uitgetest. Het DSW biedt ook de mogelijkheid tot drukmetingen, ter hoogte van de tongbasis, farynx en de bovenste slokdarmsfincter. Dit geeft een idee over de kracht van de faryngale pers, de relaxatie van de slokdarmmond (UES) en het tijdsverloop tussen de twee. Soms echter is een meer gedetailleerde druk- en tijdsmeting nodig of een beter inzicht in de

bolusflow. Daarvoor wordt beroep gedaan op de gastro-enteroloog die een Hoge Resolutie Manometrie met impedantiemeting (HRiM) van de orofarynx uitvoert tijdens het slikken. Een andere manier om informatie te vergaren, is de videofluoroscopie (VFS). Hiervoor begeleidt de logopediste de patiënt naar de radiologie, waar de radioloog een film maakt van het slikgebeuren.

### Wat is er nieuw bij het multidisciplinair slikonderzoek en -therapie?

Sinds kort beschikt de dienst logopedie van het ziekenhuis over de IOPI (Iowa Oral Performance Instrument) waarmee de tongkracht wordt gemeten (fig. 1). Een ballonnetje in de mond registreert niet enkel de tongkracht ter hoogte van de anterieure en de posterieure tongspieren, maar ook de uithouding van die spieren. De resultaten van de patiënt worden getoetst aan normwaarden. De IOPI kan niet enkel diagnostisch maar ook therapeutisch worden gebruikt. Immers, tongkrachtoefeningen zorgen voor een toename van het tongvolume, een verandering in de spierstructuur en de contractiecapaciteit, waardoor de tongsterkte én de slikfunctie kan verbeteren, bij meerdere pathologieën (Van Nuffelen, 2014). Sliktherapie gebeurt volgens de principes van motorisch leren, waarbij er aandacht is voor zowel intensiteit, frequentie als specificiteit. Therapeutisch is ook het EMST-toestel (Expiratory Muscle Strength Training) (fig. 2) mogelijk bij mensen met verminderde kracht in hun respiratoire spieren (vb. bij ziekte van Parkinson, multiple sclerose, PSP, ...) of verminderde drukopbouw.

### DYSFonie

Hedendaagse stemonderzoek brengt alle relevante aspecten van een stemprobleem in kaart volgens het ICF-model. Niet alleen de anatomie (en pathologie) maar ook de fysiologie en de invloed van het stemprobleem op de dagelijkse activiteiten van de persoon worden onderzocht. Een uitgebreide anamnese en manueel

onderzoek van de larynx zijn sinds lang belangrijke ingrediënten van het stemonderzoek. Fantastisch is dat de technische vooruitgang ons in staat stelt de glottis en de werking ervan steeds beter te visualiseren en de stem steeds beter te meten. Deze mogelijkheden worden sinds een aantal jaar in AZ Maria Middelaars benut: de uitvoering van een laryngostroboscopie, de bepaling van de stemkwaliteit en de stemmogelijkheden met het Computerized Speech Lab en Praat.

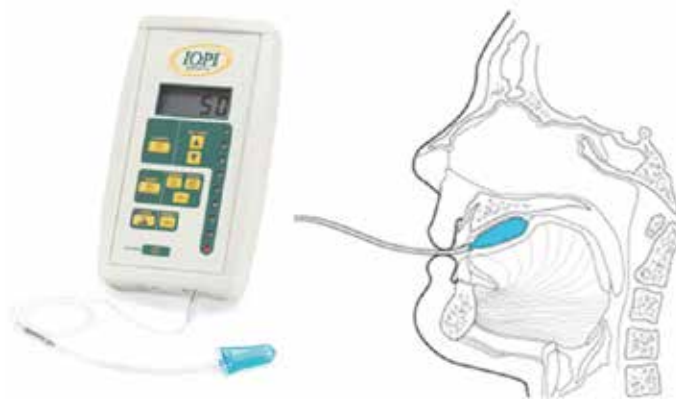


Fig. 1: IOPI-toestel (l.), anterieure plaatsing ballonnetje of tongbulb blauw (r.)

**Wat is er nieuw bij het multidisciplinair stemonderzoek?**

De belangrijkste technologische evolutie zit in het visueel onderzoek van de stembanden. Alhoewel het stroboscopisch onderzoek zijn plaats als gouden standaard blijft behouden, worden specifieke stoornissen het best in kaart gebracht door middel van de videokymografie (VKG). De procedure om de beelden te bekomen is vergelijkbaar met een stroboscopie: een rigide scoop wordt via de mond ingebracht en brengt de glottis in beeld onder een hoek van 70° of 90°. In tegenstelling echter tot de stroboscopie, waarbij een beeld van de stembandtrilling wordt bekomen door de - met enige vertraging - belichting van de trillingscyclus (fig. 3), is een VKG een weergave in real time: een High Speed Camera (HSC) registreert 8000 beelden per seconde (fig. 4). Het belangrijkste voordeel van de VKG is het nauwkeurig analyseren van de stemonset en -offset. Het trillingspatroon van beide stembanden wordt afgebeeld waardoor de plaats en de aard van de pathologie vaak met grotere zekerheid kan vastgesteld worden. Dit gebeuren kan onmogelijk worden gecontroleerd door de patiënt en verschaft dus objectieve informatie. Sinds kort huisvest AZ Maria Middelaars de realtime videokymografie. Dergelijke apparatuur is tot op heden slechts beschikbaar in het UZ Leuven en in het Ziekenhuis Oost Limburg in Genk.

Wemogen dan in een snel evoluerende technologische era zitten, AZ Maria Middelaars laat zich niet onbetuigd!

Dr. Mieke Moerman  
 Kristin Daemers  
 Anne-Sophie Beeckman



Fig. 2: EMST-toestel

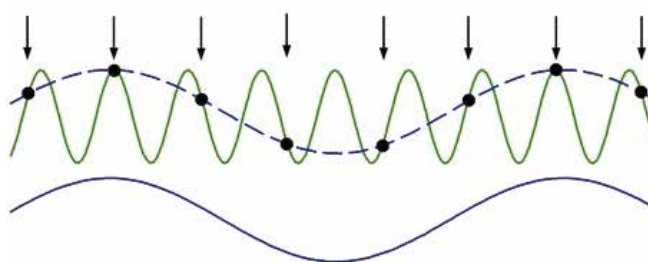


Fig. 3: Het principe van een stroboscoop. De groene lijn geeft de trillingscyclus weer van de stembanden. De pijltjes geven aan waar in de cyclus de stembanden belicht en dus zichtbaar worden. De blauwe lijn geeft de cyclus weer die door de video wordt geregistreerd. Dit is een valselijk, vertraagd beeld.

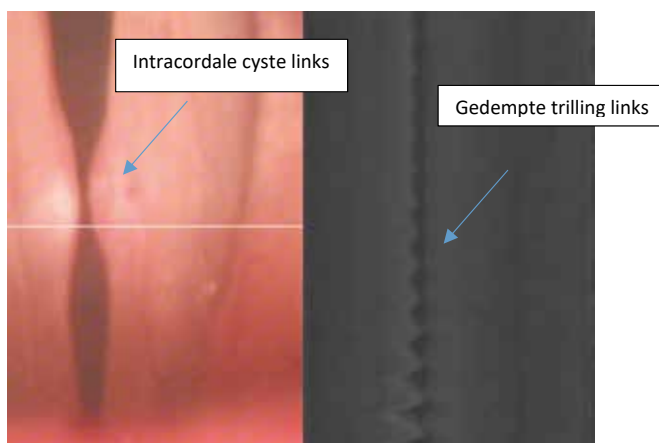


Fig. 4: Geïntegreerd stroboscopisch (links) en kymografisch (rechts) beeld. De figuur geeft een voorbeeld van een intracordale cyste ter hoogte van de linker ware stemband. De trilling ter hoogte van de linker stemband is minder uitgesproken en komt minder vlug tot stand.

# Agenda Medische Kring

## 'PNEUMOLOGIE: BRONCHUS OBSTRUCTIE'

WELKE ZIEKTE?  
WELKE INHALATIE? DOOR DE BOMEN HET BOS  
PROBEREN ZIEN

DINSDAGAVOND 21 MAART 2017

Inschrijving: 20.00 uur  
Voordracht: 20.30 uur, gevolgd door een walking  
dinner.

### Sprekers

Sprekers van AZ Maria Middelaes - Gent en AZ Sint  
Vincentius - Deinze  
Dr. P. Germonpré, dr. J. Lamont en dr. S. Van Den  
Broecke

### Moderator

Dr. Edwig Schatteman, huisarts

## 'DIABETESZORG ANNO 2017'

DINSDAG 16 MEI 2017

Bent u geboeid door deze en andere aspecten van  
diabeteszorg dan nodigen wij u nu al graag uit voor  
de avond van de medische kring met als thema  
'Diabeteszorg anno 2017' verzorgd door de huidige en  
toekomstige endocrinologen en het diabetesteam.

Accreditering is voor beide voordrachten  
aangevraagd.

### Plaats

AZ Maria Middelaes (zaal Wet. Hub A+B)  
Buitenring Sint-Denijs 30  
9000 Gent

Voor inschrijvingen: [medische.kring@azmmsj.be](mailto:medische.kring@azmmsj.be) of telefonisch elke dinsdag op 09 246 78 50, van 9.00 tot 15.00 uur.

12th Pan European Voice Conference

PEVOC 12

Under the Patronage of Her Majesty the Queen of  
the Belgians.

August 30th - September 1st, 2017 Ghent, Belgium

Preceded by EAV preconference training course

Venue

www.pevoc12.be

## Erkenning psychiatrisch dagziekenhuis

Sinds 23 december 2016 heeft AZ Maria  
Middelaes een erkenning voor een psy-  
chiatrisch dagziekenhuis met 10 plaatsen.  
Op die manier kunnen we nu ook thera-  
peutische behandelingen en vervolgzorg  
aanbieden in een hedendaagse ambulante  
setting en een antwoord bieden op de groei-  
ende zorgnoden in onze samenleving. Dat  
initiatief sluit ook mooi aan bij de beleids-  
visie van de overheid die inzet op een brede  
vermaatschappelijking van de geestelijke  
gezondheidszorg (GGZ). Dat alles gebeurt  
uiteraard in goed overleg met alle partners  
uit onze regio betrokken bij de zorg van  
GGZ-patiënten.