

delingen voor urineverlies en verzakking. Het doel van de nieuwe behandelingsmethoden is om een verhoogde efficiëntie te koppelen aan minimale belasting voor de patiënt. Het beste voorbeeld hiervan is de TVT (Tension free Vaginal Tape), wat momenteel de standaardbehandeling is voor urinaire incontinentie. Hierbij wordt via een kleine insnede in de vagina een kunststofbandje ingebracht die de urineleider platdrukt bij hoesten en urineverlies. De hospitalisatie voor een dergelijke ingreep is beperkt tot twee dagen en de patiënt kan na enkele weken reeds haar normale activiteiten hervatten.

De vierde en laatste voordracht werd gegeven door **dr. Kimpe**, uroloog in het ziekenhuis, die het belang van een goede samenwerking met de eerstelijnszorg toelichtte.

De huisarts speelt immers een centrale rol in de bekkenbodempromotie, gaande van bewustmaking van de problematiek, toediening en voorschrijven van kinesitherapie of medicatie, tot postoperatieve opvolging.

Dr. Vandenbussche, diensthoofd heelkunde, sloot het symposium af, waarna iedereen uitgenodigd werd voor een hapje en een drankje.

Dat bekkenbodemdysfunctie een problematiek is waarvoor een ruime interesse bestaat, bleek uit de ruime opkomst voor het symposium.

dr. Filip Claerhout
gynaecoloog
info: tel. 050 36 90 30

Samenwerkingsovereenkomst A.Z. Sint-Lucas - huisartsen

Sinds verschillende jaren ondersteunt de overheid de samenwerkingsafspraken tussen ziekenhuis en huisarts. Momenteel wordt dit gestructureerde overleg van het A.Z. Sint-Lucas gevoerd met HABO, WEMEHAK en SIT regio Brugge.

De agenda van het werkjaar 2005 omvat: geestelijke gezondheidszorg (24 juni), telematica (28 oktober) en oncologie en euthanasie (16 december).

Tot de recente realisaties horen: de samenwerkingsafpraak in de opvolging van ADHD bij kinderen (samen met 6 andere actoren in de kinderpsychiatrie uit de regio) en de afstemming van het pre-operatief onderzoek (eveneens met meerdere ziekenhuizen uit de regio).

U kunt de documenten vinden op:
www.stlucas.be/info_artsen/downloads.htm

Dienst Spoedgevallen verhuist en vernieuwt

Eind juni verhuisde de dienst spoedgevallen van haar voorlopige locatie, de nieuwbouw IZA, naar haar nieuwe definitieve locatie. Zo sluit de nieuwe inrijpoort aan op de nieuwe dienst.

Er is aandacht geschonken aan de noodwendigheden van een actuele organisatie: 7 onderzoeks- en behandelingsruimtes, waarvan één voor pediatrie, een afzonderingskamer, één orthopedische kamer en twee voor intensieve zorg. Het nachthospitaal bevat vier bedden, waarvan één voor intensieve zorgen. Een ruimte is ingericht voor het reinigen van chemische brandwonden. Een aparte spreekkamer is ingericht voor een gesprek met de familie.

De artsen en medewerkers kunnen in de nieuwe spoed terecht voor hun administratieve werk, een rustpauze of een overlegmoment. De bereikbaarheid voor de patiënt is vereenvoudigd, zowel te voet als per auto of ziekenwagen. De vernieuwde spoedgevallendienst ligt in de nabijheid van het operatiekwartier en de Intensieve Zorgen Afdeling. Deze laatste wordt in het najaar in gebruik genomen. Het team van de spoeddienst wordt in het najaar versterkt door dr. An Teirlinck.



Colofon

Verantwoordelijke uitgever: Dr. Emmanuël Nelis, hoofdgeneesheer
Redactieleden: Dr. Roger Crombez (radiotherapie-oncologie), Dr. Stefaan Geerts (psychiatrie), Dr. Johan Robbrecht (labo), Dr. Henk Thieren (heelkunde), Dr. Jan Victor (orthopedie), Dr. Griet De Brabanter (reumatologie), Dr. Thierry De Schrijver (radiologie), Dr. Philippe Van Hooetegem (gastroënterologie), Dr. Christoph Verhoye (ori), Dr. Daniel De Coninck (heelkunde), Dr. Kristof Ramboer (radiologie), Dr. D. Wynsberghe (huisarts)

B01NBH (augustus)



Algemeen Ziekenhuis **Sint-Lucas** vzw

Sint-Lucaslaan 29, 8310 Brugge
tel. 050-36 91 11, fax 050-37 01 27
e-mail : info@stlucas.be
website : www.stlucas.be

Viermaandelijks tijdschrift
Jaargang 9, nummer 28
Augustus 2005
Afgiftekantoor Brugge 1, 2^e afdeling

A.Z. Sint-Lucas Brugge 40 jaar jong

Op 25.11.1965 ging de eerste raadpleging door in het A.Z. Sint-Lucas. Ruim drie jaar eerder was de eerste steen op z'n plaats gezet. Het was een periode van de "eerste keer". De eerste vergadering met de huisartsen (13.11.1965), de eerste opname (29.11.1965), de eerste radiografische opname (30.11.1965), de eerste geboorte (10.12.1965),...

De annalen van het ziekenhuis laten een gestage groei zien van diensten die één voor één openen en zich ontplooiën. Aan het project werkten talloze mensen mee. De eerste algemeen directeur was dhr. Guido Jans. De eerste artsen-groep was reeds voor de start in de weer om de medische organisatie uit te werken. De groep van stichtende artsen werd gevormd door de dokters Dries Bekaert (gynaecologie en verloskunde), Ignace Vanden Berghe (orthopedie), Jacques Gruwez (algemene heelkunde), Luc Vandenbulcke (fysiotherapie), André Vanfleteren (pediatrie), Aimé Hongenaert (inwendige geneeskunde en eerste hoofdgeneesheer) en Albert Baert (radiologie). De dokters Baert en Gruwez namen een mandaat in de universiteit waar, waardoor zij vroegtijdig werden opgevolgd door respectievelijk de dokters Jacky van Mulders en Luc Vanderheyden.

De startfase van het ziekenhuis situeert zich op een **keerpunt in de samenleving**. In de lente van 1968 zou Europa (en niet alleen Leuven) de deining voelen van een maatschappij in beweging. Na 1968 kreeg het mensbeeld een andere dimensie. Gehoorzaamheid aan gezag en trouw aan de groep maakten plaats voor nieuwe waarden: individuele ontplooiing, assertiviteit, een groot vertrouwen in de menselijke rede, een exponentiële toename van mobiliteit en meer communicatiemogelijkheden. Dit zou ook op de gezondheidszorg een grote **impact** hebben.

De verhouding tussen arts en zorgverstrekkers en tussen arts en patiënt wijzigde ingrijpend. De patiënt werd mondig en besliste mee op basis van de verstrekte informatie. Ook diagnostiek met ongunstige prognose werd bespreekbaar. De patiëntenrechtenwet van 2002 was een bezegeling van deze evolutie. De relatie arts-patiënt wordt erin omschreven in termen van plichten en rechten. Veel landen zijn ons hierin reeds voorgegaan. De wet op de toepassing van abortus en euthanasie illustreren het belang van het eigen beslissingsrecht dat men aan de patiënt wilde geven. De geïnformeerde patiënt verwachtte van de gezondheidszorg in toenemende mate ook preventie. De genetische diagnostiek speelde hierin een belangrijke rol.

Diagnostische technieken werden sterk uitgebreid. Het klinisch onderzoek van weleer dreigde in de verdrukking te komen.

Het comfort van veel **onderzoeken** is sterk verbeterd. Daardoor zijn veel onderzoeken voor de patiënt zeer aanvaardbaar geworden. Daarentegen dreigt deze evolutie een verlies van samenhang teweeg te brengen. De patiënt wordt



soms gezien alsof veelheid van orgaansystemen, de diagnose als een optelsom van protocollen. De differentiatie in specialismen en deelspecialismen is hier ook niet vreemd aan. De multidisciplinaire opstelling van raadplegingen en het behandelingsaanbod kent een groeiende toepassing. Elders in deze Nieuwsbrief vindt u een bijdrage over samenwerking rond de bekkenbodempromotie.

De **heelkunde** verlegde steeds verder haar grenzen. De prothesechirurgie verbeterde de levenskwaliteit, samen met een snelle revalidatie en mobilisatie. De endoscopische technieken zijn nu minimaal invasief. Het risico van ingrepen is sterk gedaald door de uitbouw van de anesthesie. Steeds meer vindt de heelkunde toepassingen in dagbehandeling.

De **inwendige geneeskunde** kende een uitbreiding van haar diagnostisch en therapeutisch arsenaal. Daardoor maakte rust plaats voor een actief behandelingsbeleid. Naast een uitgebreide farmacotherapie zijn endoscopische en invasieve technieken ingetreden.

De **psychiatrie** maakte vanaf midden de jaren '70 een beweging van het psychiatrisch ziekenhuis naar de zorg dicht bij de patiënt (centra GGZ) en binnen de algemene ziekenhuizen (PAAZ). De psychiatrische aanwezigheid in de algemene ziekenhuizen vertaalt de hoop op integratie naar een holistische diagnostiek en zorg. In het A.Z. Sint-Lucas leidde de psychiatrische activiteit tot de erkenning van een A-dienst (volwassenen) en een K-dienst (kinder- en jeugdpsychiatrie). Dit laatste was, naast het UZ Leuven, een unicum in België: een kinderpsychiatrische eenheid in een algemeen ziekenhuis.

Het **actieterrein** van het ziekenhuis nam sterk toe. Het A.Z. Sint-Lucas ging in 1988 een fusie aan met de Sint-Jozefskliniek. De fase van nieuwbouw uit de startperiode werd gevolgd door niet-aflatende vernieuwbouw, zoals een nieuw operatiekwartier in 1995. In de komende maanden staan volgende projecten op het programma: een nieuwe afdeling spoedgevallen en intensieve zorgen, materniteit. De komende jaren volgt een progressieve vernieuwing van alle verpleegeenheden.

De opdrachten voor de **toekomst** zijn veelvuldig. De elektronische communicatie zal ons in de nabije toekomst toelaten sneller meer informatie te verzamelen, alsook beschikbaar te stellen binnen het ziekenhuis en voor de huisarts. De sterk gedaalde verblijfsduur en de toename van de ambulante zorg maakt een intensieve samenwerking met de huisarts en de thuiszorg steeds meer noodzakelijk. Ook de transmurale klinische paden zijn een antwoord op deze behoefte. De sterke toename van technologische eisen aan de zorg maken goede afspraken binnen een regio steeds meer dwingend.

De samenwerking met het A.Z. Sint-Jan Brugge AV is reeds uitgebreid: Eenheid Psychiatrische Spoed Interventie, Maternale Intensive Care, In Vitro Fertilisatie (BIRTH), low care dialyse in Oostende, Neurochirurgisch Centrum Noord-West-Vlaanderen, Palliatieve Zorg Eenheid (Minnewater). Een aantal artsen-stafleden van beide ziekenhuizen zijn toegelaten arts in het andere ziekenhuis. Dit laat consulent-schap toe, alsook gezamenlijke medische permanentie van bepaalde disciplines. Vanuit de bezorgdheid om in een snel evoluerend landschap alle evoluties mee te volgen, werd het A.Z. Sint-Lucas lid van het Vlaams Ziekenhuisnetwerk UZ Leuven. De verbondenheid met de universiteit is een stimulans voor ontwikkeling en vernieuwing. De aanwezigheid van een kleine 20 opleidingsplaatsen voor specialisten in opleiding illustreert dezelfde ambitie. Wellicht werd in de jaren 60 niet gedacht dat de patiënten-

Symposium "Keuzes in de gezondheidszorg: Kiest u mee?"

Onder grote belangstelling ging op 01.03.05 een symposium door in het A.Z. Sint-Lucas met als thema "Keuzes in de gezondheidszorg: Kiest u mee?".

Dr. Philippe Van Hootegem verwelkomde de aanwezigen en wees op het belang van het onderwerp. De gezondheidszorg en vooral de betaalbaarheid ervan zal in de komende jaren een actueel agendapunt zijn.

Dhr. Jo De Cock, administrateur-generaal van het RIZIV, opende de avond met "feiten en cijfers". Hij wees erop dat er een balans zal moeten gezocht worden tussen behoeften, vragen en mogelijkheden aan zorg enerzijds en de schaarse beschikbare middelen anderzijds en dit met het oog op het realiseren van waarden en doelstellingen. Deze waarden en doelstellingen houden in: het verbeteren van de gezondheid, billijke bescherming van de kosten en de toegankelijkheid voor iedereen. De keuzes zullen zowel op macro-, meso- als microniveau moeten gemaakt worden. Een mix van publieke, private en professionele elementen zullen hierbij een rol spelen.

Uit de cijfers die naar voor werden gebracht blijkt dat er reeds een belangrijke groei van de uitgaven voor de gezondheidszorg kan vastgesteld worden tussen 1970 en 2002, in vergelijking met het Bruto Nationaal Product (BNP). De grootste groei van de uitgaven in de sociale zekerheid gaat in de eerste plaats naar de gezondheidszorg, op de tweede plaats naar de uitkeringen en op de derde plaats naar de pensioenen en de werkloosheid. Binnen de gezondheidszorg is de grootste stijger de bejaarden-sector wegens de toenemende vergrijzing.

In België wordt er 9,1% van het BNP aan gezondheidszorg uitgegeven, terwijl dit in de USA 14,6% bedraagt. Bij ons wordt dit met 71,4% van de publieke middelen gefinancierd, in de VS slechts met 44,9%.

In tegenstelling tot wat meestal gedacht wordt, moet de patiënt in België reeds 20,9% zelf financieren in de vorm van eigen tussenkomsten en remgelden. In Nederland bedraagt dit slechts 10,2%, maar vermoedelijk zal dit in de komende jaren ook toenemen gezien de recente ingrijpende hervormingsmaatregelen. In Frankrijk bedraagt dit zelfs maar 9,8%.

Hoewel er geen rechtstreeks verband bestaat tussen het aandeel van de 65-plussers in de bevolking en het aandeel van de gezondheidsuitgaven in het BNP is het te verwachten dat de vergrijzing ons met nieuwe uitdagingen zal confronteren. Zo raamt de studiec ommissie voor de vergrijzing dat de uitgaven van de gezondheidszorg tussen nu en 2030 tot 12,5% van het BNP zal stijgen. Het is een voorzichtige hypothese, aangezien in deze simulatie rekening wordt gehouden met een groei van de uitgaven van 2,8% per jaar vanaf 2008. Uiteraard zijn er ook positieve elementen, zoals de impact van een gezonde levensverwachting. Hoe dan ook zullen onze gezondheidssystemen beter voorbereid moeten worden op de toekomst. Jo De Cock verwees in dit kader naar een aantal aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO).

Vervolgens nam **dr. Robert Rutsaert**, voorzitter van het Algemeen Syndicaat der geneeskundigen van België, het woord. Hij weidde uit over de wenselijkheid om door te gaan met een

stroom zo intens zou toenemen. De parkeerproblemen maken een ingrijpende oplossing noodzakelijk in de vorm van een parkeergebouw.

40 jaar is jong. Toch is een hoog tempo van verandering en vernieuwing merkbaar. Het ziekenhuis nam een sterk groeiende rol op binnen de gezondheidszorg. In de toekomst zal ze deze taak verder afstemmen met de thuiszorg. De patiënt van de toekomst is veelzijdig. Enerzijds is hij vaak behoorlijk valide, met een verlangen naar een betere levenskwaliteit of het behoud ervan. Anderzijds leeft hij langer, met een toename van complexe somatische en psychiatrische comorbiditeit.

dr. Emmanuël Nelis
hoofdgeneesheer

solidair betaalde gezondheidszorg. Hij verduidelijkte het begrip privatisering als eerste mogelijkheid.

Uit cijfers van de USA, waar de gezondheidszorg grotendeels geprivatiseerd is, bleek dat in 2002 45 miljoen mensen, d.i. 15% van de bevolking, geen ziekteverzekering had. In 2003 waren dit 21 à 31 miljoen mensen gedurende het hele jaar en 60 miljoen gedurende een gedeelte van het jaar. Het al dan niet verzekerd zijn in de VS hangt samen met de werkstatus. Uit deze cijfers blijkt duidelijk dat privatisering leidt tot armoede en risicoselectie. Er gaan ginder dan ook stemmen op om meer gemeenschapsgelden ter beschikking te stellen voor de gezondheidszorg.

Een tweede mogelijkheid is een gedeeltelijke privatisering waarbij een aantal zorgen, zoals tandzorg, kine en eerstelijnszorg, uitgesloten worden voor terugbetaling.

Een andere mogelijkheid is risicoselectie waarbij bijv. rokers, alcohol, obesitaschirurgie en sportletsels evenmin in aanmerking komen voor terugbetaling. Volgens dr. Rutsaert zou dit onethisch zijn en bovendien is dit eigenlijk een gemakkelijksheidsoplossing.

Er kan reeds een belangrijke winst geboekt worden indien alle spelers op het gezondheidsveld hun verantwoordelijkheid opnemen, te beginnen met de patiënt zelf, maar ook de artsen, beheerders, industrie, ziekenfondsen, vakbonden en politici.

De derde spreker was **dhr. Luc Goutry**, volksvertegenwoordiger in het federale parlement.

Hij lichtte eerst de verworvenheden van ons systeem toe. Onze gezondheidszorg is voor iedereen gelijk en volledig toegankelijk, van een zeer goede kwaliteit, betaalbaar en de patiënt heeft vrije keuze.

Vervolgens schetste hij de maatschappelijke context. We leven in een cultuur van verwachting, overvloed, consumptie, concurrentie, medicalisatie en emancipatie op alle niveaus. Hij toonde aan welke gevolgen dit met zich meebrengt voor de gezondheidszorg.

Zo verwacht de ongeduldige patiënt voor elk probleem een pil. Er is ook de toenemende stress en mentale druk op iedereen.

We worden geconfronteerd met een "verouderingsfenomeen", maar zoals reeds door dhr. De Cock aangehaald is oud zijn niet gelijk aan ziek zijn. Men kan eerder spreken van zorgbehoevende bejaarden. Dus "cure tegenover care".

Gezien de budgettaire beperkingen is er wel weinig ruimte voor een "nieuw beleid". Bovendien mag de Europese context niet uit het oog verloren worden met o.m. de "Bolkensteinrichtlijn", de "vermarkting" van zorg en het transnationale patiëntenverkeer.

Ook dhr. Goutry haalde de problematiek aan van de keuze tussen gesolidariseerde en geprivatiseerde ziekteverzekering.

Na de voordrachten van de 3 sprekers volgde een levendig debat o.l.v. **dhr. Guy Tegenbos**, journalist bij De Standaard.

Voor verslag,
dr. Griet De Brabanter
reumatoloog

Orthopedie: stafuitbreiding en opvolging diensthoofdschap

Na het afscheid van dr. Paul Kestelijn is de dienst terug voltallig met de komst van **dr. Davy Hoste**. **Dr. Luc Vanden Berghe** volgt dr. Kestelijn op als diensthoofd orthopedie. Dr. Hoste stelt zichzelf voor.



Mijn naam is **Davy Hoste** en sinds eind maart 2005 ben ik werkzaam als staflid op de dienst orthopedie-traumatologie van het A.Z. Sint-Lucas.

Ik ben geboren en getogen in Izegem, maar woon nu reeds zes jaar in Brugge. Ik behaalde mijn diploma als arts in 1998 aan de KU Leuven. In juli 2004 promoveerde ik als

orthopedisch chirurg aan diezelfde universiteit. Tijdens mijn opleiding was ik reeds twee jaar actief als assistent op de dienst orthopedie van het A.Z. Sint-Lucas.

Na mijn promotie als orthopedisch chirurg verbleef ik zes maand in het CHU Pellegrin in Bordeaux bij prof. Le Huec voor een verdere vervolmaking in de wervelzuilchirurgie. Voornamelijk de anterieure en endoscopisch geassisteerde wervelzuilchirurgie (ant. fusie, discusprothese, ...) kwam hierbij aan bod.

Symposium bekkenbodembekken

Op 10 mei 2005 werd in het A.Z. Sint-Lucas een symposium georganiseerd met als titel "Bekkenbodembekken: nood aan een multidisciplinaire aanpak?" door de diensten gynaecologie, urologie en fysische geneeskunde. Hiermee werd de officiële start gegeven van de bekkenbodembekken van het A.Z. Sint-Lucas.

De bekkenbodembekken is gegroeid vanuit een behoefte om patiënten met urineverlies en verzakkingsproblemen beter te helpen.

Vanaf de leeftijd van 35 jaar heeft ongeveer 30% van de vrouwelijke populatie in meer of mindere mate last van urineverlies. Naast sociaal isolement veroorzaakt urineverlies bij veel vrouwen een gevoel van schaamte, schrik en depressie. Urineverlies kan gepaard gaan met een gevoel van verzakking in de vagina. Ongeveer 11% van alle vrouwen ondergaat tijdens haar leven een ingreep ter correctie van een verzakking van de blaas, de baarmoeder of darmen. Het doel van het symposium was om een overzicht te geven van de hedendaagse behandelingsmogelijkheden van urineverlies en verzakkingsproblemen.

Twee experts binnen het domein werden hiervoor uitgenodigd. Het gaat om prof. dr. Deprest, gynaecoloog, en prof. dr. De Ridder, uroloog. Beiden komen van de Universitaire Ziekenhuizen Leuven. Zeven jaar geleden ging in de Universitaire Ziekenhuizen Leuven de eerste multidisciplinaire bekkenbodembekken in Vlaanderen van start.

Het diensthoofd gynaecologie, **dr. Schockaert**, benadrukte tijdens de inleiding het belang en succes van multidisciplinaire samenwerking. Een mooie illustratie hiervan is de multidisciplinaire borstkliniek van het A.Z. Sint-Lucas die intussen reeds zeven jaar bestaat.

Professor De Ridder lichtte het doel van een multidisciplinaire raadpleging toe. Bekkenbodembekken is een complexe problematiek waarbij het niet altijd duidelijk is door welke specialiteit het probleem het best wordt behandeld. In het verleden beperkte elke deelspecialist zich tot zijn

Vanaf augustus 2005 zal ik ook werken als consulent op de dienst wervelzuilchirurgie bij prof. Lauwerijns in het Universitair Ziekenhuis Gasthuisberg te Leuven. Dit voor één dag per week.

Binnen de dienst orthopedie van het A.Z. Sint-Lucas vormen wervelzuilchirurgie, voet- en enkelchirurgie en traumatologie mijn drie voornaamste werkdomeinen. Ik hoop als staflid de aangename werksfeer en relaties die ik ervaren heb als assistent verder te kunnen zetten binnen en buiten het ziekenhuis.



Na het vertrek van dr. Kestelijn, die recent met pensioen ging, heeft **dr. Luc Vanden Berghe** de fakkel overgenomen als diensthoofd orthopedie.



Van links naar rechts:
Dr. Kimpe, Lisa Note, dr. Schockaert, dr. Verbeure, dr. Claeuout, Martine Ameye

eigen domein en was er weinig onderling overleg. De ervaring in Leuven heeft geleerd dat de samenwerking kruisbestuivend werkt, zodat beide specialisten erdoor bijleren, wat resulteert in betere patiëntenzorg.

Daarna gaf **dr. Claeuout**, gynaecoloog in het A.Z. Sint-Lucas, een overzicht van de oorzaken van urineverlies en verzakking. Zwangerschap, bevalling en zwakke bindweefsels zijn belangrijke risicofactoren. Kinesitherapie, waarbij de bekkenbodembekken worden versterkt, is de eerste lijnsbehandeling bij inspanningsgebonden urineverlies. Dit werd toegelicht door **mevr. Lisa Note**, kinesiste in het A.Z. Sint-Lucas. Kinesitherapie leidt bij ongeveer 40% van de vrouwen tot genezing.

Voor patiënten met een overactieve blaas werden nieuwe medicaties ontwikkeld die niet alleen doeltreffender zijn maar ook minder nevenwerkingen hebben.

Professor Deprest besprak de nieuwe heelkundige behan-