



Netvlies pathologie onder de loep

Patiënten met diabetesgerelateerde retinaproblemen kunnen terecht bij netvliespecialiste prof. dr. Elisabeth Van Aken. Sedert 1 maart staat zij in het AZ Sint-Elisabeth in voor een nieuwe behandeling van bloedingen en vochtophopingen in het netvlies. "Tot voor enkele jaren werden zulke patiënten onherroepelijk blind. Dankzij de nieuwe behandeling kunnen we het zicht op zijn minst stabiliseren – en soms zelfs verbeteren", aldus prof. dr. Van Aken.



Het OCT-scantoestel detecteert letsels vroeger

Cataractoperaties en oculoplastische chirurgie behoren tot het werkterrein van haar collega's dr. An-Sofie Lafaut en dr. Tine Herman. Professor dr. Elisabeth Van Aken buigt zich vooral over netvliesproblemen, voornamelijk veroorzaakt door diabetes of trombosen. "Vroeger werd het netvlies enkel met de laser behandeld, nu wordt dit voorafgegaan door één of meerdere injecties. Die zorgen er niet alleen voor dat er minder lasersessies nodig zijn, ze maken de laserbehandeling ook minder pijnlijk", aldus prof. dr. Van Aken.

Vroeg doorverwijzen

De techniek bestaat intussen een vijftal jaar en wordt nu ook in het AZ Sint-Elisabeth uitgevoerd. "De behandeling bestaat uit een inspuiting van anti-VEGF, een antilichaam dat de groei van de vaten op het netvlies verhindert. Daarmee kunnen we voorkomen dat het zicht verder aangetast wordt. Een behandeling bestaat uit één of meerdere injecties, telkens gevolgd door een objectieve én een subjectieve evaluatie. Met het OCT-scantoestel kunnen we al letsels detecteren alvorens

de patiënt er zelf iets van merkt. Dat is heel belangrijk: internationale studies hebben immers aangetoond dat de resultaten optimaal zijn wanneer de injecties al in dat vroege stadium toegediend worden. Huisartsen doen er dus goed aan om diabetespatiënten vroeg genoeg door te verwijzen naar onze dienst. Wanneer patiënten merken dat hun zicht achteruitgaat, is het meestal al te laat: de opgelopen schade is doorgaans onherroepelijk. Voorkomen is dus ook hier beter dan genezen."

Beter resultaat

De voordelen van de nieuwe behandeling zijn niet min. "Vroeger was enkel een laserbehandeling mogelijk met littekens op het netvlies. Door de injecties verminderen we de intensiteit én de littekens van die laserbehandeling – als ze überhaupt nog nodig is. Bovendien is de behandeling ambulante: de patiënt mag al meteen na de injectie naar huis."

Het grootste voordeel is natuurlijk het betere resultaat. "Tot voor enkele jaren was diabetes de grootste oorzaak van blindheid in de Belgische populatie onder 65 jaar. Dankzij deze nieuwe behandeling kunnen we dit significant terugschroeven", aldus prof. dr. Van Aken.

Nieuwe techniek voor uitstrijkjes

Cellen bestuderen onder een microscoop is een kunst op zich. De ene cel verbergt zich al eens achter de andere, en het geoefend oog moet de afwijkende cellen van de normale onderscheiden. Een nieuwe techniek maakt dat eenvoudiger: de 'dunne-laag-techniek'. Deze techniek zorgt onder meer bij cervixcytologie voor een optimaal zicht onder de microscoop. Lees meer op pagina 4.

Verder in dit nummer

Ondervoeding	3
Studiebezoek	3
Dunne-laag-techniek	4
Nieuwe artsen	4
Borstscreening	9
Bouwwerken	9
Medische raad	10
Ondernemingsraad	10
Vaatheelkunde	11
Groepsverzekering	11
Dienst in de kijker	12

Toelating gesloten
verpakking B/43





Herman De Vleschouwer
afgevaardigd bestuurder

Blijven uitbreiden

Een ziekenhuis dat bloeit, moet blijven uitbreiden. Dat heeft het AZ Sint-Elisabeth goed begrepen: begin augustus starten de werken aan het gloednieuwe dagziekenhuis. Die uitbreiding maakt de nood aan extra parkeerplaatsen echter nog prangender. Daarom zijn we onlangs gestart met de bouw van een parkeertoren, die plaats zal bieden aan maar liefst driehonderd auto's, hetgeen het aantal parkeerplaatsen op 800 brengt. De groei van het ziekenhuis maakte extra vermogen noodzakelijk. Het netwerk, inclusief het noodstroomnet, werd volledig vernieuwd en uitgebreid.

Ook het aanbod binnen het AZ blijft steeds groeien. Zo breidde de dienst Oogheelkunde uit met een nieuwe subspecialisatie: medische retina. Prof. Dr. Van Aken vervoegde hiervoor onze rangen om aandoeningen van de bloedvaten van het netvlies op te sporen en te behandelen. Het labo anatomopathologie maakt dan weer gebruik van de nieuwe dunne-laagtechniek voor beoordeling van cervixpathologie, ter vervanging van het vroegere uitstrijkje.

Die 'kwantitatieve' groei is uiteraard onlosmakelijk verbonden met de kwaliteit van ons medisch aanbod. Dat het AZ Sint-Elisabeth kwaliteit levert, werd onlangs nog eens bewezen door een studiebezoek van Australische chirurgen, die dit voorjaar de beste Europese ziekenhuizen op het vlak van orthopedische chirurgie bezochten. Eind april hielden ze halt in ons ziekenhuis om over de schouders van dr. Kristof Declercq mee te kijken, terwijl hij drie patiënten een nieuwe heup bezorgde via een minimaal invasieve techniek. U ziet het, de goede reputatie van het AZ reikt zelfs tot ver 'down under'.

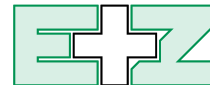
Die reputatie hebben we uiteraard mede te danken aan al onze medewerkers. Als blijk van waardering voor hun dagelijkse inzet en trouw, voorziet het ziekenhuis sinds begin dit jaar een groepsverzekering voor alle arbeiders en bedienden. Deze aanvulling op het wettelijk pensioen betekent voor de medewerkers een extra appeltje voor de dorst.

Tot slot ontbreekt ook de medische bijlage niet. Daarin kunt u alles lezen over nieuwe anticoagulantie in de behandeling van voorkamerfibrillatie en over cataractchirurgie.

Veel leesplezier,

Herman De Vleschouwer
Afgevaardigd bestuurder

Elektriciteitsnet



Eerste hulp bij stroomonderbreking

Wanneer thuis de elektriciteit uitvalt, is dat hoogstens vervelend. Als je net een ingewikkelde operatie staat uit te voeren, zijn de gevolgen niet te overzien. In een ziekenhuis is een back-up dan ook letterlijk levensnoodzakelijk. Het AZ Sint-Elisabeth is daarop voorbereid.



Roland De Bosscher en Lieven Van Crombrugge

Het hele elektriciteitsnetwerk, inclusief het noodstroomnet werd vernieuwd. "We hadden extra vermogen nodig door de groei van het ziekenhuis", aldus Lieven Van Crombrugge (verantwoordelijke bio-technische dienst). "In geval van een stroompanne schieten de dieselmotoren, die zelf elektriciteit produceren, na drie seconden in gang. Om die opstartseconden te overbruggen, beschikt het ziekenhuis ook over een No-Breaknet. Dat zijn batterijen die automatisch de stroom blijven leveren als ze een onderbreking detecteren. Zo valt het ziekenhuis nooit zonder elektriciteit."

Extra vermogen

De groei van het ziekenhuis maakte extra vermogen noodzakelijk. Het hele elektriciteitsnetwerk moest er aan geloven. Roland De Bosscher (directeur Facilitaire Dienst): "Drie nieuwe hoogspanningstransformatoren hebben het vermogen van ons 'gewone' elektriciteitsnet nu verdubbeld. Ook de dieselmotoren werden vervangen. Die leveren nu een vermogen dat maar liefst vier keer hoger ligt dan voorheen. En ten slotte werd ook het vermogen van het No-Breaknet verdubbeld."

Het vernieuwde No-Breaknet is vooral van belang voor de urgente diensten. "Wanneer de elektriciteitstoevoer uitvalt en ook de dieselmotoren het laten afweten, dan kan het nieuwe No-Breaknet maar liefst 90 minuten stroom leveren aan de urgente afdelingen. Dat geeft ons voldoende tijd om het noodstroomnetwerk weer in gang te krijgen."



Als eten even moeilijk is

Voeding wordt steeds belangrijker als ondersteuning van de medische behandeling. In het AZ Sint-Elisabeth lopen twee overheidsprojecten om de strijd tegen ondervoeding bij haar patiënten aan te gaan: ondervoeding en – sinds kort – oncologie.

Omdat het risico op ondervoeding doorgaans het grootst is bij oudere patiënten, worden alle geriatrische patiënten al sedert 2010 stelselmatig gescreend door diëtiste Sara Paridaens. Ondertussen startte er op de afdeling Oncologie een tweede project ondervoeding. In dit nieuwe zusterproject worden patiënten die een chemokuur volgen systematisch opgevolgd door diëtiste Daphly Troch: "Je kunt de screening vergelijken met die op de geriatrische afdeling, maar dan specifiek gericht op oncologische patiënten. Ik ga onder meer bij hen langs om voedingsklachten te bespreken, zoals een verminderde eetlust, smaakaversie, stoelgangproblemen, gewichtsverlies, enzovoort. Vervolgens geef ik individueel advies om de klachten te verminderen en de voedingstoestand te optimaliseren. Om de opvolging te garanderen, bezoek ik de patiënten op regelmatige basis, onder meer om gewichtsverlies snel te detecteren. Op termijn zal dit project uitgebreid worden, zodat uiteindelijk elke oncologische gehospitaliseerde patiënt zal worden opgevolgd."



Sara Paridaens en Daphly Troch

Het project op geriatrie blijft intussen lopen. Sara Paridaens bezoekt er elke patiënt om ondervoeding op te sporen. "Wanneer uit de screening blijkt dat de patiënt ondervoed is, of als het risico op ondervoeding groot is, zoek ik naar een oplossing in multidisciplinair overleg. We bekijken onder meer of de patiënt bijvoeding of sondevoeding nodig heeft, hoeveel en welke. De risicopatiënten worden nauwgezet opgevolgd. En bij ontslag bezorgen we een verslag aan het rusthuis, de thuisverpleegkundige of de familie, om de transmurale samenwerking te optimaliseren."

Ook alle geriatrische patiënten en patiënten uit de klinische paden COPD en Proximale FemurFractuur worden op de andere afdelingen systematisch gescreend. "Op termijn willen we ook dit project nog meer uitbreiden", besluit Sara Paridaens.



Bezoek van 'down under'

Bijzonder bezoek in het AZ Sint-Elisabeth: drie Australische orthopedische chirurgen bezochten er eind april de dienst Orthopedie. Ze keken mee over de schouder van dr. Kristof Declercq, die onder hun speurend oog drie patiënten een nieuwe heup bezorgde, via een minimaal invasieve techniek.

De drie Australiërs maakten de afgelopen maanden een rondreis door Europa. Niet om er de mooiste monumenten te bezichtigen, maar wel de beste ziekenhuizen op het vlak van orthopedische chirurgie. Het AZ Sint-Elisabeth was een logische 'halte': dr. Declercq is een expert op het vlak van heupchirurgie. De Australische artsen keken nauwlettend toe hoe deze heupspecialist een totale heupprothese uitvoerde via een minimaal invasieve techniek... en zagen dat het goed was.

Snelle revalidatie

Dankzij deze nieuwe techniek wordt de heupprothese geplaatst via slechts een kleine incisie in de huid. Op die manier worden spieren en pezen optimaal gespaard. Dat biedt heel wat voordelen ten opzichte van de klassieke, 'open' techniek, bevestigt ook dr. De Nutte. "Door de kleinere incisie heeft de patiënt niet alleen minder bloedverlies, maar ook veel minder pijn. Het ziekenhuisverblijf wordt zo heel wat korter: de patiënt revalideert significant sneller en kan bijgevolg veel sneller naar huis."

Wist u dat...

... de klinische paden voor patiënten met een heupfractuur of een COPD-opstoot in het AZ Sint-Elisabeth bijzonder goed uitgewerkt zijn? Dat is althans de mening van de European Pathway Association, die onlangs haar studie naar de impact van klinische paden afrondde. Vooral de sterk gestructureerde en multidisciplinaire aanpak van onze klinische paden kwam als een sterk punt naar voren.



Nieuwe kijk op cervixcytologie

Door gebruik van de ‘dunne-laag-techniek’ voor cervixcytologie kunnen we cellen van één cellaag dik op een glaasje aanbrenen. Dit zorgt voor een optimaal zicht door de microscoop. Bovendien kan de dienst Anatomopathologie van het AZ Sint-Elisabeth dankzij deze kwalitatief hoogwaardige techniek eenzelfde staal voor meerdere onderzoeken gebruiken.

Cellen bestuderen onder een microscoop is een kunst op zich. De ene cel verbergt zich al eens achter de andere, en het geoefend oog moet de afwijkende cellen van de normale onderscheiden. Een nieuwe techniek maakt dat eenvoudiger. “Bij cervixcytologie worden de cellen afgenomen met een speciale cervixbrush”, vertelt dr. Caroline Robrechts (dienst Anatomopathologie). “Ze worden echter niet meer uitgestreken op een glaasje, maar gefixeerd in een speciale vloeistof. Eens aangekomen in ons labo, wordt het preparaat in het ‘monolayer’-toestel geplaatst, dat de cellen automatisch uit de vloeistof haalt en ze in een dunne laag op het microscopisch draagglaasje positioneert. Doordat de cellen elkaar niet overlappen, en niet vermengd zijn met ‘overbodig’ materiaal zoals bloed en slijm, is het staal vaak representatiever dan een klassiek uitstrijkje. Ook het risico dat het staal ‘onleesbaar’ is, en dus opnieuw afgenomen moet worden, daalt significant. Omdat de resultaten voor de cervixcytologie zo goed zijn, kunnen we de dunne-laag-techniek nu ook gebruiken voor alle andere cytologie, zoals urine, pleuravocht, enzovoort.”

HPV-typering

Dankzij de dunne-laag-techniek kunnen bijkomende onderzoeken gebeuren op hetzelfde preparaat. Voor de typering van HPV (Humane Papilloma Virus) bijvoorbeeld, het virus dat baarmoederhalskanker kan veroorzaken. “Vroeger moest daarvoor een nieuw staal afgenomen worden, waardoor de patiënt extra lang moest wachten – soms tot zes maanden. Nu kennen de patiënten al na twee tot drie weken de resultaten van het onderzoek.”

Zowel de afname als de fixatie van de cellen verloopt volgens specifieke richtlijnen. “De kwaliteit van het staal hangt voor een belangrijk deel af van de afnametechniek, dus het is van groot belang dat de artsen de richtlijnen minutieus volgen. Dankzij die standaardisering kunnen we de stalen die ze afnemen zo efficiënt mogelijk verwerken.”

Nieuwe artsen

Prof. dr. Elisabeth Van Aken – Ophthalmologie



Prof. dr. Van Aken ging op 1 maart aan de slag op de dienst Ophthalmologie. Ze staat erin voor de nieuwe behandeling van diabetes en trombosen (zie pagina 1). “Van mijn collega’s dr. Lafaut en dr. Herman, waarmee ik samenwerkte tijdens mijn opleiding in Rotterdam, vernam ik dat deze nieuwe techniek nog niet in het AZ Sint-Elisabeth werd uitgevoerd. Het leek me dan ook interessant om dit aan de patiënten uit de regio te kunnen aanbieden.” Prof. dr. Van Aken studeerde in 1997 af als arts aan de UGent. Daarna doctoreerde ze er vier jaar rond netvliesziekten. Na een klinische specialisatie in netvliesziekten, trok ze voor drie jaar naar het Rotterdamse Oogziekenhuis. Van 2006 tot begin 2012 werkte ze als staflid netvliesziekten in het UZ Gent.

Dr. Katrien Bernagie – Psychiatrie

Op 20 augustus krijgt de dienst Psychiatrie er een nieuwe psychiater bij. Dr. Bernagie studeerde in 1999 af als arts aan de UGent. Na haar specialisatie in de psychiatrie, ging ze aan de slag in het Centrum voor Eetstoornissen in het UZ Gent. “In het AZ Sint-Elisabeth zal mijn taak deels bestaan uit patiëntenzorg op de afdeling, in samenwerking met de twee andere psychiaters, dr. Colaert en dr. Diependaele”, zegt dr. Bernagie. “Daarnaast zal ik ook eigen poliklinische consultaties doen voor mensen met allerhande psychiatrische problemen. Ik zou graag hier mijn carrière verder uitbouwen.”



Wist u dat...

... ons ziekenhuis bijzonder sportieve medewerkers heeft? Zo nam Daniël Van Caillie, diensthoofd verpleegkunde, deel aan de 1000 km van ‘Kom op tegen Kanker’. Samen met drie vrienden doorkruiste hij tussen 17 en 20 mei heel Vlaanderen op de fiets. Voor het goede doel, want om te mogen deelnemen moesten ze minimaal 5.000 euro sponsorgeld verzamelen, dat ‘Kom op tegen Kanker’ integraal gebruikt voor de financiering van wetenschappelijk onderzoek. Ook op de ‘Antwerp 10 miles’ was het AZ Sint-Elisabeth vertegenwoordigd. Dr. Caroline Dierickx en verpleegkundigen Dirk Eeman en Annemie Eechaute haalden alle drie de finish. Een mooie prestatie!



Beste lezer,

In deze editie van de medische bijlage vindt u twee bijdragen, vanuit twee verschillende disciplines van ons ziekenhuis. In de eerste bijdrage buigt dr. Caroline Dierickx van de dienst Cardiologie zich over de nieuwe anticoagulantia in de behandeling van voorkamerfibrillatie. De tweede bijdrage werd geschreven door dr. Tine Herman, oogarts in het AZ Sint-Elisabeth. In dit artikel neemt zij cataractchirurgie uitgebreid onder de loep.

We wensen u veel leesplezier,

Dr. Carlos Monté, hoofdgeneesheer.

dr. Caroline Dierickx

Nieuwe anticoagulantia – een (r)evolutie?

Bij de behandeling van voorkamerfibrillatie zijn er drie belangrijke streefdoelen namelijk verbetering van de kwaliteit van leven van de patiënt, de morbiditeit en mortaliteit reduceren en voorkomen van stroke of systemische embolen. Binnen de behandelingsstrategie zijn er hiervoor twee hoekstenen van belang namelijk enerzijds de anti aritmische arm en anderzijds de anti – thrombotische therapie.

Voor de anti thrombotische therapie zijn er sedert kort nieuwe medicamenteuze opties voorhanden waarvoor kort een toelichting voornamelijk gebaseerd op één van de nieuwe anticoagulantia.

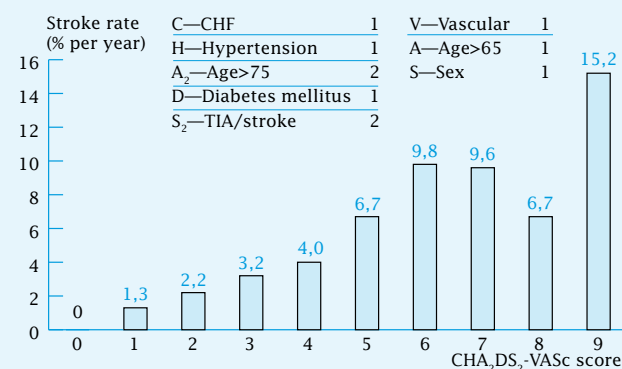
Voorkamerfibrillatie (VKF) is de meest voorkomende ritmestoornis. Eén op vier patiënten ouder dan veertig jaar zullen vroeg of laat atriale fibrillatie (AF) ontwikkelen. Europa telt reeds zes miljoen patiënten en dit zal naar de toekomst toe nog flink gaan toenemen gezien de veroudering van de bevolking. Atriale fibrillatie gaat gepaard met een hoger risico op ontwikkeling van een CVA of perifeer embool. Bovendien zijn de CVA's veroorzaakt door VKF dubbel zo fataal of invaliderend. Een goede ontstolling is aldus aangewezen. Het risico wordt hierbij ingeschat volgens de CHA₂DS₂ – VASC score. De huidige Europese richtlijnen adviseren bij een CHA₂DS₂ – VASC score 0 geen behandeling of een lage dosis aspirinoderivaat, CHA₂DS₂ – VASC score 1 orale anticoagulantia of aspirinoderivaat met voorkeur voor het eerste en tot slot bij een score van 2 of meer indicatie tot opstarten van anticoagulantia.

Warfarin to Prevent Stroke in AF Practice Guidelines for the management of AF

CHA ₂ DS ₂ -VASC 0	Nothing > Aspirin 75mg to 325mg daily
CHA ₂ DS ₂ -VASC 1	OAC > Aspirin 75mg to 325mg daily
CHA ₂ DS ₂ -VASC 2 or more	OAC = dose-adjusted warfarin (target INR 2.5) or dabigatran

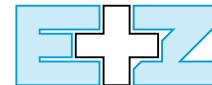
ESC, European Heart Journal 2010

Atrial Fibrillation and Stroke Stroke Risk Stratification with CHA₂DS₂-VASC



Overall Yearly Risk of Stroke in Non-valvular AF is **5%**

Camm et al, European Heart Journal 2010



Tot voor kort beschikten we enkel over vitamine K antagonisten als onderhoudsanticoagulantia. Helaas gaan deze medicaties gepaard met een aantal limiterende factoren zoals niet voorspelbaar respons, nauwe therapeutische marge met streefwaarde INR 2-3, noodzaak tot routinematige monitoring mits bloedafname, potentiële voedsel en geneesmiddeleninteracties. Hierdoor werd het gebruik van deze medicatie in de dagdagelijkse praktijk vaak bemoeilijkt.

Recent werden een aantal nieuwe orale anticoagulantia goedgekeurd ter preventie van embolen bij voorkamerfibrillatie. Binnen de stollingscascade werken Apixaban en Rivaroxaban als directe Xa inhibitoren en Dabigatran als directe IIa inhibitor.

Volgende patiënten komen in aanmerking voor een behandeling met nieuwe anticoagulantia:

- voorgeschiedenis van CVA, TIA of systemisch embool
- linkerventrikel ejectiefractie lager dan 40%
- symptomatisch hartfalen \geq NYHA klasse II
- leeftijd \geq 75 jaar
- leeftijd \geq 65 jaar geassocieerd met hypertensie, coronair lijden of diabetes

In de RELY studie werden 18 113 patiënten met VKF en minstens 1 risicofactor behandeld met ofwel Dabigatran 2 x 150 mg, Dabigatran 2x 110 mg of warfarine gedurende gemiddeld 2 jaar. Hieruit blijkt dat Dabigatran 150 mg een superieure doeltreffendheid heeft ten opzichte van goed gecontroleerde warfarine. Warfarine op zich zorgt reeds voor een risicoreductie op CVA van 64% ten opzichte van placebo. Dabigatran zorgt hierbij voor een bijkomende reductie tot 35%. Daar tegen over is er een minstens vergelijkbare veiligheid wat betreft ernstige bloedingen. Bovendien ziet men binnen de groep van Dabigatran (150 mg) minder intracranieële bloedingen. Maar belangrijk is wel te vermelden dat deze medicatie gepaard gaat met meer gastro intestinale bloedingen ten opzichte van warfarine.

Voornaamste bijwerkingen van Dabigatran zijn dyspepsie en soms abdominale ongemakken. Contra indicaties voor het opstarten van Dabigatran zijn ernstige nierinsufficiëntie met klaring lager dan 30 ml/min, actieve bloeding, spontane of farmacologisch verminderde hemostase, orgaanlaesies met risico op bloeding, gelijktijdige behandeling met anti mycotica zoals ketoconazol, ciclosporine, itraconazol en tacrolimus. Alvorens het opstarten van de therapie is controle van de nierfunctie aangewezen indien men een gereduceerde functie verwacht.

De behandeling met Dabigatran aan een dosis van 110 mg tweemaal daags wordt aangeraden aan patiënten ouder dan 80 jaar, patiënten met een gereduceerde nierfunctie, laag gewicht en verhoogd bloedingsrisico. Bij combinatie met Verapamil is eveneens een dosisreductie aangewezen. Deze

gereduceerde dosis geeft minder risico op gastro intestinale bloedingen ten op zichte van warfarine maar hierbij wordt de doeltreffendheid evenwel non inferieur.

In de ROCKET trial werd Rivaroxaban vergeleken met Warfarine. Hieruit bleek dat de dosering aan 20 mg (of 15 mg bij nierinsufficiëntie) bij hoogrisicopatiënten even effectief is als vitamine K antagonisten. Andermaal bleek er geen verschil te zijn in het optreden van majeure bloedingen maar was er ook een significante daling in intracranieële bloedingen.

Voordeel aan de behandeling met deze nieuwe anticoagulantia is het voorspelbare anti coagulerend effect met aldus geen noodzaak meer tot monitoring INR of dosis aanpassing. De medicatie werkt snel en de half waarde tijd is kort.

Als belangrijk nadeel weerhouden we de voorlopige afwezigheid van antidoot. Een exacte meetwaarde voor de anticoagulantia activiteit bestaat er niet maar de hemoclot test geeft wel een oriënterende waarde.

Indien de patiënt voorheen geen behandeling kreeg kan eenvoudig gestart worden zonder bridging. Bij switching van VKA wordt deze therapie gedurende enkele dagen onderbroken tot de INR $<$ 2 bedraagt.

Voor electieve chirurgie is er geen noodzaak tot onderbreken van de therapie wanneer het om een oppervlakkige ingreep gaat. Daarbuiten dient afhankelijk van het bloedingsrisico van de ingreep en de nierfunctie van de patiënt de behandeling variërend tussen de 1 à 4 dagen gestopt te worden.

Pradaxa® Prescribing Practicalities

How to stop if Elective Surgery?

- No interruption if superficial interventions (dental, cataract,...)
- Surgical interventions may require the temporary discontinuation of Pradaxa®

	Standard Risk	High Bleeding Risk
CrCl $>$ 80mL/min	1 day	2 days
CrCl 50-80mL/min	2 days	3 days
CrCl 30-50mL/min	3 days	4 days



Dr. Tine Herman, oogarts, cataractchirurg

Cataractchirurgie: verleden, heden en toekomst

1. CATARACT

Wat is cataract?

De lens in het menselijk oog bevindt zich direct achter de pupil en het regenboogvlies. Het hoornvlies en de lens vormen het lichtbrekend systeem van het oog. Hierdoor worden beelden geconcentreerd op het netvlies zodat de beelden scherp te zien zijn. Onder normale omstandigheden is de lens helder en doorzichtig. Als de ooglenstroebel is (cataract), ontstaat er een onscherp beeld op het netvlies en wordt het zicht troebel.

Oorzaken en prevalentie van cataract.

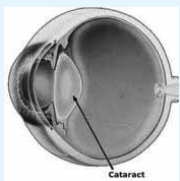
De meest voorkomende oorzaak (95%) van cataract is het verouderen van de ooglenst (leeftijdsgebonden). Onder de leeftijd van 65 heeft 3% van de volwassenen slechtziendheid als gevolg van cataract, in de leeftijdsgroep 55-74 jaar 11% en boven de 85 jaar 33%. Cataract is wereldwijd een belangrijke oorzaak van slechtziendheid en blindheid.

Andere oorzaken (5%) die tot cataract kunnen leiden zijn:

- metabole aandoeningen, bijvoorbeeld diabetes
- oogziekten (glaucoom, uveïtis)
- medicatiegebruik (cortisone)
- oogtrauma (scherp/stomp trauma, bestraling, chemisch letsel)
- aangeboren
- erfelijkheid

Gekende risicofactoren voor het ontwikkelen van cataract zijn: geslacht (v > m), zonlicht, voeding, socio-economische status, roken en alcohol.

Soorten van cataract.



De ooglenst is opgebouwd uit meerdere lagen: een kapselzak (de zak waarin de lens zich bevindt), cortex (buitenste schil), de nucleus (lenskern). Cataract wordt ingedeeld in types afhankelijk van de laag waarin het voorkomt: capsulair: vertroebeling van het lenskapsel zelf; subcapsulair: vertroebeling net onder het lenskapsel; corticaal: vertroebeling van de schil met grijze verkleuring van de lens; nucleair: vertroebeling van de kern met groen – bruine verkleuring van de lens, en tenslotte allerlei combinaties, bijvoorbeeld cortico-nucleair.

Symptomen van cataract.

Bij cataract kunnen verschillende klachten optreden:

1. verminderd zicht, waziger beeld: het zicht wordt minder scherp, troebel zicht zowel op afstand (tv kijken, autorijden) als voor dichtbij.
2. Last van verblindend strooilig: vermindert en verblindend zicht bij tegenlicht (autolampen en straatlantaarns) of zonlicht.

3. Monoculaire dubbelbeelden: meerdere meestal schaduwbeelden zijn aanwezig zowel met beide ogen samen als met elk oog afzonderlijk.
4. Verminderd kleurzicht: de wereld is grijzer, doffer. Meestal opvallend bij de vergelijking tussen 2 ogen wanneer reeds 1 oog van cataract behandeld werd.
5. Verminderd zicht in het donker: door vertroebeling van de ooglenst valt er minder licht het oog binnen en vermindert het contrastzicht.
6. Veranderende brilsterkte: bij nucleair cataract wordt de kern van de lens boller met een toename van de breking tot gevolg. Hierdoor kan tijdelijk het zicht beter worden in de verte zonder bril, of merkt men op plots te kunnen lezen zonder bril. Vaak wordt dit effect op korte termijn teniet gedaan door verdere vertroebeling van het zicht.

Diagnose van cataract.

Patiënten met cataract hebben aan de hand van hun klachten vaak al een vermoeden van de diagnose. Frequent worden zij met het vermoeden van cataract verwezen door hun huisarts of opticien. De diagnose van cataract wordt door de oogarts gesteld na een grondig onderzoek. Hierbij wordt de visus en oogdruk gemeten, het oog wordt microscopisch onderzocht zowel het voorsegment van het oog (cornea, iris, lens) als het netvlies (fundoscopie). Dit alles om met zekerheid cataract aan te duiden als oorzaak van het verminderd zicht en om andere oogziekten uit te sluiten.

Behandeling van cataract.

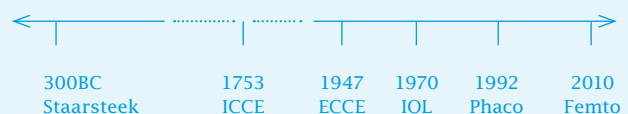
Er bestaat geen preventieve en geen medicamenteuze behandeling voor cataract. De enige mogelijke behandeling om het gezichtsvermogen te herstellen is een chirurgische ingreep waarbij de troebele lens verwijderd wordt en vervangen door een kunstlens.

Het is de patiënt die in samenspraak met de oogarts bepaalt in welke mate zijn zicht hinderlijk is voor de kwaliteit van zijn leven en het dagdagelijks functioneren.

2. CATARACTCHIRURGIE IN HET VERLEDEN



De eerste melding van een cataractoperatie werd gevonden in Oudindische manuscripten uit de tweede eeuw na Chr. (Sanskriet). In deze manuscripten werd een behandeling beschreven waarbij de troebele lens in toto met een naald naar achter in het oog werd



geduwd: de staarsteek. Eenzelfde melding is gemaakt in de Bijbel, Tobias 11 rond het jaar 600 voor Chr. Een tijdelijke verbetering van het zicht werd bereikt door het luxeren van de troebele ooglens in het glasvocht van het oog. Het oog ging uiteindelijk totaal verloren aan glaucoom, infectie of een netvliesloslating.

Pas in 1748 werd door de Fransman Jacques Daviel een cataractoperatie geïntroduceerd waarbij de lens niet in het oog werd geluxeed maar uit het oog werd geduwd: de intracapsulaire cataract extractie (ICCE). In 1917 verbeterde de Spaanse oogarts Barraquer deze techniek: dmv een cryode (bevroren staaf) werd de lens in toto verwijderd door een 13 mm corneale incisie. In 1980 werd de extracapsulaire cataract extractie (ECCE), waarbij het lenskapsel geopend werd en enkel de lenskern verwijderd werd, de meest gangbare techniek. Door het behoud van het lenskapsel werd het risico op een netvliesloslating kleiner. In beide technieken wordt de wonde gehecht. Na de ingreep werd het zicht van de patiënt gecorrigeerd door het gebruik van dikke "afake" glazen of door permanente contactlenzen.

Tot deze tijdsperiode werd enkel de troebele lens verwijderd uit het oog, zonder het implanteren van een kunstlens. In 1940 was de Britse oogarts Harold Ridley de eerste die slaagde in het ontwerpen en plaatsen van een kunstlens in de kapselzak. De vaststelling dat piloten uit de Eerste Wereldoorlog met stukjes versplinterd vliegtuigraam (perspex) in de ogen geen infecties ontwikkelden, bracht hem op het idee hieruit een lens te ontwerpen. Het duurde tot 1970 vooraleer het plaatsen van een intracapsulair lensimplantaat door de beroepsgroep werd geaccepteerd.

3. CATARACTCHIRURGIE: HUIDIGE TECHNIEK EN TOEKOMST

Cataractchirurgie is de laatste twintig jaar ingrijpend veranderd. Het gebruik van de operatiemicroscoop en intraoculaire lenzen, evenals de evolutie op gebied van micro-mechanisch materiaal, hebben tot nieuwe chirurgische technieken geleid, die het risico minimaliseren en het resultaat van het zicht maximaliseren.

In 1962 werd door Charles Kelman (VSA) de ultrasonische phako-emulsificatie ontwikkeld waarbij de kern van de aangetaste lens verbrijzeld wordt door middel van geluidsgolven en verwijderd wordt via een incisie van 5 mm. Na 30 jaar en verschillende technische verbeteringen wordt zijn uitvinding nu wereldwijd gebruikt.



Een 2.2 mm **kleine incisie** zonder hechtingen biedt meerdere voordelen. Zo wordt vervorming van de cornea vermeden en op die manier dus ook astigmatisme. Recuperatie van het zicht gebeurt sneller en het refractieve resultaat blijft stabiel. Het opereren onder **druppelverdoving** maakt de voorheen pijnlijke en risicovolle retrobulbaire injectie overbodig. Het risico op een orbitale bloeding, perforatie van de oogbol of beschadiging van de

oogbol wordt hierdoor vermeden. Het peroperatief staken van anticoagulantia is verleden tijd. Enkel patiënten met slechte coöperatie, angst of complexe cataract worden onder narcose geopereerd.

Het implanteren van **vouwbare kunstlenzen** maakt het mogelijk om met een steeds kleinere incisie te werken. De keuze van het type en de sterkte van de kunstlens wordt bepaald door de lensmeting en de gewenste postoperatieve refractie. De focus in de cataractchirurgie is verplaatst van een techniek die vooral gebaseerd was op het veilig verwijderen van de lens, naar een procedure die gericht is op het corrigeren van reeds bestaande myopie en hypermetropie als op het behandelen van astigmatisme. Een monofocale lens met ingebouwde UV filter corrigeert het zicht op 1 afstand, meestal in de verte zonder correctie van het astigmatisme. De introductie in 2007 van de **"torische" intraoculaire lenzen**, waarin de correctie van het astigmatisme reeds ingebracht is, corrigeert ook het bestaand astigmatisme. In België is er terugbetaling voorzien voor torische implantlenzen en is bijgevolg het gebruik van dit type lens in deze patiëntenpopulatie een absolute noodzaak om maximale kwaliteit van visus te verkrijgen.

Eén van de grote uitdagingen in de toekomst van de refractieve cataractchirurgie, is de behandeling van presbyopie (ouderdomsbijziendheid) via **multifocale of accommodatieve intraoculaire lenzen**. Deze lenzen zijn beschikbaar, evenwel zonder terugbetaling. De beperking van strooilicht door de kunstlens zelf blijft een uitdaging in de ontwikkeling van dit type lenzen.

De ontwikkelingen in cataractchirurgie staan niet stil. De nieuwste ontwikkeling (2010) is femtosecond laser geassisteerde cataractchirurgie. Hierbij worden manuele handelingen van de cataractchirurg vervangen door laser: de incisie, het openen van het lenskapsel en het verbrijzelen van de lens gebeuren laser-gestuurd. Deze laser-gestuurde handelingen bieden verschillende voordelen: de intraoperatieve variatie in wondvorm vermindert, de grootte en centrage van de kapselopening verbetert wat leidt tot betere voorspelbaarheid in refractie en centrage van de implantlens. Deze techniek heeft actueel ook beperkingen: zij is ongeschikt voor dens cataract, de microscoop – cataracttoestel en laser zijn niet geïntegreerd, en tenslotte is de hoge kostprijs voor de aankoop van het lasertoestel en evenals de hoge onderhoudskosten een belangrijke beperkende factor. Indien de techniek verder verfijnt en aantoon het risico op complicaties te verminderen, zal de kostenbatenanalyse in de toekomst mogelijks evenwel gunstig uitvallen.

Tot slot nog dit. Cataractchirurgie is zeer boeiende en uitdagende chirurgie aangezien zij onderhevig blijft aan nieuwe en interessante ontwikkelingen. De tevredenheid en glimlach van mijn patiënten na de ingreep doet steeds opnieuw deugd en motiveert mij om de lat steeds hoger te leggen. Stilstaan en dus achteruitgaan is geen optie, zeker in ons beroep waarbij we enkel het beste voorhebben voor onze patiënten.





Zottegem ♥ borsten

In Vlaanderen krijgt één op negen vrouwen te kampen met borstkanker. Toch laat slechts de helft van de vrouwelijke 50-plussers in Zottegem zich screenen. Tijdens een infoavond over borstkanker, op 12 juni, werd het belang van een vroegtijdige screening nog eens in de verf gezet.

Dat borstkanker optreedt, kan men niet verhinderen. Maar één ding is wel zeker: hoe vroeger je er bij bent, hoe groter de kans op herstel. Om het nut van een vroegtijdige screening te onderstrepen, kregen alle Zottegemse vrouwen tussen 50 en 69 jaar een brief van het stadsbestuur in de bus. Onder het motto 'Zottegem ♥ borsten' werden ze onder meer uitgenodigd in het AZ Sint-Elisabeth, voor een infoavond over borstkanker. Dr. Pieter Mulier, coördinator van de Borstkliniek: "Ik gaf er uitleg over het verloop van de ziekte, van ontstaan tot behandeling, met aandacht voor de meest recente technieken. De actie was een succes. We hebben bij heel wat vrouwen de drempelvrees om zich te laten screenen kunnen wegnemen..."



Borstkanker komt vaker voor dan vroeger. Maar de behandeling is er wel fors op vooruit gegaan. "Door de verbeterde beeldvorming wordt de tumor sneller opgespoord, waardoor de behandeling borstsparender is dan vroeger. Niet de volledige borst, maar enkel de borstklier wordt weggenomen. De lege holte wordt opgevuld met vetweefsel van de onderbuik – de zogenaamde DIEP-flap. In onze Borstkliniek bieden we overigens nog meer aan dan een behandeling op maat. Naast radiologen, gynaecologen en oncologen, staat een heel team klaar met onder meer borstverpleegkundigen, een psycholoog, een schoonheidsspecialiste en vrijwilligers van de zelfhulpgroep 'Leven zoals voorheen'. Door die multidisciplinaire werking kunnen we de patiënten met de beste zorg omringen."

Wist u dat...

... dr. Eliane Lagasse benoemd werd tot ondervoorzitter van de Provinciale Raad Oost-Vlaanderen van de Orde der Geneesheren? Ze zal vooral toezien op de vrijwaring van de deontologische plichten maar ook van de belangen en de rechten van de artsen. Het toenemend aantal vrouwelijke artsen is ondertussen ook te merken in de Raden van de Orde. De benoeming van dr. Lagasse is daar een goed voorbeeld van.



De werken zijn gestart

Alle toestemmingen, attesten en stempels zijn er. Nu kan de bouw van het gloednieuwe dagziekenhuis eindelijk beginnen. De bouw van de parkeertoren, met driehonderd extra plaatsen, is intussen al gestart. Zowel patiënten als bezoekers zullen de komende maanden rekening moeten houden met enkele omleidingen.

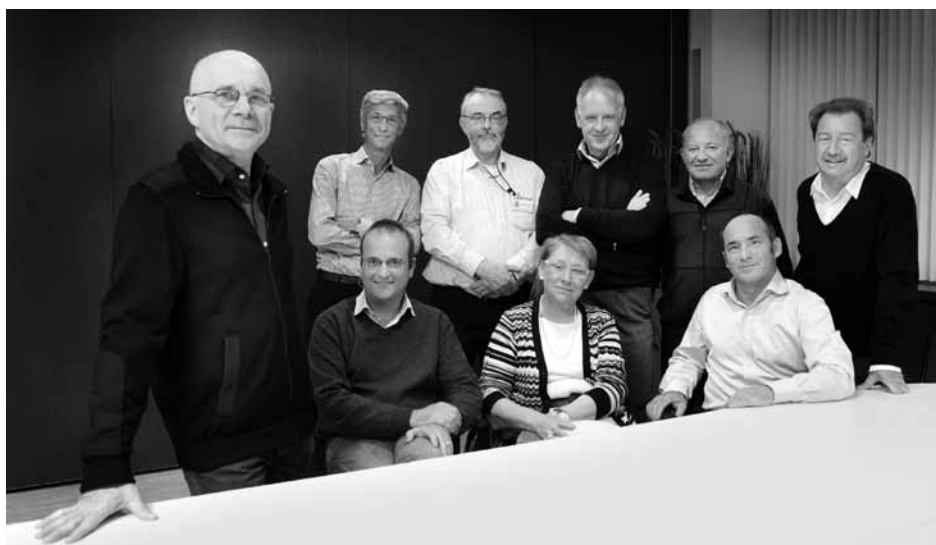
Wanneer je nu de parking van het ziekenhuis oprijdt, moet je soms lang zoeken naar een parkeerplaatsje. Het nieuwe dagziekenhuis, dat deels op de parking van het ziekenhuis wordt opgetrokken, maakt de nood aan extra parkeerplaatsen nog prangender. "Dankzij de nieuwe parkeertoren, bestaande uit drie parkeerlagen, komen er in één klap 300 plaatsen bij. De werken zijn intussen gestart. Omdat de toren een deel van de parking – aan de kant van de spoedopname – in beslag neemt, hebben we de capaciteit van de huidige 'noodparking' alvast verdubbeld, naar 150 plaatsen."

Van twee naar één

Het ziekenhuis is voorlopig nog bereikbaar via twee inritten. Wanneer de werken aan het dagziekenhuis starten, begin augustus, wordt de inrit van de parking via de hoofdingang afgesloten. "Gedurende de werken kunnen automobilisten enkel nog via de inrit aan de spoedopname de parking oprijden", vertelt Roland De Bosscher. "Omdat het dagziekenhuis op de parking aan de zijkant van het ziekenhuis wordt gebouwd, zullen ook de voetgangers worden omgeleid langs de werf. Het einde van de werken is voorzien voor eind 2013."

... het AZ sedert midden april beschikt over een eigen communicatieverantwoordelijke? Valerie Monbaliu staat er onder meer in voor de website, patiëntenbrochures, informatiefolders en... deze nieuwsbrief, die binnenkort in een nieuw kleedje steekt. Ook de organisatie van evenementen en campagnes behoort tot haar takenpakket. U kunt haar contacteren via communicatie@sezz.be.

Nieuwe Medische Raad



Staannd:
Dr. R. Vossaert,
Dr. F. Depuyt,
Dr. H. Vermeulen,
Dr. T. Claeys,
Dr. E. Van Holsbeeck,
Dr. D. Bladt

Zittend:
Dr. M. Valcke,
Dr. E. Lagasse,
Dr. P. Schoonooghe

Sociale verkiezingen 2012: nieuwe Ondernemingsraad en Comité voor Preventie en Bescherming op het werk



Staannd:
Kim Vanderzwalmen,
Nathalie Van De Velde
(plaatsvervanger),
Guy Van Den Berghe
(plaatsvervanger),
Glenn De Meyer,
Geert Van Iseghem,
Patrick Janaert, Noël Baele

Zittend:
Sabine Moreels,
Anne De Brabandere,
Hilde De Vogelaere

Niet op de foto maar
eveneens verkozen:
Guido Braeckvelt,
Marnix Vanden Meerschaut
en Marianne Vonck



Ludo Collin Nieuwe voorzitter

Peter Degadt, gedelegeerd bestuurder van Zorgnet Vlaanderen en voorzitter van de Raad van Bestuur van het AZ Sint-Elisabeth, geeft zijn voorzitterschap door aan Ludo Collin. Voor kanunnik en historicus Ludo Collin is het AZ allerminst nieuw terrein. Ludo Collin, al 35 jaar secretaris van de Gentse bisschop, zetelt sinds 1998 in de Raad van Bestuur van het ziekenhuis. "Ik heb het voorzitterschap aanvaard omdat ik mee wil werken aan de verdere evolutie van het AZ Sint-Elisabeth", vertelt de nieuwe voorzitter. "Ik hoop op een goede samenwerking met de leden van de Raad van Bestuur, met de Medische Raad en het directieteam, in volledige openheid en transparantie." De Raad van Bestuur dankt Peter Degadt voor zijn jarenlange inzet als voorzitter.



dr. Boudewijn Moors

Aneurysmabehandeling doorheen de huid

De algemene tendens naar steeds kleinere insneden zet zich ook in de vaatheelkunde door. In februari werd in het AZ Sint-Elisabeth voor de allereerste keer een aneurysma percutaan behandeld – doorheen de huid. Intussen werden al drie patiënten op die manier geholpen. Allen met succes.

Zwaar invasieve ingrepen maken steeds meer plaats voor kijkoperaties, ook bij de behandeling van uitgezette slagaders of aneurysma's. Deze levensbedreigende aandoening komt meestal voor ter hoogte van de grote buikslagader. "De klassieke behandeling van aneurysma's is al meer dan een halve eeuw oud", vertelt dr. Boudewijn Moors (dienst Algemene, thorax- en vaatchirurgie). "Die klassieke buikoperatie geeft goede resultaten, maar met gevaar voor complicaties. Sinds 2005 behandelen we de patiënten ook endovasculair: we brengen de bloedvatprothese in via een kleine insnede in de lies. Via die opening schuiven we de prothese langs de binnenkant naar de probleemzone. Om de prothese in te brengen, is er nog altijd een incisie nodig, maar de opening is veel kleiner dan bij een klassieke buikoperatie en dat verkleint de kans op complicaties significant."

Percutaan

Begin dit jaar introduceerde het AZ een techniek die de incisie nog kleiner maakt. "De meest recente techniek die we nu toepassen gebeurt volledig percutaan – door middel van het aanprikken van de bloedvaten. Eerst plaatsen we via de lies enkele hechtingssystemen in het bloedvat om de aanprikplaats nadien te kunnen sluiten. Om de hechtingen te kunnen plaatsen, hebben we slechts een insnede van een tweetal millimeter doorheen de huid nodig. De grote voordelen zijn een korte opnameduur en minder kans op postoperatieve verwikkelingen. Bovendien is het nu zelfs mogelijk om een aneurysma onder plaatselijke verdoving te behandelen."

Zorgeloos met pensioen

Menig Vlaming maakt zich zorgen over de betaalbaarheid van de pensioenen en vreest niet te zullen rondkomen met het wettelijk pensioen. Het AZ Sint-Elisabeth voorziet sinds 1 januari 2012 in een groepsverzekering voor alle arbeiders en bedienden.

De opbouw van het pensioen bestaat uit drie pijlers: het wettelijk pensioen, het aanvullend pensioen en het individueel pensioensparen. De groepsverzekering van het AZ Sint-Elisabeth behoort tot de tweede pijler. "Het ziekenhuis biedt deze verzekering aan als blijk van waardering voor de inzet en trouw van de medewerkers", aldus Vanessa De Mulder, hoofd personeels- en juridische dienst. "De groepsverzekering loopt normaliter tot 65 jaar. Naast een gewaarborgde uitkering bij leven, in de vorm van een aanvullend pensioen, voorziet de verzekering ook in de uitkering van het opgespaarde kapitaal



aan de nabestaanden bij overlijden vóór de pensioenleeftijd. Op die manier biedt het AZ haar medewerkers niet alleen een appeltje voor de dorst, maar ook een houvast voor het gezin."

Anciënniteit

"Voorwaarde om aangesloten te worden bij de groepsverzekering is minstens één jaar anciënniteit in ons ziekenhuis", vertelt Vanessa De Mulder. "De premie wordt betaald door het ziekenhuis, er wordt dus niets afgehouden van het loon van onze medewerkers. De startpremie voor een nieuwe medewerker die voltijds werkt, bedraagt 225 euro op jaarbasis. Per schijf van 5 jaar anciënniteit in ons ziekenhuis wordt die premie telkens met 25 euro verhoogd."



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

hoofdredactie: H. De Vleeschouwer ■ **redactieraad:** F. Verbeke ■ R. De Bosscher ■ A. Libbrecht ■ H. Libbrecht ■ A. Moens ■ C. Monté ■ D. Van Caillie ■ **fotografie:** Bart Cloet ■ **realisatie:** f-twee uitgeverij ■ www.f-twee.be ■ **verantwoordelijke uitgever:** Frank Verbeke ■ Godveerdegemstraat 69 ■ 9620 Zottegem ■ Tel. 09 364 81 11 ■ Fax 09 364 89 00



Agenda

MEDISCHE LESSENCYCLI

aanvang 21.00 uur

26/06/12 Medische Staf
25/09/12 Triverius
23/10/12 Triverius
27/11/12 Triverius (ethiek)
18/12/12 Medische Staf

Infobeurs: 'Baby aan boord'

20 oktober 2012

LEVEN ZOALS VOORHEEN

Zelfhulpgroep voor vrouwen na borstoperatie

Het ziekenhuis organiseert info-namiddagen op de volgende data:

- zaterdag 8 september 2012
- zaterdag 17 november 2012

De week ervoor wordt het onderwerp medegedeeld in de voornaamste kranten. Plaats: AZ Sint-Elisabeth van 14.00 tot 16.00 uur. Inkom is gratis en er is geen reservatie noodzakelijk.

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

Bloed geven

Telkens van 17u00 tot 20u00

Op volgende data :

- woensdag 18 juli 2012
- woensdag 17 oktober 2012

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

Registreren is de boodschap

Elk ziekenhuis heeft een papiermolen, en geen kleintje. Dat kan niet anders. Zo staan in het AZ Sint-Elisabeth dagelijks zeven medewerkers in voor de registratie van de Minimale Ziekenhuigegevens (MZG).



De MKG/MVG-cel

De MZG-registratie bestaat, naast administratieve en personeelsgegevens, uit de Minimale Verpleegkundige Gegevens (MVG) en de Minimale Klinische Gegevens (MKG). "De MVG-gegevens hebben betrekking op verpleegkundige zorgverlening, zoals het toedienen van geneesmiddelen, opvolging van parameters, enzovoort", vertelt dr. Hilde De Nutte (verantwoordelijke MKG/MVG-cel). "De MKG-cel doet hetzelfde voor de klinische gegevens, zoals de diagnoses, de uitgevoerde procedures en de ingrepen, zowel voor gehospitaliseerde als dagziekenhuispatiënten. Die info wordt gehaald uit de ontslagbrieven van de artsen, vervolgens omgezet in codes en ten slotte geanonimiseerd doorgestuurd naar de federale overheid."

Waarom registreren?

De MZG-gegevens worden door de overheid gebruikt voor het toewijzen van financiële middelen. Dr. De Nutte: "Op basis van de MKG-registratie wordt bijvoorbeeld per patiënt bepaald onder welke pathologiegroep hij valt. Voor elke pathologiegroep wordt een verantwoorde ligduur bepaald, en zo het aantal verantwoorde bedden berekend. Via deze berekening wordt onder meer het budget voor het verpleegkundig personeel bepaald, en allerlei forfaits, zoals het geneesmiddelenforfait, forfait klinische biologie, enzovoort. De gegevens dienen bovendien om het eigen beleid bij te sturen, bijvoorbeeld voor het uitwerken van kwaliteitsparameters of nieuwe zorgprogramma's."

De registratie kan enkel minutieus verlopen door een nauwe samenwerking met de ziekenhuisartsen. "Zij moeten immers de medische gegevens correct en tijdig aanleveren. Als er iets niet duidelijk is in de ontslagbrieven, bijvoorbeeld een bepaalde diagnose, nemen de medewerkers rechtstreeks contact op met de arts", aldus dr. De Nutte.