



Cardiale revalidatie

Sport voor hartpatiënten blijkt een verstandige keuze. Patiënten die zo'n programma volgen lopen zo'n 25% minder risico op overlijden. Sinds november heeft ook het AZ Sint-Elisabeth Zottegem een erkend cardiaal revalidatiecentrum.

Voor de hartpatiënten in en rond Zottegem die hun fysieke capaciteiten willen herwinnen, is de erkenning bijzonder goed nieuws. Zij kunnen nu in Zottegem zelf revalideren. Dat kan vooral voor patiënten op leeftijd een groot verschil uitmaken. Cardioloog-revalidatie-arts dr. Caroline Dierickx: "Oudere patiënten zijn minder mobiel. Twee tot drie keer naar Gent of Aalst rijden, was vaak praktisch niet haalbaar waardoor er te veel patiënten uit de boot vielen."

Ook aan de angst om inspanningen te leveren, wordt gewerkt. Dr. Caroline Dierickx: "Onder professionele begeleiding

leren ze daar heel concreet mee omgaan: hoeveel mag ik me inspannen, wat is de ideale hartfrequentie, welk type oefeningen moet ik doen en hoe voer ik ze best uit. De revalidatie verloopt in samenwerking met fysiotherapeute dr. Pauwels." Een multidisciplinair team, inclusief een sociaal assistent, een psycholoog, een tabacologe en een diëtist, staat

"Een multidisciplinair team voor hart en lichaam"

klaar om het vertrouwen in hart en lichaam terug te winnen. Bij patiënten met een actief beroepsleven wordt ook een begeleiding voorzien naar werkhervatting toe.

Hoe wordt zo'n revalidatie opgestart? De hartpatiënten komen meestal rechtstreeks ter controle bij de cardioloog terecht na een opname voor een hartinfarct, een hartoperatie of hartfalen. Een specifieke

fietstest geeft een beeld van de basisconditie. Op basis daarvan wordt een schema opgesteld, waarmee de patiënt, in groep, aan de slag gaat op de fietsen, loopbanden, roei- en fitnessstoelen. De revalidatie omvat 45 sessies gespreid over maximaal zes maanden. Dr. Caroline Dierickx: "Om die terugbetaald te krijgen, moeten patiënten de aanvraag doen tijdens hun hospitalisatie." Op het einde van de revalidatie wordt de evolutie beoordeeld aan de hand van een controle fietstest, waarvan de resultaten worden doorgespeeld aan de huisarts.

- 02 Dr. Stany Dierickx**
Nieuwe hoofdgeneesheer
- 03 Medische beleidsgroep**
Communicatie
- 04 Accreditatie**
Met NIAZ
- 05 Medische bijlage**
CT-scanner
- 09 Belfius Foundation**
Dwaaldetectiesysteem
- 09 Dienst in de kijker**
Recovery
- 10 Nieuwe artsen**
+ In Memoriam
- 11 Angiozaal**
Fijn vaatwerk
- 12 Kort nieuws**
Diabetes 2013



“Ons ziekenhuis streeft naar een continue verbetering van de dienstverlening”

Niettegenstaande het AZ Sint-Elisabeth dit jaar zijn 75 jaar bestaan viert, blijft het verder op allerlei vlakken investeren en naar de toekomst kijken.

Enkele maanden terug werd een CT-scanner met een hogere beeldkwaliteit en een significante reductie van de stralingsdosis in gebruik genomen. Deze maand neemt het operatiekwartier een hypermodern radioscopietoestel in de nieuwe angiozaal in gebruik. In het streven naar een voortdurend op peil houden van de dienstverlening voor de patiënt is het noodzakelijk dat er steeds aanpassingen en verbeteringen gebeuren. Zo heeft het ziekenhuis nu een erkend cardiaal revalidatiecentrum waardoor hartpatiënten in en rond Zottegem dichterbij huis kunnen revalideren. Om een betere communicatie en organisatie van de verschillende medische disciplines te bewerkstelligen werd een nieuwe medische beleidsstructuur uitgewerkt. Het aantal artsen-specialisten blijft intussen verder aangroeien. Ook werden de nodige voorbereidingen getroffen om aan de vereiste kwaliteitsnormen te voldoen en de patiënten op alle vlakken met de beste kwaliteit te omringen. Er werd zelfs beslist een traject op te starten om een ziekenhuisbrede accreditatie te behalen. De verdere expansie blijkt tenslotte uit de in opbouw zijne parakeertoren en het nieuwe dagziekenhuis waarvan de fundamenten al zeer goed zichtbaar zijn. Het jubileumjaar zal zeker niet ongemerkt voorbij gaan.

*Herman De Vleschouwer
Afgevaardigd bestuurder*

Dr. Stany Dierickx nieuwe hoofdarts



Dr. Stany Dierickx

van Beheer en de Medische Bestuur in mij stelden. Ook de spontane steunbetuigingen van collega's en personeelsleden heb ik enorm gewaardeerd.

In 1978 heb ik in het ziekenhuis de dienst Cardiologie opgestart, gestructureerd en verder uitgebouwd. Reeds in die periode heb ik mij geëngageerd in het verdedigen van belangen van de ziekenhuisartsen. Zo lag ik samen mijn - toen nog jonge - collega's Dr. Bertrand, Dr. Monté, Dr. Stragier aan de basis van de eerste Medische Raad. Ik was een twintigtal jaar voorzitter. Er waren mooie momenten maar ook moeilijke periodes. In de jaren negentig bijvoorbeeld hebben we zwaar onderhandeld met het bestuur over de statuten van ziekenhuisgeneesheer. Eind de jaren negentig werd onder impuls van professor Prims een belangenvereniging voor regionale ziekenhuizen opgericht, waarvan ik ondervoorzitter werd. Vanuit die belangenvereniging voerden we regelmatig gesprekken op hoog politiek niveau om de toenmalige, te zware normen voor regionale ziekenhuizen (onder meer met betrekking tot de intramuros permanenties) te moduleren.

Een hoofdgeneesheer heeft voornamelijk een superviserende en coördinerende functie met betrekking tot het naleven van de ziekenhuiswetgeving op diverse vlakken. Hierbij is een goede samenwerking tussen ziekenhuisgeneesheren, de Raad van Bestuur, de directie en het personeel zeer belangrijk. Door de gestage toename van het aantal medewerkers in het ziekenhuis is dat geen evidentie meer. Door de groei is de sfeer minder familiaal dan in de jaren tachtig. Daar staat echter een sterke professionalisering tegenover, waardoor het ziekenhuis zich duidelijk heeft geprofileerd in de regio.

Voor een goede samenwerking in een grote gemeenschap zijn mijns inziens respect voor elkaar, voor elkaars werk en een goede communicatie van primordiaal belang.”



Prof. dr. Anne De Paepe, lid van onze Raad van Bestuur, is verkozen als rector van de universiteit van Gent. Ze is er diensthoofd van het Centrum Medische Genetica. Per 1 oktober volgt ze huidig rector Paul Van Cauwenberge op, voor een termijn van vier jaar. We wensen haar veel succes!



Medische beleidsgroep

Ziekenhuisbrede communicatie

Het aantal artsen stijgt jaarlijks. Subspecialisatie en multidisciplinaire samenwerking zijn noodzakelijk, o.a. voor de uitwerking van klinische paden. De argumenten pro een nieuwe medische beleidsstructuur waren onomstotelijk met een ondernemende medische beleidsgroep als resultaat.

Het doel van de medische beleidsgroep aldus prof. Dr. Anne De Paepe is "Artsen nauwer betrekken bij het medisch beleid van het ziekenhuis. Op deze manier hebben de artsen meer inspraak in de keuzes die op het beleidsniveau gemaakt worden. Tegelijk dragen ze meer verantwoordelijkheid in de strategische visie en uitbouw van dat medische beleid. Een medische beleidsgroep bevordert niet alleen de interdisciplinaire samenwerking, ook de samenwerking en de communicatie met de directie en het bestuur gaan er op vooruit."

"Zo is het idee gegroeid om een uitgebreide werkgroep op te zetten," vertelt Dr. Hilde De Nutte, directeur medisch beleid. De structuur bestaat uit zeven sectoren. Die zijn gebaseerd op orgaansystemen (maag- en darmstelsel, hoofd- en zenuwstelsel...), omdat er steeds meer dienstenoverschrijdend wordt gewerkt. De sector bewegingsstelsel bevat bijvoorbeeld de diensten Orthopedie en Neurochirurgie."

MEDISCHE DENKTANK

Voor elke sector werd een vertegenwoordiger verkozen. De zeven vertegenwoordigers zitten minstens vier keer per jaar samen met de diensthoofden binnen hun sector. Relevante onderwerpen kunnen ze voorleggen in de medische beleidsgroep. Hilde De Nutte: "We komen acht keer per jaar samen. Op die manier weet het bestuur wat er zoal leeft binnen de verschillende diensten. In omgekeerde richting kan het bestuur ook makkelijker informatie 'top-down' sturen. De medische beleidsgroep is ook een soort 'medische denktank' die de hoofdgeneesheer ondersteunt in de uitwerking van een medische beleidsvisie op korte, middellange en lange termijn. Op de agenda staan ziekenhuisbrede medische thema's zoals nieuwe zorgprogramma's en de accreditatie (zie p4).

DE SECTOREN EN DE VERTEGENWOORDIGERS

- Bewegingsstelsel – Dr. Yves Ducoulombier
- Kritieke diensten – Dr. Jeroen Demaegd
- Vrouw, Man, Kind – Dr. Patrick Schoonooghe
- Klinisch ondersteunende diensten – Prof. Dr. Georges De Moor
- Maag/darmstelsel – Dr. Luc Verstraete
- Hoofd-en zenuwstelsel – Dr. Paul Thielens
- Hart, Longen en Bloedvaten – Dr. Dirk Bladt

In de medische beleidsgroep zetelen, naast de vertegenwoordigers, de bestuurder medisch beleid Prof. Dr. Anne De Paepe, de hoofdgeneesheer Dr. Stany Dierickx, de voorzitter van de medische raad Dr. Thierry Claeys, algemeen directeur Dhr. Frank Verbeke en directeur medisch beleid Dr. Hilde De Nutte.

Op weg naar accreditatie

Het AZ Sint-Elisabeth is van oudsher zeer begaan met het leveren van kwaliteitsvolle zorg aan haar patiënten. Om deze kwaliteit aantoonbaar te maken aan haar patiënten, stapt het AZ Sint-Elisabeth in een accreditatietraject. In het najaar 2016 komt de accreditatiecommissie van het NIAZ langs, kort voor Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg. Het ziekenhuis bereidt zich momenteel volop voor om tegen dan aan alle 185 kwaliteitsnormen te voldoen.



Ann Moens



Dr. Hilde De Nutte

Verkeerde patiënt op de operatietafel. Verkeerde ingreep. Je mag er niet aan denken. Om patiënten een kwalitatieve hulp- en zorgverlening te garanderen, worden ziekenhuizen regelmatig doorgelicht. Dr. Hilde De Nutte, directeur medisch beleid: "Tot voor kort was er om de vier jaar een audit door de Vlaamse Zorginspectie. Aan de hand van die 'visitatie' bepaalde het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid of je als ziekenhuis verder erkend werd of niet. Nu kunnen ziekenhuizen daarvan worden vrijgesteld, op voorwaarde dat ze kiezen voor een accreditatietraject. De Vlaamse ziekenhuizen kunnen kiezen voor twee accrediteringsorganisaties: het Amerikaanse JCI of het Nederlandse NIAZ. Het AZ Sint-Elisabeth Ziekenhuis koos voor het NIAZ, dat in totaal

185 normen vooropstelt waaraan we moeten voldoen."

Dr. Hilde De Nutte: "Wij kozen voor het NIAZ, onder meer omdat het voortbouwt op het gekende EFQM-model en de kwaliteitscirkel van Deming (plan, do, check, act). Deze methodiek sluit immers aan bij het huidig kwaliteitsbeleid in ons ziekenhuis. Bovendien kozen ook de ziekenhuizen waarmee we nauw samenwerken waaronder het UZ Gent en het AZ Sint-Lucas Gent ook voor het NIAZ."

ALLE HENS AAN DEK

Ann Moens, verpleegkundig directeur: "De audit van het NIAZ is gepland voor oktober 2016. Het voorbereidend werk gaat nu al van start. Er zal in de komende maanden intensie-

ver en voelbaar binnen de organisatie naar de normen toe gewerkt worden. Voor elke norm wordt een nulmeting gedaan en een actieplan opgesteld." Frank Verbeke: "De uitvoering van het actieplan zal minstens één à twee jaar in beslag nemen. Tijdens die periode wordt elke dienst aan een interne audit onderworpen. Deze audits gebeuren door eigen medewerkers van andere diensten. Zij zullen hiervoor een specifieke opleiding tot interne auditor volgen. Deze fase moet medio 2014 van start gaan, zodat we ons zelfevaluatie-rapport klaar hebben tegen het voorjaar van 2016. Op die manier hebben we nog voldoende tijd om aanpassingen te doen. Op basis van dat zelfevaluatie-rapport beslist het NIAZ of we klaar zijn voor hun audit en – hopelijk – daarna voor accreditatie. We rekenen voor het doorlopen van dit traject uiteraard op de inzet van ons artsenteam en alle ziekenhuismedewerkers. Kwaliteit is immers nooit het werk van één persoon. Iedereen moet op dezelfde lijn zitten en naar hetzelfde doel toewerken."

Het behalen van een ziekenhuisbrede accreditatie toont aan dat het ziekenhuis een hoog niveau van kwaliteit en patiëntveiligheid nastreeft en continu wenst bij te sturen en te verbeteren. Bovendien is accreditatie een verantwoording aan de maatschappij dat de publieke middelen die het ziekenhuis ter beschikking krijgt, op een correcte manier worden besteed. Het mag dan ook niet verbazen dat de weg ernaartoe lang en intensief is.



Frank Verbeke

VOOR VERBETERING VATBAAR...

... Een systeem om de patiëntvriendelijkheid te meten. Frank Verbeke: "De meeste Nederlandse ziekenhuizen hebben een aanspreekpunt binnen patiëntenorganisaties. In België is dat doorgaans (nog) niet het geval. Als ziekenhuis hebben we regelmatig overleg met andere zorginstellingen en zorgprofessionals uit de regio, maar niet met zulke organisaties. Omdat het deel uitmaakt van het accreditatietraject zal dit zich de komende jaren zeker verder ontwikkelen."

DR. KRISTOF DE MEERLEER, DIENST MEDISCHE BEELDVORMING, AZ SINT-ELISABETH ZOTTEGEM.

“Dual Energy” computertomografie: optimale beeldkwaliteit met lage stralingsdosis

Sinds vorig jaar beschikt de dienst Medische Beeldvorming over een nieuw CT toestel. Het vorige toestel, een GE Lightspeed Pro 16, werd vervangen door één van de meest geavanceerde toestellen die momenteel op de markt beschikbaar zijn. In juli vorig jaar werden de GE Discovery CT 750 en de “dual energy” techniek in gebruik genomen in AZ Sint-Elisabeth Zottegem. De keuze voor dit nieuwe type scanner werd voornamelijk bepaald door de significante reductie van de stralingsdosis (gemiddeld tot 50 % voor alle toepassingsdomeinen) voor de patiënt en de mogelijkheid om door middel van spectrale beeldvorming de beeldkwaliteit en de karakterisatie van letsels te verbeteren.

DUAL ENERGY EN SPECTRALE BEELDVORMING

De röntgenbuis van een CT scanner produceert X-stralen die gekenmerkt worden door een kilovolt peak (kVp), zijnde het maximale energieniveau van het spectrum fotonen die deel uitmaken van een X-straal. Bij een conventioneel (niet “Dual Energy”) CT onderzoek worden beelden gegenereerd door gebruik te maken van slechts één energiespectrum (bijvoorbeeld 120 kVp). Bij gebruik van de “Dual Energy” techniek wordt éénzelfde anatomische regio nageenog gelijktijdig op twee verschillende kilovolt peaks (meestal 80 en 140 kVp) gescand. De röntgenbuis van de GE Discovery CT 750 kan tijdens een scanonderzoek met een snel interval van 0,4 msec overschakelen van lage naar hoge energieniveaus. De GE Discovery CT 750 is bovendien uitgerust met een nieuwe generatie detector (type Gemstone) die al deze informatie tijdig en gedetailleerd (maximale resolutie van 0,2 mm) kan opmeten.

Door het scannen van een object met twee verschillende spectra van energie, kunnen op een mathematische manier bepaalde materiaaldichtheden in het beeld berekend worden (zogenaamde “materiaalcompositie”). Het bekomen CT beeld kan als het ware opgesplitst worden in twee verschillende materiaalgewogen beeld-

componenten. De klinisch meest gebruikte materialencomponenten zijn calcium, water en jodium (aanwezig in het intraveneus toegediend contrast). In de meeste gevallen wordt het beeld opgesplitst in een water en jodium gewogen beeldcomponent. Deze techniek laat toe letsels beter te detecteren en te karakteriseren.

Uit de data bekomen door een “Dual Energy” scan, kunnen achteraf tevens zogenaamde monochromatische beelden door de computer berekend worden. Een monochromatisch beeld toont hoe een gescand object er zou uitzien, indien de fotonen van de röntgenstraal allemaal één en hetzelfde energieniveau zouden vertonen (m.a.w. geen spectrum van meerdere energieniveaus). Het gebruik van monochromatische beelden laat de radioloog toe om na het scanonderzoek zelf het energieniveau van het beeld aan te passen (bv 70, 80, 90, 110 keV) en zodoende de kwaliteit (contrast/ruis verhouding) van het beeld te verbeteren en artefacten (storingen in het beeld) te verminderen. Beelden met een laag energieniveau worden gekenmerkt door een beter contrast, terwijl beelden met een hoge energiewaarde minder gevoelig zijn aan storende artefacten (zoals bijvoorbeeld streepartefacten ten gevolge van de aanwezigheid van metallische prothesen in het lichaam).

ENKELE BELANGRIJKE KLINISCHE TOEPASSINGEN

Spectrale beeldvorming wordt voornamelijk toegepast bij postoperatieve patiënten met **metallische implantaten** (bv. knieprothese, heupprothese, fusiemateriaal op niveau van de wervelzuil). Deze implantaten veroorzaken vaak uitgebreide streepartefacten (“beam hardening artefacten”) waardoor het bot tegenaan het implantaat of de prothese moeilijk beoordeelbaar is. Hierdoor is het bij conventionele CT scan onderzoeken vaak onmogelijk om prothese gerelateerde pathologie (bv. loslating, osteolyse, infectie, periprosthetische fractuur) te herkennen. Door gebruik te maken van monochromatische beelden met hoge energiewaarden (bv 140 keV) is het bot tegenaan de prothese beter beoordeelbaar en minder gevoelig aan streepartefacten (Afbeelding 1).

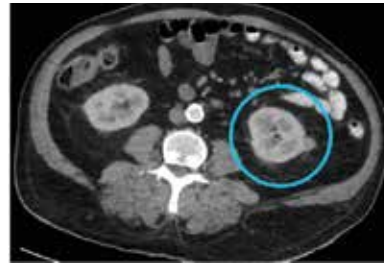


Afbeelding 1a

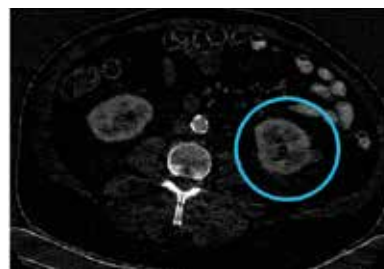
Afbeelding 1b

Afbeelding 1. CT scan van het rechter heupgewricht na plaatsen heupprothese. Uitgebreide storende streepartefacten rondom de prothese (1a) waardoor het omgevende bot en de spieren moeilijk beoordeelbaar zijn. Beter visualisatie van de omgevende structuren en verdwijnen van de artefacten door gebruik van spectrale beeldvorming en MARS (Metaal Artefact Reductie Software) (1b).

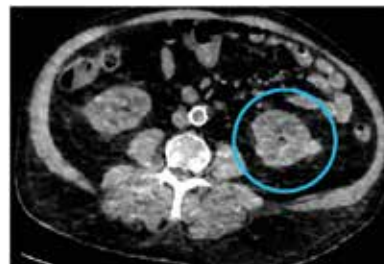
Door gebruik te maken van “materiaaldecompositie” kunnen focale letsels beter gekarakteriseerd worden. Kleine banale **corticale niercysten** zijn hiervan een mooi voorbeeld. Zij kunnen in de toekomst beter onderscheiden worden van kleine cystische niertumoren (cystische renaal cel carcinomen). De differentiatie tussen beiden berust vaak op een discrete aankleuring van de cyste na toediening van jodiumhoudend contrastmiddel in geval van een cystisch renaal cel carcinoom. “Materiaaldecompositie” laat toe om watergewogen en jodiumgewogen beelden te genereren en deze met elkaar te vergelijken. Een beperkte aankleuring wordt zo duidelijker zichtbaar en een diagnose kan met meer zekerheid gesteld worden (Afbeelding 2).



Afbeelding 2a



Afbeelding 2b

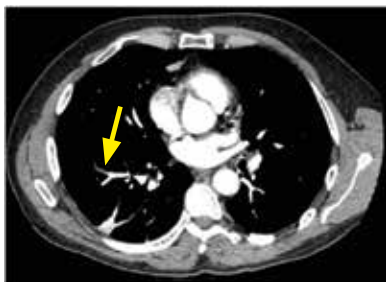


Afbeelding 2c

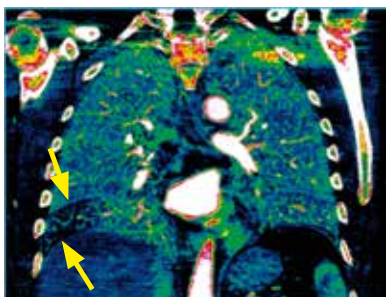
Afbeelding 2. CT scan van de nieren na intraveneuze toediening van contraststof toont een klein dens nodulair letsel dat uitpuilt op de linker niercontour (2a). Spectrale beeldvorming met materiaalcompositie toont een jodium gewogen (2b) en een watergewogen (2c) beeld. Op het jodium gewogen beeld (2b) komt het letsel hypodens (donker) voor, hetgeen pleit tegen de aanwezigheid van jodiumhoudend contrast en tegen een tumorale letsel. Het betreft hier een goedaardige eiwitrijke of bloedingscyste.

Teneinde focale letsels (bv. lever- of nierletsels) te kunnen karakteriseren, is vaak een CT scan in drie of vier fasen noodzakelijk. Er wordt dan meestal gestart met één scanreeks vóór toediening van intraveneus contrast (blanco scan) gevolgd door meerdere reeksen na toediening van intraveneus contrast (arteriële, veneuze en laatveneuze fasen). Door gebruik te maken van “materiaaldecompositie”, zal deze blanco scan in de toekomst vaak overbodig worden. De computer berekent uit een scanreeks na intraveneus contrast (jodiumbeeld) een **virtueel non-contrast of blanco beeld** (waterbeeld). Door het overbodig maken van één scanreeks/fase, kan men de stralingsdosis voor de patiënt aanzienlijk reduceren.

Pulmonale angio CT onderzoeken worden uitgevoerd ter uitsluiting van longembolen en zullen in de toekomst eveneens routinematig met de "dual energy" techniek gescand worden. Kleine en meer perifeer gelegen **longembolen** zijn vaak moeilijk te detecteren. Door gebruik te maken van monochromatische beelden met laag energie niveau, kan het contrast tussen de bloedvaten en de omgevende structuren geoptimaliseerd worden. Kleine longembolen worden zo beter waarneembaar. Tevens kan men uit het jodium gewogen beeld, bekomen na "materiaaldecompositie", een perfusiekaart van het longparenchym berekenen. Deze perfusiekaart toont bij longembolen een verminderde bevoeding van bepaalde delen van het longweefsel (Afbelding 3).



Afbelding 3a



Afbelding 3b

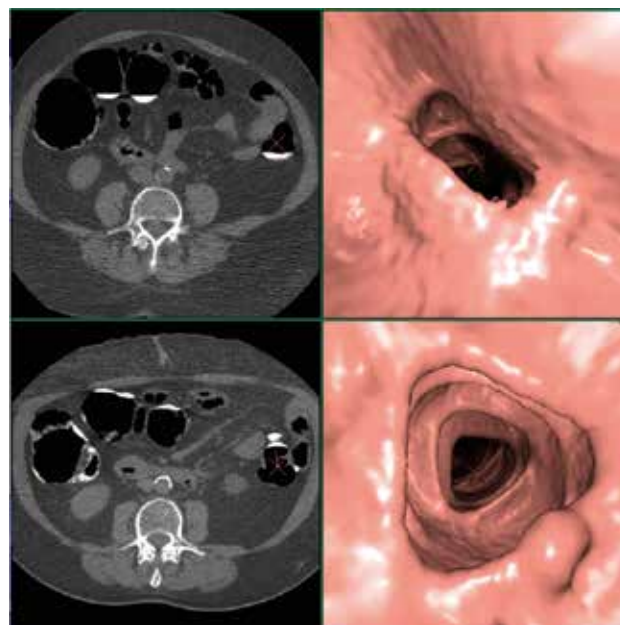
Afbelding 3. Axiale snede doorheen de thorax na intraveneuze toediening van contrast toont een klein longembool in de rechter longonderkwab (3a). Uit het jodium gewogen beeld na materiaaldecompositie kan een longperfusiekaart berekend worden (3b). Deze toont als gevolg van het kleine longembool een donkerdere zone van verminderde bevoeding (hypoperfusie) in een deel van de rechter onderkwab.

Spectrale beeldvorming biedt tevens de mogelijkheid om met zekerheid de diagnose van **jicht arthritis** te stellen. Materiaaldecompositie laat toe om calcium (bijvoorbeeld in geval van verkalkte reumatoïde noduli) te onderscheiden van neerslag van urinezuur (jichttofi). Ook in geval van **nierstenen** biedt spectrale beeldvorming nieuwe

mogelijkheden. Door middel van materiaaldecompositie kan een onderscheid gemaakt worden tussen calcium- en cystine- en urinezuurstenen.

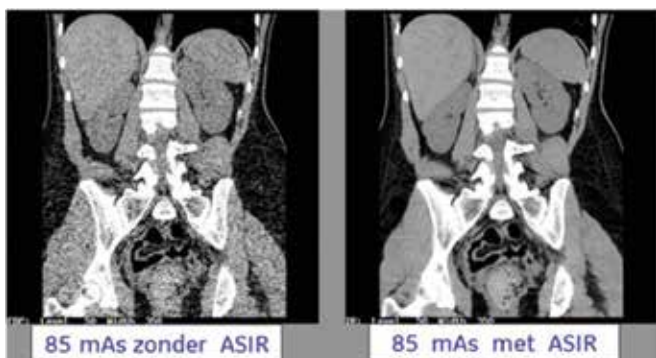
DOSISREDUCTIE DOOR MIDDEL VAN ASIR

X-stralen zijn ioniserende stralen en kunnen bijgevolg ionisaties en schadelijke effecten veroorzaken in het weefsel waarop ze invalen. Het gebruik van computer tomografie heeft het laatste decennium een spectaculaire groei gekend. Computer tomografie wordt vaak aanzien als de "gouden standaardmodaliteit" als het gaat om screening en opvolging van oncologische pathologie. Tevens zijn recent heel wat nieuwe toepassingsdomeinen zoals bijvoorbeeld cardiale en coronaire beeldvorming en virtuele colonoscopie gevalideerd (Afbelding 4). Het beperken van de dosis voor de patiënt is bijgevolg noodzakelijk, doch tot op heden niet mogelijk zonder compromis wat betreft de beeldkwaliteit. Wanneer een scanner onderzocht wordt uitgevoerd met een lagere dosis, ontstaat storende ruis in het beeld. Beeldruis kan een goede diagnostiek bemoeilijken. Het beperken van de stralingsdosis voor de patiënt, zonder verlies aan diagnostische beeldkwaliteit, is één van de belangrijkste uitdagingen voor de radioloog (het **ALARA principe**: As Low As Reasonably Achievable).



Afbelding 4. Hoge definitiebeelden van virtueel colononderzoek, gescand met ASIR in lage dosis. Het beeld rechtsonder toont een poliep uitgaande van de wand van het colon.

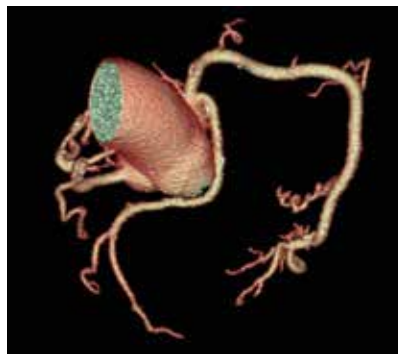
ASIR (Adaptive Statistical Iterative Reconstruction) is een revolutionaire techniek waarbij door gebruik van verschillende statistische algoritmen de storende ruis in een beeld aanzienlijk kan gereduceerd worden. Door ruisreductie kan bij eenzelfde stralingsdosis een betere beeldkwaliteit, of bij een lagere stralingsdosis een zelfde beeldkwaliteit bekomen worden (*Afbeelding 5*). Studies hebben aangetoond dat bij ASIR dosisverminderingen van 32 tot 65 % mogelijk zijn zonder toename van de beeldruis. Lage dosis scan protocols kunnen met de nieuwe scanner routinegewijs gebruikt worden voor alle scantoeepassingen en geven een beeld dat voldoet aan alle kwaliteitsnormen. Gemiddeld wordt een **dosisreductie van 50 %** bekomen voor alle klinische toepassingen in vergelijking met oudere CT toestellen die geen gebruik maken van iteratieve beeldreconstructie. ASIR wordt eveneens toegepast bij CT onderzoeken van het hart. Hoge definitie beelden van de **coronaire bloedvaten** kunnen bekomen worden met een lage stralingsdosis (in sommige gevallen tot ongeveer 1 millisievert) en een bestralingstijd van minder dan 2 seconden (*Afbeelding 6*). Deze zeer lage stralingsdosis wordt mede bekomen door de patiënt te scannen in de diastolische (rustige) fase, de patiënt te verplaatsen in de systolische (actieve) fase en opnieuw te scannen in de diastole. Deze techniek kan enkel toegepast worden indien het hartritme lager is dan 65 slagen per minuut. Precies daarom krijgen patiënten peroraal betablokkers één tot twee dagen voor het onderzoek, zonodig aangevuld met een intraveneuze toediening gedurende het scanonderzoek.



Afbeelding 5a

Afbeelding 5b

***Afbeelding 5.** Coronale reconstructie van blanco CT onderzoek van het abdomen met lage dosis (85 mAs) zonder iteratieve reconstructie (**5a**) toont een korrelig beeld met veel storende ruis. Iteratieve reconstructie (ASIR) geeft bij dezelfde lage dosis een perfect diagnostisch beeld zonder ruis (**5b**).*



Afbeelding 6a



Afbeelding 6b

***Afbeelding 6.** Voorbeeld van 3D reconstructie (**6a**) en schuine MIP (maximale intensiteitsprojectie) (**6b**) van de coronairen in lage dosis protocol met gebruik van iteratieve reconstructie. Het betreft hier een anatomische variant waarbij de linker arteria circumflexa ontspringt op de rechter coronaire arterie.*

CONCLUSIE

De ingebruikname van de GE Discovery CT 750 en de ontwikkeling van spectrale beeldvorming en iteratieve reconstructie hebben nieuwe perspectieven geopend binnen de wereld van de computertomografie. De dienst medische beeldvorming heeft, met de keuze voor de GE Discovery CT 750, bewust geopteerd voor een toekomst waarin de kwaliteit van het onderzoek en de veiligheid van de patiënt centraal staan.

ESWT – een medische aanpak voor chronische peesontstekingen

Extracorporeel Shockwave Therapie (ESWT) of schokgolftherapie is een behandelmethode voor peesontstekingen. Met behulp van een niersteenverbijzelaar worden hoog-energetische geluidsgolven afgegeven op overbelaste of verkalkende pezen. Deze schokgolven versnellen het natuurlijke genezingsproces, stimuleren het metabolisme en verbeteren de bloedcirculatie. Begin mei zijn we op de dienst fysieke geneeskunde gestart met ESWT.

Meer info en verdere toelichting vindt u op www.sezz.be/revalidatiecentrum

Belfius Foundation Laureaat

Dwalende patiënten snel detecteren

Patiënten met wegloupedrag zijn voor elke verpleegkundige een grote zorg. Verwarde patiënten die door de gangen dwalen, creëren een groot risico voor hun eigen veiligheid. Een patiëntvriendelijk dwaal-detectiesysteem moet dit voorkomen.



Wanneer een oudere persoon vanuit zijn vertrouwde omgeving in het ziekenhuis wordt opgenomen, kan dat zorgen voor verwarring en desoriëntatie. Ann Moens, verpleegkundig directeur: "Het gebeurt wel eens dat zo'n patiënt het ziekenhuis op eigen houtje probeert te verlaten. Een elektronisch dwaaldetectiesysteem met een polsbandje is een patiëntvriendelijke en veilige oplossing voor dit probleem. Het systeem biedt maximale bewegingsvrijheid aan de patiënt. Confronterende maatregelen zoals fixatie in het bed of in de zetel kunnen hierdoor beperkt worden. Het polsbandje is bovendien een zeer discrete oplossing."

GERUST GEVOEL

De dienst kwaliteitszorg van het ziekenhuis stuurde het project 'Weglooppreventie voor geriatri-

sche patiënten' in voor de wedstrijd 'Colour your Hospital'. Deze wedstrijd van de Belfius Foundation ondersteunt ziekenhuisprojecten die het welzijn van de patiënt vergroten. De Foundation ontving 162 kandidaturen van ziekenhuizen in het hele land. Hiervan werden er 24 bekroond en financieel ondersteund. Het project van het AZ Sint-Elisabeth Zottegem deelt in de prijzen.

Katia Ronsse (kwaliteitscoördinator): "Het idee van een dwaaldetectiesysteem in te voeren, leefde hier al een tweetal jaar. Het geeft de verpleegkundigen een geruster gevoel. Het is een meerwaarde bij het uitoefenen van hun job én bij het verlenen van een betere zorg aan de patiënten. Het systeem werd reeds getest op de dienst geriatrie. De bedoeling is om dit op termijn uit te breiden naar andere verpleegafdelingen."

Dienst in de kijker - Recovery

De recovery (ontwaakzaal) beschikt over 12 ontwaakplaatsen en maakt deel uit van het operatiekwartier.

Na een heelkundige ingreep wordt de patiënt naar de recovery afdeling gebracht. Daar blijft de patiënt onder controle van een team van gespecialiseerde verpleegkundigen tot de verdoving is uitgewerkt (afhankelijk van het type verdoving dat de patiënt krijgt duurt het verblijf op recovery korter of langer). Geholpen door geavanceerde apparatuur controleert de recovery verpleegkundige regelmatig alle lichaamsfuncties van de patiënt. Een eerste pijnvaluatie bij de patiënt aan de hand van pijnschalen is belangrijk voor de afstemming van een optimaal pijnbeleid. Om de continuïteit in de zorg voor de patiënt te garanderen is een goede communicatie tussen de ok-verpleegkundige, chirurg, anesthesist, recovery verpleegkundige en afdelingsverpleegkundige essentieel.

Als recovery verpleegkundige beschik je over een

uitgebreid deskundigheidsgebied, waar de beste zorg voor de patiënt centraal staat. Flexibiliteit, vroege en late uren zijn inherent verbonden aan de functie. Het onvoorspelbare karakter van de verpleegkundige zorgen vereist bovendien een stevige dosis stressbestendigheid. De samenwerking tussen de verschillende afdelingen en het operatiekwartier zorgen voor een veelzijdige en dynamische werksfeer.

Chris Brackman: "Sinds begin dit jaar ben ik aangesteld als clusterverantwoordelijke voor zowel de voorbereiding, recovery en secretariaat samen goed voor een team van 13 medewerkers. Ik zet mij vooral in voor de algemene coördinatie en opleidingen. Ook de optimalisatie van het stockbeheer zoals medicatie valt onder mijn bevoegdheid."

Veiligheid en comfort voor de patiënt staan centraal op recovery. Om de rust en privacy van de patiënten te garanderen wordt bezoek niet toegestaan. Op deze regel wordt een uitzondering gemaakt voor kinderen. Een empathische benadering van



deze patiëntengroep is primordiaal. Het kind evenals de ouder zelf voelen zich dan meer op hun gemak, wat bijdraagt tot een vlotter herstel.

Nieuw in dienst

DR. CHRIS MATTHYS

Algemene en abdominale chirurgie - Obesitas centrum

"Chirurg worden was een jongensdroom. Ik specialiseerde me in abdominale chirurgie in OLV Aalst en vervolmaakte me in laparoscopie bij Prof. Marescaux en Dr J. Leroy, die het IRCAD (Research Institute against Digestive Cancer) oprichtte. Ik werkte tien jaar in het ASZ Campus Wetteren en in het AZ Oudenaarde waar ik de obesitasheelkunde oprichtte. Ik heb gekozen voor het AZ Sint-Elisabeth Zottegem omdat ik hier meer kansen krijg in een goed georganiseerde dienst. Ik werk samen met dr. Focquet in het obesitascentrum. Voor de klassieke abdominale chirurgie staan andere collega's in. Elk zijn subspecialiteit, dat is de visie die ik heb over de heelkunde op vandaag. Want wat je alle dagen doet, doe je meestal beter."



DR. JEROEN MERTENS

Nucleaire geneeskunde

"Ik leerde het AZ Sint-Elisabeth Zottegem kennen als stagiair geneeskunde. De dynamiek van het ziekenhuis beviel me en toen ik van de vacature hoorde, heb ik niet gearzeld. Dit ziekenhuis was begin 2000 een van de eerste centra in België met een lage resolutie SPECT-CT en nu kopen we een nieuw toestel met een hoogwaardige CT aan gekoppeld. Dat is op z'n minst vooruitstrevend te noemen. In samenwerking met de dienst Radiologie zullen we deze beelden evalueren en kunnen we zo tot een meer accurate diagnose komen. Het samen leggen van de informatie van beide onderzoeken biedt de mogelijkheid om de diagnose verder te verfijnen. Alle procedures met gammacamera zullen we in ons ziekenhuis kunnen aanbieden. De PET-scans voor oncologische patiënten vinden plaats in het UZ Gent, maar ook voor dat onderzoek wil ik hier het aanspreekpunt worden."

In Memoriam

DR. ELIANE LAGASSE

Dr. Eliane Lagasse was als pediater 34 jaar verbonden aan het AZ Sint-Elisabeth Zottegem. Zij was reeds 14 jaar het diensthoofd van de dienst pediatrie. Daarnaast was zij een actief lid van de Medische Raad. Begin dit jaar nam zij de functie van hoofdarts op zich. Zij is op zaterdag 19 januari 2013 plotseling overleden in Cotonou (Benin).

Afscheid nemen

Is met zachte vingers

Wat voorbij is dichtdoen en verpakken

In goede gedachten der herinnering...

Afscheid nemen

Is verwijlen bij een brok leven

En stilstaan op de pieken van pijn en vreugde.

Afscheid nemen

Is met dankbare handen weemoedig meedragen

Al wat waard is niet te vergeten...

Afscheid nemen

Is moeizaam de draden losmaken

En uit het spinrag der belevenissen loskomen

En achterlaten en niet kunnen vergeten

Ward Bruyninckx





Een aneurysma geeft geen klachten en kan leiden tot een plotse dood. Perifeer vaatlijden daarentegen kondigt zichzelf wel aan en is beter te behandelen. Alleen de kleinere bloedvaten bleven lang moeilijk terrein. Maar nu heeft ook het AZ Sint-Elisabeth Zottegem de nieuwste technologie in huis, in een splinternieuwe angiozaal.

Het fijnere vaatwerk

De endovasculaire chirurgen hebben hun vakdomein zo ver ontwikkeld dat de (nog niet zo) oude toestellen aan vervanging toe zijn. Het mobiele radioscopietoestel in het AZ Sint-Elisabeth Zottegem maakt daarom plaats voor een nieuw, gespecialiseerd model. Het apparaat werd geïntegreerd in een nieuwe angiozaal, die binnenkort operationeel is. Dokter Boudewijn Moors, vaatchirurg: "Endovasculaire behandelingen zijn de voorbije jaren enorm uitgebreid en de beeldvorming van vroeger voldoet niet meer. Met dit toestel kunnen we op de millimeter werken en de piekleine bloedvaten in bijvoorbeeld de voeten heel adequaat visualiseren. Bovendien kunnen we vooraf genomen CT-beelden in het toestel opslaan en in real time op de patiënt projecteren. Onze nieuwe angiozaal is één van de meest moderne en praktische operatiezalen van Vlaanderen. Bovendien werd de zaal dusdanig gebouwd dat ze als referentie kan dienen voor andere ziekenhuizen.

NIKS DAN VOORDELEN

In het verleden hadden de verpleegkundigen een hele klus aan het toestel om het te verrijden, installeren, bedienen... Dat vergde veel tijd en tijd is kostbaar. Zeker in de genees-

kunde, Er werd gekozen voor Artis Zee van Siemens omwille van de superieure beeldkwaliteit, het gebruiksgemak en de stralingsreductie. Dr. Moors: "Vroeger moesten we voor elk beeld een andere positie innemen en telkens van nul herbeginnen. Dit toestel maakt de beelden in één beweging, slaat ze op in het geheugen en zet zich terug in de beginpositie.

Dit heeft het bijkomend voordeel dat de straling gereduceerd wordt. In totaal is er een reductie van 50 tot 75 %, dankzij een recente ontwikkeling in

de software. Een dergelijke uitgerust angiozaal is een absolute must. Het AZ Sint-Elisabeth Ziekenhuis staat hiermee op gelijke voet met alle grote ziekenhuizen in België."

KERNBOODSCHAP

Deze nieuwe technologie slaagt erin de kleinste bloedvaten, zoals die in het onderbeen en de voet, te visualiseren. Tot vijf jaar geleden waren de mogelijkheden om die te behandelen heel beperkt. Dr. Moors: "Veel meer dan een bypass of een dilatatie konden we niet doen. Te vaak moesten we overgaan tot amputatie. Nu beschikken we echter over de materialen en de technieken om deze bloedvaten te behandelen. Dat was meteen de kern van ons symposium VOET2013.

"Onze angiozaal, een referentie voor andere ziekenhuizen"



VOET 2013

Niet minder dan 270 deelnemers tekenden present op het symposium VOET2013. Dat bewijst meteen de grote interesse voor vaatlijden bij huisartsen, specialisten, verpleegkundigen en paramedici.

Dr. Martens, Dr. Moors en Dr. Vossaert namen het woord alsook twee huisartsen, Dr. Van Wambeke en Dr. Heretogonne. Ook Dr. Van Acker, die zich internationaal inzet voor de opbouw van diabetische voetklinieken, deelde haar ervaringen.

"We hebben te maken met een vergrijzing van de bevolking en een epidemie van diabetes waardoor verwacht wordt dat het vaatlijden ter hoogte van het onderbeen en de voeten de komende decennia sterk zal toenemen", aldus Dr. Moors.

"De centrale boodschap is eenvoudig. Iedereen uit de verzorgende sector moet zelfs bij kleine letsels in de onderbenen of de voeten controleren op onderliggend vaatlijden."



Noteer alvast in uw agenda...

MEDISCHE LESSENCYCLI

Aanvang 21u

- 24/09/13 Triverius
- 22/10/13 Triverius
- 26/11/13 Triverius (ethiek)
- 17/12/13 Medische Staf

INFOBEURS 'BABY AAN BOORD'

- 19 oktober 2013

INFONAMIDDAG VOOR VROUWEN NA BORSTOPERATIE

Het ziekenhuis organiseert een infonamiddag op:

- Zaterdag 23 november 2013

De week ervoor wordt het onderwerp medegedeeld in de voornaamste kranten.

Plaats: AZ Sint-Elisabeth van 14u tot 16u.

Inkom is gratis en er is geen reservatie noodzakelijk.

Voor meer inlichtingen:

Dienst materniteit: 09 364 87 60

COLOFON

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

Hoofdredactie: H. De Vleeschouwer

Redactieraad: F. Verbeke, R. De Bosscher, Dr. S. Dierickx, H. Libbrecht, A. Moens, D. Van Caillie

Fotografie: Bart Cloet

Realisatie: f-twee uitgeverij, 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

www.sezz.be

Bezoek ons op Open Bedrijvendag

Op zondag 6 oktober openen we onze deuren voor het brede publiek. Zowel voor klein als voor groot hebben we een boeiend en leerrijk programma uitgestippeld. **Noteer de datum alvast in uw agenda en kom samen met familie en vrienden een kijkje nemen achter de schermen.** Beleef het operatiekwartier terwijl je wakker bent, ontdek hoe een scanner in z'n werk gaat en maak kennis met de veelzijdigheid van een job in de zorg. Het volledige programma wordt weldra op de website bekend gemaakt.

INFO: www.sezz.be



Diabetesitas 2013



Op zaterdag 7 september organiseert de dienst Bariatrische en Metabole chirurgie een symposium over obesitaschirurgie. In de voormiddag geven meerdere sprekers een update over de meest recente technieken en bekijken we samen met de huisartsen wat de toekomst in petto heeft. In de namiddag organiseren we een ronde tafel gesprek waarbij iedereen van harte welkom is. De toegang is gratis. **Een multidisciplinair panel vertelt je alles wat je wilt weten, maar nooit eerder durfde te vragen.**

Het volledige programma van Diabetesitas2013 is beschikbaar via de agenda op www.sezz.be.

Bouwwerken, stand van zaken



De parkeertoren staat er bijna, met drie parkeerniveaus. Nu worden de gevel en de vloeren afgewerkt. In september, van zodra de toren operationeel is, komt de parking aan de beurt voor een grondige facelift.

Tot de opening van de toren blijven patiënten en bezoekers gebruik maken van de parkeerplaatsen achteraan de parking. Deze parking staat via de overdekte voetgangersweg in verbinding met de hoofdingang. Voor de huisartsen blijven de reguliere parkeerplaatsen toegankelijk. Mindervalide patiënten en bezoekers kunnen dichterbij de hoofdingang hun wagen kwijt dankzij voorbehouden parkeerplaatsen.

Om de mobiliteit van de patiënten en bezoekers te verhogen werden er onlangs **30 nieuwe rolstoelen** in gebruik genomen. De groene rolstoelen staan ter beschikking onder de koepel, aan de receptie en op de parking aan de overdekte voetgangersweg. Het volstaat een muntstuk van 2 euro bij de hand te hebben om zich van een rolstoel te bedienen.