



Borstkliniek

## Extra knowhow

Het AZ Sint-Elisabeth Zottegem werkt samen met het UZ Gent, ook voor borstkanker en -chirurgie. Deze nieuwe samenwerking brengt het ziekenhuis een stap dicht bij de erkenning als Satellietborstkliniek.

“De aanvraag voor erkenning als satellietborstkliniek is ingediend”, zegt gynaecoloog Dr. Pieter Mulier tevreden. Waarom die erkenning? “Een erkenning bevestigt dat het ziekenhuis een hoge kwaliteit aanbiedt. Het spreekt voor zich dat we dat naar buiten willen brengen.”

Het AZ Sint-Elisabeth Zottegem sloot een samenwerkingsovereenkomst af met het UZ Gent voor de werking van haar Borstkliniek. Concreet versterkt professor Dr. Rudy Van den Broecke van het UZ Gent, sinds maart van dit jaar, het senologisch team van het AZ Sint-Elisabeth Zottegem. Ook het team van de borstverpleegkundigen wordt uitgebreid. *(lees meer op p. 4)*

De samenwerking betekent goed nieuws voor de patiënten. “Met professor Dr. Van den Broecke en Dr. Toenga De Vos erbij, die hier sinds februari aan de slag is, kan de Borstkliniek een betere continuïteit in de dienstverlening aanbieden”, aldus Dr. Mulier. Patiënten uit de regio krijgen dezelfde kwaliteit en zorg als in een universitair ziekenhuis, maar dan dicht bij huis.

Het AZ Sint-Elisabeth Zottegem en het UZ Gent hebben een lange gezamenlijke geschiedenis op meerdere domeinen, zoals bijvoorbeeld radiotherapie en oncoplastische chirurgie. De bedoeling hiervan? Het AZ Sint-Elisabeth Zottegem wil haar patiënten meer kwaliteit aanbieden dan een ‘perifeer’ ziekenhuis.

- 02 **Elektronica**  
VANAS en NMR
- 03 **Preventie**  
Minder decubitus
- 04 **Dienst in de kijker**  
Gynaecologie
- 05 **Medische bijlage**  
Cardiale beeldvorming
- 09 **Nieuws uit de diensten**  
De KOMC
- 10 **Kwaliteit**  
Intern en extern
- 11 **Rugschool**  
Nieuwe toestellen
- 12 **Kort nieuws**



**H**et AZ Sint-Elisabeth Zottegem zet een paar stappen verder in de digitale wereld. We startten in maart met het elektronisch medicatiebeheer. Het volledige proces vanaf het opstellen van een geneesmiddelenvoorschrift tot het verstrekken van het geneesmiddel aan de patiënt verloopt digitaal. Dat bevordert de patiëntveiligheid. Op de spoedafdeling werd een computergestuurde medicijnenkast in gebruik genomen. Dat faciliteert de zorgverlening. En het gaat verder dan medicatiebeheer. Binnenkort kunnen patiënten die op consultatie gaan bij een arts zich met hun elektronische identiteitskaart inschrijven aan één van de kiosken in de inkomhal. Aanschuiven aan de balie is niet langer nodig. Dat bespaart tijd. *(lees meer op p. 2 en p. 12)*

Het ziekenhuis wil haar patiënten nog meer kwaliteit aanbieden. We werken reeds jaren samen met het UZ Gent op verschillende domeinen binnen een breed raamakkoord. Sinds kort werd dit raamakkoord uitgebreid met een samenwerking voor borstkanker en -chirurgie. Deze samenwerking brengt het ziekenhuis een stap dicht bij een erkenning als satellietborstkliniek. *(lees meer op p. 1 en p. 4)*

We blijven ook nog volop bezig met het accreditatietraject en beogen dat kwaliteitslabel in het voorjaar van 2017 binnen te rijden. Dit traject leidde tot eigen, interne initiatieven zoals de decubitusprevalentiemetingen. Bovendien maken we ruimte op de website om de resultaten van alle kwaliteitsmetingen, zowel intern als extern, voor iedereen toegankelijk te maken. *(lees meer op p. 3 en p. 11)*

Tot slot willen wij reeds aankondigen dat in november het nieuwe dagziekenhuis geopend wordt en dat de herinrichting van de parking tegen dan tegen zijn einde zal lopen. Dit moment zullen wij op gepaste wijze vieren. Houd dus je brievenbus dit najaar in de gaten.

Voor deze zomer wens ik u alvast een deugddoend verlot toe!

Ludo Collin

## Nieuw medicatiebeleid Veilig en efficiënt



Het AZ Sint-Elisabeth Zottegem wil de veiligheid en efficiëntie van het medicatiegebeuren verhogen. Op de afdeling geriatrie wordt nu met een elektronisch medicatiebeheer gewerkt, dat moet bijdragen tot een vermindering van het aantal medicatiefouten en een meer efficiënte zorgverlening. Het elektronisch medicatiebeheer zal op termijn in heel het ziekenhuis geïntroduceerd worden. Op de spoedafdeling zorgt de VANAS-kast voor een ingrijpende verandering. Deze elektronische apotheekkast beveiligd de aanwezige medicatie en zorgt voor een beter stockbeheer. Het openen van de laden is computergestuurd, wat de kans op vergissingen sterk vermindert en de veiligheid aanzienlijk verhoogt. Wanneer er iets wordt verbruikt, wordt dat bovendien automatisch overgezet op de factuur van de patiënt.

### Upgrade NMR

In april werd de NMR-scan op de dienst Radiologie volledig vernieuwd. Elk ziekenhuis is verplicht dit toestel om de zeven jaar te moderniseren. Alle onderdelen werden nu vervangen, behalve de magneet, omdat die niet kan verslijten. Dankzij de upgrade levert het toestel een hogere beeldkwaliteit waardoor de arts een exactere diagnose kan stellen. Zelfs het geluid is nu regelbaar: de NMR-scan kan indien gewenst stiller gezet worden.





# Minder decubitus Inzet wordt beloond

Het aantal patiënten met doorligwonden in het AZ Sint-Elisabeth Zottegem is fors gedaald. Dat komt omdat de verpleegafdelingen de voorbije twee jaar intensief hebben gewerkt aan de preventie ervan, onder het goedkeurend oog van het verpleegkundig departement.

Liesbet Demarré, die sedert een half jaar in het AZ Sint-Elisabeth Zottegem werkt als stafmedewerker verpleging, schreef een doctoraat over doorligwonden. Ze onderzocht hoeveel de preventie en behandeling van decubitus kost. Liesbet: "De behandeling van doorligwonden kost naargelang de patiënt, gemiddeld tussen 2 en 77 euro per dag. Voorkomen is beter dan genezen, niet in het minst voor de patiënt die een pijnlijk herstel bespaard wordt, maar ook voor het ziekenhuis zelf dat kosten kan voorkomen. De preventie voor risicopatiënten in een ziekenhuis blijft immers beperkt tot gemiddeld 8 euro per patiënt en per dag."

Het ziekenhuis, en meer bepaald het verpleegkundig departement, richt de pijlen sinds twee jaar in het bijzonder op het decubitusbeleid. "Vier keer per jaar nemen we alle verpleegafdelingen onder de loep", vertelt verpleegkundig directeur Ann Moens. "Er worden dan decubitusprevalentiemetingen uitgevoerd, waarbij elke patiënt van kop tot teen wordt onderzocht. We kijken of ze decubitus hebben of ri-

sico lopen om het te krijgen. Dat is een belangrijke eerste stap in het toepassen van geschikte preventie."

Bij risicopatiënten gaat extra aandacht naar de mogelijke preventieve keuzes. Liesbet Demarré: "We constateerden af en toe een tekort aan preventiemateriaal zoals altemnerende matrassen, hiel- en zitkussens. Het ziekenhuis reageerde daar meteen op en kocht dit extra materiaal aan. De techniek waarbij de hiel van de matras wordt gelicht om doorligwonden te vermijden werd in het begin niet altijd toegepast en alle medewerkers hebben bijkomende opleiding en feedback gekregen."

De resultaten van de voorbije twee jaar tonen een positieve evolutie: het aantal patiënten met doorligwonden is dankzij een sterk verbeterde preventie fors gedaald.

"Ondanks deze mooie resultaten blijven we in 2015 de strijd tegen decubitus aangaan", aldus Ann Moens. "We blijven de prevalentie metingen uitvoeren om ons decubitusbeleid met regelmaat te evalueren en bij te sturen waar nodig."



## PRIJS MAGDA DIERENDONCK

Liesbet Demarré mocht op maandag 1 juni de Prijs Magda Dierendonck in ontvangst nemen, de prijs van UZ Gent die patiënt-georiënteerd onderzoek van verpleegkundigen bekroont. In 2011 kreeg Liesbet reeds een eervolle vermelding voor haar onderzoeksrapport 'Preventie van decubitus: een gerandomiseerde gecontroleerde studie naar het verschil in effectiviteit tussen twee altemnerende systemen'. Dit jaar kaapte ze de hoofdprijs voor kwantitatief onderzoek weg voor haar onderzoek naar de kost van preventie en behandeling van decubitus in Vlaamse ziekenhuizen en woonzorgcentra.

# Borstkliniek breidt uit

Op de voorpagina kon u reeds lezen dat het AZ Sint-Elisabeth een nieuwe samenwerking met het UZ Gent aanging voor de Borstkliniek. Tegelijk breidt het team uit. "Meer mensen betekent meer ideeën", aldus gynaecoloog Dr. Mulier.

De Borstkliniek wordt versterkt, met extra mensen en kennis. De vier nieuwe krachten zijn gynaecoloog-senoloog professor Dr. Van den Broecke, gynaecoloog Toenga De Vos en twee borstverpleegkundigen, Rosane Tjoleyn en Caroline Saverwys.

Gynaecoloog Dr. Mulier: "We werken aan een nieuw zorgpad met een grotere rol voor de borstverpleegkundigen. Ze worden bijvoorbeeld ook ingeschakeld bij de onderzoeken, de administratie en de besprekingen." Om de twee weken komt het team samen tijdens de MOC-vergaderingen, die nu ook specifiek voor borstoperaties worden ingericht. "We overleggen er de pre- en postoperatieve situatie van onze patiënten."

"Wij zijn het eerste aanspreekpunt voor de patiënten, artsen en collega's", vertellen de

borstverpleegkundigen. "Doorheen de volledige therapie zijn we als het ware de rode draad in de begeleiding. De patiënten kunnen bij ons terecht met al hun vragen, hoe persoonlijk die ook zijn."

Het team benut niet alleen de medische expertise van het UZ Gent, maar laat zich ook inspireren door gewoon goede ideeën, zoals de informatiemap. Dr. Mulier: "De informatiemap van een patiënte wordt gaandeweg gevuld met nuttige informatie op maat, bij elke fase die zij doormaakt. Het is voor kankerpatiënten niet altijd evident om de uitleg van een dokter of verpleegkundige volledig te vatten op het moment dat die uitleg gegeven wordt. De map is een houvast waarin ze alles naderhand kunnen nalezen."



## Nieuwe artsen

### DR. RUDY VAN DEN BROECKE

Gynaecologie



Gynaecoloog-senoloog Prof. dr. Rudy Van den Broecke is afdelingshoofd Gynaecologie in het UZ Gent en ging daarnaast op 1 maart aan de slag als chirurg en coördinator van de Borstkliniek in het AZ Sint-Elisabeth Zottegem. "Het UZ Gent en het AZ Sint-Elisabeth Zottegem werken al langer samen om borstkanker te bestrijden. Toen ik hoorde dat Sint-Elisabeth een bijkomende chirurg nodig had, heb ik niet getwijfeld. Ik ben verantwoordelijk voor de opvang, de diagnose, de behandeling en de opvolging van de patiënten. Als

coördinator van de Borstkliniek leid ik de MOC-vergaderingen, die één keer om de twee weken plaatsvinden", vertelt Prof. dr. Van den Broecke. Dertig jaar lang kankerpatiënten behandelen, wat doet dat met een mens? "Het blijft een heel dankbare job. Zelfs voor vrouwen met een vergevorderd stadium van kanker kunnen we vaak nog iets betekenen. Het is mijn doel om het overlevingspercentage naar een hoger niveau te brengen."

### DR. TOENGA DE VOS

Gynaecologie



Dr. Toenga De Vos leerde het AZ Sint-Elisabeth Zottegem kennen als stagiair geneeskunde. Sinds maandag 9 februari werkt hij als gynaecoloog op de dienst Gynaecologie en assisteert hij zijn collega's in de Borstkliniek. "In Vlaanderen ligt het niveau van de gynaecologische zorg best hoog en daar mogen we trots op zijn. Wereldwijd sterven er nog steeds te veel vrouwen tijdens of na de bevalling. Daarom ben ik actief bezig met het delen van onze kennis met dokters en verpleegkundigen in het buitenland. Elk jaar trek ik er enkele weken op uit. Ik studeerde tropische geneeskunde en eind dit jaar ga ik voor enkele weken naar Rwanda en Togo om er in lokale ziekenhuizen mee te werken aan goede zorg rond, voornamelijk, gynaecologie/verloskunde."

DR FILIP VANSTECHELMAN, CARDIOLOOG  
DR JEROEN MERTENS, ISOTOPENDIAGNOSE  
DR DOUWE VERDRIES, RADIOLOOG

# Niet-invasieve cardiale beeldvorming

Binnen onze dienst cardiologie zijn we verheugd een verdere uitbreiding van de niet-invasieve cardiale beeldvorming te kunnen aankondigen. De laatste jaren heeft de evolutie in de cardiale beeldvorming immers niet stilgestaan. In de echocardiografie is de 2D rustechocardiografie nog steeds de gouden standaard, echter technieken als strain en speckle tracking zijn in opmars. Bovendien is de meerwaarde van stressechocardiografie algemeen aanvaard. De laatste jaren werd niet-invasieve cardiale beeldvorming in de diensten medische beeldvorming verder uitgebouwd met vooral een toename aan belang van cardiale MRI. Ook blijft de nucleaire cardiale beeldvorming voor specifieke indicaties haar nut behouden.

Daarnaast zijn invasieve technieken zoals intracoronaire drukmetingen nu algemeen aanvaard, en zullen IVUS (intravasculaire ultrasound) en OCT (optical coherence tomography) voor de intracoronaire beeldvorming meer opkomen.

Binnen onze dienst cardiologie hebben we geïnvesteerd in een nieuw echotoestel dat ons toelaat in te pikken op de allerlaatste evoluties, alsook werd een ligfiets aangekocht om inspanningsechocardiografie te kunnen aanbieden. Recent was er op de dienst radiologie een belangrijke update van het MRI-toestel waardoor heden cardiale MRI tot ons arsenaal behoort. Ook zorgt het SPECT-CT-toestel van de dienst isotopen voor een optimalere beeldkwaliteit met een lagere stralingsdosis. Zodoende functioneert ons cardiaal centrum tot een complete dienst voor niet-invasieve cardiale beeldvorming.

Daarnaast blijven we verbonden met het UZ Gent voor invasieve cardiologie en cardiochirurgie, dit met actieve kliniekmedewerkers binnen de dienst interventionele en elektrofysiologische cardiologie van het UZ Gent.

Hieronder volgt een overzicht van de toepassingen van de verschillende niet-invasieve cardiale beeldvormingstechnieken.

## ECHOCARDIOGRAFIE

Echocardiografie is het basisonderzoek in de cardiologie. De transducer die tegen de borstkas wordt gezet bevat piëzo-elektrische kristallen die elektronisch worden geactiveerd en zo geluid met een heel hoge frequentie genereren. In het lichaam kaatsen de verschillende weefsels in meer of mindere mate deze geluidsgolf terug, en door de tijd te meten tussen de verschillende echo's die terugkomen van een enkele puls kan een beeld worden gevormd van de structuren. Door de geluidspuls elektronisch te sturen, kan er een twee- of zelfs driedimensionaal beeld worden opgebouwd.

Echocardiografie geeft een standard live en bewegend tweedimensionaal beeld van het hart waarbij de vier hartkamers kunnen worden geëvalueerd naar grootte en werking. Ook de structuur van de hartkleppen wordt bekeken. De 2D echo wordt steeds gecombineerd met doppler. Het dopplereffect is de waargenomen verandering van frequentie van geluid, licht of andere golfverschijnselen, door een snelheidsverschil tussen de zender en de ontvanger.

Doppler kan dus de bloedsnelheden in het hart meten zodat intracardiale drukmetingen kunnen gebeuren alsook gradaties van klepvernauwingen kunnen worden ingeschat. Wanneer er aan de dopplersignalen een kleur wordt toegekend en men van kleurendoppler

spreekt kan een kleplek of een bloedstroomversnelling visueel worden voorgesteld.

Niet alleen de bloedstroom is bewegend in het hart, ook de hartspier en de kleppen bewegen. Deze bewegingen kunnen worden gemeten door middel van 'tissue' doppler, wat informatie kan geven over de vullingsdrukken maar ook over vroegtijdige achteruitgang van de hartfunctie. Daaropvolgend ontstonden nog meer performante technieken zoals strain rate imaging en speckle tracking echocardiografie.

In de niet-invasieve cardiale beeldvorming is de stressecardiografie in sterke opmars. Het voordeel met rustopnames is dat stress-echo toelaat om cardiale ischemie te kunnen detecteren door middel van regionale kinetiekveranderingen ter hoogte van het linker ventrikel. Verder laat inspanningsecho toe om de hartkleppathologie beter te onderzoeken en de noodzaak tot hartklepchirurgie te kunnen inschatten.

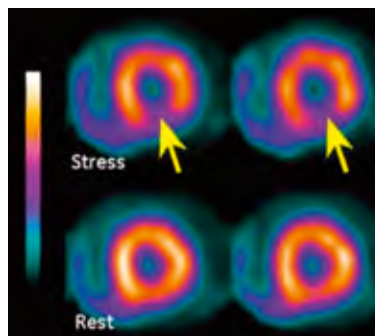
In de stressecardiografie wordt een onderscheid gemaakt tussen de ligfietsecho en de farmacologische stressecho. Bij een farmacologische stressecho wordt een inspanning gesimuleerd door middel van toediening van dobutamine en vindt het zijn toepassing vooral in het evalueren van ischemie of myocardviabiliteit na een hartinfarct (dwz. Het onderscheid maken tussen geïnfarceerd en hibernating myocard). De ligfietsecho heeft echter meer toepassingen en wordt naast het opsporen van ischemie vooral gebruikt om dynamische veranderingen te kunnen objectiveren. Dan spreken we vooral over: het inschatten van de ernst van mitraalklepinsufficiëntie, de evaluatie van onverklaarbare dyspnoe, de evaluatie van de ernst van aortaklepstenose bij verminderde linker ventrikelfunctie en dus bij vermoeden van een low flow, low gradient aortaklepstenose. Ook voor risicostatificatie bij hypertrofe obstructieve cardiomyopathie kan de toename van de gradiënt bij inspanning belangrijke therapeutische informatie verstrekken.



Ligfiets

## NUCLEAIRE CARDIALE BEELDVORMING

Myocardperfusiescintigrafie gebruikt een intraveneus toegediend radiofarmacon om de doorbloeding van het myocard in beeld te brengen. Door de beelden na stress en in rust te vergelijken kan een beoordeling worden gemaakt van gebieden waar ischemie of infarctweefsel gelokaliseerd is. Het radiofarmacon met gammaverval dat in ons centrum wordt gebruikt is het Tc99m-gelabeld sestamibi. Patiënten met een significante vernauwing op één van de coronairen zullen een zone van verminderde tracerconcentratie vertonen in het gebied van de verminderde perfusie. Indien de uitgebreidheid of de intensiteit van dit tracerdefect erger is na inspanning dan in rust, dan kan dit defect toegeschreven worden aan ischemie. Indien het tracerdefect onveranderd blijft, gaat het meestal om infarct- of littekenweefsel. Echter in sommige gevallen zal het gaan om viabel doch weinig doorbloed myocard, het zogenaamde "hibernating" myocardium. Een verdere beoordeling van de viabiliteit van de defectzones kan gebeuren door verscheidene nucleaire en niet-nucleaire methodes.

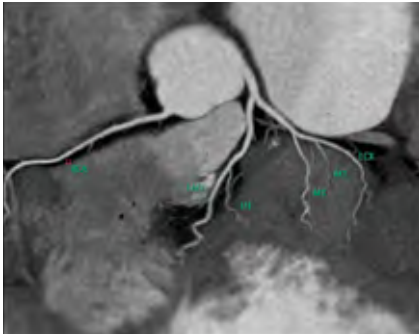


Kleurenfoto isotopen

De interpretatie van een myocardperfusiescintigrafie wordt vaak bemoeilijkt door het bestaan van attenuatieartefacten, voornamelijk ter hoogte van de inferior wand. Dankzij het nieuwe SPECT-CT toestel kan attenuatiecorrectie worden toegepast op basis van low-dose CT-beelden, waardoor deze tekortkoming goed kan opvangen worden. Tevens kan met het nieuwe toestel resolutie recovery worden toegepast; deze reconstructietechniek corrigeert voor het resolutieverlies dat optreedt voor een puntbron die zich verder van de detector bevindt. Hierdoor kan een zelfde beeldkwaliteit met een gereduceerde dosis van het radiofarmacon worden bereikt, waardoor de stralingsdosis voor de patiënt wordt gereduceerd.

Verder kan d.m.v. gating toegepast op de scintigrafische beelden een evaluatie van de myocardcontractiliteit worden gemaakt.

## MEDISCHE BEELDVORMING EN HET HART



**De CT-scan van het hart**

Het doel van het onderzoek is om met behulp van een CT-scanner afwijkingen t.h.v. de kransslagaders op te sporen.

Een CT-scan is een onderzoek waarbij met behulp van röntgenstraling een orgaan (bv het hart) in beeld wordt gebracht. Er worden als het ware dwarsdoorsneden van uw hart gegenereerd. Wil men de kransslagaders onderzoeken dan is het nodig om deze zichtbaar te maken door het toedienen van een joodhoudende contrastvloeistof in een vene in de arm.

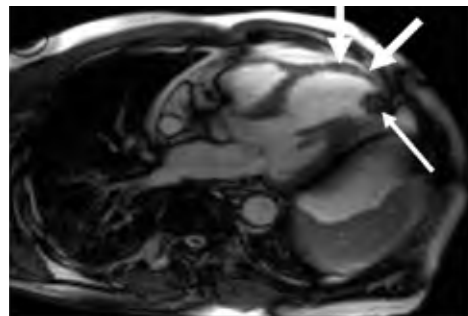
Aangezien het hart een continu bewegend orgaan is, zal men een aantal specifieke voorbereidingen moeten treffen om een goede beeldkwaliteit te verzekeren. De hartslag bestaat uit een contractie (de systole) en een relaxatie (de diastole). Aangezien de hartwand minder hevige (storende) bewegingen maakt tijdens de diastole, is deze fase het tijdstip waarop de scan dient te gebeuren. Men kan de hartcyclus volgen door het kleven van ECG-elektroden op de huid. Bij een hartslag boven de 65 slagen per min duurt deze diastole van het hart niet lang genoeg om een goede opname te maken. Het is dan ook van groot belang om een trage en regelmatige hartslag te hebben op het moment van het onderzoek, het liefst lager dan 60 slagen per min. Om dit te bekomen wordt de patiënt gevraagd 1 à 2 uur voor de scan een pil (bètablokker) in te nemen die het hartritme vertraagd en regelmatiger maakt. De patiënt moet minstens vier uur voor de scan nuchter zijn. Bij zwangerschap of gekende joodallergie dient men altijd de behandelende arts te verwittigen.

De scan gebeurt in ruglig. De ECG-huidelektroden worden aangesloten en er wordt een infuus geplaatst. De bloeddruk wordt gemeten. Indien de hartslag op dat moment nog steeds boven de 65 slagen per min is, wordt deze keer via het infuus een tweede dosis van het hartvertragende middel toegediend (bètablokker). Vervolgens wordt de patiënt een aantal keer gevraagd de adem te blokkeren en terug door te ademen (de oefening van het ademcommando),

aangezien het noodzakelijk is niet te ademen op het moment dat de opname wordt gemaakt. Als laatste deel van de voorbereiding wordt een bloedvatverwijdende spray onder de tong aangebracht (nitroglycerine). De tafel wordt vervolgens verder in de CT-scan geschoven en de scan, die maar 15 s duurt, kan beginnen.

Aangezien de hartvertragende en vaatverwijdende medicatie niet onmiddellijk is uitgewerkt, blijft de patiënt best nog 15 tot 45 min op de dienst radiologie zodat het hartritme en de bloeddruk regelmatig kunnen gecontroleerd worden.

De verkregen CT-beelden worden na de opname in een speciaal computerprogramma ingeladen en verwerkt. Er wordt gekeken of er significante (al dan niet verkalkte) vernauwingen aanwezig zijn. Er wordt ook gekeken naar de anatomische varianten van de grote bloedvaten en hartslagaders.



**MRI-scan van het hart**

### Inleiding:

Met behulp van dit onderzoek kunnen we de anatomie, functie en viabiliteit (leefbaarheid) van het hart evalueren.

Magnetic Resonance Imaging of MRI is een beeldvormingstechniek waarbij door middel van de creatie van een magnetisch veld radiogolven worden opgewekt in het lichaam. Deze signalen verschillen volgens het type weefsel waardoor ze uitgezonden worden (vet, water, lucht, spier etc) en worden opgevangen door gespecialiseerde antennes. Deze gegevens worden computergestuurd verwerkt en omgezet tot een beeld van bv het hart.

Omdat het hart een bewegend orgaan is, dienen we ECG-elektroden aan te sluiten om het ontvangen van de signalen te koppelen aan de hartcyclus.

Dit onderzoek laat toe de beweeglijkheid van de hartspier te beoordelen. Ook de ejectiefractie of m.a.w. het in percentage uitgedrukte hoeveel bloed dat per hartslag door de linker hartkamer wordt uitgepompt, kan berekend worden.

Men kan ook de leefbaarheid of viabiliteit van het hartspierweefsel nakijken, maar dan moet de patiënt tijdens de opname een contraststof(gadolinium) via een vene toegediend krijgen. Deze contraststof zal zich sneller verplaatsen in normaal hartspierweefsel dan in littekenweefsel(infarct), wat toelaat de viabiliteit van het hart te beoordelen.

Naast de functie en de viabiliteit kunnen o.a. ook aangeboren afwijkingen, klepaandoeningen, tumorale letsels en stapelingsziekten opgespoord worden.

#### **Vorbereiding:**

Er is geen specifieke voorbereiding nodig.

Bij zwangenschap, claustrofobie en/of allergie aan contrast brengt men best de aanvragende arts op de hoogte.

Omdat we gebruik maken van een krachtige magneet is dit onderzoek niet toegelaten bij patiënten met metalen implanten zoals bv. een pacemaker of insulinepomp.

#### **Het onderzoek:**

De patiënt ligt in rugligging op tafel, de ECG-elektroden worden op de huid geplakt en indien de toediening van contraststof nodig is wordt er een catheter in een armvene geplaatst.

Aangezien de MRI-scanner veel lawaai maakt, krijgt de patiënt een hoofdtelefoon.

De tafel wordt vervolgens in de MRI-scanner geschoven en de opnames kunnen beginnen.

De totale tijdsduur van het onderzoek duurt ongeveer 30 tot 45 minuten.

#### **Nazorg:**

Er is geen specifieke nazorg nodig.

#### **Beoordeling van het hart:**

De beelden zijn meteen na de opname beschikbaar voor de beoordeling door de radioloog. Tijdens het onderzoek worden er opeenvolgende reeksen opnames gemaakt (de sequenties) in verschillende specifieke doorsneden doorheen het hart. De ejectiefractie van het hart wordt semi-automatisch berekend via een computerprogramma dat de volumes van de hartkamers bepaalt in de verschillende delen van de hartcyclus (nl de rustfase of diastole en de inspanningsfase of systole).

De viabiliteit wordt beoordeeld op een sequentie die ongeveer 10 minuten na contrast toediening wordt uitgevoerd. Op deze beelden kan vrij nauwkeurig worden gedetecteerd of er al dan niet een infarctzone aanwezig is, en indien dit het geval is of er slechts een gedeelte of de volledige hartwand is aangetast.

## **CONCLUSIE**

We zijn als dienst cardiologie dus zeer verheugd, samen met onze collega's van de diensten radiologie en nucleaire geneeskunde, onze uitbreiding van de niet-invasieve cardiologie te kunnen aankondigen. Op die manier is het arsenaal voor cardiale diagnostiek en therapie verder geoptimaliseerd naar de huidige normen.





# Obesitas en diabetes

Het AZ Sint-Elisabeth Zottegem is een dienst rijker: de Kliniek voor Obesitas en Metabole Chirurgie. De KOMC brengt de medewerkers van het obesitascentrum en de obesitaschirurgen samen in één multidisciplinair team.

Het vroegere obesitascentrum en de obesitaschirurgie zitten vanaf nu letterlijk onder één dak: de Kliniek voor Obesitas en Metabole Chirurgie, kortweg KOMC. Meer dan vroeger vormen de psycholoog, de fysiotherapeut-revalidatieartsen, de diëtisten, ... van het obesitascentrum en de obesitaschirurgen één team. En er is nu ook één centraal aanspreekpunt voor consultaties, vooronderzoeken en behandelingen. Alle patiënten die problemen hebben met obesitas en overgewicht weten nu zonder omwegen of verwarring waar naartoe.

“Tijdens een eerste gesprek gaat een arts van het team uitvoerig peilen naar de medische geschiedenis, eetgewoonten en verwachtingen van de patiënt. Ook alle andere problemen die relevant kunnen zijn voor het verdere traject, komen hier aan bod. Op basis van dat intakegesprek bespreken arts en patiënt de mogelijke behandelingsscenario's. De huidige gezondheidstoestand en onderhoudsmedicatie worden bekeken en zo nodig bijgesteld”, vertelt obesitaschirurg Dr. Marc Focquet, die de medische leiding van de KOMC in handen heeft. “Na de screening beslist het multi-

disciplinaire team of de patiënt chirurgische, niet-chirurgische hulp of een combinatie van beiden moet krijgen, en stelt het een behandelingsplan en een zorgtraject op. In elk geval, ingreep of niet, wordt er meer dan vroeger ingezet op de juiste begeleiding, met onder meer informatie over gezonde voeding en voldoende beweging.”

Een tweede luik is dat van de metabole chirurgie, waarbij de KOMC zich specifiek tot bepaalde patiënten met diabetes mellitus type 2 richt. Dr. Chris Matthys, obesitaschirurg van de KOMC: “Tegenwoordig leggen we bij sommige van deze patiënten meer de nadruk op een chirurgische ingreep dan op onderhoudsmedicatie. Metabole chirurgie maakt immers een sterke verbetering en zelfs genezing van diabetes type 2 bij mensen met overgewicht mogelijk. Recente wetenschappelijke studies beamen dat.”

De samensmelting van het obesitascentrum en -chirurgie leidt automatisch tot een verbetering van de opvolging en nabehandeling. Omdat alle patiënten in één database zitten, is er een beter overzicht en valt er niemand nog door de mazen van het net op het vlak van controleconsultaties.

## VIERDAAGSE

Van maandag 21 tot donderdag 24 september zullen er in de inkomhal van het AZ Sint-Elisabeth Zottegem informatiestandjes staan. Alle vragen over obesitas en overgewicht worden er beantwoord. Elke 45 minuten is er bovendien een spreekbeurt over actuele onderwerpen als plastische chirurgie, stiladvies en voeding. Op donderdagavond is er een avondsymposium met vier spreekbeurten van telkens een half uur. Dit symposium vindt plaats in het auditorium, van 20 tot 22 uur. Alles is gratis en vrij toegankelijk. Alleen voor het symposium moet je wel op voorhand inschrijven. Praktische details zijn weldra beschikbaar op [www.sezz.be](http://www.sezz.be)

# In tandem

Eind vorig jaar officialiseerde het AZ Sint-Elisabeth Zottegem in de diverse werkeenheden de samenwerking tussen het medisch en het verpleegkundig diensthoofd. De zogenaamde tandems dragen bij tot een optimale zorgverlening, zowel op afdelingsniveau als ziekenhuisbreed.



Hoofddarts Dr. Vossaert  
Verpleegkundig Directeur Ann Moens

De Raad van Bestuur benoemde ruim tien extra artsen tot medisch diensthoofd op de verschillende klassieke verpleegeenheden. Daardoor heeft elke afdeling binnen het ziekenhuis nu een zogenaamde 'tandem medisch en verpleegkundig diensthoofd'. Deze tandem komt regelmatig samen om de verschillende aspecten van de zorgverlening op elkaar af te stemmen, met nadruk op kwaliteit en patiëntveiligheid. "Op een fietstandem moet je dezelfde richting en snelheid aanhouden om vooruit te geraken. Dat is precies wat we ook voor het ziekenhuis willen doen", vertelt hoofddarts Dr. Vossaert. "Het multidisciplinaire overleg tussen artsen en verpleegkundige diensthoofden heeft natuurlijk altijd al plaatsgevonden maar nu zal dat op een gestandaardiseerde wijze en op afgesproken tijdstippen gebeuren."

## OP DEZELFDE LIJN

Minstens één keer om de vier maanden komen het medisch en verpleegkundig diensthoofd van een afdeling samen om de patiëntenzorg te evalueren en die bij te sturen indien nodig. Gebruik makend van de resultaten van de veiligheidsrondes, de interne audits, de patiënttevredenheidsmetingen, de incidentmeldingen, alsook rekening houdend met de accrediteringsnormen wordt het afdelingsbeleid bijgeschaafd. Samen met de medewerkers worden afdelings specifieke beleidsplannen opgesteld. Mevrouw Ann Moens, verpleegkundig directeur vult aan: "Het verslag daarvan kunnen alle medewerkers inkijken zodat iedereen binnen de afdeling op eenzelfde lijn zit. Eén keer per jaar zitten alle tandems samen met de medisch en verpleegkundig directeur, om een overzicht te krijgen van de werking en om ideeën en informatie uit te wisselen."

## Kwaliteit in beeld gebracht

Steeds meer gegevens rond de kwaliteit en de patiëntveiligheid van de zorgverlening worden geregistreerd, in rapporten verwerkt en openbaar gemaakt. Het AZ Sint-Elisabeth Zottegem zet haar resultaten nu online.

"Het volstaat niet om te beweren dat je goede zorg levert", vertelt kwaliteitscoördinator Katia Ronsse. "De overheid, patiënten en artsen verwachten dat je het kunt aantonen. Daarom hebben we op de website onze resultaten van metingen, kwaliteitsprojecten en inspecties in het ziekenhuis voor iedereen toegankelijk gemaakt."

Zijn de flesjes handalcohol gevuld? Wordt de Safe Surgery Checklist ondertekend? Draagt elke patiënt tijdens zijn opname een identificatiebandje? De resultaten van metingen binnen het medicatiebeleid, handhygiëne, patiëntidentificatie en meer kan je voortaan lezen op de website van het ziekenhuis ([www.sezz.be](http://www.sezz.be)), onder de rubriek Kwaliteit. Je kan er ook de inspectierapporten inkijken.

Het AZ Sint-Elisabeth Zottegem is volop bezig met het accreditatieproces, waarbij een externe controleorganisatie de kwaliteit komt meten en in gunstig geval een kwaliteitslabel geeft. Het ziekenhuis beoogt dat label in het voorjaar van 2017 binnen te rijven. Dit proces zette aan tot nadenken. "Meten is weten. Daarom doen we, naast de metingen binnen het accreditatieproces en de door de overheid opgelegde metingen zoals de registratie van besmettingen, ook metingen op eigen initiatief. De decubitusprevalentiemetingen zijn daar een mooi voorbeeld van. (lees meer op p. 3) We checken ook de patiënttevredenheid bij opname, tijdens het verblijf en bij ontslag via een enquête. Hoe meer we weten, hoe beter we ons beleid en processen kunnen bijsturen waar dat nodig is", aldus Katia Ronsse.





# Rugschool uitgebreid

Rugrevalidatie bestaat uit spierversterkende oefeningen die de patiënten met chronische rug- en nekpijn helpen om de rugspieren te versterken en zo een natuurlijk spierkorset op te bouwen. Het begeleidend team is pluridisciplinair samengesteld, en bestaat uit speciaal opgeleide therapeuten onder leiding van een revalidatiearts.

Tijdens een consultatie bij de revalidatiearts wordt bepaald of de patiënt in aanmerking komt voor de stabilisatietraining in groep of een individueel programma op de toestellen krijgt. De kinesitherapeut geeft spierversterkende oefeningen om de belastbaarheid van de rug te verhogen alsook om de conditie van het lichaam en de rugspieren te verbeteren. Dit gebeurt door middel van grond oefeningen en oefeningen op specifieke toestellen. Deze toestellen laten een zuivere beweging (bv. enkel buikspieren of enkel specifieke rugspieren) toe zonder compensaties van andere spiergroepen. Op die manier wordt getracht de beweeglijkheid van de rug te verbeteren en te herstellen.

Het ziekenhuis heeft recent zes toestellen van de nieuwste generatie in huis gehaald.

Naast een grotere beschikbaarheid biedt deze uitbreiding ook nog andere voordelen. Zo staat

de vernieuwde technologie toe om sneller te reageren op de vraag van de patiënt. De patiënt kan bijvoorbeeld op het scherm aanduiden wanneer hij een oefening te zwaar vindt, waarop het toestel de oefening automatisch aanpast. Dit heeft ook voor de medewerkers voordelen.

Dr. Pauwels: "Elke patiënt krijgt een programma op maat. De weerstand waarmee ze moeten draaien en buigen en het aantal oefeningen in een reeks kan bijvoorbeeld verschillen. Die persoonlijke gegevens worden in het systeem opgeslagen en kunnen opgeroepen worden zodra de patiënt op het toestel plaatsneemt. Dankzij de toegankelijker software kunnen de kinesitherapeut en de ergotherapeut ook gemakkelijker switchen van het ene programma naar het andere. We hebben al veel positieve reacties gekregen, van zowel de patiënten als van de teamleden."

## PRAKTISCH

Het revalidatieprogramma in de rugschool is bedoeld voor alle mensen met chronische klachten aan de wervelzuil (nek en rug). Het revalidatieprogramma bestaat uit 36 sessies waarvan de 1ste, de 18de en de 36ste sessie een grondige evaluatie bevat. In overleg met de revalidatiearts wordt het revalidatieschema opgesteld en eventueel bijgesteld naar gelang de resultaten. Deze 36 sessies dienen 2x per week binnen een periode van 6 maand te gebeuren. Elke sessie duurt 2 uur.



Noteer alvast in uw agenda...

#### INFOBEURS BABY AAN BOORD

- **Zaterdag 24 oktober**  
van 14 tot 17 uur

#### MEDISCHE LESSENCYCLI

- **22/09/15** Triverius
- **27/10/15** Triverius
- **24/11/15** Triverius
- **15/12/15** Medische staf

De uiteenzettingen vangen aan om 21 uur

#### COLOFON

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

**Hoofdredactie:** F. Verbeke

**Redactieraad:** R. De Bosscher, Dr. R. Vossaert, H. Libbrecht, A. Moens, D. Van Caillie, L. Collin,

**Fotografie:** Bart Cloet

**Realisatie:** f-twee uitgeverij, [www.f-twee.be](http://www.f-twee.be)

**Verantwoordelijke uitgever:** Frank Verbeke, Godveerdegemstraat 69, 9620 Zottegem, AZ Sint-Elisabeth, Godveerdegemstraat 69, 9620 Zottegem

**Tel.** 09 364 81 11, Fax 09 364 89 00

**E-mail:** [azstelisabeth.zottegem@sezz.be](mailto:azstelisabeth.zottegem@sezz.be)

[www.sezz.be](http://www.sezz.be)



AZ SINT-ELISABETH ZOTTEGEM



## Inschrijvingskiosken Versnelde inschrijving

Patiënten die een afspraak hebben voor raadpleging kunnen vanaf de zomervakantie gebruik maken van de inschrijvingskiosken, gelegen voorbij het ont-haal aan de linkerkant. Ze laten er hun elektronische identiteitskaart inlezen, checken hun persoonlijke gegevens, bevestigen hun geplande raadpleging en krijgen hun identificatieklevers en routenummer. Aanschuiven aan de balie is dus niet langer nodig, waardoor de baliemedewerkers nu meer tijd hebben voor telefonie en informatieverstrekking. Patiënten die binnenkomen voor een geplande (dag)opname krijgen via de inschrijvingskiosken enkel een volgnummer en worden wel door één van de baliemedewerkers ingeschreven.

## PACS voor patiënten

Begin mei werd de vernieuwde versie van het computersysteem PACS, dat radiologische onderzoeken opslaat, in gebruik genomen op de dienst Radiologie. Patiënten en ook artsen buiten het ziekenhuis kunnen de beelden van die onderzoeken nu online raadplegen. Een persoonlijke en beveiligde login geeft hen daar toegang toe. Patiënten kunnen de beelden opslaan, afdrucken of delen met hun huisarts of andere artsen voor een 'second opinion'. De patiënt moet nu na het onderzoek niet meer wachten tot de gegevens op een cd-rom gezet worden, wat een belangrijke tijds winst oplevert. Binnenkort zullen alle huisartsen ook zelf de radiologische dossiers en bijhorende verslagen van hun patiënten online kunnen raadplegen.