



Drie hoog, driemaal zoveel comfort

De eerste steen van het gloednieuwe dagziekenhuis wordt in juni 2012 gelegd. De plannen werden op het laatste nippertje bijgestuurd: een verdieping meer, meer parkeergelegenheid, en een meer huiselijke omkadering. Einde van de werken? November 2013.



dr. Jeroen Demaegd en Roland De Bosscher

Het aantal ingrepen dat in dagziekenhuis plaatsvindt, kent een echte boost. Dr. Jeroen Demaegd (Medisch diensthoofd Chirurgisch dagziekenhuis): "In vergelijking met enkele jaren geleden zien we een toename met ruim 30%. Een nieuw dagziekenhuis is dus essentieel om die stijging op te vangen. In het huidige dagziekenhuis hebben we 34 bedden. Een onhoudbare situatie... Eens het nieuwe dagziekenhuis klaar is en die twee locaties vervangt, zullen we over de helft meer bedden beschikken."

Extra behandelzaal

Ook de nood aan meer capaciteit voor het uitvoeren van ingrepen werd prangend. Daarom krijgt het nieuwe dagziekenhuis een extra behandelzaal, wat het aantal op drie brengt. "Het O.K. krijgt twee steriele operatiezalen extra – dus dat worden er in totaal tien. In het dagziekenhuis zelf zullen ingrepen plaatsvinden die geen chirurgische steriliteit nodig hebben, zoals pijnklinikinfiltaties, coloscopies, enzovoort. In de twee steriele zalen van het O.K. zullen we bij voorkeur kortere 'dagklinikingrepen' verrichten die wél een absolute steriliteit nodig hebben, zoals oftalmologie en kleine orthopedische procedures. Dat is perfect mogelijk aangezien het nieuwe dagziekenhuis op het O.K. zal aansluiten."

In het nieuwe dagziekenhuis zullen patiënten zich pas twee uur vóór de ingreep moeten aanmelden. Die wachttijd zullen ze niet langer in bed doorbrengen. "Nu komen de meeste patiënten om 7 uur binnen, ook al opereren we hen pas in de namiddag. Daardoor worden veel bedden urenlang onnodig bezet. In het nieuwe dagziekenhuis zal de patiënt niet in een bed, maar in een comfortabele ruimte met zetels wachten, een soort living zeg maar. Om de periode tussen ingreep en ontslag in te korten, komt er naast de kamers een 'herstelruimte', met comfortabele zetels. Daar kunnen de patiënten die goed genoeg zijn om de kamer te verlaten, maar nog even moeten wachten (op de arts of familie), verder uitrusten."

Ruimte en licht

Het nieuwe dagziekenhuis wordt drie bouwlagen hoog. Op het gelijkvloers komen de 'lounge', de inschrijvingsbalie, kleedkamers en drie behandelruimtes. Een niveau hoger bevindt zich de verpleegafdeling met bedden en zetels, met op de hoogste verdieping het oncologisch en geriatrisch dagziekenhuis. "Comfort en privacy staan voorop", zegt dr. Sabine Braems (dienst Oncologie). "Er komen bedden bij en we zullen meer eenpersoonskamers voorzien. De behandelingen blijven dezelfde als vandaag: chemotherapie, allerlei onderzoeken, medicatietoediening, enzovoort. Vijf dagen per week. Maar dan

(vervolg op pagina 2)

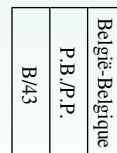
Met glans geslaagd

Alle diensten en zorgprogramma's van het AZ Sint-Elisabeth krijgen een verlenging van erkenning tot 2016. Die erkenning kreeg het ziekenhuis na een uitgebreide, ziekenhuisbrede audit door het inspectieteam van de Vlaamse Gemeenschap. Na een maandenlange voorbereiding en dankzij de inzet van alle artsen en medewerkers was het ziekenhuis er klaar voor. Lees meer op pagina 4.

Verder in dit nummer

De nieuwe PAAZ	3
Auditverslag	4
Uroflow	4
Safe Surgery	9
Nieuwe directie	9
Nieuwe artsen en afscheid	10
VAP-bundel	11
e-birth	11
De keuken in de kijker	12

Toelating gestoten
verpakking B/43





Herman De Vleeschouwer
afgevaardigd bestuurder

Nieuwe uitdagingen

In naam van alle medewerkers en directie van het AZ Sint-Elisabeth wens ik u een voorspoedig en gezond 2012. Naar goeie gewoonte zullen we ook dit jaar alles op alles blijven zetten om de patiënt met de beste zorgen te omringen.

Het ziekenhuis neemt die taak heel serieus, en dat bleek onlangs nog uit het auditverslag van het team Zorginspectie van de Vlaamse Gemeenschap. Hoewel er nog enkele werkpunten zijn, zoals de uitwerking van een ziekenhuisbrede visie rond de opvang van geriatrische en kritische patiënten, behaalden we doorgaans hoge scores. Alle diensten en zorgprogramma's krijgen dan ook een verlenging van erkenning tot 2016.

Zoals elk jaar staat het ziekenhuis voor nieuwe uitdagingen. Die worden sedert juli 2011 door een gloednieuw directieteam aangepakt. Frank Verbeke verliet zijn post als administratief directeur en nam de fakkel van algemeen directeur over van Jan Gabriëls, die met vervroegd pensioen ging. De functie van administratief directeur werd opgenomen door An Stragier.

Ook op medisch vlak blijft het ziekenhuis nieuwe uitdagingen aangaan. Om de zorg van de patiënt te optimaliseren, nemen we deel aan verschillende overheidsprojecten. Om 'ventilator geassocieerde pneumonie' tegen te gaan, implementeerde de afdeling Intensieve zorgen de zogenaamde VAP-bundel, een soort checklist om het risico voor de patiënt tot een minimum te herleiden. Ook in het Operatiekwartier wordt met lijstjes gewerkt: met de Safe Surgery Checklist kan men onvoorziene verwickelingen bij heelkundige ingrepen voor een groot deel vermijden.

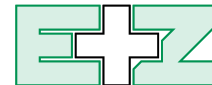
Ten slotte blijft het ziekenhuis ook investeren in nieuwe infrastructuur. Onlangs verhuisde de PAAZ naar haar vernieuwde stek. Psychiatrische patiënten kunnen er nu in een modern kader genieten van de huiselijke sfeer. Ook de plannen voor het gloednieuwe dagziekenhuis werden goedgekeurd. In het voorjaar gaan de werken van start.

In de medische bijlage kunt u alles lezen over zoönosen in de dagelijkse praktijk van de anatomopatholoog en over het belang van een vroegtijdige diagnose van prostaatkanker.

Veel leesplezier,

Herman De Vleeschouwer
Afgevaardigd bestuurder

vervolg p.1



wel in een zeer aangename omgeving, met veel ruimte en licht." Enkele bedden worden gereserveerd voor geriatrische patiënten. Dr. Inge Vanslembrouck (dienst Geriatrie). "Voor deze groep voorzien we op vooraf afgesproken dagen zes bedden of zetels. Ze zullen er ondermeer terecht kunnen voor therapeutische zaken, zoals bloedtoedieningen, om even op adem te komen tussen revalidatiesessies, en om verschillende onderzoeken op één dag tijd te kunnen ondergaan. Mét de nodige geriatrische omkadering."



Alle hens

De werken aan het nieuwe dagziekenhuis beginnen iets later dan voorzien. Maar de deadline blijft dezelfde: november 2013. "Het zal dus alle hens aan dek worden", zegt Roland De Bosscher (directeur Facilitaire dienst). De reden voor de vertraging? "Om in te spelen op de allernieuwste medische tendensen, hebben we het concept op het laatste nippertje nog moeten bijsturen. Maar daardoor zal het resultaat nóg beter zijn!"

De planning voor het nieuwe parkeergebouw schuift mee op. "Doordat het dagziekenhuis een verdieping hoger wordt dan aanvankelijk voorzien, kunnen we ook het parkeergebouw een extra niveau geven. Dat betekent nog eens 100 extra parkeerplaatsen. We hebben ook beslist om de parking dichterbij het dagziekenhuis te plaatsen, op de plek waar zich nu de helihaven bevindt. In het voorjaar gaan de werken van start. Vanaf dan voorzien we ook een voorlopige noodparking in de weides achter de huidige parking. Kwestie dat onze bezoekers zo weinig mogelijk last ondervinden."



Een huiselijke en moderne PAAZ

Tien maanden lang huisde de psychiatrische afdeling van het AZ Sint-Elisabeth in een tijdelijke systeembouw tussen het dagziekenhuis en de spoedopname. In die tijd kreeg de PAAZ een volledige make-over. Patiënten kunnen er nu in een modern kader genieten van de huiselijke sfeer.

De gloednieuwe PAAZ opende in juli officieel de deuren. "De afdeling werd compleet gerenoveerd en uitgebreid", vertelt dr. Herwig Colaert. "Wat meteen opvalt, is het gevoel van ruimte. Alle muren werden gesloopt, er blijven enkel nog een paar dragende structuren over. Daardoor is er veel meer openheid en licht in de leefruimtes van de patiënten en in de therapieruimtes. De kille ziekenhuisomgeving heeft plaatsgemaakt voor een aangename, huiselijke sfeer. De verpleegpost is ook veel opener en een pak groter. Zo hebben de verpleegkundigen voortdurend een overzicht op de hele afdeling en visueel contact met de patiënten."



Privacy gegarandeerd

Ook in de kamers staat het comfort van de patiënt voorop. Dr. Sabien Diependaele: "Er zijn geen vierpersoonskamers meer, enkel nog één- en tweepersoonskamers. Die zijn allemaal uitgerust met een badkamer met inloopdouche, airco,



dr. Sabien Diependaele en dr. Herwig Colaert

een flatscreen en zeer moderne en comfortabele elektrische bedden. De afdeling is bovendien opgedeeld in twee 'compartimenten': zo liggen de kamers voor patiënten die prikkelarme verpleging of isolatie nodig hebben helemaal achteraan. Op die manier wordt ervoor gezorgd dat deze patiënten zo minimaal mogelijk worden gestoord en hun privacy zo maximaal mogelijk wordt gegarandeerd."

Nieuwe dynamiek

Die privacy werd doorgetrokken in de hele afdeling. Dr. Diependaele: "We kunnen de grote ontspannings- en therapieruimte via een schuifbare wand eveneens opdelen in verschillende ruimtes. Zo is er ruimte voor groepsgesprekken, allerlei therapieën... Er is een zeer moderne relaxatieruimte en een ruime vergaderzaal. De gloednieuwe keuken heeft alles in huis voor kooktherapie. Er werd bovendien een heel aangenaam buitenterras aangelegd, waar ook de eventuele rokers terecht kunnen."

Ook voor de verpleegkundigen en artsen is het veel aangenamer en vooral efficiënter werken. "Dankzij de nieuwe infrastructuur konden we ons behandelingsaanbod uitbreiden: meer specifieke lessen, kine, ergo, relaxatietechnieken... Het zorgt voor een nieuwe dynamiek in onze aanpak. En de aangename omgeving is natuurlijk een extra stimulans", aldus dr. Colaert.

Wist u dat...

... het AZ Sint-Elisabeth rookstopbegeleiding aanbiedt sedert begin december? Patiënten kunnen telkens op maandagnamiddag op consultatie bij tabakoloog Christine Huysman. Om het stoppen met roken aan te moedigen, voorziet het RIZIV een terugbetaling van acht consultaties verspreid over twee jaar. Een afspraak vastleggen met de tabakoloog kan via 09 364 89 99 of aan de SIS-balie van het ziekenhuis.

... de tijdelijke systeembouw tussen het dagziekenhuis en de spoedopname nog eventjes blijft staan?

Nu de PAAZ en de stagiairs er weg zijn, is het de beurt aan de administratieve diensten om de koffers te pakken. Tijdens hun tijdelijke verblijf in de systeembouw worden de lokalen één voor één gerenoveerd. Daarna staan enkele poliklinische diensten op het renovatieprogramma, zoals de dienst Chirurgie, ORL en het Diabetescentrum.



AZ met glans geslaagd

Het AZ Sint-Elisabeth werd in het najaar door een inspectieteam van de Vlaamse Gemeenschap doorgelicht en... goedgekeurd. Alle diensten en zorgprogramma's van het ziekenhuis voldoen aan de normen. De huidige erkenning wordt meteen verlengd tot 2016.

In de loop van de maand september 2011 vond een ziekenhuisbrede audit door het team Zorginspectie plaats. Na een maandenlange voorbereiding met de opmaak van zelfevaluaties (de zogenaamde 'spiegels'), SWOT-analyses, beleidsplannen en jaarverslagen was het ziekenhuis er klaar voor. Mét resultaat... "We kunnen ons volledig vinden in het auditverslag", vertelt dr. Hilde De Nutte (adviseur medisch beleid), "ook in de weerhouden werkpunten. Zo moeten we ondermeer een ziekenhuisbrede visie uitwerken rond de opvang van geriatrische en kritische patiënten. Daar zullen we dus de komende maanden volop aan werken!"

Zorg op maat

Met zijn patiëntgeoriënteerde zorg behaalde het ziekenhuis hoge scores. Dr. De Nutte: "Eén van onze sterke punten is dat we zorg op maat van de patiënt leveren. Dat blijkt onder meer uit de multidisciplinaire patiëntenbesprekingen en onze klinische zorgpaden. Ook de informatieverstrekking aan de patiënt wordt zeer positief onthaald. Tot slot is het inspectieteam vol lof over de infrastructuur: die is volledig aangepast aan de huidige behoeften. Globaal gezien beschikken we over een goed tot zeer goed auditverslag. Daarmee behoren we tot de groep van goed functionerende regionale ziekenhuizen. En dat hebben we uiteraard te danken aan de dagelijkse inzet van al onze medewerkers en artsen!"

Wist u dat...

... **Dimitri Diependaele, verpleegkundige van de dienst Spoedopname van het AZ Sint-Elisabeth, de 'Prijns Weeghmans' won** voor zijn eindwerk over de eerste opvang van een traumapatiënt in de pre-hospitale fase en de spoedopname? Deze prijs voor de beste thesis werd genoemd naar de erevoorzitter van de Vlaamse Vereniging Voor Spoedgevallen. We feliciteren Dimitri met deze mooie prestatie!

Op het gemak

Om het plasgedrag van een patiënt te analyseren, worden als vanouds de snelheid van de urinestraal en het plasvolume gemeten. Maar het toestel waarmee dat gebeurt, is gloednieuw. Het Uroflowtoestel beschikt over een automatisch spoelsysteem en verwerkt de gegevens digitaal. Gedaan met plassen in een potje...

Het Uroflowtoestel ziet er uit als een hypermodern, bijna futuristisch toilet. Dr. David Thüer (dienst Urologie): "Vroeger moesten de patiënten op commando plassen in een kleine beker, zonder al te veel discretie. Nu kunnen ze gewoon in de wachtzaal zitten tot wanneer ze moeten plassen, vervolgens zelf het toilet binnenstappen en zich met een speciale barcode identificeren. De plassnelheid en het volume worden automatisch opgemeten. Die gegevens worden elektronisch doorgestuurd naar de centrale computer, waarna het toilet automatisch gespoeld wordt."



Dr. David Thüer

Klinkt ingewikkeld? Een kleine demonstratie van dr. Thüer – met kraantjeswater – bewijst het tegendeel: alles gaat vanzelf. "Het verschil met een gewoon toilet is minimaal. Voordeel is dat de patiënt zich veel meer op zijn gemak voelt en dat is belangrijk voor de meting: hoe dichter we de normale plassituatie benaderen, hoe betrouwbaarder de resultaten. Kortom, onze uroflow is efficiënt, betrouwbaar en hygiënisch."

Efficiënter werken

Het AZ Sint-Elisabeth is een van de eerste ziekenhuizen in Vlaanderen die zo'n digitaal toestel, aangepast aan de technologie van deze eeuw, in huis heeft. Dr. Thüer: "Doordat de plasgegevens digitaal worden verwerkt, kunnen de verschillende flowmetingen van de patiënt gemakkelijk met elkaar vergeleken worden. Ook het stockeren van de gegevens is nu veel eenvoudiger, want alles wordt opgeslagen in het elektronische patiëntendossier. Op die manier is het voor iedereen efficiënter werken. En dat komt uiteraard ook de wachttijden ten goede."



Dr. C. Robrechts

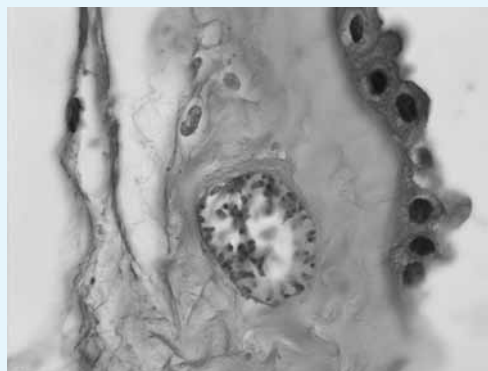
ZOÖNOSEN IN DE DAGELIJKE PRAKTIJK VAN DE ANATOMO-PATHOLOOG

Zoönosen zijn ziekten die worden overgedragen van dier op mens, of soms al eens van mens op dier.

In onze dagelijkse praktijk op het labo anatomopathologie, worden zoönosen weinig frequent gezien, maar de frequentie van zoönosen in het algemeen ligt natuurlijk hoger omdat niet altijd een biopsie noodzakelijk is om tot een diagnose te komen. Net zoals bij om het even welke infectie, is het optreden van symptomen het resultaat van de interactie tussen de infectieuze load, de virulentie van het infectieus agens en de immunocompetentie en algemene levensomstandigheden van de gastheer. In onze streken worden zoönosen meest gediagnosticeerd bij kinderen of bij mensen met gedaalde immuniteit, vb. AIDS-patiënten. Je dient er zeker ook op bedacht te zijn bij reizigers.

Zo zijn *Giardia lamblia* en *Cryptosporidium* 2 gekende verwekkers van reizigersdiarree. Beide worden gezien in de proximale dunne darm van mensen en heel wat dieren. *Giardia* is een peervormig organisme, *Cryptosporidium* een spoorvormig, rond organisme en beide kunnen in een cyste-vorm langdurig overleven in koud water, waarbij ze zelfs resistent zijn aan de routine chloorbehandeling van het drinkwater. In landen waar het drinkwater dus onvoldoende wordt gefilterd, kan het drinken van niet-gekookt, besmet drinkwater besmetting veroorzaken bij de mens. Klassieke symptomen zijn waterige diarree en buikpijn; *Cryptosporidium* tast bij AIDS-patiënten ook de galwegen aan en kan zeer fulminante, soms fataal verloopende diarree verwekken. *Giardia* wordt bij ons ook gezien bij kinderen, die niet op reis zijn geweest. *Toxoplasma* kan voorkomen bij de meeste zoogdieren, vogels en bij de mens. De kat is de hoofdgastheer: in de darm van de kat wordt een bevruchte oöcyste gevormd, die via de faeces in de grond terechtkomt en er maandenlang kan overleven. Indien een tussengastheer (mens, vogel, zoogdier) deze oöcyste oppikt uit de grond en opeet, zullen *Toxoplasma*-trofozoïeten via de darmwand worden gebracht naar reticulo-endothelcellen, spieren en zenuwweefsel, waar ze als cyste levenslang aanwezig blijven. De mens kan dus worden besmet door contact

met bevuilde grond, eten van onvoldoende gewassen rauwe groenten, door het reinigen van de kattenbak, door het eten van rauw vlees dat weerstandige cysten bevat of transplacentair, bij een primo-infectie van de moeder tijdens de zwangerschap. Congenitale *Toxoplasma* kan neuro-oculaire en icterische symptomen veroorzaken, verworven *Toxoplasma* is vaak asymptomatisch, maar kan ook vergrote lymfeklieren, meningitis, encephalitis, hersenabcessen (AIDS) en chorioretinitis verwekken.



Toxoplasma-cyste in vliezen van de placenta

Kattekrabziekte wordt veroorzaakt door infectie met *Bartonella henselae*, een gram-negatieve bacterie. De mens (meestal jonge kinderen) wordt besmet door de krab van een jong katje met vlooiën. De vlo brengt de bacterie over van de ene kat naar de andere. Infectie gebeurt meestal in de warme maanden, als vlooiën het meest actief zijn. Op de plaats van de krab, ontwikkelt zich een papeltje in de huid; dit wordt etterig (pustel), wordt bedekt met een korstje en heelt spontaan. Na 1-2 weken echter, treedt een pijnlijke zwelling van regionale lymfeklieren op, dikwijls ook met een maandenlang durende malaise, anorexie, gewichtsverlies, waardoor klinisch vaak wordt gedacht aan een lymfoma. Histologisch onderzoek van een vergrote lymfeklier toont echter suppuratieve granulomen en kan lymfoma uitsluiten.

Intestinale spirochaetose wordt veroorzaakt door oa *Brachyspira pilosicoli* en *Brachyspira aalborgi*. Dit zijn bacteriën die kunnen voorkomen in de darm van mensen, pluimvee, varkens en honden. Men vermoedt een mogelijke faeco-orale overdracht van dier op mens. De infectie komt vaak voor in ontwikkelingslanden, in onze streken soms bij homoseksuele mannen en bij mensen die beroepshalve in contact komen met faeces van dieren (vb. dierenarts, slager in slachthuis). Vaak verloopt de infectie asymptomatisch en wordt de diagnose toevallig gesteld op een colonbiopsie ('tapijt' van verticaal verlopende bacteriën aan het lumaal oppervlak). Diarree, rectaal bloedverlies en buikkrampen kunnen optreden.

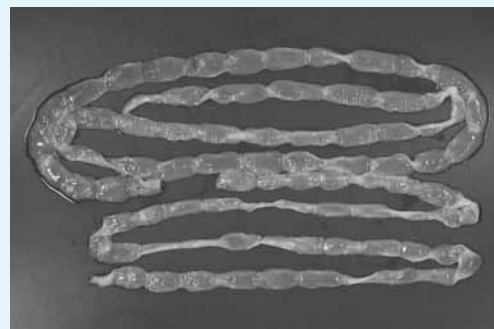
Gastrospirillum hominis behoort tot de familie van de *Helicobacter* bacteriën, wordt soms gezien in de mucus van de maag, en heeft een typische spiraalvorm, kurkentrekkervorm. Deze bacterie is vermoedelijk afkomstig uit de maag van katten of honden en zou door rechtstreeks contact (lik) worden overgebracht van dier op mens. Deze infectie kan net zoals *Helicobacter pylori*, gastritis, maagulcera en (MALT)lymfoma veroorzaken.

Borrelia burgdorferi, de verwekker van Lyme disease, is een spirochaet die wordt overgebracht op de mens via de teek. Herten zijn belangrijk voor de overleving van de teek. Infectie van de mens verloopt in 3 stadia. Het eerste stadium wordt gekenmerkt door erythema chronicum migrans, een zeer typisch, steeds groter wordend ringvormig huidletsel, dat ontstaat op de plaats van de tekenbeet, 3-32 (!) dagen na de beet. Ongeveer 25% van de patiënten heeft dit huidletsel niet!

Het tweede stadium, de gedissemineerde infectie, treedt op wanneer *Borrelia* zich verspreidt via het bloed: secundaire ringvormige huidletsels (huidletsels op afstand van de oorspronkelijke beet), grippaal syndroom, na meerdere weken soms neurale symptomen en hartklachten (vooral AV-block). Het derde stadium, de persisterende infectie, treedt op maanden na de beet, bij 60% van de onbehandelde patiënten, met intermitterende aanvallen van artritis in een groot gewricht (vooral de knie), en chronische neurologische klachten (geheugenstoornissen, verandering in stemming en slaap, paresthesieën of radicaire spinale pijn). Antistoffen tegen *Borrelia* verschijnen pas in het serum enkele weken na de tekenbeet!

Leishmania is een eencellig organisme dat via de beet van de zandvlieg wordt overgebracht van knaagdieren, honden en vossen naar de mens. De infectie komt vaak voor bij reizigers naar tropische, subtropische gebieden en Zuid-Europa! *Leishmania* komt, door een beet van de zandvlieg, terecht in macrofagen van de huid

(cutane leishmaniase), van de naso-faryngeale mucosa (mucosale leishmaniase) of in ernstige gevallen (bij immuungecompromiteerde gastheren), in macrofagen van het volledige monocytair-fagocytair systeem (beenmergaantasting met pancytopenie, hepato- en splenomegalie). De lintwormen *Taenia saginata* (runderlintworm) en *Taenia solium* (varkenslintworm) zijn in onze streken gelukkig door strenge vleeskeuring nog slechts sporadisch aanwezig. *Echinococcus* komt in onze streken voor bij vossen en honden. Eitjes van de volwassen *Echinococcus*-worm, die aanwezig is in de darm van vos en hond, kunnen de mens besmetten en de typische grote, multiloculaire *Echinococcus*-cysten veroorzaken in diverse organen (lever, milt, nieren...).



Taenia saginata* of *Taenia solium

Schistosoma is een zuigworm, die ernstige infectie van de dikke darm of de blaas kan veroorzaken bij reizigers naar tropische of subtropische gebieden. Infectie gebeurt door rechtstreekse penetratie van speldekopgrote cercaria in de intacte huid van de mens, bij het zwemmen in zoetwater (zoetwaterslakken deponeren cercaria in het water). Na een huidrash onmiddellijk na het zwemmen, komt een periode van koorts, vergrote lymfeklieren en hepato-splenomegalie (met reeds verschijnen van parasiet-specifieke antistoffen in het serum), waarna dikdarmaantasting met bloederige diarree, portale hypertensie, soms slokdarmvarices of blaasaantasting met pijn en bloeding bij het urineren, optreden. Dit met aanwezigheid van *Schistosoma*-eitjes in respectievelijk faeces of urine.

Er zijn nog tal van andere zoönosen, maar dit was een selectie uit de meest geziene infecties op het labo anatomo-pathologie. De boodschap is vooral bedacht te zijn op het bestaan van dergelijke infecties, patiënten aan te moedigen om een goede hygiëne te respecteren in de omgang met dieren en zoveel mogelijk preventief advies te geven om zoönotische infecties te voorkomen.



dr. David Thüer

Prostaatkanker: het belang van vroegtijdige diagnose

Komt prostaatkanker vaak voor?

In Europa is prostaatkanker inmiddels de meest voorkomende vaste tumor. Prostaatkanker komt bij gemiddeld 214 mannen op 1000 voor, meer dan bij long- en darmkanker. Prostaatkanker komt tevens meer voor bij de minder jonge mannelijke bevolking. Bijgevolg wordt de diagnose veel meer gesteld in ontwikkelde landen. Door de snelle vergrijzing van de bevolking in deze regio's wordt een bijkomende toename van het aantal prostaatkankerpatiënten verwacht.

Waarom ontwikkelen sommige mannen prostaatkanker en andere niet?

De factoren die het risico op prostaatkanker bepalen zijn nog niet volledig ontrafeld. Intussen zijn bepaalde risicofactoren wél bekend: leeftijd, ras en erfelijkheid. Als een eerstelijnsverwant (zoals bv. een broer) prostaatkanker heeft, verdubbelt het risico op prostaatkanker. Indien twee of meer eerstelijnsverwanten prostaatkanker hebben (bv. vader én broer) verhoogt het risico vijf- tot elfmaal. Desondanks heeft slechts 9% van de prostaatkankerpatiënten een echt erfelijke vorm van prostaatkanker. Dit is het geval indien bij 3 of meer familieleden de diagnose werd gesteld of minstens 2 aanverwanten de diagnose voor hun 55 jaar kregen. Als prostaatkanker in je familie voorkomt, wordt een vroegtijdige controle met andere woorden aanbevolen.

Wat is de rol van de prostaat?

De prostaat is een klier die zich net onder de blaas bevindt en de urethra omringt. De prostaat produceert een deel van het ejaculaat, dat bij de zaadlozing samen met de zaadcellen van de zaadblaasjes wordt geloosd. De normale grootte is vergelijkbaar met een kastanje (20-25g). In functie van de leeftijd neemt het volume echter toe. De volumetoename is het gevolg van goedaardige prostaathyperplasie en dient niet te worden behandeld zolang er geen symptomen zijn. Toch kunnen plasproblemen ontstaan zoals een slechte straal, frequent plassen, nadruppelen, 's nachts opstaan om te plassen, het gevoel niet leeg te plassen of in het extreme geval helemaal niet meer kunnen plassen. De symptomen kunnen typisch vanaf de leeftijd van 50 jaar ontwikkelen. De behandelingsmogelijkheden worden met de uroloog besproken in functie van het plasgedrag en het prostaatvolume.

Hoe wordt prostaatkanker opgespoord?

Agressieve kankers kunnen zich ontwikkelen zonder de minste urinaire symptomen, klachten zijn dus meestal afwezig en een onvoldoende basis voor diagnose. Opsporing van prostaatkanker gebeurt door een combinatie van 3 methoden: een urologisch prostaatonderzoek, een bloedtest (PSA-test) en uiteindelijk een bevestiging van prostaatkanker door middel van een biopsie. Een therapie kan in principe enkel bij bewezen diagnose – dus biopsie – gestart worden. De beslissing om een PSA-test te laten uitvoeren wordt in samenspraak met zijn vertrouwensarts (meestal huisarts

of uroloog) besproken. De bloedtest meet de PSA-waarde of Prostaat Specifiek Antigeen. PSA is een protease dat exclusief door epitheelcellen van de prostaat wordt aangemaakt. Deze test is prostaat-specifiek maar niet prostaatkanker-specifiek. Een verhoogde waarde wijst met andere woorden niet steeds op prostaatkanker maar kan ook bij "goedaardige" aandoeningen verhoogd zijn zoals goedaardige prostaatvergroting of chronische infectie.

Vanaf wanneer is een PSA test "abnormaal"?

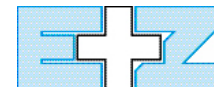
Historisch werd 4 ng/ml als statistische grens voor "afwijkende" PSA-waarden genomen. Deze waarde ziet u ook op laboresultaten verschijnen, een waarde onder 4 ng/ml is echter geen garantie op het uitsluiten van prostaatacarcinoom. De Amerikaanse Urologen Associatie AUA hanteert bijvoorbeeld al waarden vanaf 2.5 ng/ml. Tabel 1 toont gepubliceerde risico's op prostaatkanker bij lage PSA-waarden:

PSA-waarde ng/ml	Risico op PCa,%
0-0.5	6.6
0.6-1	10.1
1.1-2	17.0
2.1-3	23.9
3.1-4	26.9

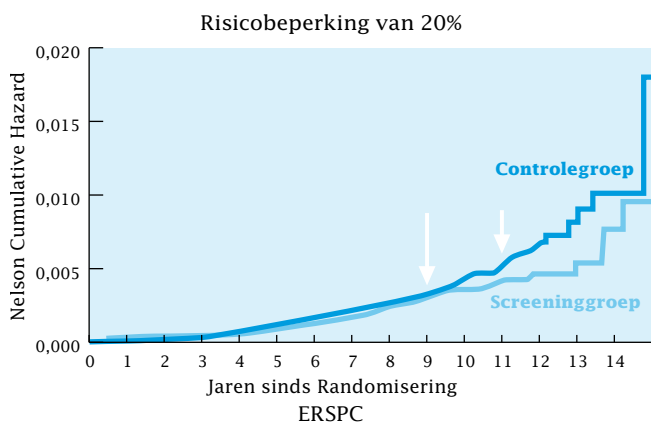
PCa = prostaatkanker PSA = Prostaat Specifiek Antigen

Is een screening van de hele populatie zinvol?

Populatiescreening of massascreening wordt gedefinieerd als het onderzoeken van asymptomatische mannen. Meestal gebeurt dit in studieverband en wordt het door de "screeener" geïnitieerd. Dit staat in contrast met "vroeg detectie" of "opportunistische screening", waarbij elk geval individueel, op vraag van de gescreeende persoon en/of zijn arts, wordt onderzocht. Beide hebben echter hetzelfde doel: ten eerste de mortaliteit ten gevolge van prostaatkanker verminderen, ten tweede de levenskwaliteit verbeteren. De mortaliteit ten gevolge van prostaatkanker varieert van land tot land. In de Verenigde Staten, Oostenrijk, het Verenigd Koninkrijk en Frankrijk bijvoorbeeld daalde de mortaliteit ten gevolge van prostaatkanker, terwijl in Zweden de 5-jaars levensverwachting toenam, alle te wijten aan een toegenomen diagnose én een toegenomen detectie van minder kwaadaardige prostaatkankertypes. Desondanks blijft controversie ontstaan. Een niet-gerandomiseerde studie in Tirol ondersteunt de hypothese dat screening nuttig kan zijn: een screeningsprogramma inclusief gratis behandeling verklaren een 33% reductie in prostaatkankermortaliteit in Tirol ten opzichte van de rest van Oostenrijk. Anno 2011-2012 putten we in Europa informatie uit een nog steeds actieve grote prospectief gerandomiseerde trial: de European Randomized Study of Screening for Prostate



Cancer (ERSPC). 162,243 mannen tussen 55 en 69 jaar uit in totaal 7 landen werden toegewezen in 2 groepen en kregen ofwel een PSA-screening alle 4 jaar ofwel geen screening. Na 9 jaar bedroeg de incidentie van prostaatkanker 8.2% in de screeningsgroep en 4.8% in de controlegroep. De mortaliteit ten gevolge van prostaatkanker daalde met 20% in de intention-to-screen groep (gaande naar 31% indien de patiënt zich effectief liet screenen) maar was geassocieerd met potentiële overdiagnose. Figuur 1 toont de huidige stand van zaken na 9 jaar. Voorlopig concludeert men dat een massascreening nog niet algemeen kan worden bevestigd, veeleer wordt “vroeg detectie” (opportunistische screening) aan de wel geïnformeerde patiënt aangeboden. In de ERSCP Trial zal het werkelijke voordeel van screening pas na 10-15 jaar duidelijk kunnen worden, zeker aangezien de 41% reductie van metastasen in de screeningsgroep een grote positieve impact zal hebben op de overleving.



Vanaf welke leeftijd is een PSA-test aanbevolen?

Een PSA-test wordt steeds in overleg tussen patiënt en geneesheer afgenomen volgens de Europese Prostaatkankerrichtlijnen. Er werd gesuggereerd dat een eerste PSA-waarde kan worden afgenomen op 40-jarige leeftijd. Bij gunstige waarden van bv. <1 ng/ml hoeft een tweede waarde dan pas worden afgenomen na 8 jaar, gezien het risico op prostaatkanker zeer laag is – en blijft. Omgekeerd zou een PSA-controle niet meer noodzakelijk zijn bij patiënten van meer dan 75 jaar met lage PSA-waarden (< 3 ng/ml). Anders gezegd: de kans op overlijden door prostaatkanker is bij 75+ jarigen met lage PSA-waarden bijzonder klein. Er wordt voor een PSA-test een levensverwachting van meer dan 10 jaar vooropgesteld. Indien prostaatkanker echter familiaal voorkomt, blijft een tijdige controle aangeraden omwille van de toegenomen kans op de aandoening.

Zijn er nog andere tests mogelijk?

Recent werd een nieuwe manier voor prostaatedetectie ontwikkeld: de PCA-3 test. Deze test is een mRNA test uitgevoerd op urine na prostaatmassage. Het voordeel van de PCA-3 ten opzichte van de PSA test is zijn hogere gevoeligheid (sensitiviteit) en specificiteit. Bovendien wordt de PCA-3 test niet beïnvloed door prostaatvolume of prostatitis. Een verband tussen de PCA-3 waarde en tumoragressiviteit is echter nog controversieel. Alhoewel PCA-3 een rol kan spelen in de detectie van prostaatkanker bij patiënten met negatieve biopsieën ondanks

hoge PSA-waarde, toch blijft de PCA-3 test experimenteel. Het is bovendien een relatief dure test en wordt nog niet in de dagelijkse routine als enige marker gebruikt om een prostaatacarcinoom door middel van biopsie uit te sluiten. Binnenkort worden nieuwe tests verwacht, tot dan blijft PSA de “minst slechte test” en een belangrijke parameter voor de detectie en monitoring van patiënten met prostaatkanker.

Wanneer wordt een prostaatbiopsie uitgevoerd?

De beslissing om een prostaatpunctie uit te voeren zou gebaseerd moeten worden op PSA-waarden en/of een verdacht prostaatonderzoek. De leeftijd, de comorbiditeiten en de therapeutische consequenties zouden mee de beslissing beïnvloeden. Een enkelvoudige PSA-stijging alleen is geen reden voor een onmiddellijke prostaatbiopsie en dient best bevestigd te worden na een paar weken onder dezelfde omstandigheden (bijvoorbeeld geen zaadlozing of manipulatie zoals een sonde, een cystoscopie, transurethrale resectie of infectie). Echografisch geleide prostaatpuncties gelden momenteel als standaard.

Wat is het nut van een vroegtijdige opsporing op het vlak van behandeling?

Het antwoord lijkt logisch: hoe sneller je het weet, hoe sneller je er iets aan kan doen. Anderzijds betekent elk onderzoek mogelijkerwijze onnodige ongerustheid, bijkomende onderzoeken en/of behandelingen. Overdiagnose is vanzelfsprekend te vermijden. Prostaatkanker is echter meestal een traag evolverende ziekte waarvan de prognose zeer gunstig is indien ze vroegtijdig wordt opgespoord. Recent verkregen we zeer belangrijke informatie (de beste momenteel beschikbaar) over de langetermijnbehandeling van prostaatkanker. Een van de meest gerespecteerde en toonaangevende medische vakbladen, de New England Journal of Medicine, publiceerde in de lente van 2011 data waarin het effect van radicale prostatectomie na 15 jaar wordt bestudeerd. De radicale prostatectomie geldt immers nog steeds als gouden standaard voor gelokaliseerd prostaatacarcinoom. Twee groepen prostaatkankerpatiënten werden in de Scandinavian Prostate Cancer Group Study Number 4 (SPCG-4) vergeleken: patiënten die werden opgevolgd, zonder therapie, en patiënten die een radicale prostatectomie ondergingen. In vergelijking tot een actieve opvolging van prostaatkankerpatiënten leefden patiënten die wél een radicale prostatectomie hadden ondergaan duidelijk langer. Belangrijk is dat deze bevindingen ook gelden voor patiënten met zogenaamde “low-risk” prostaatkanker: prostaatkanker met verwachte trage progressie en laag risico op metastasering. De mortaliteit bedroeg 6.8% in de radicale prostatectomiegroep versus 11.0% in de opvolgingsgroep. Bovendien was de kans op uitzaaiingen kleiner. Dit was in het bijzonder het geval voor jongere patiënten (jonger dan 65 jaar). Met andere woorden: hoe sneller de diagnose bekend is, hoe jonger je met een therapie zoals chirurgie start, hoe beter de overlevingskansen.

Conclusie

Vroegtijdige diagnose heeft een significante gunstige impact op zowel de behandelingskansen als op de progressie van prostaatkanker. Het belang van goede informatie-uitwisseling tussen patiënt en arts blijft essentieel. Bij familiaal voorkomen van prostaatacarcinoom is vroegtijdige diagnose des te belangrijker. De radicale prostatectomie blijft de gouden standaard voor de behandeling van gelokaliseerd prostaatacarcinoom.



Lijstjes redden levens

Lijstjes vind je in alle vormen en kleuren, en op alle mogelijke plekken. Thuis op de koelkast, op het werk naast het klavier en in een ziekenhuis... in het operatiekwartier. Want de Safe Surgery Checklist redt levens, en dat is wetenschappelijk bewezen.

Jaarlijks worden er wereldwijd om en bij de 250 miljoen patiënten geopereerd. Bij ongeveer 1 miljoen zorgen onvoorziene verwickelingen voor een fatale afloop – met vanzelfsprekend sterk regionale verschillen. De helft daarvan kan vermeden worden. “Uit een grootschalig onderzoek van de Wereldgezondheidsorganisatie blijkt dat een eenvoudige checklist de morbiditeit en mortaliteit binnen een ziekenhuis al significant doet dalen”, zegt dr. Samuel Suykens.



dr. Samuel Suykens

Met de campagne ‘Goede Heelkunde is Veilige Heelkunde’ wil de FOD Volksgezondheid het gebruik van de Safe Surgery Checklist bij elke heelkundige ingreep promoten. Het AZ Sint-Elisabeth engageerde zich meteen. Dr. Suykens: “In ons ziekenhuis sleutelen we uiteraard al veel langer dan vandaag aan een veiligheidsbeleid. Een vijftal jaar geleden hebben we de Time-out procedure opgesteld: aan de hand van enkele eenvoudige vragen checken de artsen en medewerkers nog eens extra of ze wel de juiste patiënt voor zich hebben, of ze de juiste kant (links of rechts) opereren, enzovoort. Deze procedure hebben we nu geïntegreerd in de Safe Surgery Checklist.”

Dezelfde kar

De checklist bevat een aantal specifieke doelstellingen voor het hele team. Dr. Suykens: “Iedereen moet meewerken: de verpleegkundigen op de afdeling, in de voorbereidingsruimte en de operatiezaal, de anesthesisten, de chirurgen... Elke patiënt krijgt een pre- en postoperatieve zorgfiche die voortdurend wordt gecontroleerd: de identiteit van de patiënt vlak voor de verdoving, de plaats van de ingreep vóór de incisie, het aantal naalden en compressen dat na de ingreep overblijft, enzovoort. Klinkt banaal, maar zo’n vragenlijst kan wel veel onnodige ellende voorkomen.”

Vernieuwing directieteam

Frank Verbeke nam op 1 juli 2011 de fakkel van algemeen directeur over van Jan Gabriëls, die op vervroegd pensioen ging. Frank Verbeke was de voorbije vijf jaar in het ziekenhuis aan de slag als administratief directeur. Deze functie wordt sinds 1 juli 2011 opgenomen door An Stragier. Een boeiende uitdaging voor beiden.



Frank Verbeke maakte in de afgelopen maanden kennis met de veelzijdigheid van zijn nieuwe functie: “Terwijl ik vroeger hoofdzakelijk bezig was met de administratieve en financiële aspecten, dien ik mij vandaag te concentreren op het volledige operationele kader. Bovendien vraagt deze functie veel meer overleg tussen de diverse partijen binnen en buiten het ziekenhuis.”

Een heldere communicatie, zowel binnen de ziekenhuismuren als naar buiten toe, is in een instelling van onze omvang steeds een prioriteit, aldus Frank Verbeke. “In combinatie met een efficiënt overleg kan zo gewerkt worden naar de gemeenschappelijke doelstellingen. Als regionaal ziekenhuis moeten we ons bewust zijn van onze maatschappelijke rol: wij willen ons blijven profileren als een dynamisch ziekenhuis waar het aangenaam werken is maar waar vooral kwalitatief hoogstaande, innovatieve en betaalbare zorg wordt geboden. De patiënt staat hierbij steeds centraal. Het ziekenhuis zal ook nauwe contacten onderhouden met de huisartsen, andere zorgverstrekkers, rust- en verzorgingstehuizen, ... uit onze regio. Voor zeer gespecialiseerde behandelingen hebben wij met diverse zorginstellingen een samenwerkingsakkoord afgesloten. Gezien de evoluties in het zorglandschap zal de intensiteit daarvan nog verder toenemen.”

Ook An Stragier, die voordien als diensthoofd administratie en facturatie in het ziekenhuis werkte, staat voor nieuwe uitdagingen: “Naast het facturatieproces vallen nu ook het opname en onthaal van patiënten en bezoekers, de werking van de medische secretariaten en de boekhouding en de financiën onder mijn bevoegdheid. Het volledige administratieve departement telt meer dan 80 personeelsleden. Hoewel heel wat administratieve processen aan het zicht van de buitenwereld onttrokken zijn, zijn ze cruciaal voor de goede werking van het ziekenhuis. Bovendien zal een deel van deze processen in de toekomst verder geoptimaliseerd en geautomatiseerd worden.”

Nieuwe artsen

Dr. David Colle



De dienst Neurochirurgie heeft er sinds 1 oktober 2011 een nieuwe collega bij: dr. David Colle. Hij werkt er in associatie met dr. G. Alessi, dr. H. Colle, dr. B. D'Haen en dr. B. Noens. "Ik vervoeg er een dynamische dienst waar het hele gamma van neurochirurgische ingrepen aan bod komt. Ik heb tijdens mijn opleiding een bijzondere interesse ontwikkeld voor Functionele Neurochirurgie, Neuroendoscopie en spinale instrumentatie. Daar wil ik mij in de toekomst verder op toespitsen." Dr. David Colle volgde geneeskunde aan de Universiteit Gent. In 2005 startte hij er zijn specialisatie in de neurochirurgie. Tijdens zijn opleiding werkte hij in het Sint-Augustinusziekenhuis in Wilrijk en het Universitair Ziekenhuis in Gent.

Dr. Tim Mels

Sedert september heeft het AZ Sint-Elisabeth er een nieuwe anesthesist bij. Dr. Tim Mels studeerde in 2006 af aan de UGent. In juli dit jaar behaalde hij zijn diploma als anesthesist. Voorlopig gaat hij parttime aan de slag. "Gedurende een jaar werk ik drie dagen per week in het O.K. en op Intensieve Zorgen. De twee andere dagen volg ik momenteel een extra opleiding om de loco-regionale anesthesie met behulp van echografie onder de knie te krijgen. De bedoeling is om dit in de toekomst verder uit te bouwen in het ziekenhuis, voornamelijk voor orthopedische procedures."



Dr. Anne Marie Dierick



Dr. Anne Marie Dierick volgt in januari dr. Wibowo op in het AZ Sint-Elisabeth. "Samen met dr. Robrechts zal ik de dienst Anatomopathologie verder uitbouwen. Op korte termijn is het ondermeer de bedoeling om de dunne laag-cytologie te introduceren. Met die techniek kunnen we de kwaliteit van het cytologisch baarmoederhals-onderzoek sterk verbeteren en de HPV-typeringen op dezelfde stalen mogelijk maken." Dr. Dierick promoveerde in 1982 en werd zes jaar later erkend als geneesheerspecialist in de anatomopathologie. Ze was 17 jaar lang diensthoofd in het Klinica in Antwerpen.

Dr. Birgitt Allemon

De eerste werkdag na Nieuwjaar gaat dr. Birgitt Allemon aan de slag op de dienst Orthopedie. "Ik zal het team versterken en vooral instaan voor de arthroscopische ingrepen in de knie en de heup." Dr. Allemon studeerde in 2003 af aan de VUB en behaalde in 2009 haar erkenning in de orthopedie. Na haar studies werkte ze twee jaar in het Sint-Pieter Ziekenhuis in Brussel als Orthopedist. Alvorens ze in het AZ Sint-Elisabeth aan de slag gaat, volgt ze nog gedurende drie maanden een bijkomende opleiding in de heuparthroscopie aan het UZ Gent.



Dr. Ridwan Wibowo

Op 31 december verlaat dr. Ridwan Wibowo het AZ Sint-Elisabeth om van zijn welverdiend pensioen te gaan genieten. Dr. Wibowo studeerde geneeskunde in Semarang (Indonesië) en aan de K.U.Leuven. Daarna volgde hij een opleiding in het Tropisch Instituut in Antwerpen. Van 1976 tot 1983 was hij wetenschappelijk medewerker

en assistent aan de universiteiten van Limburg en van Leuven. Hij begon zijn carrière in ons ziekenhuis op 1 augustus 1983. Dr. Wibowo was (en is) zeer deskundig, collegiaal en bijzonder vriendelijk, ook buiten zijn strikt medische werk. We danken hem voor zijn blijvende inzet voor onze patiënten.



Bundel tegen VAP

Ventilator geassocieerde pneumonie, kortweg VAP, is een veel voorkomende boosdoener in ziekenhuizen. De federale overheid wil daar een stokje voor steken met de 'VAP-bundel'. Als alle ziekenhuizen deze bundel van maatregelen nauwgezet toepassen, zou het aantal VAP's significant kunnen dalen. Het AZ Sint-Elisabeth doet alvast mee.

'De achillespees van de intensieve zorg', noemt dr. Werner Verbruggen het VAP-fenomeen. En inderdaad: kunstmatige beademing is een overlevingsmiddel voor jaarlijks duizenden patiënten, maar tegelijk ook de oorzaak van een behoorlijk aantal longontstekingen. Om deze 'zwakke plek' te lijf te gaan, implementeerde de afdeling de door de overheid voorgestelde VAP-bundel. Dr. Werner Verbruggen: "Alle verpleegkundigen moeten bij alle kunstmatig beademde patiënten noteren of ze de elementen uit de VAP-bundel nauwkeurig hebben uitgevoerd. Een soort checklist, zeg maar. Zo moeten ze de nood en de graad van sedatie steeds in vraag stellen, drie keer per dag een grondig mondtoilet uitvoeren, de ballon van het beademingsbuisje regelmatig controleren, enzovoort." Door deze maatregelen kan het aantal VAP's met 40% dalen.



dr. Werner Verbruggen

Not in my shift

De registratie gebeurt manueel en wordt nadien elektronisch ingevoerd op een door de overheid opgesteld formulier. Na een jaartje wordt het project geëvalueerd. "Maar dat betekent natuurlijk niet het einde van de voorzorgsmaatregelen", aldus dr. Verbruggen. "We zijn trouwens al veel langer dan vandaag bezig met de VAP-problematiek. Lang voordat er sprake was van de bundel investeerde het ziekenhuis al in betere endotracheale tubes en automatische cuffdrukmeters. Door nu ook alles nauwgezet te registreren, proberen we een 'not in my shift'-mentaliteit te creëren, of, vrij vertaald, 'aan mij zal het niet gelegen zijn'. De toepassing van de voorzorgsmaatregelen moeten dus een automatisme worden. Enkel zo kunnen we het risico voor de patiënt blijvend tot een minimum herleiden."



Joris Sergeant en Katrien Goossens

e-birth

Nauwelijks geboren, en al meteen goed voor een stapel paperassen. Zo zag het eerste levensuur van elke Belg eruit. Maar ook hier laat de digitalisering zich steeds meer voelen. Het AZ Sint-Elisabeth stuurt sinds kort 'de kennisgeving van geboortes' elektronisch naar de dienst Burgerlijke Stand.

Het 'e-birth'-project van de federale overheid is een volgende stap in de digitalisering en administratieve vereenvoudiging van de zorg. Sinds 1 oktober worden de kennisgevingen van geboortes digitaal verstuurd, binnen de 24 uur na de geboorte. "De kennisgeving wordt volledig door de vroedvrouw voorbereid en geautoriseerd", zegt hoofdvroedvrouw Katrien Goossens. "In één moeite worden meteen ook de medische gegevens geregistreerd en beschikbaar gesteld voor de arts. Na de medische validatie komen deze dan automatisch terecht bij het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie."

Deze elektronische samenwerking tussen ouders, ziekenhuis en de lokale en federale overheden zorgt voor een vereenvoudigde, versnelde en kwaliteitsvolle administratieve afhandeling met een zeer hoge aandacht voor de veiligheid. Joris Sergeant (ICT): "De gynaecologen en vroedvrouwen melden zich aan op een beveiligde website met hun eID, onder bescherming van hun eigen digitale handtekening. Bovendien krijgen de verantwoordelijken een digitale bevestiging dat de informatie volledig en veilig is geregistreerd. De eigenlijke geboorteangifte door de ouders zelf gebeurt wel nog op de traditionele manier. Maar ook daar komt ongetwijfeld verandering in..."



Informatieblad AZ Sint-Elisabeth Zottegem is een uitgave van AZ Sint-Elisabeth vzw

hoofdredactie: H. De Vleeschouwer ■ **redactieraad:** F. Verbeke ■ R. De Bosscher ■ A. Libbrecht ■ H. Libbrecht ■ A. Moens ■ C. Monté ■ D. Van Caillie ■ **fotografie:** Bart Cloet ■ **realisatie:** f-twee uitgeverij ■ www.f-twee.be ■ **verantwoordelijke uitgever:** Frank Verbeke ■ Godveerdegemstraat 69 ■ 9620 Zottegem ■ Tel. 09 364 81 11 ■ Fax 09 364 89 00



Agenda

MEDISCHE LESSENCYCLI

aanvang 21.00 uur

24/01/12 Triverius
28/02/12 Medische Staf
27/03/12 Triverius (ethiek)
24/04/12 Triverius
22/05/12 Triverius
26/06/12 Medische Staf
25/09/12 Triverius
23/10/12 Triverius
27/11/12 Triverius (ethiek)
18/12/12 Medische Staf

Infobeurs: 'Baby aan boord'

4 februari 2012
16 juni 2012
20 oktober 2012

LEVEN ZOALS VORHEEN

Zelfhulpgroep voor vrouwen na borstoperatie

Het ziekenhuis organiseert info-namiddagen op de volgende data:

- zaterdag 11 februari 2012
- zaterdag 9 juni 2012
- zaterdag 8 september 2012
- zaterdag 17 november 2012

De week ervoor wordt het onderwerp medegedeeld in de voornaamste kranten. Plaats: AZ Sint-Elisabeth van 14.00 tot 16.00 uur. Inkom is gratis en er is geen reservatie noodzakelijk.

Voor meer inlichtingen: Mevr. Anita Baeyens tel. 053 83 24 78.

Bloed geven

Telkens van 17u00 tot 20u00

Op volgende data :

- woensdag 18 januari 2012
- woensdag 18 april 2012
- woensdag 18 juli 2012
- woensdag 17 oktober 2012

AZ Sint-Elisabeth ■ Godveerdegemstraat 69 ■ 9620 Zottegem

Tel. 09 364 81 11 ■ Fax 09 364 89 00

E-mail: azstelisabeth.zottegem@sezz.be ■ www.sezz.be

De keuken in de kijker

Het gaat er warm aan toe, in de kelder van het AZ Sint-Elisabeth. Maar wie niet tegen de hitte kan, moet maar uit de keuken blijven. De medewerkers van de Voedingsdienst zorgen ervoor dat honderden monden op tijd worden gevoed. Met lekkere én gezonde maaltijden.



Het afwasteam

Een keuken, zowel in een sterrenrestaurant als in een grootkeuken van een ziekenhuis, is een goed geoliede machine. In het AZ Sint-Elisabeth is dat niet anders, want dagelijks worden hier meer dan 600 middagmalen bereid voor de patiënten, tea-room en restaurant, het dagziekenhuis én de zuster-vzw's van het ziekenhuis. En dan zijn de ontbijten en avondmalen van de patiënten nog niet eens meegerekend... Een vijftigtal medewerkers houdt de Voedingsdienst draaiende. "Zij staan in voor de bereiding, de bediening, de distributie en de vaatwas", vertelt diensthoofd voeding en catering Koen Ghijs. "Het belang van de afwas wordt overigens te vaak vergeten, terwijl de mensen die ervoor verantwoordelijk zijn een essentiële rol vervullen. Want de koks mogen nog zo'n heerlijk gerecht in hun potten hebben, als er geen propere borden klaarstaan..."

Mee met de seizoenen

De Voedingsdienst werkt al meer dan twintig jaar in 'koude lijn'. "Dat wil zeggen dat het moment van produceren en consumeren niet samenvalt. Op maandag koken we voor dinsdag en woensdag, op dinsdag voor donderdag en vrijdag, enzovoort. De dag zelf worden de schotels opnieuw op temperatuur gebracht."

De keuze is zeer breed. De patiënten kunnen kiezen tussen een menu en een tiental andere vaste gerechten, zoals kippenfilet, vegetarische burgers en vis, al naargelang hun dieet. Koen Ghijs: "De patiënten geven altijd de dag voordien door wat ze de volgende dag willen eten, in overleg met de diëtisten. Het totale aanbod leggen wij lang voordien vast. De menu's worden zelfs voor een heel jaar gekozen en evolueren mee met de seizoenen. Dat is gezond en garandeert een hoge kwaliteit, onze twee streefdoelen bij uitstek."