



Een grondige facelift

Het ziekenhuis staat in de steigers. Buiten werkt men verder aan het nieuwe dagziekenhuis en parkeergelegenheid, binnen worden verschillende diensten aangepakt. Voor de dienst Intensieve zorgen zit de herschikking er bijna op, daarna is het de beurt aan de dienst Hartbewaking.

De zorg voor kritieke patiënten moet aangepast worden, zo luidde een opmerking van de Zorginspectie in 2011. "Zowel op de dienst Intensieve zorgen als op de dienst Hartbewaking lagen kritieke patiënten met verschillende noden samen. Dat moest anders. Patiënten die nood hebben aan beademing en intensief medisch toezicht horen thuis op de dienst Intensieve zorgen, patiënten met verhoogd verpleegkundig toezicht op een medium care afdeling. Hiervoor moesten we een medium care afdeling creëren en meer plaats op de dienst Intensieve zorgen voorzien. Grondige verbouwingen waren dus aan de orde", vertelt Dr. Hilde De Nutte, directeur medisch beleid. "De dienst Intensieve zorgen krijgt er nu drie bedden bij, goed voor een totaal van 12 plaatsen. Hiervoor worden enkele studio's voor inslapende spoedartsen verbouwd tot extra patiëntenboxen." De dienst Intensieve zorgen zal klaar zijn voor het bouwverlof. In juli worden de patiënten overgebracht. Verpleegkundig directeur Ann Moens: "Daarna wordt de dienst Hart-

bewaking omgebouwd tot een medium care afdeling met plaats voor tien patiënten. Die afdeling zal vermoedelijk begin 2015 in gebruik genomen worden."

Zowel de dienst Hartbewaking als Intensieve zorgen krijgen nieuwe monitoring, dezelfde als in het operatiekwartier en het nieuwe dagziekenhuis. Ook de telemetrie, het draadloos communicatiesysteem waarmee het hartritme van een patiënt vanop een afstand in de gaten wordt gehouden, wordt volledig vernieuwd. "Alle systemen zullen compatibel zijn. Dat is gemakkelijker voor de ziekenhuismedewerkers en veiliger voor de patiënt. Wanneer een patiënt onder toezicht verhuist, hoeven de zorgverleners geen kabeltjes te verwisselen om hem van het ene toestel op het andere aan te sluiten. De monitoring wordt niet onderbroken, de artsen verliezen dus op geen enkel moment het zicht op belangrijke gegevens van de patiënt zoals hartslag en zuurstofsaturatie", aldus Dr. Hilde De Nutte.

- 02 **Afscheid**
Herman De Vleeschouwer
- 03 **Kwaliteit meten**
Zorgverlening onder de loep
- 04 **Nieuws uit de diensten**
Orthopedie op wieltes
- 05 **Medische bijlage**
Endocarditisprofylaxe
- 07 **Medische bijlage**
Essentiële hyperhidrosis
- 09 **Dienst in de kijker**
De poetsploeg
- 10 **Personalia**
Nieuwe artsen
- 11 **Noodplan**
Bommelding in het ziekenhuis
- 12 **Kortnieuws**



“Ook de overheid nam een kijkje”

Het AZ Sint-Elisabeth Zottegem draagt een goede dienstverlening hoog in het vaandel. En wij zijn niet de enige die dit ambiëren, ook de overheid zet het kwaliteitsdenken volop in de belangstelling. In de voorbije maanden kenden diverse initiatieven hun opstart (zie ook pagina 3). Over de grenzen van afdelingen en ziekenhuizen heen wordt inspiratie opgedaan om de werking te verbeteren. Het AZ Sint-Elisabeth Zottegem wil tegen 2017 het NIAZ-kwaliteitslabel behalen, en dat vergt heel wat inspanningen. Recent werden bijvoorbeeld interne audits door eigen medewerkers opgestart. Het ziekenhuis neemt ook deel aan het VIP²-project, kort voor het Vlaams Indicatorenproject. Met VIP² vergelijken Vlaamse ziekenhuizen hun werkprocessen en resultaten aan de hand van indicatoren om te zien wat er beter of anders kan. In dat kader komen er externe auditors langs. Eind vorig jaar kwam de overheid zelf op bezoek. Een team van artsen en verpleegkundigen van de Zorginspectie nam een kijkje op de chirurgische verpleegafdelingen, het operatiekwartier en het chirurgisch dagziekenhuis. Zij namen onder meer de patiëntveiligheid en de zorg voor het kind onder de loep. Dat leverde ons een positieve evaluatie op, de bevestiging dat we goed bezig zijn en de stimulans om op hetzelfde elan verder te werken. U merkt het: er wordt op alle fronten aan kwaliteit gewerkt, omdat we weten dat u en de patiënt dit uitermate appreciëren. We wensen u alvast een aangename zomerperiode toe!

Ludo Collin

Afscheid

Na twee decennia

Eind vorig jaar nam bestuurder Herman De Vleeschouwer afscheid van het AZ Sint-Elisabeth Zottegem. Na meer dan twee decennia waarin hij meehielp om het ziekenhuis uit te bouwen tot een degelijk regionaal ziekenhuis, zette hij een punt achter een goed gevulde professionele loopbaan.

Herman De Vleeschouwer is jurist van opleiding en bouwde al snel na zijn studie een advocatenpraktijk in Zottegem uit. In 1991 werd hij lid van de Raad van Bestuur van het AZ Sint Elisabeth. Na een intermezzo als interim-voorzitter in 2000 werd hij in 2003 aangesteld als afgevaardigd bestuurder, een functie die hij samen met dhr. Antoon Libbrecht uitoefende. Daarnaast werd hij in 2000 voorzitter van het kinderdagverblijf Piet Konijn en in 2004 voorzitter van De Hoop, het centrum voor personen met een niet-aangeboren hersenletsel. Heel Zottegem leerde hem ook kennen als een sociaal bewogen man, onder meer door zijn inzet voor het Rode Kruis.

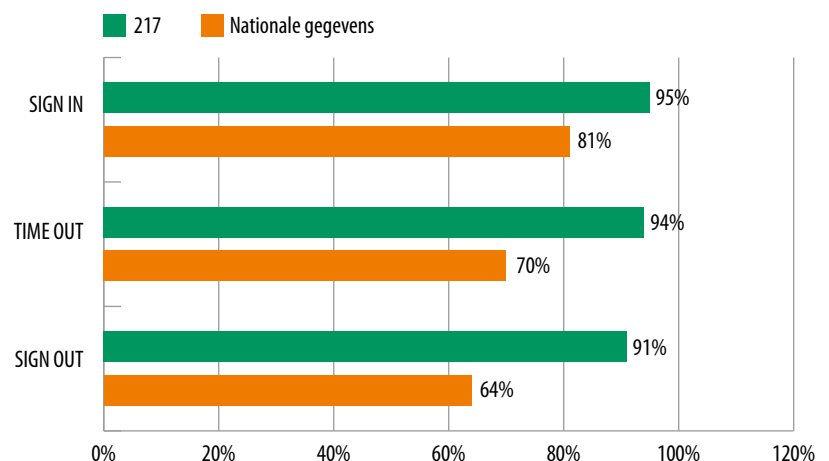
Gedurende 22 jaar zette hij zijn deskundigheid en ervaring in voor de uitbouw van het ziekenhuis. Herman De Vleeschouwer liet de pensioenleeftijd aan zich voorbij gaan. Pas toen hij 76 jaar werd, besloot hij om het wat kalmer aan te doen. Het voltallige team van AZ Sint-Elisabeth Zottegem dankt hem voor zijn jarenlange, tomeloze inzet.



Checklist voor OK

In het operatiekwartier worden bij elke heelkundige ingreep enkele kritieke punten systematisch gecontroleerd door de chirurg, de anesthesist en het verpleegkundig team.

Op de drie belangrijkste momenten van de ingreep wordt de pauzeknop ingedrukt: vóór de anesthesie (sign in), vóór de ingreep zelf (time out) en vooraleer de patiënt de operatiezaal verlaat (sign out). Door middel van een checklist worden dan een aantal punten overlopen: wat is de naam van de patiënt en welke ingreep dient hij te ondergaan? Is er een vergroot risico op bloeding? Werd de apparatuur gecontroleerd? Internationaal onderzoek heeft bewezen dat heelkundige ingrepen hierdoor veiliger verlopen en dat er minder complicaties optreden. In de tabel van een benchmark van Belgische ziekenhuizen kan je zien dat het AZ Sint-Elisabeth Zottegem hoge punten scoort bij het gebruik van deze lijsten.





Kwaliteit meten

Zorgverlening onder de loep

In een ziekenhuis moet alles op rolletjes lopen, en dat is voor het AZ Sint-Elisabeth Zottegem niet anders. Om een goede dienstverlening aan te bieden, wordt de werking regelmatig onder de loep genomen.

De zorgverlening van het AZ Sint-Elisabeth Zottegem wordt op tijd en stond geëvalueerd. Dat gebeurt door medewerkers van het ziekenhuis zelf en door de Zorginspectie van de Vlaamse overheid. Eind 2012 koos het ziekenhuis ervoor om een accreditatietraject te doorlopen met als doel tegen 2017 het kwaliteitslabel te behalen volgens het normenkader van het NIAZ (Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg). Op 27 februari vond er in het ziekenhuis een netwerkdag plaats, waar de Vlaamse ziekenhuizen die, in zo'n accreditatietraject zitten, hun ervaringen uitwisselen. Dr. Hilde De Nutte, directeur medisch beleid: "We hoorden hoe andere ziekenhuizen zich voorbereiden op de accreditatie. Bijzonder leerrijk was het concept van veiligheidsrondes, waarbij medewerkers van de ene afdeling op bezoek gaan bij een andere afdeling om zaken als handhygiëne en de volledigheid van patiëntendossiers te checken. Reeds deze zomer organiseren we dergelijke rondes ook in ons ziekenhuis."

VERGELIJKENDE STUDIE

Sinds begin dit jaar neemt het AZ Sint-Elisabeth Zottegem deel aan VIP². Dit staat voor Vlaams Indicatorenproject, dat een zicht wil krijgen op de werkprocessen en de resultaten

van de Vlaamse ziekenhuizen. Dat kan gaan over sterftecijfer na een hartinfarct tot het uitvoeren van keizersneden. Aan de hand van indicatoren, zoals bijvoorbeeld de verblijfsduur van een orthopedische patiënt, kan een ziekenhuis zichzelf vergelijken met andere ziekenhuizen. "In mei vonden in dit kader bij ons reeds een aantal externe audits plaats met betrekking tot handhygiëne en patiëntenidentificatie", vertelt Dr. Hilde De Nutte.

ZORGINSPECTIE

Een derde stukje van de kwaliteitspuzzel is de audit door de Zorginspectie van de Vlaamse overheid. In 2013 stond het traject van de chirurgische patiënt in de kijker. Op 5 november bracht het team van artsen en verpleegkundigen van de Zorginspectie een bezoek aan de chirurgische verpleegafdelingen, het operatiekwartier en het chirurgisch dagziekenhuis. Zij besteden extra aandacht aan de patiëntveiligheid, de hygiëne, de zorg voor het kind en de communicatie tussen zorgverstrekkers onderling en naar de patiënten. Dr. Hilde De Nutte: "We krijgen van het inspectieteam zeer goede punten over het verzorgingsniveau bij onze patiënten en de samenwerking tussen artsen en afdelingen."

SCHOONHEIDSFOUTJES

Dr. Samuel Suykens is als anesthesist en medisch diensthoofd operatiekwartier nauw betrokken bij het reilen en zeilen van het chirurgisch zorgtraject, en maakte de audit van de Zorginspectie van nabij mee. "Alles verliep heel gemoedelijk. Op vergaderingen en in werkgroepen evalueren we regelmatig onze eigen werking, dus we waren in zekere zin voorbereid op hun komst. Er waren enkele opmerkingen, maar dat is normaal omdat de richtlijnen, die opgenomen zijn in het eisenkader, steeds uitgebreider en strenger worden. Onze safe surgery checklist had bijvoorbeeld een paar schoonheidsfoutjes. Een ander belangrijk werkpunt is dat kinderen op de voorbereiding en de recovery meer privacy moeten hebben. Zoets kan je niet onmiddellijk aanpassen, maar het advies is opgenomen in de verbouwingsplannen die dit jaar nog op de agenda staan."

Op wieltjes

Een operatiekwartier in een truck? Het bestaat. Eind mei parkeerde de Mobile Skills Lab zich bij het AZ Sint-Elisabeth Zottegem. Dat is een soort hoogtechnologisch 'oefenlab' waar chirurgen naar hartenlust kunnen oefenen en experimenteren.

Op de parking van het AZ Sint-Elisabeth Zottegem stond eind mei een truck geparkeerd. Groot, zwart en met geblindeerde ramen, het deed iets of wat denken aan een FBI-commandocentrum uit een Hollywoodproductie. In werkelijkheid was het een mobiel operatiekwartier, beter gekend als de Mobile Skills Lab. Arthrex, een firma gespecialiseerd in medische instrumentarium voor orthopedie, bouwde een vrachtwagen om tot 'oefenlab'.

"Hier kan je operaties oefenen zonder consequenties voor een patiënt"

Aan drie oefenplekken op een lange werktafel konden de orthopedisch chirurgen van het ziekenhuis ononderbroken technieken en instrumenten uitproberen. Dr. Ducoulombier, diensthoofd orthopedie AZ Sint-Elisabeth Zottegem: "In een echt operatiekwartier werk

je heel specifiek, naargelang de aandoening van de patiënt. In deze setting kan je verschillende operaties oefenen zonder consequenties voor een patiënt."

NIET VOOR GEVOELIGE KIJKERS

In de Mobile Skills Lab is alles voor handen, ook de nieuwste snufjes. De chirurgen oefenen operaties op sawbones (kunstbot), modellen van knieën en schouders en anatomische preparaten.

TIJD EN GELD

Tijd is kostbaar voor orthopedisch chirurgen. Daarin ligt nog een groot voordeel van de Mobile Skills Lab. Er kan uitgebreid geoefend worden zonder tijdrovende verplaatsingen. Dit operatiekwartier op wielen komt immers naar de ziekenhuizen toe. Dankzij een batterij camera's kunnen de chirurgen beeldmateriaal opnemen om later te bestuderen of daarmee assistenten op leiden.



OEFENEN BAART KUNST

In de Mobile Skills Lab verfijnen orthopedisch chirurgen hun techniek in realistische omstandigheden. Ze kunnen instrumenten vergelijken, oefenen en perfect onder de knie krijgen. Zonder consequenties voor de patiënt. "Ik wilde de plaatsing van een botsparende schouderprothese beter in de vingers krijgen, waarmee we minder bot bij de patiënten weghalen", aldus Dr. Ducoulombier. "Deze nieuwe technieken zijn ook steeds minder invasief en dat is, op termijn, een belangrijke meerwaarde voor de patiënten."



DR. F. VANSTECHELMAN
AZ SINT-ELISABETH ZOTTEGEM

Richtlijnen voor endocarditisprofylaxe

Infectieuze endocarditis betekent endocardaantasting door micro-organismen. Vanuit de bloedbaan gaan micro-organismen zich verspreiden en deze zetten zich vast op het endocard met ontstaan van vegetaties, locale destructie en systemische complicaties. Met de bedoeling infectieuze endocarditis te voorkomen bestaan er richtlijnen gebaseerd op klinische en wetenschappelijke gegevens. Recent is gebleken dat procedures minder belangrijk zijn in het ontstaan van bacteriëmie met mogelijke infectieuze endocarditis als gevolg. Het grotendeel van de endocarditiden wordt veroorzaakt door bacteriëmie die ontstaat in dagdagelijkse activiteiten. Daardoor is de impact van antibioticaprofylaxe in het vermijden van perprocedurele bacteriëmie beperkter dan voorheen gedacht, zodat de bijwerkingen van antibiotische endocarditisprofylaxe de voordelen ervan mogelijks overtreffen. Dit heeft aanleiding gegeven tot de herziening en de toenemende restrictie in de profylaxe met voorbehoud tot hoogrisicoprocedures in een hoogrisicopopulatie.

EPIDEMIOLOGIE

Infectieuze endocarditis is een zeer ernstige aandoening met belangrijke complicaties en met een zeer hoge mortaliteit en morbiditeit. Dit maakt de preventie ervan uiteraard des te belangrijk. Vroeger zagen we een jongere populatie met endocarditis; als gevolg van de afnemende incidentie van reumatisch kleplijden zien we nu vooral een oudere populatie. Vaak zijn het mensen met een zwakkere algemene conditie als gevolg van comorbiditeiten en vaak ook gerelateerd aan ziekenhuisopnames en toenemende invasieve procedures. Ook de aanwezigheid van intracardiale devices zoals pacemakers en inwendige defibrillatoren, als klepchirurgie spelen daarin een belangrijke rol.

De incidentie van infectieuze endocarditis is gelukkig beperkt tot 5 à 7 gevallen per 100.000 persoonsjaren. Endocarditis wordt ingedeeld naar plaats van voorkomen en al dan niet aanwezigheid van vreemd intracardiaal materiaal. Zo maakt men het onderscheid tussen linkszijdige native klependocarditis, linkszijdige kleprothese-endocarditis, rechtszijdige endocarditis en device-gerelateerde endocarditis. Bij linkszijdige endocarditis gaat het om de aantasting van mitraal- en/of aortaklep. De rechtszijdige endocarditis is minder frequent met tricuspid- en/of pulmonaalklepaantasting of pacemakerleadendocarditis.

De grootste groep micro-organismen die endocarditis veroorzaken

komen uit de mond (orale streptococcon en staphylococcon), met daarnaast nog een heel aandeel andere micro-organismen maar in beperktere mate.

Infectieuze endocarditis presenteert zich op vele wijzen en de diagnose stellen is niet eenvoudig. Het belangrijkste kenmerk is hoge koorts en een inflammatoir bloedbeeld gecombineerd met de typische klepaantastingen. Verder maakt men onderscheid tussen cardiale en niet-cardiale aantasting. Cardiale aantasting kan leiden tot klepdysfunctie, hartsdecompensatie en geleidingsstoornissen. Buiten het hart zien we vooral septische embolisaties (cva, milt- en nierinfarcten) en uitgebreide infectieuze beelden met zelfs shock en multi-organafalen.

PREVENTIE

Naar preventie van endocarditis vormen hygiënische maatregelen de hoeksteen boven antibioticaprofylaxe. Traditioneel wordt ervan uitgegaan dat endocarditis ontstaat naar aanleiding van een transiente bacteriëmie waarbij bacteriën zich vastzetten op het endocard en daar een infectieuze en inflammatoire reactie veroorzaken die leidt tot beschadiging van de kleppen en tot de gekende vegetaties. Bepaalde bacteriën beschikken over specifieke mechanismen om deze aanhechting te bevorderen en al beschadigde kleppen of vreemd materiaal is daarin bevorderend.

Recente inzichten leren dat infectieuze endocarditis veel waarschijnlijker ontstaat als gevolg van herhaalde willekeurige dagelijkse bacteriëmie eerder dan door tandheelkundige of andere procedures. Profylaxe voorkomt dus slechts een gering aantal endocarditiden. Zodoende is het behoud van een optimale mondgezondheid belangrijker in het verminderen van transiënte bacteriëmie dan antibioticaprofylaxe.

Desondanks ontbreken grote studies, doch een aantal vaststellingen ondersteunen de restrictievere profylaxe. Zo is de grootte-orde van bacteriëmie tijdens tandheelkundige ingrepen gelijkaardig aan tanden poetsen of flossen, en dus is de cumulatieve bacteriëmie van dagelijkse activiteiten vele malen hoger dan tijdens een procedure. Bovendien zal goede tandhygiëne transiënte bacteriëmie duidelijk verminderen tijdens kauwen of tanden poetsen.

Verder zijn er geen goede studies die het belang van antibioticaprofylaxe ondersteunen. Bovendien zijn aan antibioticaprofylaxe beperkte risico's verbonden naar allergische reactie en naar het ontstaan van antibioticaresistentie.

Zodus blijkt dat het ontstaan van endocarditis beperkt proceduregerelateerd is en dat het nut van profylaxe wegsmelt voor het belang van een goede mondhygiëne.

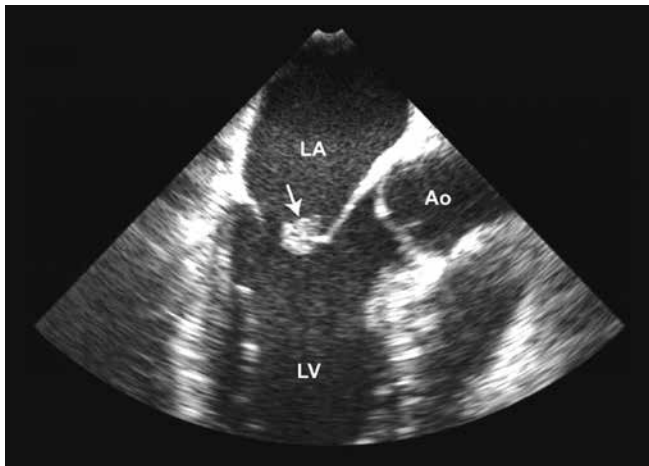


Fig. 1. Het pijltje toont een vegetatie ter hoogte van de mitralisklep

PROFYLAXESHEMA'S

Gezien het vooropgestelde geringere nut van perprocedurele antibioticaprofylaxe in het verhinderen van infectieuze endocarditis werden de richtlijnen ervoor duidelijk restrictiever en beperkt tot hoogrisicogroepen tijdens hoogrisicoprocedures voor bacteriëmie. De profylaxe wordt dus enkel nog aangeraden bij in tabel 1 vermelde groepen die een algemeen hoger risico hebben voor endocarditis en waar endocarditis een veel infaustere prognose heeft.

Met de vermelding van cyanogeen hartlijden in tabel 1 bedoelt men aangeboren defecten met verbindingen tussen rechter en linker hart, exclusief het patent foramen ovale.

Tabel 1. Patiënten met een verhoogd risico op infectieuze endocarditis of met hoog risico op een infauste prognose bij infectieuze endocarditis

Kunstkleppen, zowel biologische als mechanische en na klepherstel met gebruik van vreemd materiaal (bv. klepring)
Voorafgaande infectieuze endocarditis
Niet gecorrigeerd of onvolledig gecorrigeerd congenitaal cyanogeen hartlijden of tot 6 maand na de corrigerende ingreep. Levenslang bij klepherstel of klepvervangning in congenitaal hartlijden
Harttransplanten met ontstaan van klepaantasting

De hoogrisico-ingrepen zijn dentale ingrepen met manipulatie van het tandvlees en de peri-apicale regio of perforatie van de orale mucosa. Andere risicovolle ingrepen of procedures bestaan in de manipulatie van geïnfecteerd weefsel (als dan nog geen antibiotische behandeling ingesteld is) of perforatie van mucosa in de gastro-intestinale, respiratoire of genito-urinaire tractus.

Bij orale ingrepen wordt 2 gram amoxicilline per os of intraveneus voorgesteld 30 tot 60 minuten voor de procedure (of 50 mg per kilogram bij kinderen); bij penicilline-allergie wordt 600 mg clindamycine gegeven (of 20 mg per kilogram bij kinderen). Bij niet-orale ingrepen kan voor hetzelfde schema worden gekozen, of als alternatief geldt flucloxacilline in de pulmonale regio, ampicilline of vancomycine in gastro-intestinale en genito-urinaire regio. De schema's zijn gebaseerd op de voornaamste bacteriën in deze zones.

CONCLUSIE

Infectieuze endocarditis is een zeldzame maar zeer ernstige aandoening. Om deze aandoening te voorkomen werd vroeger vaker gekozen voor antibiotische endocarditisprofylaxe. Echter de klinische en wetenschappelijke gegevens daaromtrent zijn beperkt en recentere gegevens wijzen erop dat diagnostische en therapeutische procedures minder belangrijk zijn in het ontstaan van bacteriëmie dan dagdagelijkse activiteiten.

De impact van antibioticaprofylaxe op het vermijden van bacteriëmie en het voorkomen van endocarditis is dus beperkt en de bijwerkingen van algemene profylaxe overtreffen de voordelen ervan. De consensus is om enkel patiënten met een verhoogd risico op infectieuze endocarditis of een hoog risico op een infauste prognose bij endocarditis te aanzien als kandidaten voor endocarditisprofylaxe.

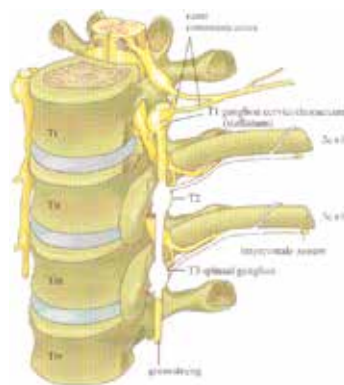
Hoogdorsale selectieve thoracoscopische sympathicolyse voor de behandeling van essentiële hyperhidrosis palmaris of axillaris

Primaire of essentiële hyperhidrosis (EH) is een autonome neuropathie, gekenmerkt door abnormaal transpireren. De oorzaak ligt in overactiviteit van ganglia van de orthosympathicus zenuw ten gevolge van een niet-thermische stimulus. Mogelijks bestaat er een genetische component gezien 50% van de patiënten een familiale anamnese voor hyperhidrosis vermeldt. EH komt voor bij 1% van de populatie met verhoudingsgewijs iets meer vrouwen. De klachten starten meestal voor de leeftijd van 20 jaar, al vermelden veel patiënten al “levenslang” last met een significant negatieve impact op de kwaliteit van leven.

EH moet wel onderscheiden worden van secundaire hyperhidrosis veroorzaakt door onder andere infecties, maligniteiten, medicatie, endocrinologische of neurologische aandoeningen. Hierbij moet de onderliggende pathologie behandeld worden. Hyperhidrose kan ook veralgemeend voorkomen, maar dit vereist een andere aanpak. Deze topic gaat over lokaal transpireren waarbij voornamelijk de handpalmen, oksels en/of voetzolen aangetast zijn.

Het overmatig zweeten kan objectief gekwantificeerd worden door de Minor's starch iodine test. Deze “tool” wordt echter weinig gebruikt. De diagnose wordt voornamelijk gesteld door anamnese en op klinische basis. Aandachtspunten zijn onder andere tijdstip van ontstaan en evolutie in de tijd, het bilateraal karakter en de lokatie. Bij twijfel kan een bijkomende bloedafname of eventueel beeldvorming verricht worden.

Wanneer de diagnose van gelokaliseerde essentiële hyperhidrose



Figuur 1. Orthosympathicus keten

wordt gesteld, bestaat de eerste keuze behandeling uit lokale applicatie van antiperspirants op basis van aluminium (met een percentage van 10 tot 20%). Injecties met botulinum toxine zijn een alternatief, voornamelijk voor axillair zweeten en jammer genoeg met een tijdelijk karakter.

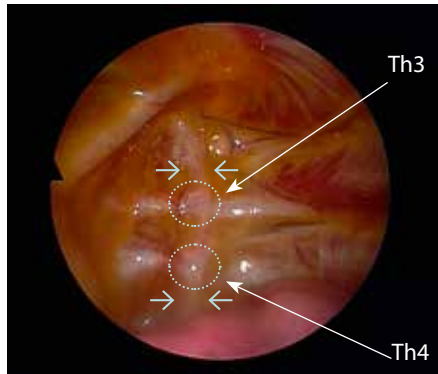
De enige permanente doeltreffende behandeling voor hand- en/of okselzweeten is een sympatische denervatie van de zweetklieren. Via thoracoscopische weg zijn technieken beschreven met electrocoagulatie (sympathicolyse), “clipping”, resectie

en radiofrequentie ablatie. De doeltreffendheid ligt hoger dan 90% en is onafhankelijk van de techniek. Voor transpireren ter hoogte van de voetzolen is een lumbale sympathectomie in theorie ook mogelijk, dit wordt echter maar zelden uitgevoerd.

De procedure gebeurt onder algemene narcose met “single lumen” intubatie, een bilaterale interventie duurt ongeveer 30 minuten. De patiënt wordt in ruglig gepositioneerd met de armen in 90° abductie



Figuur 2. Hemithorax links met partiële pneumothorax



Figuur 3. Orthosympathicus zenuw (tussen de pijltjes) en ganglion Th3 en Th4 (stippelijijn)



Figuur 4. Sympathicolyse met coagulatiede probe ganglion Th3 en Th4



Figuur 5. Ganglion na coagulatie

waarbij er rechts ter hoogte van de voorste axillaire lijn 2 incisies van ongeveer 1 cm worden gemaakt. Na aanleggen van een pneumothorax worden 2 trocars van 7 mm geplaatst. Daarna wordt overgeschakeld op "high frequency jet ventilation" in plaats van conventionele mechanische ventilatie. Dit maakt het mogelijk om door insufflatie van omgevingslucht de pneumothorax te onderhouden waardoor de dorsaal gelegen sympaticusketen gemakkelijk kan gevisualiseerd worden (figuur 2 en 3). Door middel van coagulatie wordt eerst de pariëtale pleura geopend (figuur 4), daarna wordt ook het ganglion weggebrand (figuur 5). Het betreft hier dus een sympathicolyse van het ganglion op rib 3 bij palmair zweten en ganglion Th4 bij axillaire hyperhidrosis. Na coagulatie wordt de aanwezige lucht geaspireerd terwijl de anaesthesist opnieuw overschakelt op normale ventilatie (met hoge drukken). Twee hechtingen worden geplaatst, er wordt

geen thoraxdrain achtergelaten. Daarna wordt de procedure op dezelfde manier aan de linkerkant verricht. Postoperatief ervaart de patiënt pleurale pijn gedurende 7 tot 10 dagen, de eerste 2 dagen kan dit sterk uitgesproken zijn.

Op vlak van succes en bijwerkingen zijn al meerdere studies en reviews verschenen. Ernstige complicaties zijn zeer uitzonderlijk, pneumothorax wordt beschreven in 0,4 tot 2,3% van de gevallen. Op lange termijn is storend compensatoir zweten de meest invaliderende bijwerking, vermeldt door 1 tot 8% van de patiënten.

In onze eigen retrospectieve studie bij patiënten van het UZ Brussel (Vanderhelst E, De Keukeleire T. et al. Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques, 2011) wordt 5 jaar na behandeling een significante verbetering van de klachten gezien bij 94% van de patiënten met palmaire hyperhidrosis en 91% bij die met okselzweten. Bij palmaire EH wordt 76% compensatoir zweten gemeld, waarvan 3% storend, bij axillaire EH respectievelijk 53% en 0%. Conversie naar thoracotomie was nooit noodzakelijk. Sinds 2012 wordt de ingreep ook aangeboden in het SEZZ. Onder tussen ondergingen 22 patiënten (10 mannen / 12 vrouwen) een sympathicolyse, 12 voor handzweten, 6 voor okselzweten en 4 voor de combinatie. Bij slechts 1 patiënt is het effect eerder matig, wat de tevredenheid op 95,5% brengt. Geen majeure complicaties werden gezien. Uitgesproken compensatoir zweten werd eveneens niet gerapporteerd, al is daarvoor de opvolging mogelijks nog niet lang genoeg.

CONCLUSIE

De enige permanente doeltreffende behandeling voor palmaire en axillaire essentiële hyperhidrosis is een thoracoscopische sympathicolyse. De klachten moeten vanzelfsprekend ernstig genoeg zijn en patiënt moet bereid zijn om hiervoor een (minimaal invasieve) heelkundige procedure te ondergaan.

De poetsploeg

Allesbehalve voorspelbaar

Wist je dat het ganse AZ Sint-Elisabeth Zottegem elke dag wordt geпоетst? Dat is 38.868 m² aan kamers, operatiezalen, burelen en wachtplaatsen. Wie doet dat? Het schoonmaakteam.



De dienst Schoonmaak telt zo'n 75 mensen, onverdeeld in drie ploegen. Van 6 uur 's morgens tot 22 uur 's avonds nemen zij zowat elke centimeter van het AZ Sint-Elisabeth Zottegem onder handen. Elke ploeg kan voor advies terecht bij een voorwerkster, die de coördinatie op de werkvloer verzorgt.

Schoonmaak in een ziekenhuis is allesbehalve voorspelbaar. "Dokters en patiënten komen en gaan, een ongelukje is gauw gebeurd en ook de verbouwingen zorgen voor extra poetswerk", vertelt diensthoofd Michèle Vanden Meersschant, die samen met haar adjunct Lieselot Jonnaert het team coacht en over de kwaliteit waakt.

KENNIS EN KUNDE

In een ziekenhuis is hygiëne extreem belangrijk. Er gelden dan ook strikte poetsregels. Michèle

Vanden Meersschant: "We gebruiken aparte microvezeldoeken en vlakmoppen voor elke kamer. Voor het sanitair gebruiken we een rode doek, voor het interieur een blauwe. De poetsdienst is ook cruciaal in het legionellabeleid: de leidingen van elke douche in het ziekenhuis wordt wekelijks gespoeld met water warmer dan 60 graden, om zeker de bacteriën te doden. De toiletten aan de inkomhal checken we tot vier keer per dag omdat die intensief gebruikt worden. Bij een infectie van een kamer worden, afhankelijk van de bacterie, de vloer en het interieur met een speciaal ontsmettingsmiddel geпоетst.

Michèle Vanden Meersschant: "Een ziekenhuis proper houden, is iets anders dan je eigen kamer kuisen. We nemen de verantwoordelijkheid om elke kamer of operatiezaal volgens de normen van de Hoge Gezondheidsraad te poetsen."

Nu op wandelafstand

Opleiding Verpleegkunde

Het AZ Sint-Elisabeth Zottegem en het IVV Sint-Vincentius slaan de handen in elkaar. Het komende schooljaar bieden ze een drie jaar durende opleiding gegradueerde in de Verpleegkunde aan, in Zottegem.

De vraag naar goed opgeleide verpleegkundigen is groot, ook vanuit het AZ Sint-Elisabeth Zottegem. Dat komt door de vergrijzing van de bevolking en de continue groei van het ziekenhuis. "Bovendien naderen veel van onze verpleegkundigen stilaan de pensioenleeftijd en dat levert extra vacatures op", vertelt Ann Moens, verpleegkundig directeur van het AZ Sint-Elisabeth Zottegem. "Maar wie in Zottegem wil studeren, moet zich soms tot 20 kilometer verplaatsen om een gepaste school te vinden. Veel jongeren kiezen daardoor niet voor de zorgsector. We klopten aan bij het IVV Sint-Vincentius en zij gingen in op onze vraag om dichterbij een nieuwe campus in te richten. We hopen de jongeren op deze manier te motiveren om toch de stap naar de zorgsector te zetten."

TOEKOMSTPERSPECTIEVEN

Ver moet je inderdaad niet gaan, want de nieuwe campus bevindt zich op wandelafstand van het AZ Sint-Elisabeth Zottegem. "We huren hiervoor het voormalige kantoorgebouw van de Bond Moyson in De Colfmaeckerstraat dat al jarenlang leegstaat. Het ziekenhuis stelt ook het personeelsrestaurant, de parking en lesmateriaal zoals bedden ter beschikking. Het IVV Sint-Vincentius zorgt voor de inhoudelijke invulling en het rekruteren van de leerkrachten."

Ook voor stages en werkopportunities is deze samenwerking een schot in de roos. Ann Moens: "Tijdens de opleiding worden lesmomenten afgewisseld met stages. Daarvoor kunnen de studenten uiteraard bij ons of in één van de vele zorginstellingen in de re-



gio terecht. Bovendien wordt in de nabije toekomst een rust- en verzorgingstehuis voor 94 bewoners en meerdere assistentiewoningen gebouwd binnen de Ruimtelijk Uitvoeringsplan De Lelie. Dat opent nog meer perspectieven voor de toekomst."

De opleiding start in september.

Inschrijven kan via www.ivv-gent.be, 0476 78 08 04 of campus.zottegem@ivv-gent.be

Nieuwe artsen

DR. TOM VERCRUYSSSE

Pediatrie

Dr. Tom Vercruysse ging op 5 mei als kinderarts aan de slag in het AZ Sint-Elisabeth Zottegem. Het ziekenhuis investeert ten volle in de dienst Pediatrie en daar is hij blij mee. "Ik heb mij tijdens mijn opleiding tot kinderarts en ook nadien, in nauwe samenwerking met het UZ Gent, toegelegd op de diagnose van hartafwijkingen bij zuigelingen en kinderen met behulp van echocardiografie. De bedoeling is om op de dienst Neonatologie, in samenwerking met mijn collega's kinderartsen, een aantal technieken op punt te stellen. Meer bepaald gaat het om een niet-invasieve beademingstechniek bij pasgeborenen, in het medisch jargon nasale CPAP genaamd, en een perifeer ingebrachte centrale catheter die herhaald prikken bij zuigelingen kan vermijden en zo meer comfort geeft bij de neonat en zijn kersverse ouders."

Een project dat Dr. Vercruysse na aan het hart ligt, is het Koala-project – kort voor Kind en Ouder Advies voor Langdurige huilende baby's. Dat biedt een multidisciplinaire begeleiding bij huilgedrag bij zuigelingen. Dr. Vercruysse: "Dit project heb ik samen met de bezielster, Prof. De Clercq van de dienst Kinderpsychologie van UGent, op poten gezet en we zouden dit graag ook hier verder zetten. Er is veel nood aan een gestructureerde aanpak bij huilbaby's. Correcte informatie aan de ouders kan onnodige ongerustheid en onzekerheid de kop indrukken. Dr. Google heeft het niet altijd bij het rechte eind."



DR. BERNARD DE GRAEVE

Reumatologie

Dr. Bernard De Graeve is 66 maar denkt niet aan stoppen. Op 3 april startte hij in het AZ Sint-Elisabeth Zottegem als parttime reumatoloog. Daarnaast werkt hij nog als revalidatiearts voor het Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) in Vlaams-Brabant. Hij studeerde geneeskunde aan de Universiteit Gent. "Ik mocht niet kiezen wat ik wilde studeren, het was dokter worden of gaan werken. Ik heb er nooit spijt van gehad en doe het werk nog met veel plezier", vertelt hij. Dr. De Graeve vindt het belangrijk dat patiënten geen uren in de wachtkamer moeten zitten, en dat ze correct worden doorverwezen. "Mijn vrouw en ik hebben hier zelf als patiënt gelegen en dat verliep allemaal heel vlot. De artsen werken onderling heel goed samen en er is veel bereidwilligheid." De rustige en vriendelijke sfeer van het ziekenhuis is voor Dr. Bernard De Graeve de kers op de taart. "Het onthaal is ronduit charmant."

Wegwijs in het AZ

Naar aanleiding van de opgefriste huisstijl en de diverse lopende en komende werken heeft de directie besloten om een volledig nieuwe bewegwijzering in het ziekenhuis te voorzien. Na een uitgebreide studieronde en vergelijking van diverse concepten, is er gekozen voor een routesysteem. In deze opzet krijgen alle poliklinieken, consultaties en afdelingen, kortom alle eindbestemmingen die een patiënt of bezoeker op eigen kracht moet kunnen bereiken, een eigen routenummer. De nieuwe bewegwijzering wordt deze zomer geïnstalleerd.

De bezoeker kan zijn bestemming bereiken door het juiste routenummer te volgen. Het routesysteem houdt ook rekening met interne doorverwijzingen. Doorverwijzing is zodanig opgezet, dat op elk beslissingspunt de richting is aangegeven naar elk routenummer dat zich in het ziekenhuis bevindt.

Routes 112 - 120



Routes 121 - 122



Kamers 1 - 45



Uitgang na 22u





Op 12 maart 2014 kreeg het AZ Sint-Elisabeth Zottegem een bommelding. Het ziekenhuis, de gemeente, de brandweer en de politie sloegen de handen in elkaar. Hoe dat allemaal in zijn werk gaat, staat beschreven in de noodplannen van het ziekenhuis. Die hebben nu hun nut bewezen...

Bommelding in het ziekenhuis

Op 12 maart kreeg een arts van het AZ Sint-Elisabeth Zottegem het griezelige bericht dat er zich een bom in het ziekenhuis bevond. Wat doe je in zo'n situatie? Supersnel handelen, volgens het noodplan, zegt Geert Van Iseghem, hoofdverpleegkundige van de spoedafdeling: "De commandocel van het ziekenhuis met onder meer de directeur, de hoofdgeneesheer, de hoofdverpleegkundige van de spoedafdeling en het hoofd van de technische dienst wordt verwittigd. In dit geval waren de politie en de brandweer eerst ter plaatse en werd het medisch interventie plan afgekondigd door de 112-centrale. Niet volledig volgens ons ziekenhuisplan, maar dat is typisch voor noodsituaties. De praktijk loopt altijd een beetje anders dan de theorie. Met het opstarten van het medisch interventieplan wordt de hulp van andere diensten ingeschakeld. Een provinciale directeur medische hulpverlening en een adjunct directeur medische hulpverlening ondersteunden de coördinatie, en het Rode Kruis kwam snel ter plaatse met 27 personen, drie ziekenwagens en twee snelle interventieteams. Even later is ook het extern alarmeringsplan van het ziekenhuis afgekondigd, waarbij extra personeel en artsen worden opgeroepen voor een eventuele evacuatie. Zowel de brandweer als medewerkers van de verschillende diensten hebben het ganze ziekenhuis doorzocht. Er is niets gevonden en het vooralarm werd afgeblazen."

"De praktijk loopt altijd een beetje anders dan de theorie"

EEN GOEDE OEFENING

Ook op gemeentelijk niveau wordt meegewerkt. Stany Dierickx, hoofdgeneesheer: "Voorzichtigheidshalve werd beslist om ook op gemeentelijk niveau een vooralarm af te kondigen, met een gemeentelijke crisiscel (GCC) als resultaat. Daar bogen de leidinggevenden van de brandweer, politie, logistiek en communicatie zich over de verdere aanpak." Gelukkig is het niet tot een evacuatie van het ziekenhuis gekomen en moest er verder geen actie op gemeentelijk of provinciaal niveau ondernomen worden. (zie kader) Achteraf kan een dergelijk vals alarm nog bekeken worden als een zeer realistische oefening, waar het ziekenhuis lessen kan uit trekken. Dhr. Van Iseghem: "We sturen de noodplannen geregeld bij via het

rampencomité dat twee keer per jaar samenkomt. We oefenen ook rampscenario's met de brandweer en de politie, waardoor we elkaar kennen en goed samenwerken." Maar er is altijd ruimte voor verbetering. "De lessen uit dit vals alarm? Onze telefooncentrale kon de talrijke oproepen van ongeruste mensen niet aan, en het was niet meteen duidelijk wie de communicatie op zich zou nemen. Dat wordt nu allemaal bijgestuurd", aldus Dr. Dierickx.

NOODNUMMER

Gelukkig was er geen bom, kon het vooralarm afgeblazen worden en bleef iedereen ongedeerd. Maar wat als er wel extra hulpverlening nodig is? "Dan bellen we naar de 112", vertelt Dhr. Van Iseghem. "Daar ligt een noodplan klaar. Zij contacteren de lokale brandweer en de politie, die alle beschikbare ploegen van de politiezone Zottegem-Herzele-Sint-Lievens-Houtem optrommelen. Als er manschappen te kort zijn, kondigt de politie een eigen noodplanning af. Via de provincie worden dan extra mensen uit de omgeving ingeschakeld."



Noteer alvast in uw agenda...

MEDISCHE LESSENCYCLI

Aanvang 21u

- 23/09/2014 : Triverius
- 21/10/2014 : Triverius
- 25/11/2014 : Triverius
- 16/12/2014 : Medische Staf

INFOBEURS 'BABY AAN BOORD'

- 18 oktober 2014

COLOFON

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

Hoofdredactie: F. Verbeke

Redactieraad: 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



AZ SINT-ELISABETH ZOTTEGEM

Darmonderzoek

Op 10 mei werd een grote opblaasbare darm in het centrum van Zottegem opgesteld om darmkanker onder de algemene aandacht te brengen. Dr. Van Lierde en Dr. Van Overberghe waren, samen met hun collega's gastro-enterologen en huisartsen, ter plaatse om mensen te informeren. Op 8 mei vond in het AZ Sint-Elisabeth Zottegem een discussie met huisartsen plaats, en ook de overheid draagt haar steentje bij. "Alle mensen tussen de 56 en 74 jaar krijgen een faecaal occult bloed test, kortweg FOBT-test in de bus om een staaltje te nemen en op te sturen naar het Centrum voor Kankeropsporing waar ze kijken of er bloed in de stoelgang zit", vertelt Dr. Van Lierde. "Wie niet tot die leeftijdscategorie behoort, maar zich toch wil laten testen, kan bij de huisarts of op de dienst Gastro-enterologie terecht."

Great ExSPECTations



Medio februari werd de nieuwe SPECT-CT op de dienst nucleaire geneeskunde van het AZ Sint-Elisabeth Zottegem in gebruik genomen. Naar aanleiding daarvan vond op dinsdag 29 april een symposium plaats, waar een zestigtal huisartsen en specialisten meer te weten kwamen over de technische en klinische toepassingen van het nieuwe toestel. Daarna kregen ze een rondleiding op de dienst Nucleaire geneeskunde en een eerste officiële blik op de SPECT-CT in kwestie. De beelden van dit toestel zijn van een heel hoge kwaliteit. Er kan onmiddellijk een meer accurate diagnose gesteld worden, waardoor minder patiënten moeten terugkomen voor bijkomende onderzoeken.

Het laatste nieuws

Het AZ Sint-Elisabeth Zottegem sloot zich aan bij CoZo, kort voor het Collaboratief Zorgplatform. Het is een samenwerking van ziekenhuizen en huisartsenorganisaties over meerdere provincies heen, die een vlotte uitwisseling van patiëntgegevens beoogt. Die informatie zit versnipperd op meerdere plaatsen, maar via het elektronisch netwerk kan elke zorgverlener ze opvragen. Uiteraard is daarvoor de expliciete toestemming van de patiënt vereist en kunnen artsen alleen de dossiers raadplegen van de patiënten die ze behandelen. Nu het ziekenhuis op het netwerk is aangesloten, kunnen al haar zorgverleners op een snelle en veilige manier die gegevens inkijken.