

Pediatrie: werking en toekomstplannen

Dankzij de recent uitgebreide groep kinderartsen wordt in de week dagelijks minstens één voormiddag-, namiddag- en avondconsultatie voorzien (respectievelijk van 9u tot 11u15, van 14 u tot 16u15 en van 17u tot 19u15), uitgezonderd in verlofperiodes. Overdag kunnen verwijzingen, zo de medische toestand van de patiënt dit toelaat, naar de consultatie gestuurd worden.

Patiënten verwezen naar spoedgevallen worden getrieerd door de spoedarts en behandeld door de kinderarts van wacht. Pasgeborenen worden op materniteit onderzocht door de kinderarts van wacht.

De N° neonatologie kan patiënten opvangen vanaf de postmenstruele leeftijd van 32 weken, op voorwaarde dat geen intensieve technieken nodig zijn (opschuifcatheters, diepe veneuze catheters en endotracheale beademing). Wij beschikken evenwel over een Neopufftoestel voor adequate opvang van de pasgeborene in moeilijkheden. Hiermee kan via een masker manueel beademd worden met ingestelde PEEP en PIP. Dit is in feite een meer verfijnde versie van het "ambu"-masker, omdat barotrauma met de Neopuff vermeden wordt. Met ons beademingstoestel (Babylog) kan een kind nasale CPAP krijgen of correct endotracheaal beademd worden in afwachting van transport. Indien de nasale CPAP langer noodzakelijk blijkt dan 24 uur, dient de baby eveneens verwezen te worden naar een NIC neonatologie afdeling. Plaatsen van veneuze navelcatheters is mogelijk, zodat een tijdelijke behoefte aan infuus (3 à 5 dagen) kan verzekerd worden, ook bij moeilijke perifere veneuze access.

Verwijzingen gebeuren voornamelijk naar UZ Gent voor neonatologie, pediatrie intensieve zorgen en pediatrie subspecialiteiten, AZ Sint-Jan te Brugge voor neonatologie en eventueel naar het H. Hartziekenhuis te Roeselare voor neurochirurgie bij hoofdtrauma.

Momenteel wordt een spirometer, aangepast aan de kinderleeftijd, aangekocht. Dit onderzoek wordt binnenkort aangeboden voor kinderen die kunnen blazen op verzoek (vanaf 5 à 7 jaar). Daarnaast wordt met de dienst gastro-enterologie overlegd of het daar aanwezige ademtesttoestel ook uitgerust kan worden met een maskersysteem met éénrichtingskleppen. Op deze manier kunnen ook jongere kinderen in de toekomst lactose- of andere ademtesten krijgen.

Intussen zijn uitgebreide vernieuwingswerken op de dienst pediatrie in volle uitvoering, maar daarover later meer... ■

Namens de kinderartsen

dr. Geert Vanacker
geert.vanacker@sintandriestielt.be
dr. Kristien De Jaeger
kristien.de.jaeger@sintandriestielt.be

dr. Kristien Evens
kristien.evans@sintandriestielt.be
dr. Robert Van Horebeek
robert.van.horebeek@sintandriestielt.be



Verloskunde

TEKST VOLGT NOG (300-tal woorden) ■

Namens de gynaecologen en verloskundigen

dr. Sophie Servaes
sophie.servaes@sintandriestielt.be
dr. Bart Boone
bart.boone@sintandriestielt.be
dr. Katrien Devolder
katrien.devolder@sintandriestielt.be

dr. Jan Van Eyck
jan.van.eyck@sintandriestielt.be
dr. Veerle Lampaert
veerle.lampaert@sintandriestielt.be



Kinderurologie

Kinderurologie is eigenlijk een aparte entiteit binnen de urologie, omdat het een specifieke patiëntengroep met specifieke "aandoeningen" betreft.

Enkele van hun ziektebeelden zien we ook bij volwassenen, zoals infecties, een overactieve blaas of steenpathologie, maar over het algemeen gaat het over zaken typisch voor kinderen: vernauwde voorhuid, niet-ingedaalde testis, reflux, of bedplassen. De laatste jaren wordt bij het medisch schoolonderzoek veel aandacht geschonken aan de opsporing van spataders ter hoogte van de testis, een varicocele, dit betreft adolescenten van 12 tot 16 jaar. Veel technische onderzoeken komen bij dergelijke pathologieën niet kijken, het klinisch onderzoek is het belangrijkste. Dit maakt dat de consultatie meestal zeer kindvriendelijk kan verlopen. De bedplassers, vaak al iets ouder, zijn al opgelucht als ze horen dat ze niet de enige zijn met een dergelijk probleem. De kleintjes klimmen vol trots alléén op de onderzoekstafel.

Het leuke aan de kinderurologie is dat voor de kinderen de uroloog een arts is als alle anderen, er is geen zweem van

geheimzinnigheid of schaamte, hetgeen je bij volwassenen wel ziet. Eenmaal hun angst overwonnen zijn ze ook verbaasd dapper, op de consultatie, in de operatiezaal en tijdens hun herstel.

De leeftijd van de kinderen die op de operatietafel belanden is zeer divers. De niet-ingedaalde testis opereren we liefst voor de leeftijd van 3 jaar, de varicocele tussen 12 en 16 jaar, op fimosis staat geen leeftijd. De meeste ingrepen gebeuren in daghospitaalverband, vragen geen grote zorgen achteraf en het is iedere keer weer leuk om te zien hoe snel met name de kleintjes recupereren. Samen met de andere schakels in dit verhaal, anesthesie en pediatrie, proberen we alles zo goed, veilig en aangenaam mogelijk te laten verlopen. ■

Namens de urologen

dr. Mariëtte Van den Heuvel
mariette.van.den.heuvel@sintandriestielt.be
dr. Jan Van Haverbeke
jan.van.haverbeke@sintandriestielt.be



Te kort of hypertrofisch frenulum van de bovenlip

Een te kort of hypertrofisch frenulum van de bovenlip is vrij normaal bij baby's en kleine kinderen. Gewoonlijk verdwijnt de hypertrofie spontaan rond het twaalfde levensjaar tijdens het doorbreken van beide hoektanden.

Als het te kort of hypertrofisch frenulum van de bovenlip na deze leeftijd persisteert en een chirurgische behandeling wordt overwogen, dient een discrepantie tussen de grootte van de gebits-elementen en de lengte van de tandenboog, een mesiodens (surnumerair element) of een ernstige dysgnatie (verkeerde verhouding onder- en bovenkaak) als oorzaken te worden uitgesloten.

Gevolgen

De negatieve gevolgen van een te kort of hypertrofisch frenulum van de bovenlip zijn te verdelen in orthodontische, parodontale, esthetische en functionele gevolgen.

1. Orthodontische gevolgen.

Persisteren van diastem ter hoogte van centrale snijtanden na doorbreken van de hoektanden.

2. Parodontale gevolgen.

Een kort frenulum kan gemakkelijk beschadigd worden tijdens het tandenpoetsen, waardoor de patiënt deze plek en de lokale gingiva zal ontzien bij het poetsen. De plaque-accumulatie die dan ontstaat, kan uiteindelijk leiden tot parodontale afbraak met recessie van interdentale papil tussen de gebits-elementen als gevolg.



3. Esthetische gevolgen.

Intrekking van lip bij praten of lachen. Ook kan het frenulum bij geringe mondopening iets onder de bovenlip uithangen.

4. Functionele gevolgen.

Door vocht- en luchtverlies ten gevolge van het diastem kan de patiënt slissen.

Indicatie en chirurgische behandeling

De behandeling bestaat uit het verlengen van het te korte of hypertrofische frenulum. Dit kan met een zogenaamde VY-plastiek (frenulotomie). Daarnaast kan het frenulum geheel worden verwijderd (frenulectomie).

Besluit

Indien een te kort of hypertrofisch frenulum van de bovenlip behandeling behoeft, is het in eerste instantie aangewezen overleg te plegen met een orthodontist/stomatoloog. In de meeste gevallen zal bij baby's en jonge kinderen tot ongeveer twaalf jaar geen reden zijn tot operatief ingrijpen. ■

Namens de stomatologen

dr. Laurens Timmermans
laurens.timmermans@sintandriestielt.be
dr. Philippe Vuylsteke
philippe.vuylsteke@sintandriestielt.be



Otitis media met effusie

Otitis media met effusie (OME – otitis serosa) komt vaak voor. 80% van alle 4-jarigen heeft op enig moment OME doorgemaakt, met een piek rond het eerste levensjaar, waarna de prevalentie na het 6e levensjaar afneemt. Er zijn 2 grote redenen voor het voorkomen van OME bij kinderen: ze hebben een immature immuniteit en een minder goed werkende Buis van Eustachius.

OME kan een (geleidings)gehoorsverlies tot gevolg hebben, variërend van 0 tot 50 dB. Spontaan herstel komt vaak voor, maar ook recidieven zijn frequent. Het gehoorverlies op zich kan leiden tot problemen in het gezin, met spraak- en taalontwikkeling, en op school. Rapportage van 'slecht horen' door ouders of onderwijzend personeel is overigens onvoldoende om gehoorverlies vast te stellen: een audiologisch onderzoek is hiervoor aangewezen.

In de VS vigeren de richtlijnen als volgt (gezamenlijke richtlijnen van huisartsen – NKO-artsen en kinderartsen. Richtlijn is evidence based): Kinderen zijn kandidaat voor chirurgisch ingrijpen (eerste keus: trommelvliesbuisjes) indien sprake van:

1. OME gedurende 4 maanden, én persisterend gehoorverlies of andere symptomatologie.
2. Recidiverende of persisterende OME in risicogroepen onafhankelijk van de aanwezigheid van gehoorverlies.

Risicogroepen zijn kinderen met
a) een bestaand gehoorverlies los van de OME
b) spraak- en taalstoornissen

- c) autisme of daaraan verwante stoornissen
- d) diverse syndromen (Down...)
- e) schisis
- f) visusstoornissen
- g) ontwikkelingsachterstand

3. Structurele schade aan het trommelvlies.

De voordelen zijn groter dan de nadelen. De voordelen betreffen:

1. Verbeterd gehoor.
2. Afname prevalentie OME.
3. Afname incidentie Acute Otitis Media.
4. Minder noodzaak tot herplaatsen trommelvliesbuisjes indien gelijktijdig een adenotomie uitgevoerd wordt.

Over de rol van de adenoiden in het ontstaan van OME is er nog een debat aan de gang: is de tubaire dysfunctie gerelateerd aan de fysische obstructie door de adenoiden, of door een chronische infectie van de adenoiden? Los van de pathofysiologie, bleek adenotomie effectief bij te dragen tot het oplossen van OME en mogelijk bij recidiverende AOM bij kinderen boven de 4 jaar. Adenotomie bij kinderen jonger dan 3 is een veilige ingreep, maar de effectiviteit hiervan is niet bewezen. ■

Namens de neus-, keel-, oorartsen

dr. François Vanhoucke
francois.vanhoucke@sintandriestielt.be
dr. Pieter Ingelaere
pieter.ingelaere@sintandriestielt.be



Strabisme en amblyopie

Strabisme (scheelzien) is elke afwijking waarbij beide ogen onderling een verschillende positie innemen: convergent (eso), divergent (exo) of hoogteverschil.

Tot de leeftijd van 6 maand mag een normale baby af en toe scheel kijken omdat de coördinatie tussen de oogspieren nog niet optimaal is. Een baby die constant scheelziet op die leeftijd wordt best al direct verwezen naar de oogarts. Ook elk kind dat begint scheel te zien na de leeftijd van 6 maand moet verder onderzocht worden door een oogarts. Kinderen die scheel kijken, zien zelden dubbel omdat de hersenen het beeld van het wegdraaiend oog uitschakelen, maar daardoor vermindert het zicht in dat oog: het oog wordt lui (amblyoop), en lui oog zal nooit vanzelf genezen, maar is te verhelpen indien de behandeling aanvangt vóór de leeftijd van 6 jaar. Hoe vroeger de behandeling gestart wordt, hoe beter het resultaat. Dus vroeg doorsturen is noodzakelijk. Strabisme met een kleine hoek valt soms esthetisch niet op, maar kan wel een sterke visusdaling geven. Daarom is het oogonderzoek in de eerste kleuterklas zo belangrijk om amblyopie op te sporen.

Hoe wordt strabisme en amblyopie behandeld?

- 1) Indien er een refractiefwijking is, wordt steeds een bril gegeven. Strabisme komt het meest voor in combinatie met hypermetropie (verziendheid). Bij sommige kinderen zullen de ogen weer recht trekken door het dragen van een bril. Brillen voor peuters en

kleuters zijn er tegenwoordig in onbreekbare materialen, flexibele monturen en in alle modieuze kleurtjes en modellen.

2) Bijna alle kinderen moeten ook occlusie krijgen: een pleister wordt op het goede oog gekleefd, een aantal uren per dag naargelang de graad van amblyopie. Er bestaan pleisters met toffe kleuren en figuurtjes, met bijbehorende posters om de pleisters na gebruik op te kleven en zo de kinderen te blijven motiveren.

3) Pas wanneer het zicht goed is, wordt een strabismeoperatie uitgevoerd. Meestal op beide ogen. Iedere vorm van strabisme moet individueel aangepakt worden, de ene vorm wordt snel geopereerd, de andere liever na de leeftijd van 6 jaar. Door de verbeterde anesthesie gebeurt een operatie in daghospitaal van vanaf de leeftijd van 9 maand. Door het gebruik van een larynxmasker is de postoperatieve misselijkheid sterk verminderd.

4) Postop blijft de occlusietherapie vaak nog nodig tot de leeftijd van 6 jaar om herval van amblyopie te voorkomen. ■

Namens de oogartsen

dr. Lieve Van Eeckhoutte
dr. Linda Seynaeve
dr. Danny Deraus
danny.deraus@sintandriestielt.be
dr. Ingeborg Bastin
ingeborg.bastin@sintandriestielt.be



Clinics in internal medicine

Symposium naar aanleiding van het afscheid van dr. Marc Cardon

Op zaterdag 7 maart vond in het Hotel-Restaurant 'Shamrock' in Tielt het symposium 'Clinics in Internal Medicine' plaats n.a.v. het afscheid van Dr. M. Cardon als internist van het Sint-Andriesziekenhuis.

Meer dan 130 congressisten woonden dit symposium bij, dat in het teken stond van de brede interesse van dr. Cardon voor de algemene interne geneeskunde. De sprekers waren allen ex-assistenten van Marc, op heden werkzaam als stafmedic in universitaire en semi-universitaire centra. De voordrachten waren van een uitstekend wetenschappelijk niveau. Dr. M. Cardon verlaat de dienst inwendige ziekten na een professionele activiteit van meer dan 35 jaar, waarbij hij zijn bijna encyclopedische kennis van de interne geneeskunde ten dienste stelde van toekomstige internisten, de huisartsen en de talrijke patiënten van de regio Tielt en omgeving.

Dokter Cardon was behalve stagemeester van de eerste/tweedejaars-assistenten van de KUL en RUG, ook diensthoofd inwendige ziekten van 1980 tot 2008, en hoofdgeneesheer van het Sint-Andriesziekenhuis van 1987 tot 2000.

Hij was een begenadigd spreker en verzorgde talrijke medische voordrachten, onder meer voor de Huisartsenkring van het oosten van West-Vlaanderen en de regio huisartsen Aalter waarbij hij de gave bezat om complexe medische onderwerpen op een begrijpbare en eenvoudige manier uit te leggen. In zijn afscheidwoord dankte dr. Cardon zijn collega's binnen en buiten het ziekenhuis voor de jarenlange vruchtbare en aangename samenwerking. Een speciale dankmelding richtte hij tot zijn echtgenote Daniëlle die een sterke steun en toeverlaat was tijdens zijn jarenlange ziekenhuisactiviteit.

Wij wensen Marc en zijn echtgenote een gezonde en gelukkige toekomst samen. De huidige leden van de dienst inwendige ziekten zullen zich verder inzetten om de hoge medische kwaliteit van de dienst inwendige ziekten die dr. Cardon nastreefde te handhaven in de verdere toekomst. ■

Namens de leden van de dienst inwendige ziekten

Dr. Jan Beyls

Inwendige geneeskunde
jan.beyls@sintandriestielt.be

Oprichting borstcentrum Midden West-Vlaanderen

Graag geven wij u enige toelichting bij de geboorte van het borstcentrum Midden West-Vlaanderen dat opgericht wordt door vier ziekenhuizen: het Sint-Andriesziekenhuis Tielt, de Sint-Jozefskliniek Izegem, het Stedelijk Ziekenhuis Roeselare en het Heilig-Hartziekenhuis Roeselare-Menen.

Naar aanleiding van de oprichting van de borstkliniek midden West-Vlaanderen hielden we een symposium op 7 maart 2009 voor alle betrokken zorgverleners, in de eerste plaats de huisartsen. Hierbij werd de aanpak van borstkanker in zijn verschillende facetten overlopen. Het symposium werd geopend door een welkom van de gouverneur van West-Vlaanderen en het werd besloten met wat filosofische bedenkingen over dit thema door professor Rik Torfs. Er werden sprekers van verschillende Vlaamse universiteiten uitgenodigd om een aspect van borstkanker te komen belichten.

Het Borstcentrum Midden West-Vlaanderen beoogt een intensieve samenwerking tussen de vier ziekenhuizen op gebied van borstkanker met de bedoeling de zorg voor borstkankerpatiënten te optimaliseren door middel van onder andere gemeenschappelijke richtlijnen voor diagnose en therapie en gemeenschappelijk patiëntenoverleg.

De overheid heeft in 2003 een KB uitgevaardigd met normen voor zorgprogramma's voor oncologische basiszorg en een zorgprogramma voor oncologie. Hiervoor worden wekelijks MOC-vergaderingen georganiseerd. De huisarts van de besproken patiënten wordt altijd uitgenodigd,

zodat de samenwerking tussen eerste- en tweedelijngeneeskunde op deze manier wordt bevorderd.

De vier ziekenhuizen die samen het Borstcentrum Midden West-Vlaanderen oprichtten, werken al geruime tijd intensief samen op het gebied van oncologie. Er werd reeds jaren geleden een gemeenschappelijk MOC-handboek opgesteld dat jaarlijks wordt aangepast. Naast dit wekelijkse gezamenlijke MOC-overleg, werd ook een zorgpad borstkanker opgesteld in overleg met de huisartsenkringen. Goede oncologische zorg vereist een goede samenwerking tussen de eerste- en tweedelijngeneeskunde.

Ten derde wordt ook gewerkt aan een gezamenlijke website voor het Borstcentrum Midden West-Vlaanderen. Deze website zal een deel gericht op patiënten en een deel gericht op zorgverleners omvatten met nuttige informatie omtrent borstkanker en het Borstcentrum Midden West-Vlaanderen.

Wij zijn overtuigd dat de samenwerking met verschillende ziekenhuizen en verschillende disciplines uiteindelijk voor de patiënt een garantie inhoudt van snelle patiëntvriendelijke opvang en optimale zorgverlening, waarbij al de hedendaagse diagnostiek en behandelingsmogelijkheden voor handen zijn en waarbij de patiënten mede begeleid worden door borstverpleegkundigen op het traject van hun behandeling. ■

dr. Mehrdad Biglari

Heelkunde

mehrdad.biglari@sintandriestielt.be



Nieuwe artsen



Dr. Astrid Leus - radioloog

Dr. Astrid Leus is sinds 1 maart 2009 aan het werk in het Sint-Andriesziekenhuis als radioloog. Ze behaalde in 2003 haar diploma van arts aan de Vrije Universiteit Brussel. Ze volgde een opleiding tot geneesheer-specialist in de radiologie en medische beeldvorming in Antwerpen en in Brussel.

Dr. Sandra Maertens - geriater

Dr. Sandra Maertens is sinds 1 februari 2009 werkzaam in het Sint-Andriesziekenhuis als geriater. Ze behaalde in 2002 haar diploma van arts aan de Universiteit Gent. Daarna specialiseerde zij zich in de algemeen inwendige geneeskunde en geriatrie. Ze volgde als bijkomende opleidingen palliatieve zorgen en echografie. Dr. Maertens zal ook instaan voor het geriatrisch dagziekenhuis en de interne en externe liaisonfunctie, conform de wettelijke bepalingen omtrent het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt



Dr. Evy Degrande - endocrinoloog/geriater

Dr. Evy Degrande is sinds 1 april 2009 verbonden aan het Sint-Andriesziekenhuis als endocrinoloog en geriater. Zij studeerde in 2001 af aan de KU Leuven als arts. Verder behaalde zij in november 2007 de erkenning internist-geriater en in maart 2009 de erkenning endocrinologie en diabetologie. Haar hoofdactiviteit wordt de start van de dienst endocrinologie-diabetologie in intense samenwerking met de huisartsen uit de regio. Daarnaast zal zij samen met collega dr. Maertens de dienst geriatrie uitbouwen.

Dr. Marc Cardon - internist

Dr. Marc Cardon begon zijn carrière als internist in het Sint-Andriesziekenhuis op 1 november 1973. In 1980 werd hij diensthoofd en van 1988 tot 2000 hoofdgeneesheer. Dr. Cardon leidde bovendien een 35-tal assistenten op. Eind april gaat dr. Cardon na een succesvolle carrière op rust.



Weetjes

- Lezing 'De positie van de ombudsfunctie in een algemeen ziekenhuis' door Sofie Blanquaert, Adjunct Algemeen Directeur, aan de K.U.Leuven Campus Kortrijk op 21 maart 2009 op het symposium Privacy of big brother? Recente evoluties in de wetgeving over privacy, communicatie, inzage en geheimhouding.

- Op 15 februari 2009 werd bij de overheid een aanvraag tot erkenning ingediend van de ziekenhuisassociatie 'NETWERK ONCOLOGIE IN WEST-VLAANDEREN' door het Sint-Andriesziekenhuis, het H.-Hartziekenhuis Roeselare-Menen, het Stedelijk Ziekenhuis Roeselare en de Sint- Jozefskliniek Izegem.

Het Sint-Andriesziekenhuis diende op 24 februari 2009 bij de overheid een aanvraag in tot erkenning van het (gespecialiseerd) zorgprogramma voor oncologie.

- Spoedartsen van het Sint-Andriesziekenhuis: dr. Filip Honoré, dr. Malika Tennah, dr. Kristof Vanden Weghe, dr. Sophie Vandeplassche

Navormingsprogramma najaar 2009:

Dinsdag 22 september 2009: dr. Kristien Evens - Kindergeneeskunde

Dinsdag 15 december 2009: dr. Gretel Descheemaeker - revalidatie en kinesitherapie

Colofon

Redactieraad

Dr. Mehrdad Biglari: mehrdad.biglari@sintandriestielt.be
Mevr. Sofie Blanquaert: sofie.blanquaert@sintandriestielt.be
Dr. Steven De Coninck: steven.de.coninck@sintandriestielt.be
Mevr. Betty de Muelenaere: betty.de.muelenaere@sintandriestielt.be
Mevr. Lien Depauw: lien.depauw@sintandriestielt.be
Dr. Danny Deroux: danny.derox@sintandriestielt.be
Dr. Peter Moons: peter.moons@sintandriestielt.be
Dr. Geert Tits: geert.tits@sintandriestielt.be
Mevr. Hilde Van den Wyngaert: hilde.vdwynngaert@sintandriestielt.be
Dr. Marc Vuylsteke: marc.vuylsteke@sintandriestielt.be

Hoofdredacteur

Dr. Jan Beyls: jan.beyls@sintandriestielt.be

Werken verder mee aan dit nummer

Dr. Ingeborg Bastin, Dr. Bart Boone, Dr. Kristien De Jaeger, Dr. Katrien Devolder, Dr. Kristien Evens, Dr. Pieter Ingelaere, Dr. Veerle Lampaert, Dr. Sophie Servaes, Dr. Linda Seynaeve, Dr. Laurens Timmermans, Dr. Geert Vanacker, Dr. Mariëtte Van den Heuvel, Dr. Jan Van Eyck, Dr. Lieve Van Eeckhoutte, Dr. Jan Van Haverbeke, Dr. Robert Van Horebeek, Dr. François Vanhoucke, Dr. Philippe Vuylsteke.

copyright © 2008 vzw Sint-Andriesziekenhuis. Behoudens de uitdrukkelijke bij wet bepaalde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave vervoelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt worden, op welke wijze ook, zonder de uitdrukkelijke voorafgaande en schriftelijke toestemming van de uitgever.

Lay-out & Druk

Drukkerij Lannoo: www.lannooprint.com

Verantwoordelijke uitgever

Dr. Jo Vander Plaetsen
Hoofdgeneesheer Sint-Andriesziekenhuis Tielt
Krommewalstraat 11
8700 Tielt
www.sintandriestielt.be

Foto's

Frank Boone,

Sponsors



The next generation biopharma leader

Genoetijd bereikt alles



Infos@t

n° 1 2009 - 6 maandelijks - Jaargang 2

Edito

De kangoeroe-zorg

De huidige editie van Infos@t is ditmaal integraal gewijd aan 'moeder en kind'. Het Sint-Andriesziekenhuis heeft de laatste jaren talrijke inspanningen geleverd om de toekomstige moeders en borelingen van bij aanvang met de beste medische zorgen te omringen en dit met gebruik van de modernste materiële en logistieke voorzieningen voor opvang en nazorg. Eerstdaags is een opendeurdag gepland voor rondleiding op de vernieuwde materniteit en kinderafdeling.

De dienst verloskunde - gynaecologie bestaat sinds 2008 uit vijf specialisten; de dienst pediatrie is uitgegroeid tot vier pediaters. Daarnaast zijn ook talrijke orgaanspecialisten onderlegd in de specifieke behandeling van kinderaandoeningen binnen hun vakgebied zoals de collega's urologen, NKO-artsen, stomatologen en vele anderen zoals U kan lezen in deze Infos@t.

De enorme vlucht van de hightech-geneeskunde - ook binnen de kindergeneeskunde en in het bijzonder de neonatologie - is daarentegen allerminst een garantie voor de goede algemene en mentale ontwikkeling van onze kinderen in een maatschappij die vandaag een (vaak onbereikbaar) hoog verwachtingspatroon verlangt van onze jeugd en tezelfdertijd het kind en meer bepaald de jonge adolescent confronteert met een salvo aan zowel positieve als negatieve stimuli via de verschillende multimediakanalen.

Vaak wordt vergeten dat - in tegenstelling tot de vorige generatie - opgroeien in een dergelijke omgeving niet zelfsprekend is. Instantgeluk en euforie, snelle bevrediging van materiële behoeften (ons voorgesteld via vernuftige mediabeelden en reclame) lijken de norm te zijn, maar hebben niets te maken met duurzaam 'gelukkig-zijn' en 'menselijke' ontwikkeling. En als dit zelfs niet onmiddellijk lukt, kunnen we de onbereikbare (ersatz) realiteit en verlangens vinden in een virtuele (second life) wereld of als held van meerdere gewelddadige playgames. Het is niet te verwonderen dat het onderscheid tussen fictie en realiteit bij 'kwetsbare' jongeren hierdoor zoek raakt, waarbij een grens dreigt overschreden te worden, leidend tot de ons gekende dramatische gevolgen, zowel in eigen land als eruiten. Fundamentele en kritische vragen moeten we hieromtrent durven stellen: * Zijn wij als ouders voldoende geschoold voor de opvoeding van onze kinderen, in het licht van ons huidig maatschappijbeeld? Zien wij voldoende de signalen van kwetsbaarheid, foutieve zelfperceptie, overprikelbaarheid, protest en wanhoopsgedrag bij onze jongeren en gaan we daar voldoende verantwoordelijk mee om? Hebben we voldoende tijd of maken we voldoende tijd vrij om te corrigeren,

bij te sturen of desnoods deskundige hulp in te roepen? Zijn onze opvoedingsdeskundigen voldoende deskundig? En laten we de opvoeding van onze kinderen niet te veel over aan de (goedbedoelde) zorg van grootouders, verwachten wij niet te veel dat de maatschappij (school en naschoolse opvang, clubs, verenigingen ...) onze kinderen moet opvoeden? De oermoeder die haar kinderen baart, te voeden geeft en opvoedt is vaak een minderheid geworden in een materiële wereld van tweeverdieners en carrièremakers.

* Als tabaksproducenten verantwoordelijk kunnen gesteld worden voor het ontwikkelen/bevorderen van longkanker, kan de vraag gesteld worden waar de ethische verantwoordelijkheid ligt van de producenten van multimediatelevisie (fightgames, extreme lifestyle, excitantia) op de morele en psychosociale ontwikkeling van onze jeugd; moet de overheid hierin niet wetgevend optreden (corrigerend of strafrechtelijk) ter bescherming van de meest kwetsbare consumenten van onze maatschappij? Of is het wachten op het allereerste proces tegen producenten van geweldgames?

Onze taak als ouders bestaat erin onze kinderen een duurzaam geluksgevoel aan te bieden, dit vanaf het prille begin tot de volwassenheid.

Het stressgevoel, zo reëel aanwezig bij vele kinderen, dient plaats te maken voor het geluksgevoel. Het spiegelhormoon van adrenaline (het 'stress'-hormoon) is ocytocine, een hormoon dat vrijkomt bij de bevalling, bij borstvoeding en bij hechting, zelfs bij relaxatie, en speelt een rol als neurotransmitter in de hersenen. Het beïnvloedt op die manier gedragsparameters, neuro-endocriene en fysiologische parameters en leidt tot het welbevinden en sociale interactie tussen moeder en kind. In de neonatologie (maar ook bij primitieve maatschappijen en primaten) blijkt dat langdurig en regelmatig lichamelijk contact tussen moeder (ouders) en prematuur (het zgn kangoeroeën) de algemene, motorische en mentale ontwikkeling van borelingen positief beïnvloedt. De ouders worden daarbij de belangrijkste verstrekkers van warmte, voeding, stimulatie en emotioneel comfort.

Misschien moeten we deze 'kangoeroe-zorg' niet stoppen na het spenen, maar op een aangepaste manier verder zetten tijdens de ontwikkeling van onze kinderen van zuigeling over peuter naar puber en adolescent. Een einddatum voor 'kangoeroeën' bestaat gewoon niet. ■

Dr. Jan Beyls
Hoofdredacteur

