



Voetchirurgie live in beeld

In het najaar vond in het AZ Sint-Elisabeth een symposium voetchirurgie plaats voor huisartsen uit de regio en verpleegkundigen van de dienst Orthopedie en het Operatiekwartier. Niet zomaar een symposium: twee correcties van een hallux valgus werden in het auditorium live gevolgd door de aanwezigen. Dat gebeurde nog nooit eerder in het ziekenhuis.



Tijdens het symposium opereerde dr. Wouter De Naeyer twee patiënten met hallux valgus, een aandoening waarbij de grote teen naar de buitenkant van de voet migreert. De voetchirurg werd bijgestaan door anesthesist dr. Deene en drie O.K.-verpleegkundigen. De ingrepen werden live uitgezonden in het auditorium van het ziekenhuis.

Dr. De Naeyer (dienst Orthopedie): "Tijdens de eerste operatie werd de hallux valgus gecorrigeerd met een Chevron-Akin-osteotomie. De tweede ingreep was een uitgesproken correctie via basale osteotomie en MTP 1-artrodese. Tijdens het uitvoeren van beide ingrepen gaf ik de nodige uitleg over deze meest courante hallux valgus-technieken. De aanwezigen in het auditorium konden alles in real time volgen en vragen stellen."

Een dergelijk symposium met livechirurgie is een primeur voor het AZ Sint-Elisabeth. "Ik wilde niet een louter theoretisch congres op poten zetten, maar ook de praktische kant van de zaak belichten", zegt dr. De Naeyer. "Vóór de operaties werden de casussen natuurlijk eerst theoretisch uit de doeken gedaan."

De mythe doorbroken

Tussen de twee ingrepen gaf dr. Demaegd van de pijnkliniek een uiteenzetting over de locoregionale pijnblocks bij voetchirurgie. "We wilden voor eens en altijd de mythe doorbreken dat de pijn bij een hallux valgus-correctie bijna ondraaglijk is", aldus dr. De Naeyer. "Om die reden wacht men immers vaak veel te lang om er iets aan te doen, hoewel er van die hevige pijn al lang geen sprake meer is. Daarbij komt nog eens dat hallux valgus een frequente pathologie is die drastische gevolgen kan hebben. De aandoening leidt immers tot een verkeerd afrolpatroon, waardoor de andere voorvoetgewrichten overbelast worden. Dat veroorzaakt vaak pijnlijke eelt op de onderkant van de voet en op termijn kan er zelfs slijtage optreden van de gewrichten. Er vroeg bij zijn is dus de boodschap."

Primeur Urologie

Op de dienst Urologie van het AZ Sint-Elisabeth werd onlangs een volledige nier verwijderd via LESS-chirurgie, kort voor Laparo-Endoscopic Single-Site Surgery. Dat gebeurde nog nooit eerder in België. De nieuwe minimaal invasieve techniek laat toe om via één enkel gaatje te opereren.

Lees meer op pagina 10.

Verder in dit nummer

Ombudsvrouw	2
Medisch Centrum Brakel	3
Nieuwe artsen	4
Zorgtrajecten	9
VZW De Bron	10
LESS-chirurgie	10
Da Vinci robot	11
AH1NI	11
Pastorale dienst	12

Toelating gestoten
verpakking B/43





Herman De Vleeschouwer
afgevaardigd bestuurder

Zorg binnen en buiten de muren

In naam van alle medewerkers en de directie van het AZ Sint-Elisabeth wens ik u een voorspoedig en gezond 2010. Jaar in jaar uit zet ons ziekenhuis alles op alles om de patiënt met de beste zorgen te omringen. Dat was het voorbije jaar niet anders: zowel binnen als buiten de muren van het ziekenhuis staat de patiënt continu centraal. Bovendien is het ziekenhuis steeds mee met de allernieuwste technieken en trends waardoor we de meest optimale medische zorg kunnen aanbieden.

Zo heeft het ziekenhuis sinds kort een erkenning op zak voor prostaatoperaties met de Da Vinci robot, een gesofisticeerd systeem waarbij vier robotarmen van op een console door de chirurg worden bediend. De resultaten zijn verbluffend: het superieure zicht, de grotere nauwkeurigheid en het ergonomisch comfort maken het immers mogelijk om zeer complexe ingrepen te verrichten via een kijkoperatie. Dankzij de erkenning door het RIZIV hoeft de patiënt nu geen extra kosten meer te betalen voor een radicale prostatectomie.

Het ziekenhuis hecht ook steeds meer belang aan transmurale zorg. Patiënten kunnen nu bijvoorbeeld instappen in twee nieuwe zorgtrajecten: één voor diabetes en één voor chronische nierinsufficiëntie. Maar ook de zorg na een ziekenhuisopname wordt niet vergeten. Speciaal voor de bejaarde bevolking in Zottegem en omstreken richtte het gezamenlijke bestuur van het ziekenhuis vzw De Bron op. Deze vzw wil onder meer tegemoet komen aan de vraag naar serviceflats. De plannen liggen intussen al op tafel...

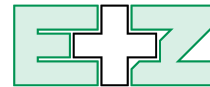
In de medische bijlage van deze nieuwsbrief kunt u ten slotte alles lezen over de ingrepen die worden toegepast in de obesitaschirurgie en over de aanpak van acute exacerbaties van COPD in de ambulante praktijk.

Zoals u ziet bleven we ook in 2009 niet bij de pakken zitten. En deze trend zullen we in 2010 gewoon verder zetten.

Veel leesplezier,

Herman De Vleeschouwer
Afgevaardigd bestuurder

Ombudsdienst



Nieuwe ombudsvrouw

Patiënten kunnen voortaan met hun klachten terecht bij Katia Ronsse, de nieuwe ombudsvrouw van het AZ Sint-Elisabeth. Bemiddeling tussen patiënt en beroepsbeoefenaar vormt één van haar voornaamste taken.



Katia Ronsse

In 2002 ging de wet op de patiëntenrechten officieel van kracht. Eén van die rechten, het recht op klachtenbemiddeling, vormde de basis voor een nieuwe dienst in het ziekenhuis: de ombudsdienst. Begin oktober gaf Bernadette Stautemas de fakkel door aan Katia Ronsse: "Wanneer patiënten menen dat een van hun rechten niet gerespecteerd werd, kunnen ze zich tot de ombudsdienst wenden. De ombudspersoon luistert naar de patiënt, registreert de klacht en geeft die vervolgens door aan de betrokken departementshoofden. De ombudsvrouw heeft vooral een bemiddelende en coördinerende rol. Zo zie ik er onder meer op toe dat de klacht effectief wordt behandeld en dat de klager binnen een aanvaardbare termijn een bevredigend antwoord krijgt. Er worden tevens aanbevelingen geformuleerd om herhaling van klachten te voorkomen, bijvoorbeeld om de communicatie tussen patiënt en beroepsbeoefenaar te optimaliseren."

Patiëntveiligheid

Intussen ondertekende het ziekenhuis voor het derde jaar op rij een contract met de overheid rond patiëntveiligheid. Hilde De Nutte (adviseur medisch beleid): "Momenteel zijn we actief bezig met de uitbouw van een meldingssysteem voor incidenten en bijna-incidenten rond medicatie. De bedoeling is dat het systeem wordt toegepast op alle verpleegafdelingen en op termijn verder wordt uitgebreid naar andere types (bijna-) incidenten."

Contact: 09 364 87 22, ombudsdienst@sezz.be
of secretariaat.kwaliteitszorg@sezz.be



Gewaarborgde zorg in Brakel

Eind november opende het Medisch Centrum Brakel, als onderdeel van het AZ Sint-Elisabeth, officieel zijn deuren. Afgezien van de splinternieuwe apparatuur en de uitbreiding van het medisch aanbod verandert er voor de huisartsen weinig: de raadplegingen blijven zoals vanouds verlopen in nauw overleg met de eerste lijn.

Het Medisch Centrum Brakel werd officieel geopend in aanwezigheid van minister van Staat en burgemeester van Brakel Herman De Croo, de huisartsen uit de regio en het bestuur, de directie en de artsen van het AZ Sint-Elisabeth. Ivan Van Der Sijpt (financieel directeur AZ Sint-Elisabeth): "Het Medisch Centrum Brakel werd ruim twintig jaar lang als een afzonderlijke polikliniek geëxploiteerd onder leiding van dr. Raf De Staercke. Al die tijd speelde het een belangrijke rol in de gezondheidszorg van de lokale bevolking. Om de continuïteit van de dienstverlening aan de patiënten en de huisartsen verder te kunnen waarborgen en te optimaliseren, nam het AZ Sint-Elisabeth de polikliniek onder zijn vleugels."



dr. Carlos Monté

Complete make-over

Het bestuur van het AZ Sint-Elisabeth besloot al gauw om de bestaande infrastructuur van het Medisch Centrum grondig te renoveren. Hierbij werd vooral de klemtoon gelegd op toegankelijkheid, comfort voor de patiënt en een hoge kwalitatieve dienstverlening. Zo ondergingen alle consultatielokalen en de radiologiezaal een volledige make-over. Ook de inkomhal werd in een nieuw kleedje gestoken en de parking werd uitgebreid en heraangelegd. Maar dat is nog niet alles: zelfs de medische apparatuur werd compleet vernieuwd. Ivan Van Der Sijpt: "Om de medische dienstverlening aan de inwoners van Brakel en omstreken te optimaliseren, investeerde het AZ Sint-Elisabeth in de meest moderne medische technologie. Denk maar aan gloednieuwe radiologische apparatuur, echografietoestellen, een mammografie, een gastroscopie-unit, nieuwe cardiologische en pneumologische toestellen, enzovoort."

Ook het medisch aanbod werd uitgebreid. "Het aantal specialismen is intussen meer dan verdubbeld en het artsenkorps vervijfvoudigd. Momenteel staan maar liefst 50 artsen in voor 18 specialismen", verduidelijkt Ivan Van Der Sijpt.



Burgemeester van Brakel Herman De Croo

"Hierdoor kunnen de inwoners van Brakel en omgeving voor de meest courante onderzoeken in hun eigen gemeente terecht. Wekelijks wordt er voorzien in één of meerdere raadplegingen voor de diverse specialismen."

Soepele doorverwijzing

De consultaties blijven zoals voordien verlopen via overleg met de huisarts van de patiënt. Voor meer gesofisticeerde onderzoeken of behandelingen kan de patiënt alsnog worden doorverwezen naar het AZ Sint-Elisabeth. "Dankzij de nieuwe structuur zal die doorverwijzing een pak soepeler verlopen. Wanneer een patiënt doorverwezen wordt naar het AZ Sint-Elisabeth, bijvoorbeeld voor een NMR, is er een vlotte opvolging vanuit het Medisch Centrum voorzien en zijn de medische gegevens onmiddellijk beschikbaar. Ook op het vlak van ICT werd immers voor de nodige omkadering gezorgd. Zo kunnen de ziekenhuisartsen vanuit het Medisch Centrum het patiëntendossier online consulteren en worden de radiografische beelden digitaal naar het AZ Sint-Elisabeth doorgestuurd, waar ze rechtstreeks in het digitale patiëntendossier worden opgeslagen", aldus Ivan Van Der Sijpt



Nieuwe artsen

Dr. Bernard Boone – Spoedafdeling

Dr. Bernard Boone is geen vreemde voor het AZ Sint-Elisabeth. Al tijdens zijn opleiding acute geneeskunde liep hij hier stage. Een jaar later, in september jongstleden, ging hij in het ziekenhuis deeltijds aan de slag als spoedarts. “Het is de bedoeling om hier ongeveer vier nachten per maand te werken. Daarnaast ben ik ook nog actief in een groepshuisartsenprak-

tijk in Waarschoot”, aldus dr. Boone.

Dr. Boone studeerde in 2002 af als arts aan de UGent en werkte nadien twee jaar als arbeidsgeneesheer. Daarna volgde hij een opleiding bij een huisarts in Scheldewindeke en kwam daarbij voor het eerst in contact met het AZ Sint-Elisabeth. In 2008 slaagde hij nog voor een bijkomende opleiding acute geneeskunde.



Dr. Caroline Robrechts – dienst Anatomopathologie

Dr. Caroline Robrechts studeerde in 1995 af als arts aan de KU Leuven. Vijf jaar later behaalde ze er haar diploma anatomopathologie. Na heel wat ervaring te hebben opgedaan in de verschillende deelgebieden van dat specialisme, zowel in het Heilig Hart Ziekenhuis in Tienen als in het Ziekenhuis Oost-Limburg in Genk, wilde dr. Robrechts

terug naar haar roots in Oost-Vlaanderen. “In het AZ Sint-Elisabeth is er een goed contact met collega’s en huisartsen. Bovendien is het een zeer dynamisch en innovatief ziekenhuis. Sinds 1 augustus dit jaar werk ik één dag per week op de dienst Anatomopathologie. Vanaf 1 januari ga ik er voltijds aan de slag, in associatie met dr. Ridwan Wibowo.”

Dr. Tine Herman – dienst Oogheelkunde

De dienst Oogheelkunde van het AZ Sint-Elisabeth heeft een nieuw stafid. Dr. Tine Herman werkt er sinds september voltijds als oogarts. De dienst heeft de intentie om ondermeer de medische zorg op het vlak van leeftijdsgebonden maculadegeneratie en diabetische retinopathie verder uit te breiden. Dr. Herman studeerde in 1997 af als arts aan

de KU Leuven en in 2002 als oogarts in het UZ Leuven en het Croydon University Hospital in Londen. Van 2002 tot 2004 specialiseerde zij zich verder in de cataract-, cornea- en oculoplastische chirurgie in het Oogziekenhuis Rotterdam. Nadien werkte ze er als stafarts gespecialiseerd in cataractchirurgie en de acute en algemene oogheelkundige zorg.



Dr. Tine Samyn – Spoedafdeling

In november 2009 ging dr. Tine Samyn als spoedarts aan de slag in het AZ Sint-Elisabeth. Ze staat in voor de eerste opvang en stabilisatie van patiënten, gerichte doorverwijzing naar collega-specialisten en MUG-interventies. Dr. Samyn: “Op termijn wil ik graag meewerken aan de verdere uitbouw van de spoed op het vlak van kwalitatieve zorg

en een vlotte patiëntendoorstroming”.

Dr. Samyn studeerde in 2000 af als arts en in 2002 als huisarts aan de KU Leuven. In 2004 behaalde ze haar Brevet Acute Geneeskunde. Ze volgde de cursus Advanced Life Support en Advanced Pediatric Life Support. Van 2002 tot 2009 werkte ze als spoedarts in het Heilig Hartziekenhuis in Leuven.



Dr Toon Sonnevile en Dr Marc Focquet

HEELKUNDE VOOR METABOLE ZIEKTEN, EEN NIEUWE DIMENSIE VAN OBESITASCHIRURGIE

Epidemiologie van diabetes

Op dit moment wordt het aantal diabetespatiënten wereldwijd op 246 miljoen geschat, verwacht wordt dat dit aantal zal stijgen tot 380 miljoen in 2025 of 6 % van de totale wereldbevolking. Voor Europa alleen zijn er 48 miljoen diabetici. Een op vijf Europeanen lijdt in de loop van zijn leven aan diabetes, waarvan 80% type 2 diabetes mellitus (T2DM). De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) noemt diabetes vaak samen met obesitas "de ziekte van de 21 ste eeuw" vandaar de nieuwe terminologie: diabetes (diabetes en obesity) en globeesity (globe en obesity).

Gigantische kosten

De kosten om diabetes en de complicaties te behandelen zouden voor de maatschappij evenveel bedragen als deze om alle kankerpatiënten te behandelen.

Hoop

In 1995 publiceerde de Amerikaanse chirurg W.Pories een artikel: "Wie had dit gedacht? Een operatie is de meest effectieve behandeling van patiënten met diabetes mellitus type 2." Langzaam aan dringt deze gedachte door tot de rest van de medische wereld.

Historiek

De uitgebreide en jarenlange ervaring bij mensen met ziekelijke zwaarlijvigheid (morbide obesitas) heeft aangetoond dat er naast de gewichtsdaling na obesitas chirurgie ook een aanzienlijke verbetering en zelfs een genezing van bijkomende ziekten wordt bekomen met belangrijke daling van de mortaliteit (min 24 %) en toename van de levenskwaliteit (QoL)

Welke ziekten en orgaansystemen worden gunstig beïnvloed ?

1. op fysisch en mechanisch vlak: AHT, OSAS, arthrose, cerebraal oedeem, respiratoire en cardiovasculaire aandoeningen
2. op hormonaal vlak: infertiliteit, polycystisch ovarium
3. immuniteit-weerstand gebied: infectiegevoeligheid, maligniteiten
4. depressiviteit-gemoedsgesteldheid
5. metabool : energieconsumptie, lipidenmetabolisme, diabetes en pre-diabetes

Welke ingrepen?

1. Reeds lang toegepaste ingrepen.

Vermindering van de inname (Restrictieve ingrepen)

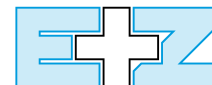
a. Maagband: aan de bovenzijde van de maag wordt een ring aangebracht die de maag in twee delen verdeelt met een nauwe doorgang , met mogelijkheid om de diameter van de doorgang te veranderen door injectie van fysiologisch water in een onderhuids reservoir.

b. Gastric sleeve (verticale maagsectie): bovenste en middenste deel van maagreservoir worden verwijderd, vaak is er ook nog hier een bijkomend effect van verminderde honger en trek door daling van de Ghrelinespiegel.

Vermindering van opname van voedingsstoffen (Malabsorptieve ingrepen)

c. Gastric bypass (gemengd restrictief – malabsorptief):

- vorming van een kleine maag met beperking van de voedselinname
- het voedsel komt rechtstreeks in de darm, waarvan een deel, wisselend volgens type en lengte van de bypass, geen voedsel meer opneemt



d. Duodenale switch

- hierbij wordt een groot deel van de dundarm “overbrugd of kortgesloten” en niet meer actief gebruikt, waardoor de voedselopname sterk beperkt wordt

2.Nieuwe ingrepen voor diabetes, deels toegepast, deels in studie

e. Duodenojejunale Bypass: het eerste (proximale) deel van de dundarm wordt gebypassed en treedt niet meer in contact met voedsel. Met het darmcondoom (Endobarrier®), een plastiek zak die endoscopisch ontrolt wordt in het proximale deel van de dunne darm wordt getracht hetzelfde effect te bekomen .

f. Ileale transpositie: een deel van de laatste (distale) dundarm wordt “getransponeerd” of verplaatst naar de eerste lissen (proximaal)

Resultaten op gewichtsdeling en diabetescontrole

Procedure	%EWL	T2DM
Gastric banding	47%	48%
Gastroplastie	68%	68%
Gastric Bypass	62%	84%
BPD	70%	98%

EWL: Excess Weight Loss (procent verlies van overgewicht)
T2DM: Type 2 Diabetes Mellitus

Werkingsmechanisme

Een fascinerende ontdekking is het feit dat de darm niet alleen voedingsstoffen transporteert en opneemt maar ook een zeer groot en actief klierorgaan blijkt te zijn. De vele types hormonale stoffen die worden aangemaakt worden incretines genoemd. Bepaalde operaties beïnvloeden op actieve wijze de secretie van deze hormonen met als gevolg dat hierdoor diabetes en andere ziekten verbeteren of genezen. Door middel van een maagband en gastric sleeve genezen 48-73% van de type 2 diabetes patiënten en door middel van een bypass en een duodenal switch 83-98%. Merkwaardig is dat bij de twee laatste ingrepen er reeds een normalisatie van de bloedsuikerwaarde optreedt na enkele dagen of binnen een week, wat aantoonde dat het effect niet alleen afhangt van de gewichtsdeling. De theorie die dit effect verklaart is o.a. gebaseerd op het niet meer stimuleren door voedsel van de twaalfvingerige darm waardoor er meer incre-

tine GIP (Gastric inhibitory polypeptide) wordt gemaakt. Ook is er een hogere aanvoer van minder verteerd voedsel ter hoogte van het laatste deel van de dundarm (ileum) met grotere productie van GLP-1 (Glucagon like peptide) (een tweede incretine). Deze beide stoffen doen de insulineproductie stijgen en de insulineresistentie verlagen waardoor diabetes verbetert en zelfs verdwijnt.

Welke behandeling ? Voor wie?

Een maagband is geïndiceerd voor de lichte vormen. De gastric sleeve is een goede optie voor de superobezen, of patiënten die geen vreemd voorwerp (band) wensen. De gastric bypass is voor de diabetes zonder veel comorbiditeiten. Terwijl de duodenale switch voor diegenen is die falen na sleeve en naast diabetes nog andere metabole stoornissen hebben. Factoren die invloed hebben op keuze van de ingreep zijn oa: BMI, de buikomtrek, de leeftijd, het cardiovasculair risico, slaapapnoe, persoonlijke keuze van de patiënt, vorige ingrepen, medicatiegebruik, stoelgangpatroon, follow-up mogelijkheid ... waardoor de keuze niet steeds evident is. Zoals voor de preventie van obesitas en diabetes, blijven een gezond eetpatroon, een aangepaste levensstijl en de nodige fysieke activiteit van cruciaal belang om een optimaal resultaat te bekomen na de ingreep. Het is aangetoond dat de beste resultaten worden bekomen door een team met een hoge ervaring zowel in de behandeling van obesitas als in de laparoscopie bij deze reeds verzwakte patientengroep.

Algemene Conclusie

Er zijn op dit moment zeer efficiënte ingrepen die diabetes echt kunnen genezen. Een vroegtijdige aanpak geeft de grootste kans op genezing. Evenwel is de selectie van elke T2DM patient als kandidaat voor chirurgie essentieel. Verdere studies dienen de optimale indicaties aan te tonen. De oprichting van een metabool heilkundig expertcentrum is de beste garantie voor hoogkwalitatieve resultaten.

Dr Toon Sonnevle en Dr Marc Focquet
Dienst Obesitaschirurgie/Laparoscopie
AZ Sint Elisabeth Zottegem voor afspraken tel. 09/3648928
Expertkliniek voor Obesitas en Laparoscopie
Maaltebruggestraat 288 9000 Gent voor afspraken tel.
09/3648928 , 09/2454306

U kan de volledige tekst nalezen op de website van het ziekenhuis: www.sezz.be



Aanpak van acute exacerbaties van COPD (AECOPD) in de ambulante praktijk.

Dr. E. Van Schoote

COPD wordt gedefinieerd als een luchtwegobstructie die niet volledig reversibel is na het toedienen van therapie; dit in tegenstelling tot astma. Bij de ernst-indeling van COPD in de stabiele fase heeft de FEV1-classificatie een centrale plaats. Hierbij wordt de GOLD classificatie gebruikt, die stabiele COPD indeelt in vier stadia van ernst.

- Stadium 0: chronische symptomen (hoest, sputum, dyspnoe) met normale spirometrie.
- Stadium 1: milde COPD: FEV1/FVC <70% en FEV1 >80% van de referentiewaarde
- Stadium 2: matige COPD: FEV1/FVC <70% en FEV1 tussen 50 en 80% met of zonder chronische symptomen.
- Stadium 3: ernstige COPD: FEV1/FVC <70% en FEV1 tussen 30 en 50% met of zonder chronische symptomen
- Stadium 4: zeer ernstige COPD: FEV1/FVC <70% en FEV1 <30% of FEV1 <50% met chronisch respiratoir falen.

De evolutie van matig en ernstig COPD wordt gekenmerkt door acute exacerbaties. Er bestaat geen uniforme definitie voor een acute exacerbatie van COPD. De meeste definities bevatten 1 of meer van de volgende symptomen: toename van dyspnoe, toename van hoeveelheid sputa of toename van de purulentie van sputa.

De frequentie van exacerbaties is zeer variabel tussen patiënten, maar is meestal gecorreleerd met de ernst en de duur van het onderliggend COPD en komen vaker voor bij een FEV1 < 50%. Patiënten met een hoge frequentie van exacerbaties hebben meer kans op het doormaken van nieuwe episodes van exacerbaties. Herhaalde exacerbaties hebben een belangrijke impact op de levenskwaliteit en is de belangrijkste reden tot hospitalisatie bij een COPD patiënt. In vergelijking met stabiele COPD gaat een acute exacerbatie gepaard met een toegenomen mortaliteit op korte termijn. Een slechte onderliggende longfunctie en cardiovasculaire comorbiditeit verhogen in belangrijke mate het risico van mortaliteit. Acute exacerbaties vereisen een adequate aanpak. Onderstaande uiteenzetting behandelt de aanpak van AECOPD in ambulante setting.

Diagnose van AECOPD

AECOPD is een klinische diagnose gebaseerd op symptomatologie en klinische tekenen.

Belangrijkste symptomen bestaan uit:

- Respiratoir: (toename) dyspnoe, hoest, sputumverandering (toename in volume en purulentie), piepende ademhaling, thoracale beklemming.
- Systemisch: koorts, algemene malaise, vermoeidheid, BLW infectie tekenen, insomnia, depressie.

Klinische tekenen omvatten:

- Tachypnoe, graad van dyspnoe (spreekt patiënt in zinnen, woorden?), gebruik van hulpademhalingspijpen

- Abnormale longauscultatie (ronchi, wheezing, crepities)
- Tekenen van respiratoir falen (cyanose, flapping tremor, confusie, perifeer oedeem).

RX thorax is nuttig bij twijfel over de mogelijke aanwezigheid van een pneumonie, cordecensatie of pneumothorax. Longfunctie testen correleren niet met de symptoomverandering. Spirometrie is dan ook niet nuttig op het moment van de exacerbatie. Het is wel belangrijk over deze gegevens te beschikken uit de stabiele fase.

Differentiaal diagnose

Een acute toename van de symptomen kan door uiteenlopende oorzaken worden veroorzaakt:

- Pneumonie
- Aritmie
- Congestief hartfalen
- Ribfracturen/ Thoraxtrauma
- Pneumothorax
- Bovenste luchtweg obstructie
- Pleurale effusie
- Gebruik van slaap- en kalmeermiddelen of van bèta blokkers
- Longembool
- Longkanker
- Hyperventilatie.

Thoracale pijn en koorts zijn eerder ongewone symptomen van een AECOPD. RX thorax is aangewezen bij twijfel.

Therapie bij ambulante patiënten.

1. Niet antibiotische behandeling

1.1 Inhalatietherapie:

- Nagaan of inhalatietechniek correct wordt toegepast en instructie.
- Bronchusverwijderaars:
 - 1.1.1. Starten van of vermeerderen van dosis en/of frequentie van snel/kortwerkende bèta 2 mimetica (salbutamol, feneterol, terbutaline)
 - 1.1.2. Gebruik van doseeraerosol met voorzetskamer
 - 1.1.3. Verneveling enkel bij patiënten die te dyspnoeïsch of tachypnoeïsch zijn voor gebruik van een doseeraerosol. Langdurige verneveling na een acute episode wordt niet aanbevolen.
 - 1.1.4. Associatie van een kortwerkend anticholinergicum (ipratropium) is aanbevolen zo de symptomen niet snel verbeteren. Combinatie van een snel/kortwerkend bèta 2 mimeticum en ipratropiumbromide is effectiever dan elke component afzonderlijk en veilig.

Tabel: Doseringsschema

Kortwerkende bèta2mimetica:

- * salbutamol 100 µg: 2 inhalaties (puff) 4 tot 6 maal per dag (indien acuut: eerste maal 2 tot 3 inhalaties) of
- * terbutaline 500 µg: 1 inhalatie 4 maal per dag.

OF

Kortwerkende anticholinergica:

- * ipratropiumbromide 20 µg: 2 tot 4 inhalaties 4 tot 6 maal per dag (indien acuut: eerste maal 4 inhalaties).

Eventueel vaste associatie van kortwerkende bèta-2mimetica en anticholinergica:

- * ipratropiumbromide 20 µg + salbutamol 120 µg: 2 inhalaties 4 tot 6 maal per dag (indien acuut: eerste maal 3 tot 4 inhalaties)

- * ipratropiumbromide 20 µg + feneterol 50 µg: 1 tot 2 inhalaties 4 tot 6 maal per dag (indien acuut: eerste maal 3 inhalaties).

1.2. Klinische herevaluatie na enkele uren.

1.3. Systemische corticoïden

- bij patiënten met ernstig onderliggend COPD: GOLD stadium III en IV (FEV1 <50%) of
- onvoldoende beterschap met bronchodilatator behandeling.
- Methylprednisolone 0.5 mg/kg/dag (30-40 mg per dag PO) gedurende 10 à 14 dagen. Hogere dosis of langere therapieduur resulteert niet in grotere efficaciteit en verhoogt de kans op bijwerkingen.
- Inhalatiecorticoïden kunnen als alternatief voor systemische corticoïden aangewend worden in behandeling van niet acidotische exacerbaties, echter zij zijn niet effectiever dan systemische corticoïden en zijn duurder.

1.4. Langwerkende bronchodilatator en theofylline hebben geen plaats in behandeling van een AECOPD in de ambulante praktijk.

1.5. Gezien het nut van mucolytica onduidelijk is, worden zij niet aanbevolen.

1.6. Zuurstofsuppletie (1 à 2 liter per minuut) bij hypoxemie. Deze patiënten dienen bij voorkeur te worden gehospitaliseerd.

2. Antibiotische behandeling

2.1. Indicatie voor empirische antibioticatherapie

Het is moeilijk om op klinische gronden een onderscheid te maken tussen een niet-infectieuze, een virale en een bacteriële oorzaak van een AECOPD. De beslissing om antibiotica te starten bij een AECOPD is gebaseerd op de ernst van de exacerbatie zelf en (in mindere mate) de ernst van het onderliggend COPD lijden. De kans dat antibiotica een gunstig effect hebben is groter wanneer minstens 2/3 (sputumpurulentie 1 van de 3 criteria, = matige exacerbatie) of 3/3 (=ernstige exacerbatie) van de volgende symptomen aanwezig zijn (criteria van Anthonissen):

- (toename van) dyspnoe
- (toename van) sputumvolume
- (toename van) sputumpurulentie

Patiënten met GOLD stadium II-IV, die een matige tot ernstige exacerbatie doormaken vertonen een groter risico op acute ademhalingsinsufficiëntie.

Antibiotica worden dan ook aanbevolen bij:

- Patiënten met GOLD stadium II-IV die een matige tot ernstige opstoot doormaken.
- Acute opstoten die leiden tot ernstige "respiratoire distress", ongeacht de ernst van het onderliggend COPD lijden.

Tabel: Aanbeveling voor antibioticatherapie bij AECOPD:

Anthonissen	GOLD I	GOLD II	GOLD III-IV
3/3	Nee	Ja	Ja
2/3 (incl. sputumpurulentie)	Nee	Ja	Ja
1/3	Nee	Nee	Ja
acuut respiratoir falen*	Ja	Ja	Ja

*p O2 < 60 mmHg en/of p CO2 > 50 mmHg bij kamerlucht

2.2. Empirische keuze van antibiotica

Empirische antibiotische therapie dient gericht te zijn tegen *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* (inclusief bèta lactamase producerende stammen) en *Moraxella catarrhalis*. Eerste keuze bestaat uit amoxicilline 1 g 3 maal per dag OF amoxicilline+clavulaanzuur 875/125 mg 3 maal per dag OF 2000/125 mg Retard 2 maal per dag. Een alternatief bij niet- IgE gemedieerde allergie aan penicilline is cefuroxim axetil 500 mg 3 maal per dag. De behandelingsduur bedraagt 5 tot 10 dagen (gemiddeld 8 dagen). Bij echte IgE gemedieerde allergie aan bèta lactam antibiotica is het alternatief moxifloxacin 400 mg 1 maal per dag.

Bij frequente opstoten (> 3 x / jaar) wordt telkens een antibioticum van een andere klasse aanbevolen (afwisselend amoxicilline+clavulaanzuur en moxifloxacin). Andere fluoroquinolones zoals levofloxacin, ofloxacin en ciprofloxacine worden in deze situatie niet aanbevolen, gelet op de onvoldoende activiteit tegen *S. pneumoniae*. Macroliden, azaliden, ketoliden en tetracyclines worden niet aanbevolen gelet op de hoge resistentie en/of onvoldoende bacteriële activiteit tegen *H. influenzae* en/of *S. pneumoniae*.

Wanneer hospitaliseren?

- Bij belangrijke comorbiditeit: pneumonie, congestief hartfalen, aritmie, coronair lijden, insuline dependente diabetes mellitus, nierfalen, leverfalen.
- Bij onvoldoende klinische respons enkele uren na ingestelde therapie: toename en/of persisterende dyspnoe in rust, tachypnoe, gebruik van hulpademhalingspijpen, tekenen van centrale cyanose of perifeer oedeem, hemodynamische instabiliteit, verandering in mentale status (verminderd bewustzijn, acute verwardheid,...).
- Onvoldoende zelfredzaamheid van patiënt.
- Onzekere diagnose.
- Ernstig onderliggend COPD (GOLD stadium III of IV), chronisch respiratoir falen (chronische zuurstoftherapie).
- Slechte algemene toestand.
- Voorgeschiedenis van frequente AECOPD en hospitalisatie (> 3 in afgelopen jaar).
- Chronisch corticoïd gebruik.

Besluit

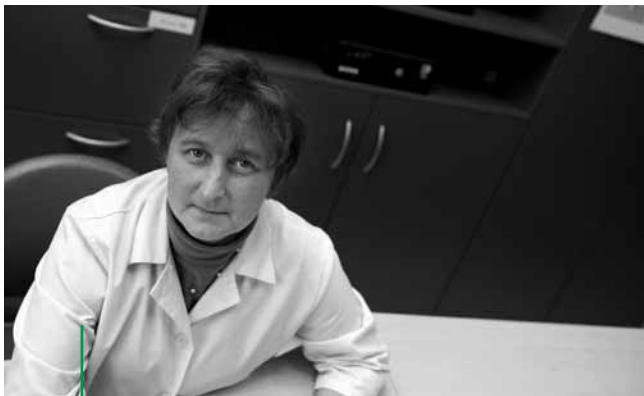
AECOPD komt frequent voor bij patiënten met COPD en heeft een belangrijke impact op de levenskwaliteit. AECOPD is een klinische diagnose gebaseerd op symptomen (hoest, dyspnoe en sputumpurulentie) en klinische tekenen. De meeste AECOPD worden veroorzaakt door luchtweginfectie, zowel viraal als bacterieel, of luchtverontreiniging. De niet-antibiotische supportieve therapie omvat inhalatie bronchodilatoren, systemische corticoïden en zuurstoftherapie. De beslissing om antibiotica te starten is gebaseerd op de ernst van de exacerbatie (Anthonissen criteria) en de ernst van het onderliggend COPD lijden. De empirische antibiotische therapie dient gericht te zijn tegen *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* (inclusief bèta lactamase producerende stammen) en *Moraxella catarrhalis*.



Contract voor diabetes

Patiënten met type 2-diabetes kunnen sinds september 2009 instappen in een zorgtraject. Een belangrijk voordeel voor de patiënt is dat deze geen remgeld meer moet betalen. In het zorgpad is een grote taak weggelegd voor de huisarts, die onder meer instaat voor de coördinatie.

Het zorgtraject voor diabetes is bedoeld voor diabetes type 2-patiënten op één of twee injecties insuline of incretine mimetica. Als een patiënt in het zorgtraject wenst te stappen, sluit hij een contract voor vier jaar af met zijn huisarts en een diabetoloog naar keuze. Dr. Sophie Deweer (dienst Endocrino-diabetologie): "Bij het afsluiten van dit contract verbindt de patiënt zich ertoe om minstens tweemaal per jaar bij de huisarts langs te gaan, om een globaal medisch dossier te hebben bij die huisarts en om minstens één keer per jaar op consultatie te gaan bij een diabetoloog. Belangrijk voordeel voor de patiënt is dat hij geen remgeld meer hoeft te betalen voor de consultaties, bij zowel de huisarts als de specialist. Bijkomend voordeel is dat hij recht heeft op een aantal strips per jaar en op een glucosemeter. Die kan enkel en alleen door de huisarts worden voorgeschreven. Daarnaast krijgt de patiënt de nodige informatie over diabetes van een diabetesverpleegkundige – eerstelijns of in het ziekenhuis – die de patiënt ook leert om correct met de glucosemeter om te gaan. De coördinatie van dit alles gebeurt door de huisarts."



dr. Sophie Deweer

Traject voor nierlijders

Het zorgtraject Chronische Nierinsufficiëntie zorgt voor een georganiseerde aanpak en opvolging van de patiënt met chronisch nierlijden. Die krijgt de consultaties integraal terugbetaald. De huisarts is coördinator van dienst.



dr. Anne-Marie Bogaert

Enkele maanden geleden ging het zorgtraject Chronische Nierinsufficiëntie van start. Om in te stappen, ondertekent de patiënt een contract voor vier jaar met de huisarts en de nefroloog.

Dr. Anne-Marie Bogaert: "Dankzij het zorgtraject worden patiënten met chronisch nierlijden nog beter opgevolgd. Bovendien krijgt de nierlijder een volledige terugbetaling van de raadplegingen bij de huisarts en de nefroloog. Daarnaast heeft hij ook recht op een forfaitaire vergoeding voor een gevalideerde bloeddrukmeter, op voorschrift van de huisarts. Ten slotte kan de patiënt minstens een halfuur op consultatie bij een diëtist, afhankelijk van het stadium van nierlijden waarin hij zich bevindt." De coördinator van het zorgtraject is de huisarts. "Naarmate de nierfunctie meer aangetast is, verschuift het zwaartepunt evenwel van de huisarts naar de nefroloog. Een voortdurend overleg met de eerste lijn blijft wel van cruciaal belang."

Wist u dat...

... **dr. Bart Loeys onlangs de InBev-Baillet Latour Prijs in de wacht sleepte?** Als consultant van het UZ Gent houdt pediater-geneticus Bart Loeys raadplegingen medische genetica in het AZ Sint-Elisabeth. Hij ontving deze prijs voor zijn wetenschappelijk en klinisch onderzoek rond erfelijke bindweefselaandoeningen. Hij ontdekte met zijn team een nieuw syndroom, het Loeys-Dietzsyndroom genoemd. Deze aandoening is o.a. gekenmerkt door een snelgroeiend aneurysma (verwijding) van de aorta, met vroegtijdig overlijden als gevolg. De ontdekkingen van de pediater-geneticus zijn niet alleen van grote wetenschap-

pelijke waarde, ze leiden ook naar nieuwe therapeutische toepassingen. Het onderzoeksteam toonde ook de centrale rol van de groeifactor TGFbeta in het ontstaan van aorta-aneurysma's. "Verschillende studies hebben aangetoond dat bepaalde medicatie, die het TGFbeta inhiberen, zorgen voor een afremming van de letsels en zelfs voor een remodelering van de aortawand", zegt dr. Bart Loeys. "De proefresultaten bij 18 patiënten waren alvast zeer positief. De bevindingen van een grootschalige studie bij meer dan 600 patiënten kunnen mogelijk leiden tot nieuwe behandelingen voor andere, meer courante ziekten."

Zorguitbreiding voor bejaarden



Roland De Bosscher en Ellen De Groot

Om voorzieningen voor huisvesting met diensten en nazorg te exploiteren, werd vzw De Bron opgericht. Het gezamenlijke bestuur van het ziekenhuis wil via deze vzw aan zorguitbreiding doen voor de bejaarde bevolking van Zottegem en omstreken.

Vanuit de sociale dienst krijgen we continu het signaal dat er een grote vraag is naar deze diensten, aldus Roland De Bosscher (coördinator vzw De Bron).

“Een marktonderzoek bij 65-plussers in de regio bevestigde dit. Aan de behoefte van serviceflats komen we sowieso tegemoet: eind 2011 moeten deze klaar zijn. Voor de bouw van een rustoord en dagverzorgingscentrum is het nog even wachten op de goedkeuring van de overheid. De vergunningen voor de uitbating van een woonzorgcentrum hebben we wel al op zak.”

De nieuwe gebouwen komen er in de grote groene zone achter het ziekenhuis. Daar is ruimte voor een zeshonderd woningen en voor de nodige gezondheidszorginfrastructuur. Roland De Bosscher: “Naast huisvesting kunnen mensen die zo lang mogelijk zelfstandig willen wonen ook een beroep doen op onze diensten en nazorg. Daarom richtte het bestuur de vzw DCO De Bron op, die erkend is als dienstencheque-onderneming voor huishoudhulp, boodschappen, strijken (thuis of in het strijkatelier), koken en vervoer van gehandicapten of bejaarden. Ook de toekomstige serviceflatbewoners kunnen van deze diensten gebruik maken. Om de grote vraag naar deze huishouddiensten verder te kunnen invullen zijn we steeds op zoek naar gemotiveerde medewerkers.”

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

Primeur voor Urologie

Op de dienst Urologie werd voor het eerst in België een volledige nier verwijderd via LESS-chirurgie, kort voor Laparo-Endoscopic Single-Site Surgery. De operatie was een succes.



dr. Patrick Schoonooghe

Tot nu toe wordt bij kijkoperaties in de buik – laparoscopie – gebruik gemaakt van verschillende gaatjes. Maar de technologische vooruitgang spaart ook de minimaal invasieve chirurgie niet. Dr. Patrick Schoonooghe (dienst Urologie): “Een nieuwe generatie instrumenten laat ons nu toe om via één enkel gaatje te opereren. Onlangs hebben we een volledige nier verwijderd via de nieuwe LESS-techniek. Dat was nog nooit eerder gebeurd in België.”

Voorlopig kan de techniek enkel toegepast worden in zeer specifieke gevallen. “Maar dat is nu eenmaal zo bij alle nieuwe ontwikkelingen. Het zal enkel mogelijk zijn om dergelijke geavanceerde ingrepen uit te voeren in centra die beschikken over een goed getraind team zoals we er hier een hebben opgebouwd”, aldus dr. Schoonooghe.

Wist u dat...

... de voorzitter van de Raad van Bestuur van het AZ Sint-Elisabeth, Peter Degadt, werd verkozen tot voorzitter van de Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid? Deze SAR WGG telt in totaal 28 leden en wil binnen deze drie domeinen beleidsvoorstellen formuleren en meeschrijven aan de beleidsvisie in Vlaanderen. De SAR wil zijn advies overigens niet beperken tot de bij decreet verplichte adviesvragen, maar wil ook op andere momenten gehoord worden. Zo treedt de Strategische Adviesraad ook op bij de beoordeling van de regelgeving en als inspiratiebron en agendasetter.



Da Vinci terugbetaald

Sinds oktober 2009 heeft het AZ Sint-Elisabeth een erkenning op zak voor prostaatoperaties met de Da Vinci robot. Sindsdien worden dergelijke operaties volledig terugbetaald door het RIZIV. Zo hoeft het ziekenhuis de patiënt geen extra kosten meer aan te rekenen.

De Da Vinci robot is een gesofisticeerd systeem waarmee de chirurg moeilijke ingrepen kan uitvoeren via een kijkoperatie. Dr. Patrick Schoonooghe (dienst Urologie): "De robot heeft vier robotarmen die van op een console door de chirurg worden bediend. De handelingen van de chirurg worden in real time door de robot uitgevoerd. De voordelen zijn legio: in tegenstelling tot de conventionele kijkoperaties beschikt de chirurg over een driedimensionaal beeld dat dan nog eens tienmaal vergroot is. Bovendien wordt het trillen van de hand uitgeschakeld zodat meer precieze handelingen kunnen worden uitgevoerd. Het superieure zicht, de grotere nauwkeurigheid en het ergonomisch comfort maken het mogelijk om zeer complexe ingrepen te verrichten via deze minimaal invasieve methode."



Robot team

Het AZ Sint-Elisabeth heeft de Da Vinci robot al ruim twee jaar in huis. De ingrepen gebeuren door een gespecialiseerd 'Robot team'. Hoewel de terugbetaling van het RIZIV enkel geldig is voor prostaatoperaties, wordt de robot ook ingezet voor andere ingrepen. Denk maar aan nieroperaties. De meest toegepaste ingreep met de Da Vinci robot is evenwel de radicale prostatectomie, ofwel de volledige verwijdering van de prostaat. "Een prostaatoperatie met de Da Vinci robot levert ook enkele specifieke voordelen op voor de patiënt. Zo heeft hij minder pijn en minder bloedverlies na de operatie en veel minder kans op erectiestoornissen en urineverlies. De patiënt kan ook sneller weer naar huis", aldus dr. Schoonooghe.



Strijd tegen griep

Eind oktober vond in het AZ Sint-Elisabeth een groot-schalige vaccinatie plaats tegen het A/H1N1-virus. Meer dan 90% van de ziekenhuismedewerkers werd ingeënt. Maar de verspreiding van het griepvirus wordt ook op andere manieren tegengegaan.

Om de strijd tegen de zogenaamde 'Mexicaanse' griep aan te gaan, houdt het ziekenhuis de (potentiële) grieppatiënten zo veel mogelijk gescheiden van de andere patiënten. Dr. Inge Vanslembrouck: "Dat begint al op de Spoedafdeling: wanneer (mogelijks) besmette patiënten zich aanmelden, worden die meteen geïsoleerd. Mochten er meer dan drie potentiële grieppatiënten per dag binnenkomen, dan openen we een extra ruimte in de garage van de Spoed. Maar tot nu toe was dat nog niet nodig."

Voorraad beschermbrillen

Grieppatiënten die in het ziekenhuis worden opgenomen, komen in een aparte afdeling terecht. Dr. Vanslembrouck: "Op de afdeling 1G houden we standaard enkele eenpersoonskamers vrij. Patiënten die zwaarder ziek zijn, kunnen op de hartbewaking terecht. Ten slotte hebben we ook op de pediatrie enkele eenpersoonskamers gereserveerd." Het A/H1N1-virus wordt doorgaans overgedragen via speekseldeeltjes. "Daarom is het belangrijk dat de ziekenhuismedewerkers een masker, handschoenen en een schort dragen wanneer ze in contact komen met een besmette patiënt", zegt dr. Vanslembrouck. "Daarnaast hebben we een grote voorraad aan beschermbrillen voorzien, want ook via het oogvocht kan het virus worden overgedragen."



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

hoofdredactie: H. De Vleeschouwer ■ **redactieraad:** R. De Bosscher ■ S. Dierickx ■ J. Gabriëls ■ M. Hanssens ■ A. Libbrecht ■ H. Libbrecht ■ M.C. Martens ■ A. Moens ■ C. Monté ■ D. Van Caillie ■ I. Van Der Sijpt ■ **fotografie:** Bart Cloet ■ **realisatie:** F-Twee Uitgeverij ■ www.f-twee.be ■ **verantwoordelijke uitgever:** Jan Gabriëls ■ Godveerdegemstraat 69 ■ 9620 Zottegem ■ Tel. 09 364 81 11 ■ Fax 09 364 89 00



Agenda

Leven als voorheen

Zelfhulpgroep voor vrouwen na borstoperatie

Het ziekenhuis organiseert info-namiddagen op de volgende data:

- za. 6 februari 2010
- za. 19 juni 2010
- za. 11 september 2010
- za. 6 november 2010

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

Plaats: AZ Sint-Elisabeth. 14.00 tot 16.00 uur.

Inkom is gratis en er is geen reservatie noodzakelijk.

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

Infobeurs voor aanstaande ouders 'Baby aan boord'

Gaat door op volgende data:

- za. 13 februari 2010
- za. 12 juni 2010
- za. 23 oktober 2010

Medische lessencycli

Aanvang 21u

di. 26 januari 2010	Triverius
di. 23 februari 2010	Medische staf
di. 23 maart 2010	Triverius (ethiek)
di. 27 april 2010	Triverius
di. 25 mei 2010	Triverius
di. 22 juni 2010	Medische staf
di. 28 september 2010	Triverius
di. 26 oktober 2010	Triverius
di. 23 november 2010	Triverius (ethiek)
di. 14 december 2010	Medische staf

Bloed geven

Telkens van 17.00 tot 20.00 uur

- woe. 20 januari 2010
- woe. 21 april 2010
- woe. 14 juli 2010
- woe. 13 oktober 2010

Nabijheid in moeilijke tijden

Naast de louter medische zorg wordt in het AZ Sint-Elisabeth ook de pastorale zorg als belangrijk beschouwd. Het pastoraal team organiseert niet alleen christelijk geïnspireerde activiteiten, de leden bieden ook een luisterend oor aan iedere patiënt die zijn verhaal kwijt wil.



het pastoraal team

Elke ziekenhuisopname neemt mensen uit hun gewone leefwereld weg. Door de confrontatie met de soms harde realiteit van een ziekte of ingreep staan patiënten en hun familie vaak stil bij het leven, de dood en een eventueel geloof in een leven erna. Door als pastor bij de patiënt troostend en bemoedigend aanwezig te zijn, kunnen deze hun vragen, onzekerheden en angsten vaak makkelijker verwoorden. Geloof kan dikwijls steun bieden in moeilijke tijden. Dat ondervinden pastoraal werkster Bernadette Stautemas en aalmoezenier Johan Van Den Haute dagelijks aan den lijve. Bernadette Stautemas: "We beschouwen het als een voorrecht dat we tijd kunnen vrijmaken om naar hun verhaal te luisteren dat hen nauw aan het hart ligt en meestal spontaan naar boven komt." Johan Van Den Haute: "Dat kan ik alleen maar bevestigen. Ik sta daarnaast tevens in voor de ziekenzalving, stervensbegeleiding en opvang van familie."

Bernadette Stautemas is naast haar functie als sociaal assistente en pastorale werkster ook voorzitter van het pastoraal team. "Dat team bestaat uit tien ziekenhuismedewerkers die naast hun job onder meer liturgische vieringen, gezamenlijke ziekenzalvingen en andere pastorale activiteiten organiseren", zegt Bernadette Stautemas. "Het team komt maandelijks samen om naast de praktische zaken ook aan persoonlijke verdieping en vorming te doen. Zij dragen de pastorale zorg immers ook uit tijdens de uitoefening van hun dagdagelijkse job." Johan Van Den Haute: "Daarnaast mogen we ook rekenen op tien vrijwilligers van buiten het ziekenhuis die op zondag de communie uitdelen op de kamers. Ook zij kunnen feedback krijgen bij hun ervaringen en ondersteunende vormingen volgen."

Alle ziekenhuismedewerkers kunnen hun steentje bijdragen in het pastoraal team. Interesse? Neem dan contact op met Bernadette Stautemas (09 364 83 24).