



## Centraal medisch dossier

Het AZ Sint-Elisabeth verzamelt van elke patiënt alle medische gegevens, in een centraal medisch dossier. Alle artsen van het ziekenhuis kunnen dit dossier – onder bepaalde voorwaarden – op elke pc in het ziekenhuis raadplegen.



**Dr. Carlos Monté en dr. Hendrik Vermeulen**

**Dr. Hendrik Vermeulen** coördineerde de ontwikkeling van de software voor het centraal medisch dossier. "Telkens wanneer een arts een verslag naar een andere arts verzendt, wordt er automatisch een kopie naar een centrale computer verstuurd. Daar zet een programma dit document om in een webpagina, die in een databank wordt opgeslagen en die dan weer te raadplegen is via een intranetwebsite. Deze is via een internetbrowser te bereiken van op elke pc, die op het ziekenhuisnetwerk is aangesloten. De pc's moeten dus enkel over een internetverbinding beschikken, ze hoeven niet performant te zijn, er moet geen extra software geïnstalleerd worden en elke dienst kan met zijn eigen dossiersysteem verder blijven werken. Het systeem is zeer eenvoudig in gebruik, werkt snel en eist praktisch geen organisatorische ingrepen. Dit houdt de drempel laag voor de artsen om het systeem te gebruiken", aldus dr. Vermeulen.

De intranetsite is sinds 1 januari 2005 actief en bevat de medische patiëntenrapporten van het jaar 2000 tot vandaag. Dr. Vermeulen: "Binnenkort stellen we ook online beelden ter beschikking. Het ziekenhuis schakelt over van een RIS- naar een PACS-systeem voor het bewaren en opvragen van dergelijk beeldmateriaal. De beeld databanken van de diensten Anesthesie, Radiologie en Isotopendiagnose zullen we als eerste koppelen aan de dossiers. In de toekomst volgen onder meer echografiebeelden en electrocardiogrammen."

### Beveiliging patiëntengegevens

Voor de privacy van de patiënt is een waterdichte beveiliging van het centraal medisch dossier een must. Elke dokter beschikt over een unieke inlognaam en een paswoord, dat om de veertien dagen wijzigt.

*vervolg op pagina 7*

## Afscheid van een pionier

Waarde Zuster Angela,



Droefheid en dankbaarheid zijn de gevoelens die wij, leden van de Raad van Bestuur, hebben bij uw overlijden.

Droefheid om uw heengaan, U die sinds 1938 – jaar van de stichting van het Sint-Elisabethziekenhuis – en tot enkele dagen geleden onafscheidelijk verbonden was met de kliniek, uw kliniek.

Dankbaarheid voor wat U presteerde. Het valt immers niet te ontkennen dat de uitstraling die het Sint-Elisabethziekenhuis vandaag kent, hoofdzakelijk aan U te danken is.

In uiterst moeilijke omstandigheden en met uiterst beperkte middelen legde U de fundamenten voor een, bij aanvang, kleine verzorgingsinstelling met amper 15 bedden. Uw inzet beperkte zich echter niet tot het leggen van de fundamenten, U bleef verder werken en dit met een tomeloze inzet, overtuiging, geloof en vastberadenheid die U eigen waren.

Uw dubbele zorg, enerzijds het allerbeste beogen voor de zieke medemens en anderzijds de leefbaarheid van het ziekenhuis behouden, was uw leidmotief. De Raad van Bestuur zal alles in het werk stellen om zo goed mogelijk uw inzet en doelstellingen verder te zetten.

Het Algemeen Ziekenhuis Sint-Elisabeth verliest haar pionier. Duizenden zaken zullen ons in de toekomst nog aan U doen denken, U zal in ons aller geest verder leven.

Uw opdracht is volbracht, de Heer heeft U geroepen, wij nemen hier afscheid van U, wij zullen U missen Zuster Angela. Vaarwel.

Namens de Raad van Bestuur

## Patiëntentunnel

**De laatste fase van het masterplan komt in zicht: er staan twee nieuwe labo's in de steigers en er komt een verbindingstunnel voor patiënten tussen beddenhuis en polikliniek. Lees meer op pagina 7.**

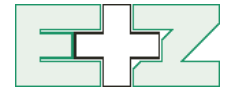
## Verder in dit nummer

- Blijven bewegen** 2
- Nieuwe Sp-dienst** 2
- Nieuwe stroke unit en hartbewaking** 3
- GPS in de hersenen** 3
- Nieuwe BEAM** 3
- Virtueel dikdarmonderzoek** 4
- Thermotherapie tegen snurken** 4
- Opstart brachytherapie** 5
- Nieuw gezicht** 5
- MOC gaat elektronisch** 6
- Wist u dat ...** 6
- En tenslotte: de tunnel** 7
- Bezoek uit Gent** 7
- Thermotherapie (vervolg)** 8

Toelating gesloten  
verpakking B/43



**Herman  
De Vleeschouwer**  
Afgvaardigd bestuurder



## Ziekenhuis in beweging: nieuwe Sp-dienst

Het AZ Sint-Elisabeth start medio 2006 met een Sp-dienst voor locomotorische aandoeningen. Patiënten die na een letsel of ingreep nood hebben aan extra locomotorische behandeling worden er opgevangen door een multidisciplinair team.

Vlaams Minister Inge Vervotte, bevoegd voor Volksgezondheid, gaf op 6 april 2005 haar akkoord voor de oprichting van een Sp-dienst met 30 bedden in het ziekenhuis.

**Jan Gabriëls** (algemeen directeur): "Deze Sp-dienst voor locomotorische aandoeningen zal patiënten opvangen die na een letsel of een ingreep nood hebben aan een actieve, verlengde opvang in een ziekenhuismilieu. Ze krijgen er een gespecialiseerde medische behandeling, verpleegkundige zorg, revalidatie en reactivering. Alle vormen van locomotorische revalidatie komen aan bod: herstel na prothesechirurgie aan rug, heup, knie of schouder, verminderde motoriek na een ongeval, trombose of hersenbloeding en degeneratieve neurologische aandoeningen zoals multiple sclerose en amyotrofe lateraalsclerose." Een multidisciplinair team zal instaan voor de revalidatie van de patiënten. Naast de verpleegkundige en de verzorgende taken zullen vooral ergotherapie en kinesitherapie essentiële onderdelen zijn van het zorgpakket.

Jan Gabriëls: "Gezien de talrijke voorbereidingen mag de opstart van de Sp-dienst verwacht worden tegen medio 2006. Niet alleen moet een nieuwe afdeling worden ingericht die, conform de officiële normen, optimaal aansluit bij de noden van deze patiënten. Deze nieuwe afdeling vraagt ook de samenstelling van een volledige verzorgingsequipe, onder leiding van een bijkomende revalidatiearts. Ter ondersteuning van de Sp-dienst zal bovendien het bestaande revalidatiecentrum heringericht en uitgebreid worden." Zowel naar organisatie als naar inrichting breken drukke tijden aan maar deze inspanning resulteert zeker in een belangrijke bijkomende dienstverlening voor onze regio.

*In de volgende nieuwsbrieven krijgt u meer gedetailleerde informatie over de organisatie en de werking van deze nieuwe dienst.*

## Blijven bewegen

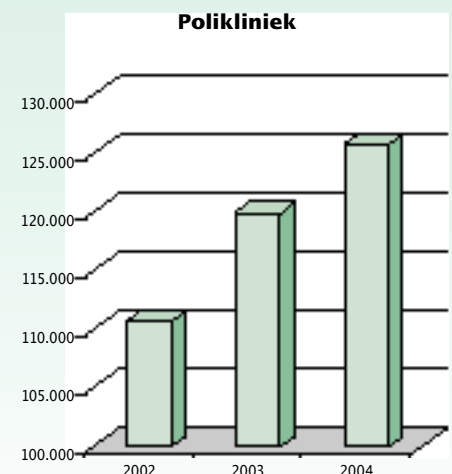
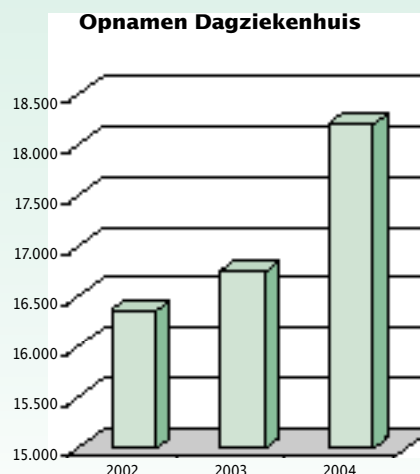
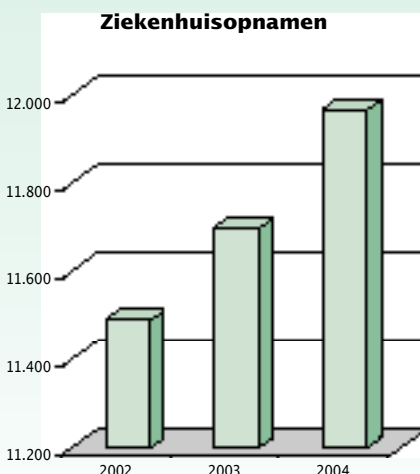
Cijfers: als ziekenhuis kunnen we er niet omheen. Net als andere sectoren moet ook een zorginstelling haar middelen efficiënt inzetten en regelmatig een zelfevaluatie aandurven. Is de patiënt tevreden? Werpen onze investeringen vruchten af?

Uit de groeicijfers van het afgelopen jaar kunnen we alvast afleiden dat zowel patiënten als huisartsen vertrouwen hebben in ons ziekenhuis. Zo steeg het aantal opnames in 2004 met 2,3%. Ook naar de raadplegingen vinden patiënten steeds beter hun weg: dit aantal ging met 4,8% omhoog.

Maar het meest opvallende resultaat zien we net als vorig jaar bij het dagziekenhuis: maar liefst 8,7% opnames meer! Daarmee liggen onze resultaten in de lijn van de wensen van de overheid: meer daghospitalisatie en een kortere ligduur.

Uiteraard willen we deze groeicurve graag aanhouden. Bij het doorbladeren van deze nieuwsbrief zal u kunnen vaststellen dat we als ziekenhuis continu en op vele fronten tegelijk in beweging blijven. Nieuwe therapieën in de bestrijding van prostaatkanker, de preventieve screening van dikdarmkanker en ... de aanpak van snurken, zijn maar enkele voorbeelden. Het meest zichtbare symbool van deze dynamiek vormen natuurlijk de bouwwerken. Het masterplan gaat haar laatste fase in met de aanleg van een patiëntentunnel tussen het beddenhuis en de polikliniek.

Voor de komende jaren blijven we op hetzelfde elan verder werken: een uitgebreider zorgaanbod, de aanschaf van geavanceerde apparatuur en de vernieuwing van verschillende afdelingen. Met de opening van een gespecialiseerde Sp-dienst Locomotorische revalidatie in 2006 zullen we een belangrijke bijkomende dienstverlening binnen de regio aanbieden. Tenslotte zal de invoering van het elektronisch medisch dossier en het nieuwe computerprogramma voor het Medisch Oncologisch Consult onze administratie nog vlotter laten verlopen. We nemen de raad die we onze patiënten meegeven dus zelf ook ter harte: een beetje beweging houdt ons fit.





## Stroke unit en hartbewaking in het nieuw



**Dr. Carlos Monté, hoofdverpleegkundige  
Herlinde De Pauw en hoofd  
Technische Dienst Dirk Fonck**

De stroke unit heeft een verjongingskuur gekregen met het bezoek van stukadoors en schilders. Waar vroeger gordijnen de ruimte in compartimenten verdeelde, zijn nu drie aparte, fris gekleurde kamers. Hoofdverpleegkundige **Herlinde De Pauw**: “Met de nieuwe inrichting wilden we onze patiënten meer privacy en comfort bieden. Elke kamer heeft eigen sanitair en patiënten die zich wat beter voelen, kunnen vanuit hun bed naar de televisie kijken.” De stroke unit is verder uitgerust met een portable monitor die op elke kamer kan ingezet worden.

### Aan de monitor

Ook de hartbewaking werd in het nieuw gestoken. De meest in het oog springende verandering zit hem in de

ophanging van de monitoring. Adjunct-hoofdverpleegkundige **Chris Dernacourt**: “De grote balk aan het hoofdeinde van het bed hebben we vervangen door een installatie die los staat van het bed. Ze bevat twee verplaatsbare pendels, één voor de infusen en één voor de monitoring. Het aantal infuuspompen werd vernieuwd en uitgebreid.”

De zes kamers van de hartbewaking kregen allemaal een nieuwe aankleding en nieuw meubilair, zoals een comfortabele relaxzetel, en extra zuurstof- en vacuümaansluitingen. En de bezoekers? “Die kunnen nu terecht in een veel ruimere wachtkamer. Ze moeten zich wel eerst aanmelden voor ze de hartbewaking betreden: voor de privacy van de patiënten kwam er een slot op de deur van de afdeling”, aldus Chris Dernacourt.



**Dr. Stany Dierickx, adjunct-hoofdverpleeg-  
kundige Chris Dernacourt, dr. Stefaan  
De Maeseneire en dr. Dirk Bladt**

## GPS in de hersenen

Onlangs kocht het AZ Sint-Elisabeth een neuronavigatiesysteem aan van het type Treon. De neuronavigatie is voor de neurochirurg een essentieel hulpmiddel bij hersen- en rugoperaties en valt het beste te vergelijken met een geavanceerd Global Positioning System (GPS).

**Dr. Luc De Waele** (neurochirurg): “Het systeem bepaalt tot op de millimeter de locatie van bepaalde tumoren of letsels in de hersenen. Het helpt ons om op voorhand te bepalen wat het optimale traject is om het letsel te bereiken. Daarnaast kunnen we de operatie simuleren door via verschillende invalshoeken de tumor te bekijken.” Ook kunnen rugoperaties waarbij prothesen worden ingeplant, met behulp van neuronavigatie nog exacter verlopen. **Dr. Giovanni Alessi** (neurochirurg): “Zo kunnen we tijdens een operatie voortdurend driedimensioneel de wervelzuil bekijken en de implantaten – schroeven en prothesen – tot op de millimeter juist plaatsen.”

Dit technologische hoogstandje biedt met andere woorden mooie toekomstperspectieven voor de neurochirurgie in het AZ Sint-Elisabeth te Zottegem.

## Nieuwe BEAM

De dienst Neurologie-Psychiatrie kocht recent een nieuwe BEAM of Brain Electrical Activity Mapping-toestel aan voor het uitvoeren van klinisch neurofysiologisch onderzoek. De BEAM meet bij een patiënt de elektrische activiteit die spontaan in de hersenen aanwezig is, maar ook de activiteit die via bijzondere stimulatietechnieken opgewekt wordt, met of zonder actieve inbreng van de persoon in kwestie. Gespecialiseerde computerprogramma's analyseren de gemeten hersenactiviteit en vergelijken ze met een database van normaalwaarden per leeftijdscategorie. De dienst Neurologie-Psychiatrie werkt al sinds 1988 met een BEAM, maar beschikt nu dankzij het nieuw aangekochte toestel over de meest recente mogelijkheden.

## Virtueel dikdarmonderzoek

De radiologen van het AZ Sint-Elisabeth zijn gestart met een nieuwe screeningsmethode voor de vroegtijdige opsporing van darmkanker. De virtuele coloscopie zal op termijn de klas-



**Dr. Fernand Grignard en dr. Marleen Hanssens**

sieke coloscopie aanvullen bij de opsporing van poliepen op de colonwanden.

Colorectaal carcinoom is wereldwijd de derde meest voorkomende vorm van kanker en is in het westen zelfs doodsoorzaak nummer drie. Deze kanker wordt meestal pas in een gevorderd stadium ontdekt terwijl hij relatief eenvoudig te voorkomen valt.

**Dr. Fernand Grignard** (radioloog): “De tumoren ontwikkelen zich in ongeveer 90% van de gevallen uit bestaande goedaardige poliepen, die we via screening kunnen opsporen en tijdig verwijderen. Bij mensen met een verhoogd risico gebeurde die screening tot nu toe via de conventionele coloscopie – het inbrengen van een endoscoop in de darm – maar die methode willen we aanvullen met een minder invasieve variant. Een virtuele coloscopie vraagt een minder ingrijpende voorbereiding en de patiënt ondervindt nauwelijks last tijdens het onderzoek dankzij de anale toediening van CO<sub>2</sub> in plaats van lucht. Dit verlaagt hopelijk de drempel voor screening.” Nadat de CO<sub>2</sub> in de darm werd gebracht, maakt een multi-slice-CT beelden van de darmwand. Het onderzoek neemt slechts een 20-tal minuten in beslag en de patiënt kan nadien onmiddellijk terug naar huis of naar het werk.

### Geen concurrentie

De virtuele coloscopie concurreert echter niet met de conventionele methode: beide technieken zullen in het ziekenhuis toegepast worden en vullen elkaar aan. De radiologen en de gastro-enterologen werken dan ook samen rond dit project.

**Dr. Marleen Hanssens** (gastro-enterologe): “Een belangrijk voordeel van de klassieke coloscopie is dat we tijdens het onderzoek meteen poliepen kunnen verwijderen,

## Thermotherapie tegen snurken

Wie zijn of haar partner elke nacht wakker houdt met oorverdovend gesnurk heeft nu geen excuus meer. Naast de klassieke operatieve ingreep biedt de dienst Neus-, Keel-, en Oorziekten ook een minimaal invasieve techniek aan, gebaseerd op thermotherapie.

De dienst Neus-, Keel-, en Oorziekten krijgt steeds vaker snurkers over de vloer. Een groot deel daarvan wordt door de longartsen doorverwezen na een slaaponderzoek.

**Dr. Yves Callier** (dienst NKO): “Er zijn nu niet meer snurkers dan vroeger maar het thema komt wel steeds vaker aan bod in de media. Daardoor zetten mensen sneller de stap om er iets aan te laten doen. Voor patiënten die storend luid snurken zonder ademhalingsstilstand of met slechts sporadische slaapapneus, kunnen wij een therapeutische rol spelen.” Bij dit soort snurken kan correctieve heelkunde een optie zijn.

**Dr. Rose-Anne Desterbeck** (dienst NKO): “Tijdens het slapen treedt algemene spierrelaxatie op,

ook ter hoogte van de keel. Ter hoogte van het weke verhemelte kunnen dus trillingen ontstaan die een karakteristiek snurkgeluid teweegbrengen. Aan de tongbasis kan dit luchtwegvernauwing veroorzaken met eveneens snurkgeluiden tot gevolg. Ook neusverstopping kan een aanleiding zijn tot luidruchtige ademhaling.” Er zijn



*vervolg op pagina 8*

wat bij de virtuele variant niet mogelijk is.” Aan de virtuele coloscopie is nog een ander nadeel verbonden: het gebruik van ioniserende straling, hoewel het om een lage dosis gaat. Dr. Hanssens: “Een van onze streefdoelen is om patiënten met een positieve virtuele coloscopie nog dezelfde dag op te vangen voor een therapeutische coloscopie, zonder dat een tweede darmvoorbereiding noodzakelijk is.”

*Bij het verschijnen van de volgende nieuwsbrief heeft de virtuele coloscopie een vaste stek veroverd in het ziekenhuis en leest u meer over de toepassingsmogelijkheden van deze methode.*





## Opstart brachytherapie: putting progress into practice

Prostaatkankerpatiënten kunnen vanaf deze zomer ook in het AZ Sint-Elisabeth terecht voor brachytherapie. Bij deze patiënt-vriendelijke techniek wordt de tumor bestraald door radioactieve zaadjes die in de prostaat worden ingeplant.



**Dr. Marc Stragier en  
dr. Patrick Schoonooghe**

Prostaatkanker is de meest voorkomende vorm van kanker bij mannen ouder dan zestig jaar. Bij patiënten die nog een levensverwachting van minstens tien jaar hebben, biedt de operatieve verwijdering van de tumor nog steeds de beste overlevingskansen. Maar voor mannen die niet kunnen of willen geopereerd worden, is uit- of inwendige radiotherapie de meest curatieve optie. **Dr. Marc Stragier** (uroloog): "Bij de klassieke radiotherapie krijgt de patiënt gedurende zes tot zeven weken elke werkdag van buiten het lichaam een hoeveelheid stralen toegediend. Bij brachytherapie bestralen we echter de tumor van binnenuit. De uroloog meet eerst echografisch het volume van de prostaat en geeft aan waar de tumor zich bevindt. De fysicus voert dan deze gegevens in een computerprogramma in, dat berekent hoeveel zaadjes waar en met welke lading moeten geplaatst worden voor een optimaal effect met zo weinig mogelijk bijwerkingen. De radiotherapeut ten slotte plaatst de juiste lading in een holle naald, die dertig tot vijftig maal wordt ingebracht, afhankelijk van de grootte van de prostaat en de oppervlakte van het letsel." De radioactieve zaadjes blijven een drietal maanden actief en doden de tumorcellen ter plaatse.

### Eens per maand

Brachytherapie wordt sinds enkele jaren ook in België toegepast en terugbetaald door de mutualiteit. De resultaten zijn in geselecteerde gevallen vergelijkbaar of zelfs beter dan de klassieke radiotherapie. Vanaf deze zomer zullen dr. Stragier en dr. Schoonooghe deze techniek toepassen in samenwerking met een team van de dienst Radiotherapie van het AZ Groeninge uit Kortrijk (het tweede grootste centrum voor brachytherapie in België). De therapie gebeurt onder narcose met één nacht opname.

**Dr. Patrick Schoonooghe** (uroloog): "Het grote voordeel van deze techniek is dat de bestraling vrijwel volledig beperkt blijft tot de prostaat waardoor omliggende organen zoals de blaas en het rectum gespaard blijven. Ook de potentie blijft in veel gevallen intact. De enige nevenwerking voor de patiënt is dat hij gedurende een aantal weken zijn plas minder lang kan ophouden. Het aanbod van brachytherapie in Zottegem heeft voor onze patiënten als specifieke meerwaarde dat ze zich niet meer hoeven te verplaatsen naar Gent of Aalst voor uitwendige bestraling. De inplanting van de zaadjes gebeurt in één enkele sessie door een zeer ervaren equipe." Brachytherapie is echter niet bij elke patiënt toepasbaar. Zo moet de waarde van het Prostaat Specifiek Antigeen (PSA) kleiner zijn dan 20, de gleasonscore lager dan 6 en het volume van de prostaat maximum 50cc. De patiënt mag ook geen ernstige plasproblemen hebben.

*Alle huisartsen ontvangen een individuele mailing met meer gedetailleerde informatie over brachytherapie van zodra dit project van start gaat.*

## Nieuw gezicht

### Dr. Boudewijn Moors

vaatchirurg



Dr. Moors (1972) studeerde aan de Universiteit Gent en behaalde in 1997 zijn artsendiploma. Daarna specialiseerde hij zich in de algemene, thoracale en vasculaire heelkunde, de eerste twee jaar daarvan bij dr. Wilfried Cornette in het AZ Sint-Elisabeth. In 2003 behaalde hij het diploma van Algemeen Chirurg en voegde daar in 2005 ook het Getuigschrift voor bijzondere bekwaamheid in de Vaatheelkunde aan toe. Sinds 1 februari 2005 werkt dr. Moors als vaatchirurg op de dienst Algemene-, thorax-, vasculaire en endovasculaire heelkunde van het AZ Sint-Elisabeth.

## MOC gaat elektronisch

Kankerspecialisten uit verschillende disciplines steken elke twee weken de koppen bij elkaar voor het Multidisciplinair Oncologisch Consult (MOC). Een nieuw, binnenshuis ontwikkeld computerprogramma verhoogt de beschikbaarheid van de gegevens en de efficiëntie van het MOC.

Specialisten die rond de tafel zitten om bijzondere gevallen van kanker en hun behandelingen te bespreken, is in het AZ Sint-Elisabeth niet nieuw. Het Multidisciplinair Oncologisch Consult (MOC) startte hier al in 1991. Ruim twaalf jaar later kreeg het een officieel kleedje met de opstart van

dossier als het ware 'bevroren'. Zo wordt per patiënt het verloop van zijn ziekte en de toegepaste behandeling gefaseerd bijgehouden. Alle nodige informatie is dus steeds voor alle betrokken partijen, inclusief de officiële kankerregistratieinstanties, in het vereiste formaat beschikbaar en reproduceerbaar."



**Diensthooft Informatica Johan Noyez, informatici Guido D'Hooghe en Christian De Paepe, en dr. Luc Verstraete**

het zorgprogramma oncologie. In het kader van dit zorgprogramma ontwikkelde de dienst Informatica aangepaste software voor het beheer van deze oncologische dossiers.

**Johan Noyez** (diensthooft Informatica): "Een behandelend arts kan via het programma het volledig oncologisch dossier van een patiënt opbouwen en desgewenst het dossier ter bespreking aan het MOC voorstellen. Vertrekkende vanuit de elektronisch voorgestelde dossiers stelt de coördinator de agenda samen en worden automatisch alle gesprekspartners uitgenodigd. Tijdens de uiteindelijke bespreking wordt het oncologisch dossier, eventueel aangevuld met bijvoorbeeld de digitale resultaten van de dienst Medische Beeldvorming, op een groot scherm geprojecteerd. Na elke multidisciplinaire bespreking wordt het besluit van het MOC samen met het

Ook het oncologisch handboek is nu in elektronische versie te raadplegen. Dit naslagwerk bevat een zo volledig mogelijke beschrijving van alle in het ziekenhuis behandelde tumoren, waarbij per tumor speciale aandacht uitgaat naar de noodzakelijke onderzoeken en de voorgestelde therapieën.

**Dr. Luc Verstraete** (coördinator MOC): "Elke behandeling die we toepassen gebeurt op basis van dit handboek en is dus op elk moment verifieerbaar, zowel intern als extern. Indien afgeweken moet worden van deze vastgelegde behandelingspatronen dient de patiënt eerst op het MOC besproken te worden. Het MOC-besluit wordt dan via het programma vastgelegd en gearchiveerd". Uiteindelijk zullen deze oncologische gegevens geïntegreerd worden in het centraal medisch dossier (zie pagina 1). Het programma wordt ook op dezelfde manier beveiligd: de toegang hangt af van de functie van de gebruiker en zijn betrokkenheid bij een bepaald dossier. Voorlopig is het oncologisch dossier intern te raadplegen maar ook hiertoe krijgt de huisarts op termijn toegang.

## Groot publiek welkom

Op zondag 2 oktober 2005 nodigt het AZ Sint-Elisabeth voor de derde maal het grote publiek uit op een themadag rond een boeiend medisch onderwerp. Dit jaar belichten we het vaak voorkomende symptoom 'pijn' en de manier waarop het ziekenhuis hiermee omgaat. Ook aan deze editie werken alle ziekenhuisartsen mee en net zoals de vorige jaren werden ook de huisartsen uitgenodigd om deel te nemen aan dit initiatief. Vorig jaar bezochten meer dan 3.500 mensen de themadag.

**AZ Sint-Elisabeth ■ Godveerdegemstraat 69 ■ 9620 Zottegem**

**Tel. 09 364 81 11 ■ Fax 09 364 89 00**  
**E-mail: [azstelisabeth.zottegem@sezz.be](mailto:azstelisabeth.zottegem@sezz.be) ■ [www.sezz.be](http://www.sezz.be)**

## Wist u dat ...

... Geert Van Iseghem, hoofdverpleegkundige van de Spoedopname in het AZ Sint-Elisabeth, onlangs onderscheiden werd door Rotary International? Hij kreeg de Paul Harris Fellowship, een onderscheiding voor uitzonderlijke verdienste, dit voor zijn inzet voor 'Basis Life Support'. Dit unieke project werd zeven jaar geleden opgestart door Rotary Zottegem en leert jongeren uit het middelbaar onderwijs technieken van reanimatie en dringende geneeskunde

aan. Verpleegkundigen van de Spoedopname van het AZ Sint-Elisabeth geven opleidingen aan leerkrachten en ondersteunen de praktische inoefening van de reanimatietechnieken aan de leerlingen. Geert Van Iseghem kreeg een oorkonde en een medaille omdat hij jarenlang de drijvende kracht was achter 'Basic Life Support'.

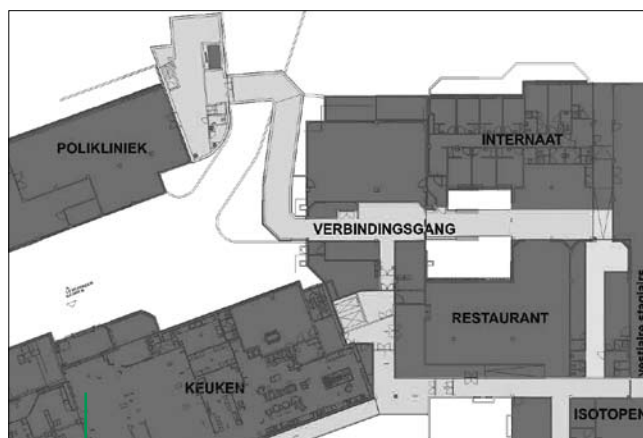
Het Zottegemse stadsbestuur neemt de opdracht van Rotary Zottegem over en ondersteunt het Basic Life project. Dit wordt verder gedragen door de dienst Spoedopname onder leiding van Geert Van Iseghem.



## En tenslotte: de tunnel

De gerenoveerde verpleegafdeling is bijna klaar en de laatste fase van het masterplan komt in zicht: het bouwen van twee nieuwe laboratoria en het uitgraven van een verbindingstunnel tussen beddenhuis en polikliniek.

In september wordt de gerenoveerde verpleegafdeling IG in gebruik genomen. Hiermee is de volledige scheiding tussen de opgenomen en ambulante patiënten een feit, meteen een van de belangrijkste doelstellingen van het masterplan van het ziekenhuis.



**Verbindingsgang tussen beddenhuis en polikliniek**

mogelijk bij deze tunnel ingeplant. Hierdoor blijft de scheiding tussen de opgenomen en ambulante patiënten behouden en moet de vervoerdienst minder afstand afleggen."

Intussen is ook de bouw van twee nieuwe laboratoria voor weefselonderzoek en klinische biologie van start gegaan. **Roland De Bosscher** (directeur Facilitaire Dienst): "De labo's zullen klaar zijn tegen het einde van dit jaar en beschikken over de meest moderne apparatuur. Om ze voldoende plaats te geven, nemen de labo's, naast een gedeelte van de vleugel 2B, eveneens de huidige locatie van het klooster in. Dit verhuist dan naar de derde verdieping waar zich nu het auditorium bevindt. De twee laboratoria zullen vlot bereikbaar zijn vanuit de polikliniek."

### Tunnel voor patiëntenvoer

Om het beddenhuis en polikliniek met elkaar te verbinden en de privacy van de opgenomen patiënten te waarborgen, wordt binnenkort gestart met het uitgraven van een tunnel, exclusief voor patiëntenvoer. Roland De Bosscher: "De tunnel zal op kelderniveau het beddenhuis rechtstreeks verbinden met de achterzijde van de polikliniek. Daar plannen we ook een nieuwe lift en trappenhal. De consultaties voor patiënten die in het beddenhuis verblijven, worden zo dicht

## Rechtzetting

In de vorige editie van deze nieuwsbrief (januari 2005) is een foutje geslopen in de rubriek 'Wist u dat ...' (pagina 3). Dr. Thierry Claeys is stomatoloog en geen tandarts, zoals verkeerdelijk werd vermeld.

### Centraal medisch dossier

*vervolg van pagina 1*

**Dr. Carlos Monté** (medisch directeur): "Elke gebruiker die toegang heeft tot het systeem, krijgt inzage in de rapporten die hij zelf verstuurt of toegezonden krijgt, maar voor alle andere rapporten hangt de toegang af van de rechten van de arts. Het systeem controleert deze toegang op verschillende niveaus om misbruiken te vermijden." Op dit moment kunnen de patiëntengegevens enkel binnen het ziekenhuis opgevraagd worden, maar op termijn kan dit via een beveiligde internettoegang. Ook de huisarts zal dan rechtstreeks toegang krijgen tot de dossiers van zijn eigen patiënten. Voorlopig gebeurt de elektronische briefwisseling met de huisartsen via het versleutelde e-mailsysteem MediRing.



**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:** Peter Van Hoof ■ **realisatie:** F-Twee Uitgeverij ■ [www.f-twee.be](http://www.f-twee.be) **verantwoordelijke uitgever:** Jan Gabriëls ■ Godveerdegemstraat 69 ■ 9620 Zottegem ■ Tel. 09 364 81 11 ■ Fax 09 364 89 00



## Agenda

### Medische lessencycli

#### Org. Triverius - Auditorium - 21u

di. 27 september 2005  
di. 25 oktober 2005  
di. 22 november 2005  
di. 20 december 2005

#### Klinische stafvergadering - Auditorium - 20u45

di. 11 oktober 2005  
di. 13 december 2005

### Info-avonden aanstaande ouders

#### Org. EZ materniteit & Kind en Gezin - Auditorium - van 19u30 tot 22u

##### Zwangerschap

wo. 7 september 2005  
wo. 9 november 2005

##### Bevalling

wo. 31 augustus 2005  
wo. 28 september 2005  
wo. 26 oktober 2005  
wo. 30 november 2005  
wo. 21 december 2005

##### De baby

wo. 14 september 2005  
wo. 16 november 2005

##### Voedingen

wo. 3 augustus 2005  
wo. 21 september 2005  
wo. 23 november 2005

#### Gratis toegang, geen reservatie noodzakelijk

Info: dienst Materniteit, 09 364 87 60

### Zwangerschapslessen

#### Org. vroedvrouwen - A.Z. St.-Elisabeth

Vanaf 20 weken zwangerschap,  
elke week één les gedurende zes weken  
Lessen volledig terugbetaald door mutualiteit

Inschrijvingsformulieren en informatie via Materniteit,  
09 364 87 60 (tel.) of 09 364 87 63 (fax)

### Leven als voorheen

#### Zelfhulpgroep voor vrouwen na borstoperatie - Auditorium Infonamiddagen van 14u tot 16u

zat. 10 september 2005  
zat. 19 november 2005

#### Gratis toegang, geen reservatie noodzakelijk

Info: Mevr. Anita Baeyens, 053 83 24 78

### Bloed geven

#### Telkens van 17u30 tot 20u30

wo. 20 juli 2005  
wo. 19 oktober 2005

### Cursus assertiviteit

In het voorjaar van 2005 is in het A.Z. Sint-Elisabeth  
een nieuwe lessenreeks gestart.

Info: Tim Lamon, 09 364 84 60 of [tim.lamon@sezz.be](mailto:tim.lamon@sezz.be)

### Thermotherapie tegen snurken

vervolg van pagina 4

meerdere operatietechnieken om deze problemen aan te pakken.

Zo kan de doorgankelijkheid van de neus verbeterd worden door het verkleinen van de neusschelpen, al dan niet in combinatie met een correctie van anatomische afwijkingen ter hoogte van het neustussenschot. Bij een uvulopalatopharyngoplastie (UPPP) verwijdert men de amandelen, de huid en een deel van het weke verhemelte. Dr. Desterbeck: "Dit maakt de doorgang van de neus naar de keel ruimer en beperkt de



Dr. Yves Callier en dr. Rose-Anne Desterbeck

hoeveelheid weefsel die nog kan trillen. Voor deze techniek komen patiënten in aanmerking die snurken als gevolg van een slap, laag afhangend verhemelte, liefst in combinatie met grote amandelen. De ingreep gebeurt altijd onder volledige narcose en biedt bij deze patiëntengroep goede resultaten, hoewel niet steeds blijvend."

### Minder trilling door litteken

Een minder ingrijpende, meer weefselsparende techniek is radiofrequentethermotherapie (RFITT). Dr. Callier: "We brengen een speciaal ontworpen bipolaire elektrode enkele keren in onder het slijmvlies van de onderste neusschelp en het weke verhemelte. Gedurende een 15-tal seconden sturen we radiofrequente golven door met een temperatuur tussen de 60 en 85 C° waardoor littekenweefsel ontstaat. Dit is stijver dan normaal weefsel waardoor het verhemelte minder gaat trillen en de neusschelpen kleiner worden. Daardoor neemt het snurken af."

De patiënt kan zelf kiezen of hij de ingreep ondergaat onder lokale verdoving of onder korte narcose in dagopname. De procedure duurt slechts enkele minuten, is weinig belastend en nadien veel minder pijnlijk dan de UPPP-methode. Ter hoogte van het verhemelte zijn vaak twee of drie sessies nodig om een goed resultaat te bekomen. Voorlopig worden de naaldelektroden, gebruikt voor de ingreep, niet terugbetaald door het RIZIV. Een diagnostisch onderzoek maakt uit voor welke ingreep de patiënt het meeste in aanmerking komt.