



## AZ Sint-Elisabeth in de bloemetjes

Het AZ Sint-Elisabeth mag dit jaar maar liefst zeventig kaarsjes uitblazen. Om dat te vieren, hield het ziekenhuis onlangs een opendeur. Voor ons de ideale gelegenheid om eventjes terug te blikken. Mét een knipoog naar de toekomst.

Zeventig jaar AZ Sint-Elisabeth betekent zeventig jaar inzet en evolutie op tal van domeinen. De geneeskunde diversifieerde door de jaren heen in verschillende specialismen en subspecialismen. "Het ziekenhuis heeft steeds getracht om de inwoners van Zottegem en omgeving zoveel mogelijk disciplines aan te bieden", zegt Herman De Vleeschouwer (afgevaardigd bestuurder). "Weldra lopen de meest recente bouw-



werken van het Masterplan ten einde, maar het ziekenhuis kende in het verleden meermaals grote uitbreidingswerken. Een groter ziekenhuis liet immers toe om meer patiënten en meer medewerkers aan te trekken, zodat continu kon worden gewerkt aan een hogere kwaliteit en professionalisme in de zorg. De privacy, de veiligheid en het comfort van de patiënt werden en worden tot de dag van vandaag hoog in het vaandel gedragen." Een overzicht.

### Uitbreiding door de jaren heen

Chirurg dr. Schotte gaf exact zeventig jaar geleden het startschot voor de eerste ziekenhuisactiviteiten in Zottegem. Met vijftien bedden vond het ziekenhuis onderdak in het Kasteel van Egmont. Vier zusters stonden in voor de verzorging van de patiënten.

Herman De Vleeschouwer: "Beetje bij beetje breidden de activiteiten uit. Het Kasteel werd stilaan te klein en men startte met de bouw van een nieuw ziekenhuis aan de Godveerdegemstraat. Tien jaar na de start van de eerste ziekenhuisactiviteiten werd het nog onafgewerkte ziekenhuis in gebruik genomen. Dat telde ondertussen 48 bedden én was voorzien van een operatiekwartier, een verloskwartier, een radiografieafdeling, een keuken en een wasserij. Wanneer het ziekenhuis in 1954 een voltijdse radioloog, internist en kinderarts in dienst nam, werd beslist om het ziekenhuis volledig af te werken. Uiteindelijk waren de werken voltooid in 1958, tien jaar na de verhuis."

Een tweede uitbreiding kwam er in de jaren zestig. Een nieuwe vleugel met een materniteit, een dienst heelkunde en een keuken werd aangebouwd. De medische staf werd uitgebreid met onder meer een gynaecoloog, een orthopedist en een anesthesist. Ook een polikliniek werd geopend.

In de jaren zeventig werd het ziekenhuis nog verder uitgebouwd tot een volwaardig regionaal ziekenhuis, aangepast aan de modernste technologie en infrastructuur. Het ziekenhuis kreeg een nieuwe look en de oppervlakte werd verdubbeld. Ook de medische staf werd opnieuw gevoelig uitgebreid, nieuwe disciplines zoals cardiologie en urologie werden opgestart en het beddenaantal groeide tot 237.

In het begin van de jaren negentig stonden alweer uitbreidingswerken op de agenda: een nieuwe spoedopname, een operatiekwartier en een intensive care. Op het einde van de jaren negentig werd dan gestart met het Masterplan. "Dat moet zorgen voor een totale scheiding tussen opgenomen en ambulante patiënten. Het plan voorziet ook in nieuwe ruimtes voor apotheek en laboratorium en vier nieuwe verpleegafdelingen. Dit jaar start het – voorlopig – laatste project: de bouw van een gloednieuw dagziekenhuis", aldus Herman De Vleeschouwer.

## Zorg op maat

**Met het project 'interne liaison geriatrie' zet het AZ Sint-Elisabeth alles op alles om ook zijn geriatrische patiënten met de beste zorg te omringen. Alle 75-plussers in het ziekenhuis worden door het geriatrisch team van nabij opgevolgd, ook al verblijven ze niet op de geriatrische afdeling. Lees meer op pagina 11.**

## Verder in dit nummer

- 70 jaar SEZ 2
- Vernieuwd verloskwartier 3
- Nieuwe artsen 4
- Comité veiligheid 9
- Ondernemingsraad 9
- Nieuw vergadercomplex 10
- NMR 10
- Weetjes 10
- Project 75+ 11
- Patiëntenidentificatie 11
- Sociale dienst 12

Toelating gestolen  
verpakking B/43

Belgie-Belgique
P.B./P.P.
B/43



**Herman De Vleeschouwer**  
afgevaardigd bestuurder

## Meer dan alleen feest

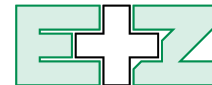
Het AZ Sint-Elisabeth bestaat zeventig jaar. Speciaal voor die gelegenheid blikken we in deze nieuwsbrief heel eventjes terug naar het prille begin en de aanhoudende groei van het ziekenhuis, met uiteraard een knipoog naar de toekomst. Want feest of geen feest, het ziekenhuis zet voortdurend alles op alles om zijn patiënten met de beste zorg te omringen. Zo heeft het onlangs nog zijn verloskwartier stevig onder handen genomen, met als resultaat een heel huiselijke omgeving mét alle veiligheidsmaatregelen binnen handbereik. Ook de bestaande materniteit werd gerenoveerd en uitgebreid, zodat de kersverse mama's in alle rust kunnen genieten van hun jongste spruit.

Maar ook de oudere ziekenhuisbevolking krijgt de nodige aandacht. Het AZ Sint-Elisabeth doet er bijvoorbeeld alles aan om zijn geriatrische patiënten met de beste zorgen te omringen, ook al verblijven ze niet op de geriatrische afdeling. De 'interne liaison geriatrie' tracht onze 75-plussers zo goed mogelijk op te volgen en te ondersteunen. Het zijn vooral die geriatrische patiënten die na hun ziekenhuisverblijf dikwijls nog nood hebben aan verlengde zorg of aan specifieke thuishulp, zoals familiale hulp of ziekenoppass. Om deze zorg op maat te organiseren, wordt vaak aangeklopt bij de sociale dienst van het ziekenhuis, die de patiënten én hun familie begeleidt bij de voorbereiding van het ontslag.

Ten slotte ontbreekt ook de – intussen derde – medische bijlage in deze nieuwsbrief niet. In deze editie kunt u alles lezen over de voor- en nadelen van arthroscopisch cuff herstel, over speekselklierpathologie en over de klassieke en nieuwe behandeling van spataders. Zo blijft u continu op de hoogte van de allernieuwste technieken en behandelingsmethoden van ons ziekenhuis.

Ik wens u veel leesgenot en een gezonde zomer.

70 jaar SEZ



## Activiteiten

In zeventig jaar tijd groeide het AZ Sint-Elisabeth uit tot een middelgroot regionaal ziekenhuis met 334 erkende bedden voor hospitalisatie. "In het midden van de jaren negentig werd een afzonderlijk dagziekenhuis ingericht dat momenteel 45 plaatsen telt", zegt Herman De Vleeschouwer. "Het aantal hospitalisaties nam jaarlijks toe, tot 11.397 in 2007. Dankzij de medisch-technologische vooruitgang en de verbeterde behandeltechnieken stijgt het aantal opnames in het dagziekenhuis nog sneller. Sinds enkele jaren wordt de meerderheid van de patiënten dan ook ambulante behandeld."

Het AZ Sint-Elisabeth heeft een duidelijk zorggebied weten te verwerven in zuidelijk Oost-Vlaanderen. Meer dan een kwart van de opnames komt uit Zottegem en de zeven omliggende gemeenten. Het ziekenhuis is ook al geruime tijd de grootste werkgever uit de regio. Het biedt vandaag werk aan 738 medewerkers en heeft een medische staf die inmiddels bestaat uit 81 geneesheren-specialisten.



## En de toekomst?

Eind 1937 besluit moeder Marie, die mee aan de basis lag van het ziekenhuis, in haar memorandum: "De kliniek zal heten Sint-Elisabeth. De gansche bevolking is het werk genegen en is tevreden dat het de zusters zijn uit eigene stad die er de zieken zullen verzorgen."

Bij alle belangrijke beslissingen in de voorbije zeventig jaar was de voornaamste drijfveer het realiseren van een kwalitatieve ziekenhuiszorg met een sterke betrokkenheid op de eigen regio. Ook in de toekomst blijft dit zo. "De moderne ziekenhuiszorg dient te voldoen aan hoge kwaliteitscriteria en dito standaarden. Deze kunnen enkel worden gerealiseerd in een wetenschappelijke en technologische omgeving waar de verschillende disciplines op elkaar worden afgestemd en waar samenwerkingsverbanden worden aangegaan, zowel met de eerste lijn als met gespecialiseerde diensten. Deze grote uitdagingen op het vlak van de zorg verhinderen evenwel niet dat een maximale toegankelijkheid gewaarborgd wordt. Het ziekenhuis blijft immers sterk betrokken bij de menselijke en sociale noden van de lokale bevolking en tracht hiervoor, samen met vele andere hulpverleners, een oplossing te bieden. Samen met alle ziekenhuismedewerkers zijn we ervan overtuigd dat we deze missie in de komende decennia verder kunnen en zullen waarmaken", aldus Herman De Vleeschouwer.



## Huiselijk én veilig bevallen

Het AZ Sint-Elisabeth heeft zijn verloskwartier stevig onder handen genomen. Het resultaat is een huiselijke omgeving, maar dan wel met alle veiligheidsvoorzorgen binnen handbereik. Ook de bestaande materniteit werd grondig gerenoveerd en uitgebreid, zodat de kersverse mama's in alle rust kunnen genieten van hun nieuwste spruit.



Het nieuwe verloskwartier bevindt zich op dezelfde plek als het oude, maar daar houdt elke vergelijking op. "Alles werd afgebroken tot op de ruwbouw en helemaal opnieuw opgebouwd", zegt dr. Pieter Mulier (dienst gynaecologie). "Een wel heel verregaande renovatie dus. Ook het concept is volledig anders. Vroeger waren er drie arbeidskamers en twee aparte verloskamers. Nu hebben we vijf arbeid-verloskamers. Dat is een stuk aangenamer voor de mama's in spe: in volle persweeën hoeven ze zich niet meer te verplaatsen van de arbeidskamer naar de verloskamer."

Een vast element doorheen verloskwartier en materniteit is de huiselijke sfeer. Zo kan men hier bevallen in een huiselijke omgeving, terwijl toch alle nodige veiligheid binnen handbereik is. Dr. Mulier: "In het verloskwartier hebben we de typische ziekenhuissfeer trachten te doorbreken door onder meer gebruik te maken van verschillende kleuraccenten. Elke arbeid-verloskamer steekt in een ander kleurtje, dat ook terugkomt op de gang. Daarnaast zijn alle kastjes en opbergruimtes volledig ingebouwd zodat zo weinig mogelijk medische apparatuur zichtbaar is voor de patiënt."

### Minder pijn in het bad

Drie arbeid-verloskamers beschikken over een bad. Dat kan zowel dienen ter ontspanning

tijdens de arbeid als voor de bevalling zelf. "Het bad is iets groter dan vroeger, zodat de patiënt meer bewegingsvrijheid heeft en zich dus volledig kan ontspannen", zegt dr.

Mulier. "De warmte van het water in het bad zorgt er mee voor dat de pijn van de contracties enigszins draaglijker wordt en er daardoor meer kans is op een spontane bevalling."

Van alle vrouwen die hier komen voor een spontane bevalling, maakt ongeveer twee derde gebruik van het bad om te relaxeren. De helft daarvan bevalt onder water. In de kamer bevindt zich ook een bed dat heel eenvoudig en snel kan worden omgebouwd tot bevallingstafel. Voor wie geen gebruik wenst te maken van het bad, of voor wie een kunstbevalling werd gepland, is er ook nog een arbeid-verloskamer met enkel een bevallingsbed. De luxe arbeid-verloskamer sluit het rijtje af. "Deze ruimte, die meer doet denken aan een kuuroord dan aan een bevallingskamer, bestaat al langer maar doet nog heel modern aan. Het meest opvallende in deze kamer is het grote familiebad. De patiënten blijven in het bubbelbad tot wanneer ze bijna volledige ontsluiting hebben, en gaan dan pas in het bevallingsbad. Huiselijk bevallen dus, maar opnieuw met alle veiligheidsvoorzorgen binnen handbereik", aldus dr. Mulier.

### Luxe voor iedereen

Op de afdeling materniteit zelf steken de bestaande kamers in een nieuw kleedje en zijn vijf nieuwe kamers bijgebouwd. "Vroeger was er een onderscheid tussen luxekamers en gewone kamers; nu zijn het stuk voor stuk luxekamers", zegt dr. Mulier. "Zo heeft elke kamer haar eigen badkamer. De kamers zijn bovendien zeer ruim, met onder meer een kitchenette en een ruime babybox, afscheidbaar van de kamer met een glazen wand. Zo behoudt de kersverse moeder te allen tijde visueel contact met haar pasgeborene. In elke kamer staat ook een ruime, comfortabele zetel die kan worden omgebouwd tot bed. Eén enkel apparaatje waarmee je zowel radio, tv, verlichting als rolluiken kan bedienen, maakt het geheel mooi af."



## Nieuwe artsen

### Dr. Pieter Kersemans – Radiologie

Sinds 1 april 2008 versterkt dr. Pieter Kersemans de dienst radiologie van het AZ Sint-Elisabeth als fulltime radioloog. "De komst van het MR-toestel biedt mij als polyvalent radioloog bijzondere perspectieven om een kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg te garanderen", zegt dr. Kersemans. "Bovendien is de radiologie voortdurend in evolutie. De nieuwe technieken in ons vakgebied blijven we dan ook op de voet volgen".

Dr. Pieter Kersemans studeerde in 2001 als arts en vijf jaar later als radioloog af aan de KU Leuven. Na zijn opleiding was hij als resident een jaar werkzaam in het Imeldaziekenhuis te Bonheiden, met bijzondere interesse voor MR beeldvorming. Op de dienst van prof. Cotten in Rijsel optimaliseerde hij zijn kennis in de musculoskeletale MR. Vanaf 2006 legde hij zich als consultant in het UZ Gasthuisberg in Leuven ook toe op de beelddiagnostiek van borstpathologie.



### Dr. An-Sofie Lafaut – Oogziekten

Op 1 februari 2008 ging dr. An-Sofie Lafaut aan de slag op de dienst Oogziekten van het AZ Sint-Elisabeth. Naast consultaties voert ze er ook cataractoperaties uit en ze heeft een bijzondere interesse in glaucoom. "De ideale combinatie", aldus dr. Lafaut. Maar daar houdt het niet op. "Vanaf juli ga ik zes maanden naar het Oogziekenhuis in Rotterdam. Daar zal ik verder specialiseren in de oculoplastische chirurgie: de behandeling van functionele en esthetische afwijkingen van de oogleden, de traanwegen en de orbita", zegt dr. Lafaut. "In

die periode zal ik wel nog elke vrijdag in het AZ Sint-Elisabeth de praktijk verder zetten. De bedoeling is om de kennis opgedaan in Rotterdam hier verder uit te werken."

In 2003 studeerde dr. An-Sofie Lafaut af als arts aan de KU Leuven. Nadien specialiseerde ze zich vier jaar in de oogheelkunde in het UZ Leuven en in het Middelheimziekenhuis in Antwerpen. Gedurende één jaar legde ze zich specifiek toe op glaucoom.

### Dr. Yves Ducoulombier – Orthopedie

Sinds begin deze maand is er een nieuwe orthopedist in het AZ Sint-Elisabeth. Dr. Yves Ducoulombier is gespecialiseerd in de arthroscopie en de bovenste lidmaatchirurgie van schouder, elleboog, pols en hand. "Naast het versterken van het orthopedisch team, is het mijn bedoeling om de arthroscopische schouderchirurgie en handchirurgie verder te helpen uitbouwen. Ik heb ervoor gekozen om in het AZ Sint-Elisabeth aan de slag te gaan omdat het een dynamisch ziekenhuis is met een uitstekende infrastructuur", aldus dr. Ducoulombier.

Dr. Ducoulombier studeerde in 2001 af als arts aan de KU Leuven. Nadien specialiseerde hij zich in de orthopedie in het UZ Pellenberg in Leuven. In de Verenigde Staten specialiseerde hij zich drie maanden in de schouder- en elleboogchirurgie, waarna hij naar de 'Clinique de Traumatologie et Orthopédie' in Frankrijk trok om er zich toe te leggen op schouderchirurgie en traumatologie. Terug in België volgde hij nog een bijkomende specialisatie in de handchirurgie in het UZ Pellenberg.





Beste Collega,

Dit is de derde aflevering van het medisch katern bij EZ-nieuws. Het gaat om drie bijdragen met interessante en praktische informatie van drie collegae van het chirurgisch departement.

We wensen U veel leesgenot, Dr. C. Monté, hoofdgeneesheer.

## Speekselklier-pathologie

De speekselklieren omvatten de drie grote, gepaarde klieren (parotis, submandibulaire, sublinguale) en 700 à 800 kleine klieren, verspreid in de mondholte. Deze klieren produceren speeksel dat een lubrificerende werking heeft bij spreken en slikken, dat helpt bij de perceptie van de smaak, en dat antibacteriële en immunologische eigenschappen heeft en verteringsenzymen bevat. De aandoeningen van de speekselklieren kunnen chirurgisch van aard zijn (tumoren, cysten, obstructie/lithiasis) of een medisch interne basis hebben (virale infecties, auto-immuun ziekten, sarcoidose)

### Tumoren

Het aantal soorten tumoren ter hoogte van de speekselklieren is groot, onmogelijk ze allemaal te bespreken, de meeste zijn veeleer zeldzaam. Het pleiomorf adenoom is het meest frequent ter hoogte van alle klieren, 80% van deze adenomen lokaliseren zich in de parotis. De tumor van Whartin (papillair cystadenoma lymphomatosum) wordt bijna uitsluitend ter hoogte van de parotis gevonden, bij kinderen is het hemangioom of hemangio-endothelioom de meest frequente oorzaak van een massa in de parotis. Onder de maligne tumoren moeten vermeld: het mucoepidermoid carcinoom, het adenoid cystisch carcinoom en het low grade polymorf adenocarcinoom. De kans dat een tumor kwaadaardig is, is omgekeerd evenredig met de grootte van de klier: 20% voor de parotis, 50% voor de submandibulaire, 50 tot 100% voor de kleine klieren. Uitzondering vormt de sublinguale klier: nagenoeg 100% is maligne, gelukkig is slechts 1% van de speekselkliertumoren in deze klier gelegen. Intraoraal is de meest frequente locatie het palatum. De basis van de behandeling is chirurgie, bij maligne tumoren eventueel gepaard met halsuitruiming. Speciale aandacht vergt chirurgie ter hoogte van de parotis waar dissectie van de tussen de oppervlakkige en diepe kwab gelegen n. facialis cruciaal is. Hierbij wordt gestart met het opsporen van de stam, waarna de superieure en inferieure takken worden gevolgd.

### Cysten

De mucocoele ontstaat meestal door extravasatie van mucus uit de speekselklier, al kunnen ook echte

cysten met epitheelbekleding voorkomen (retentiecysten, salivary duct cyst, door sommigen niet als mucocoele beschouwd). Ze is het meest frequent ter hoogte van de onderlip en komen ook veel voor bij kinderen (bijtrauma). De mucocoele presenteert zich dan als een zachte blaas ter hoogte van de onderlipmucosa, blauwig doorschijnend.

Behandeling bestaat uit excisie met het mee verwijderen van het oorzakelijke kliertje. Recidief is dan zeer ongewoon.

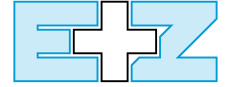
Een ranula is een mucocoele ter hoogte van de mondbodem, lateraal onder de tong, soms groot genoeg om de tong op te heffen en te interfereren met spraak en eten. Ze ontstaat door obstructie ter hoogte van de sublinguale speekselklier. Indien de cyste uitbreidt naar caudaal door een dehiscentie ter hoogte van de m. mylohyoideus dan zal zich mucus in de submandibulaire ruimte opstapelen (plunging ranula). Behandeling bestaat ook hier uit excisie van de ranula met exeresis van de oorzakelijke klier, in casu de sublinguale klier. Marsupialisatie (openen van de blaas en geëverteerd vasthechten van de wand aan de mondbodem) geeft 40 tot meer dan 50% recidief, en is dus minder aangewezen.

### Obstructie

Obstructie komt het meest voor in de submandibulaire klier en de parotis, bij de eerste meestal een steen (sialolithiasis), bij de tweede meestal een mucusprop of een strictuur van de/een afvoergang. Ook een tumor kan obstructietekenen veroorzaken. Het klassiek klinisch beeld bestaat uit een plots opkomende zwelling en pijn tijdens de maaltijd. Pikante en zure voeding lokt dit het sterkst uit. In het begin zal de frequentie van klachten beperkt zijn, in een later stadium worden de klachten meer continu, veelal gepaard met inflammatie en abcedatie (sialadenitis). Een Rx-opname kan een steen aantonen, echo en CT-scan geven bijkomende informatie over de aantasting van de klier of geassocieerde pathologie, sialografie kan de lokalisatie van een mucusprop of een strictuur aantonen. De behandeling bestaat uit het opheffen van de obstructie: hoe verder distaal naar het orificium van de ductus, hoe eenvoudiger de behandeling (verwijderen van een steen uit de ductus). Meer proximaal gelegen obstructies noodzaken soms exeresis van (een deel van) de klier.

### Sialadenitis

Verscheidene infectieuze en niet-infectieuze oorzaken kunnen aan de basis liggen van een sialadenitis. De meest frequente virale infectie is bof (een paramy-



xovirus). De meeste bacteriële infecties zijn een gevolg van ductale obstructie of verminderde speekselsecretie (dehydratatie, xerostomie onder andere op basis van medicatie) die retrograde besmetting via het ductale systeem aanricht. Meestal veroorzaakt *Staphylococcus aureus* de acute bacteriële sialadenitis.

De behandeling van de acute bacteriële infectie bestaat uit het toedienen van antibiotica en rehydratatie, eventueel drainage van het abces. Chronische sialadenitis kan in zijn beginfase nog behandeld worden door het opheffen van de obstructie. Indien de inflammatoire destructie van het speekselklierweefsel vergevorderd is, rest enkel nog exeresis van de klier.

Niet-infectieuze oorzaken van sialadenitis omvat het syndroom van Sjögren, sarcoidose en radiotherapie.

Men onderscheidt primaire Sjögren (xerostomie, xerofthalmie zonder de aanwezigheid van een andere auto-immuunziekte) en secundaire Sjögren (wel aanwezigheid van een andere auto-

immuunziekte, meestal rheumatoïde artritis). Xerostomie veroorzaakt moeilijkheden bij het spreken, het eten en het dragen van de gebitsprothese; de tong is veelal atrofisch en vertoont fissuren; de orale mucosa is gevoelig voor secundaire orale candidiasis en is dan rood en gevoelig; cheilitis angularis is frequent en er is verhoogde gevoeligheid voor het ontwikkelen van cariës, voornamelijk halscariës. Zwelling van de grote speekselklieren, meestal bilateraal, is niet onfrequent bij Sjögren, soms licht pijnlijk bij palpatie. Gezien het een systeemziekte is kunnen ook andere organen aangetast zijn (huid, andere mucosae, longen, nieren, vaten). De diagnose kan worden gesteld door anatoomopathologisch onderzoek van een vijftal kleine speekselklieren gepreleveerd ter hoogte van de onderlip. Ook is biopsie ter hoogte van de parotis via een retro-auriculaire incisie mogelijk. Patiënten met het Sjögren syndroom hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van een lymfoom.

De behandeling is overwegend ondersteunend. Voor de xerostomie bestaan verschillende artificiële speekselpreparaten, geen enkel is bij alle patiënten werkzaam. Dagelijkse mondspoeling met een fluoridenpreparaat helpt halscariës te voorkomen.

Apart te vermelden is de subacute necrotiserende sialadenitis, voorkomend bij jonge mannen. De laesie tast de kleine speekselklieren van het palatum aan en presenteert zich als een pijnlijke nodule, 1 cm of minder in grootte, bedekt door een intacte, erythemateuze mucosa. De laesie is zelflimiterend en verdwijnt spontaan na een tweetal weken.

### Sialadenose

Sialadenose is een ongewone, niet-inflammatoire aandoening gekenmerkt door traag toenemende asymptomatische zwelling van een speekselklier, meestal de parotis, en meestal bilateraal. De afwijking is bijna altijd geassocieerd met een onderliggend systemisch probleem: een hormonale afwijking (meestal diabetes mellitus), alcoholisme, anorexia nervosa, boulimie, malnutritie, een medicamenteuze reactie. De behandeling richt zich op het onderliggende lijden, soms met onbevredigend resultaat. Partiële parotidectomie vormt een laatste optie.

## Behandeling van varices

Ongeveer de helft van de gehele volwassen bevolking heeft enige vorm van symptomatisch veneus lijden. Twintig procent tot 25 % vrouwen en 10 % tot 15 % mannen hebben zichtbare varices thv de onderste ledematen. Risicofactoren voor ontwikkelen van oppervlakkige veneuze insufficiëntie zijn vrouwelijk geslacht, erfelijkheid, staand beroep of beroep in warme omgeving, langdurige overbelasting van de onderste ledematen, zwangerschap en toenemende leeftijd. Asymptomatische varicositas dient strikt medisch gezien niet behandeld te worden. Enige indicatie voor behandeling is ovm esthetische redenen. Symptomatische varices omvatten klachten van zwaartegevoel thv de voeten, enkels en onderbenen, branderig gevoel, rusteloze benen, jeuk en pijn. Symptomatische varices kennen een natuurlijke evolutie welke kan leiden tot huidveranderingen met ontwikkelen van lipodermatosclerose, witte atrofie en veneuze ulcera en zijn daarom een strikt medische indicatie tot behandeling.

Oppervlakkige veneuze insufficiëntie ontstaat thv de V. Saphena magna (VSM) en de V. Saphena parva (VSP). Deze oppervlakkige venen draineren met een aandeel van 10 % van het totaal volume het gedeoxygeneerde bloed van caudaal naar craniaal tegen de zwaartekracht in dmv de spierpomp en op regelmatige afstand gelegen éénrichtingskleppen welke enkel doorlaten van onder naar boven. Als gevolg van bvb. zwangerschap of bij repetitief langdurig rechtstaan, kan overdruk ontstaan in dit veneuze systeem waardoor de venewand, welke zwak is en weinig weerstand biedt, gaat uitzetten waardoor de klep niet meer volledig sluit met terugvloeien van de bloedkolom doorheen de klep. Indien deze situatie langdurig blijft bestaan kan destructie van de klep optreden met ontstaan van permanente klepinsufficiëntie. Ten gevolge van deze klepinsufficiëntie ontstaat er reflux van de bloedkolom met opnieuw ontstaan van overdruk op de onderliggende kleppen welke op hun beurt insufficiënt kunnen worden. Subjectieve symptomen zoals zwaartegevoel en branderigheid of pijn ontstaan als gevolg van stagnatie van zuurstofarm bloed met verzadiging en relatief zuurstoftekort thv de huid en subcutis. Deze stagnatie geeft aanleiding tot een relatieve zuurstoftekort met als gevolg weefselverlies thv de subcutis en hemosiderine afzetting (uit afstervende RBC) met vorming van littekenweefsel en bruinverkleuring thv de onderbenen (lipodermatosclerose). Bij verder en langdurig bestaan van deze situatie kan het weefselverlies uiteindelijk aanleiding geven tot spontane ulcera thv de huid (veneus ulcus) welke karakteristiek moeilijk te genezen zijn.

Conservatieve en preventieve behandeling omvat vermijden van de uitlokkende factoren in combinatie met bescherming van de aderwand. De oplossing kan gevonden worden in het gebruik van compressietherapie ovm van op maat gemaakte steunkousen welke een algemene compressie geven omheen het been en zo trachten de veneuze uitzetting met ontstaan van klepinsufficiëntie tegen te gaan. Indiatis tot conservatieve behandeling zijn minimale klachten met beperkte mate van klepinsufficiëntie en een status na heroperatie voor nieuwe varicositas na reeds operatief behandelde oppervlakkige veneuze insufficiëntie.



Bij meer uitgebreide symptomen en meer uitgebreide klepinsufficiëntie dient een heelkundige behandeling te gebeuren. De klassieke chirurgische behandeling van symptomatische varicositas omvat stripping van de oorzakelijke insufficiënte oppervlakkige aders, in de meeste gevallen een insufficiënte V. Saphena magna en/of V. Saphena parva met extractie van de oppervlakkige varices (convolutectomie).

Nieuwe ontwikkeling in de (minimaal) invasieve behandeling van varicositas is onder andere de exclusie van de stamvaricositas (V. Saphena magna, V. Saphena parva) dmv lasercoagulatie. Bij deze operatie wordt de VSM of de VSP over de gehele insufficiënte lengte van in het lumen dichtgecoaguleerd door warmtegeneratie (uitgedrukt in Joules als produkt van Wattage en tijdseenheid van toediening, fig. 1) dmv laserlicht. Bij deze vorm van heelkunde wordt vooreerst de ader in zijn meest distale insufficiënte deel aangeprikt. Onder echografie geleide wordt een geleidraad opgevoerd doorheen de VSM tot in het diepe veneuze systeem. Hierover wordt dan een angiografiecatheter (holle catheter) gevoerd welke op een 2 tal cm van de saphenofemorale junctie wordt gepositioneerd. Nadien wordt de voerdraad verwijderd en vervangen door de vooraf op maat gemeten laserfiber. Deze komt zo automatisch op ongeveer anderhalve cm van de saphenofemorale junctie te liggen. Gezien de coagulatie van hieraf gebeurt is er geen noodzaak aan een liesincisie met verdwijnen van de kans op wondinfectie aldaar. Nadien wordt op regelmatige plaatsen de diameter van de te behandelen vene uitgemeten en aan de hand van deze waarden wordt dmv vooropgestelde tabellen de exacte noodzakelijke hoeveelheid warmtegeneratie bepaald welke afgeleverd wordt door de laserfiber. De coagulatie gebeurt door toedienen van gepulseerd laserlicht à ratio van één puls per 3 mm lengte. De gehele operatie en de verschillende handelingen gebeuren steeds onder volledige echografisch geleide controle zodat ten alle tijde een lasercoagulatie op de juiste plaats en aan de juiste dosis kan bekomen worden. Gezien er geen zijtakken en convoluten losgetrokken worden bij de exclusie van de hoofdstamader, biedt deze techniek een bijkomend voordeel van merklijk minder en gereduceerde postoperatieve ecchymosen en hematomen.

De operatie gebeurt zoals de klassieke heelkundige behandeling in dagziekenhuis. Postoperatief kan de patiënt onmiddellijk de gewone dagelijkse activiteiten hervatten. Compressietherapie en preventief LMWH dient enkel de eerste 10 dagen postoperatief te gebeuren. Deze vorm van operatie induceert een soort van flebitis thv de behandelde ader waardoor verhoogde kans op postoperatieve pijn. Gedurende de eerste 5 à 10 dagen wordt dan ook een NSAID voorgeschreven.

Deze behandelingsvorm geeft ook meerwaarde en grotere mogelijkheden in de behandeling van veneuze ulcera, in combinatie met gespecialiseerde en intensieve wondzorg. Klassieke stripping is soms gecontra-indiceerd bij ernstige lipodermatosclerose of ulcera, terwijl dmv lasercoagulatie toch een exclusie van de insufficiënte saphena onderheer het ulcus kan gebeuren (fig. 2, 3: archief Voet- en Wondzorgcentrum, Dhr. Fr. Meuleneire)

Een laatste, niet onbelangrijk voordeel is dat de behandeling in geval van geïsoleerde saphena insufficiëntie zelfs onder lokale anesthesie kan gebeuren.

Belangrijk is te weten dat niet alle patiënten voor deze behandeling in aanmerking komen. De belangrijkste contra-indicaties zijn magere patiënten met oppervlakkig gelegen

aders en heel sterk uitgebreide varices waarbij de diameter van de insufficiënte saphena meer dan 10 mm bedraagt.

Begin november 2006 werd de aankoop van een 980 nm lasertoestel gerealiseerd. Het aangekochte toestel beschikt in tegenstelling tot vergelijkbare toestellen over een specifiek ontworpen software ter berekening van de exacte hoeveelheid Joule warmtegeneratie op elke plaats van de ader. Hierdoor is de kans op een oppervlakkige brandwonde heel sterk gereduceerd. Als eerste gebruiker in België verkreeg het Sint Elisabeth Ziekenhuis de positie als uitgangsbasis voor verdere opleiding van andere centra in het gebruik van dit specifieke lasertoestel bij de behandeling van oppervlakkige veneuze insufficiëntie.

## Arthroscopisch cuff herstel

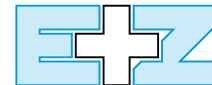
Rotatorcuffscheuren zijn een vaak voorkomende oorzaak van schouderpijn. De incidentie van cuffscheuren neemt gradueel toe naarmate de leeftijd vordert en ze worden meestal veroorzaakt door degeneratieve letsels in de pezen rondom de schouder. Cuffscheuren bij jongere patiënten daarentegen hebben vaak een traumatische origine. Herstel van dergelijke letsels is de laatste jaren geëvolueerd van een volledige open chirurgie, over een mini-open techniek naar een volledig arthroscopisch herstel via meerdere kleine incisies. Innovatieve instrumenten en materialen hebben deze overgang in stroomversnelling gebracht.

### Kliniek en diagnose

De rotator cuff is een groep van 4 spieren rondom de humeruskop (de supraspinatus, infraspinatus, teres minor en subscapularis) met als functie rotatie, elevatie en abductie van de arm alsook stabilisatie van het schoudergewricht. Een rotator cuffletsel is meestal gelocaliseerd ter hoogte van de supraspinatuspees, hoewel ook meerdere pezen betrokken kunnen zijn.

Rotator cuffscheuren komen heel vaak voor bij toenemende leeftijd (tot 33% van de bevolking ouder dan 60 jaar) hoewel ze niet altijd symptomatisch zijn. Toename in de grootte van de scheur of het plotse optreden van een traumatische scheur gaat echter meestal gepaard met het ontwikkelen van een pijnlijke schouder, vaak met uitstraling naar de bovenarm. Aanvankelijk is de pijn slechts aanwezig bij het uitvoeren van bovenarmse activiteiten, maar gaandeweg kan ze ook optreden in rust of bij het slapen op de aangedane zijde. De graad van krachtsverlies wordt voornamelijk bepaald door de grootte van de scheur.

De passieve beweeglijkheid is meestal goed bewaard, maar de actieve functie is duidelijk verminderd. Verschillende klinische tests helpen reeds de uitgebreidheid en lokalisatie van de scheur in te schatten. Een standaard radiografie en echografie maken deel uit van het basisonderzoek. Bijkomende onderzoeken door middel van arthro-CT of (arthro-)NMR zijn echter meestal noodzakelijk om de grootte van de scheur, de mate van retractie en de status van de spier beter te beoordelen.



## Voordelen arthroskopisch herstel

- vlottere revalidatie
- geen aantasting van de deltoïdspier
- goed zicht en evaluatie van het schoudergewricht zelf
- minder bloedverlies
- minder infectierisico
- cosmetisch

## Nadelen arthroskopisch herstel

- leercurve chirurg
- kostprijs ankers

## Chirurgische techniek

Cuffherstel wordt meestal uitgevoerd onder algemene anesthesie waaraan een loco-regionale verdoving via injectie of catheter kan worden toegevoegd. Bij open herstel wordt de deltoïdspier van de voorrand van het acromion losgemaakt en na herstel terug zorgvuldig vastgehecht om het risico op loslating van de spier te beperken. Bij arthroskopisch herstel worden slechts enkele kleine incisies gemaakt in het verloop van de spiervezel waardoor de arthroscoop en de werkinstrumenten gebracht worden.

Allereerst wordt een grondige inspectie verricht van het schoudergewricht en kan bijkomende pathologie (bicepspees, ontsteking van het kapsel, labrum) behandeld worden. Vervolgens wordt een standaard decompressie van het acromion uitgevoerd waardoor meer ruimte gecreëerd wordt waarin de pezen kunnen glijden tussen de humeruskop en het dak van het schouderblad. De randen van de cuffscheur alsook de footprint worden gedebrideerd. Ankers met versterkt suturemateriaal worden in het bot van de humeruskop geplaatst en de cuffpezen worden terug op hun footprint vastgehecht. Om het contactoppervlak tussen de pezen en de footprint te vergroten en dus een betere fixatie te bekomen, wordt tegenwoordig meestal een dubbele rij ankers geplaatst (double row techniek).

## Resultaten en revalidatie

Aanvankelijk dient de suture beschermd te worden om goede genezing tussen bot en pees mogelijk te maken. Deze bestaat uit een sling voor zes weken of een abductiekussen voor vier weken gevolgd door een sling voor twee weken, afhankelijk van de uitgebreidheid en retractie van de scheur. Onmiddellijk wordt gestart met passieve oefeningen en pendeloefeningen en na zes weken worden actieve oefening toegevoegd aan het schema. Tonificatieoefeningen kunnen worden gestart na drie maanden.

Het eindresultaat van zowel open en arthroskopisch herstel zijn goed vergelijkbaar met een succesratio van boven de 90%.

## Dient elke cuffscheur (arthroskopisch) hersteld te worden?

Zoals reeds vermeld, vinden we tal van personen met pijnloze cuffscheuren. Eerst en vooral wordt dan ook getracht om bij symptomatische scheuren via pijnmedicatie, ontstekingsremmers en kinesitherapie (eventueel eenmalige infiltratie) de functie van de schouder te herstellen. Pijn en bewegingsbeperking kunnen hiermee in de helft van de gevallen verbeterd worden, het krachtverlies echter niet. Chirurgische behandeling is aangewezen wanneer deze conservatieve behandeling faalt. Traumatische cuffscheuren bij jongere, actieve patiënten en scheuren met uitgesproken krachtsverlies en/of zeer uitgebreide scheuren (meer dan 3 cm) komen echter in aanmerking voor vroegtijdig herstel.

Kan elke scheur arthroskopisch behandeld worden? Dit hangt voornamelijk af van de lokalisatie, de uitgebreidheid en de mate van retractie van de scheur. Een goede preoperatieve evaluatie door middel van arthro-CT of NMR is dan ook noodzakelijk.

## Geen herstel mogelijk: case lost?

Wanneer het spierweefsel reeds grotendeels door vetweefsel is vervangen (fatty infiltration) of als de scheur zeer uitgebreid is met slechte kwaliteit van de pezen, is cuffherstel (zowel open als arthroskopisch) echter onmogelijk. Bij jonge, actieve patiënten kan geopteerd worden voor een spiertransfert van de latissimus dorsi of pectoralis major naar de humeruskop. Oudere patiënten met een laag activiteitsniveau komen in aanmerking voor arthroskopisch debridement. Zijn er echter tekens van omarthrose of superieure migratie van de humeruskop, dan is de enige alternatieve optie het plaatsen van een "reversed" prothese.

## Besluit

Cuffscheuren komen heel vaak voor bij toenemende leeftijd, waarbij echter niet alle scheuren pijnlijk zijn. Bij het falen van de conservatieve behandeling is in veel gevallen een cuffherstel mogelijk. Nieuwe arthroskopische technieken stellen ons in staat via mini-invasieve weg de scheur te herstellen, de revalidatieperiode te verkorten en de schouderfunctie te verbeteren.





Op donderdag 15 mei 2008 vonden de sociale verkiezingen plaats in het ziekenhuis. Hieronder vindt u een overzicht van de nieuw verkozen leden van de ondernemingsraad en van het comité voor preventie en bescherming op het werk die de werknemers de komende 4 jaar zullen vertegenwoordigen.



### Ondernemingsraad

Van links naar rechts: Nicole Putman (plaatsvervanger van effectief verkozen lid Braekevelt Guido), Patrick Janaert, Noël Baele, Nico Andries, Carine D'Hont, Rita Roelandt en Anne De Brabander

### Comité voor Preventie en Bescherming op het werk

Van links naar rechts: Marianne Vonck, Patrick Janaert, Nicole Putman (plaatsvervanger van effectief verkozen lid Braekevelt Guido), Marnix Vanden Meerschaut, Nico Andries, Noël Baele en Anne De Brabander



## Vergaderen in stijl

Tijdens de recente festiviteiten rond 70 jaar SEZZ bewees het gloednieuwe vergadercomplex voor de allereerste keer zijn nut. Het complex bevindt zich op het dak van de afdeling Materniteit en centraliseert de verschillende vergaderzalen die vroeger verspreid waren over het hele ziekenhuis.

Het nieuwe vergadercomplex, genoemd naar onze vroegere voorzitter prof. A. Prims, bestaat uit een ruim auditorium en drie vergaderzalen. De zalen blijven zoals voorheen de namen dragen van edelstenen: diamant, citrien, agaat en kwarts. Roland De Bosscher (directeur facilitaire dienst): "Alle medische vergaderingen en opleidingen vinden nu plaats op één centrale locatie. Indien nodig zijn de zalen, dankzij verplaatsbare wanden, ombouwbaar tot één grote polyvalente zaal, twee ruime zalen, enzovoort. De zalen zijn uitgerust met de allernieuwste snufjes, zoals automatische verlichting en verduistering, uitstekende projectiemogelijkheden of een digitale link met het operatiekwartier. Alle tools die een goed vergadercomplex nodig heeft, zijn aanwezig."

Dankzij de concentratie van de zalen kan bovendien veel vlotter worden gewerkt. "De stafvergaderingen voor onze specialisten en huisartsen bijvoorbeeld vonden voorheen plaats in een vergaderzaal op de derde verdieping", zegt Roland De Bosscher. "Om een hapje te eten, moest iedereen zich dan verplaatsen naar het restaurant in de kelder. Nu gebeurt de catering in het vergadercomplex zelf en gaat geen tijd meer verloren."



## De nieuwe NMR is er!

Zoals we eerder al berichtten, is het AZ Sint-Elisabeth een van de achttien Vlaamse ziekenhuizen die vorig jaar de toestemming kregen om een NMR-toestel in huis te nemen. NMR of Nucleaire Magnetische Resonantie is een diagnostische scantechniek van het lichaam waarbij de patiënt in een magnetisch veld wordt geplaatst. Op dinsdag 18 maart werd het nieuwe toestel geleverd. Geen sinecure, als je weet dat de uiterst geavanceerde magneet maar liefst 6 ton weegt en over de vier verdiepingen hoge ziekenhuisgevel moest worden gehesen, om zo aan de achterzijde van het gebouw via het dak in de dienst radiologie te worden geplaatst. Van precisiewerkjes gesproken...

## Wist u dat ...

... **het AZ Sint-Elisabeth** begin dit jaar een overeenkomst heeft afgesloten met het RIZIV voor de diagnose en behandeling van het obstructief slaapapneusyndroom? Dat is een ernstige vorm van snurken die gepaard gaat met herhaalde ademhalingsstops. De overeenkomst is er voor patiënten die tijdens hun slaap gebruik moeten maken van een speciale luchtcompressor (CPAP). Het ziekenhuis kan deze patiënten zo'n toestel aanleveren en leren gebruiken en volgt hen verder op.

... **er een erkenning** werd aangevraagd voor een functie 'niet-chirurgische daghospitalisatie'? Deze functie houdt een geplande daghospitalisatie in van niet-heelkundige

patiënten die wegens de complexiteit van de procedure of om veiligheidsredenen niet ambulantly kunnen worden behandeld. Een erkenning van een functie 'chirurgische daghospitalisatie' heeft het ziekenhuis al op zak.

... **het AZ Sint-Elisabeth** in februari de erkenning kreeg voor een zorgprogramma voor de geriatrische patiënt? Dit zorgprogramma omvat de dienst geriatrie, het geriatrisch consult en de externe liason. Het vierde element van het zorgprogramma werd onlangs opgestart: de interne liaison geriatrie. Lees er meer over op pagina 10 van deze nieuwsbrief.



## Project 75+

Het AZ Sint-Elisabeth zet alles op alles om zijn geriatrische patiënten met de beste zorg te omringen, ook al verblijven ze niet op de geriatrische afdeling. De 'interne liaison geriatrie', het vierde element van het erkende zorgprogramma geriatrie, tracht deze patiënten zo goed mogelijk op te volgen en te ondersteunen.

Door de vergrijzing van de samenleving is een groot deel van de ziekenhuispopulatie ouder dan 75. En dat aantal blijft toenemen. Reden genoeg voor de overheid om in alle ziekenhuizen een 'interne liaison geriatrie' op te starten. In het voorjaar werd in het AZ Sint-Elisabeth het startschot gegeven van het project.



"We willen zoveel mogelijk 75-plussers die op een niet-geriatrische afdeling verblijven, screenen op geriatrische problemen", zegt dr. Inge Vanslebrouck (dienst geriatrie). "Sinds kort doen we dat al op de diensten orthopedie, cardiologie en interne ziekten, maar het is de bedoeling om dit stapsgewijs uit te breiden naar alle diensten van het ziekenhuis. Alle patiënten moeten immers dezelfde geriatrische ondersteuning krijgen als de patiënten op de afdeling geriatrie zelf."

### Advies op maat

De 'interne liaison geriatrie' bestaat uit één geriater, twee verpleegkundigen met geriatrische expertise en een ergotherapeute. Bovendien is er een nauwe samenwerking met de dienst kinesitherapie en de sociale dienst.

"Dagelijks ontvangen we van de opnamedienst de lijst van de nieuw opgenomen 75-plussers. De geriatrisch verpleegkundigen doen tweemaal per week een ronde om deze patiënten te screenen. Dat gebeurt via een vragenlijst waarbij ondermeer de gemoedstoestand, de cognitieve status, de recente hospitalisaties, de hulpbehoefte en het valrisico worden nagekeken", zegt dr. Vanslebrouck. "Is er sprake van een geriatrisch profiel, dan stellen de liaisonverpleegkundigen een kinesitherapeutisch en ergotherapeutisch advies op. Zonodig wordt er ook een aangepast dieetadvies geformuleerd en wordt de sociale dienst ingeschakeld. Na goedkeuring van de geriater komt er, via het Centraal Medisch Dossier, een schriftelijk advies bij de behandelende geneesheer terecht, want die blijft wel eindverantwoordelijk voor de patiënt."



## Uniek armbandje

Sommige patiënten vergeten wel eens hun eigen naam, weten niet goed waar ze precies moeten zijn, worden ploteling onwel of zijn nog half verdoofd. In al deze gevallen helpt het gloednieuwe identificatiearmbandje om de patiënt meteen te herkennen.

In het kader van een zo veilig mogelijke zorg, krijgt elke patiënt die wordt opgenomen in het AZ Sint-Elisabeth sinds kort een armbandje rond de pols. "Daarop staan de naam van de patiënt, zijn geboortedatum en zijn unieke verblijfsnummer, evenals het logo van het ziekenhuis. Het kamernummer staat er dan weer niet op, om problemen te voorkomen wanneer de patiënt verhuist naar een andere kamer", aldus Ann Moens (verpleegkundig directeur).

Op de armband staat ook nog een barcode. "In de toekomst kan die gebruikt worden voor bloedtransfusies en de bestelling van implantaten", zegt Sofie De Zutter (diensthoofd verpleging). "In een volgende fase kan de code ook gebruikt worden bij het bestellen van onder meer medicatie en maaltijden. Voor het gemak van de patiënt zijn de bandjes herbruikbaar. Aan de patiënt wordt wel gevraagd om de armband gedurende het hele ziekenhuisverblijf aan te houden."



**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](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 - aanvang 21u**  
di. 23 september 2008  
di. 28 oktober 2008  
di. 25 november 2008

**Klinische stafvergadering - aanvang 21u**  
di. 24 juni 2008  
di. 16 december 2008

### Info-avonden aanstaande ouders

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

**Zwangerschap**  
wo. 4 juni 2008  
wo. 3 september 2008  
wo. 05 november 2008

**Bevalling**  
wo. 25 juni 2008  
wo. 27 augustus 2008  
wo. 24 september 2008  
wo. 22 oktober 2008  
wo. 26 november 2008  
wo. 17 november 2008

**Baby**  
wo. 11 juni 2008  
wo. 10 september 2008  
wo. 12 november 2008

**Voeding**  
wo. 18 juni 2008  
wo. 6 augustus 2008  
wo. 17 september 2008  
wo. 19 november 2008

**Gratis toegang, geen reservatie noodzakelijk**  
**Info: dienst Materniteit, 09 364 87 60**

### Leven als voorheen

**Zelfhulpgroep voor vrouwen na borstoperatie**  
**Infonamiddagen van 14u tot 16u**  
zat. 13 september 2008  
zat. 15 november 2008

**Gratis toegang, geen reservatie noodzakelijk**  
**Info: Mevr. Anita Baeyens, 053 83 24 78**

### Bloed geven

wo. 16 juli 2008  
wo. 22 oktober 2008

## Extra zorg na ontslag

Na een ziekenhuisverblijf kan niet iedere patiënt meteen onbezorgd naar huis. Soms is er immers nood aan verlengde zorg. Om deze zorg op maat te organiseren, wordt vaak aangeklopt bij de sociale dienst van het ziekenhuis.



**Sociale dienst: Caroline Vandekerckhove, Bernadette Stautemas, Hildegard De Backer en Peggy Lannoy (Kathleen Janssens was afwezig voor de foto)**

Drie sociaal assistenten en twee sociaal verpleegkundigen staan in voor de maatschappelijke begeleiding van de opgenomen patiënten. Hun belangrijkste taak is het zoeken naar een oplossing voor patiënten die na hun ziekenhuisverblijf nog nood hebben aan verlengde zorg of aan specifieke thuishulp zoals familiale hulp, ziekenoppas, enzovoort.

“De sociale dienst begeleidt de patiënten én hun familie bij de voorbereiding van het ontslag en samen wordt naar de gepaste oplossing gezocht. Doorgaans zorgt de dienst ook voor de eerste contacten met de instellingen voor verlengde zorg.” aldus Vanessa De Mulder (coördinator sociale dienst).

### Ondersteunende rol

Maar ook tijdens het ziekenhuisverblijf kunnen patiënten bij de sociale dienst terecht. Die heeft een ondersteunende rol en informeert de patiënt en zijn familie over zowel financiële als administratieve regelingen. Ten slotte biedt de sociale dienst ook specifieke ondersteuning aan oncologische patiënten en woont de dienst de overlegmomenten van het palliatief team bij.

“De sociale dienst wordt ingeschakeld op vraag van de patiënt of zijn familie, van de behandelende arts of van de hoofdverpleegkundige”, zegt Vanessa De Mulder. “Op de meeste afdelingen is er op vaste tijdstippen een multidisciplinair overlegmoment waarbij ook de sociale dienst wordt betrokken. Daarnaast neemt de dienst dagelijks contact op met de hoofdverpleegkundigen en de behandelende geneesheer. Zo wordt de sociale situatie van de patiënt op de voet gevolgd.”

De sociale dienst is iedere weekdag bereikbaar tussen 8.30 en 16.30 uur. Iedere donderdagavond wordt permanentie voorzien tot 19 uur.