



Samenwerking met UZ Gent Partnerschap

Het AZ Sint-Elisabeth mag zich sinds kort officieel partner van het UZ Gent noemen. De samenwerking tussen beide ziekenhuizen werd onlangs in een raamakkoord gegoten. Daardoor kunnen de patiënten rekenen op de beste, para-universitaire kwaliteit. Dicht bij huis.



Raamakkoord tussen het AZ Sint-Elisabeth en het UZ Gent

Het AZ Sint-Elisabeth en het UZ Gent zijn geen vreemden voor elkaar. "We hebben al veel langer dan vandaag nauwe banden met het UZ Gent, maar nu is die samenwerking geformaliseerd in een officieel raamakkoord", zegt dr. Carlos Monté (hoofdgeneesheer). "Daardoor kunnen we onze patiënten nog meer kwaliteit aanbieden dan een klassiek perifeer ziekenhuis. Momenteel is er een samenwerking op dertien domeinen. Op het vlak van oncologie en radiotherapie hebben we al een lange gezamenlijke geschiedenis. Ook in het kader van moeder- en kindzorg (hoogrisico-zwangerschappen en intensieve neonatologie) werken we al meer dan tien jaar samen. In 2007 kwam daar nog de verwijzing naar en terugverwijzing van pediatrie-intensieve zorgen bij. De cardiologie heeft intussen ook al ruim tien jaar banden met het UZ Gent, meer bepaald op het vlak van interventionele cardiologie, cardiochirurgie en elektrofysiologisch onderzoek. Dr. Stefan De Maeseneire verricht bijvoorbeeld onze hartcatheterisaties in het UZ Gent."

Nog meer samenwerking

Beide ziekenhuizen werken ook samen op het vlak van locomotorische en neurologische revalidatie (sinds 2008), klinische genetica en genetische diagnostiek (sinds 2006), en heel recent ook plastische heelkunde. Dr. Carlos Monté: "UZ Gent-arts dr. Fransiska Malfait neemt het luik genetica in ons ziekenhuis voor haar rekening. Voor de reconstructieve plastische heelkunde voert dr. Filip Stillaert van het UZ Gent hier operaties uit. Doordat de Gentse specialisten hier op regelmatige tijdstippen aanwezig zijn, hoeven de patiënten uit onze regio zich niet meer te verplaatsen. Ze krijgen dezelfde kwaliteit en zorg als in een universitair ziekenhuis, maar dan vlak bij huis. Wanneer patiënten voor radiotherapie naar het UZ moeten, kunnen ze rekenen op gratis vervoer naar Gent en terug."

Verder is er nog een overeenkomst met de weefselbank van het UZ Gent, voor de opslag van musculoskeletale greffes. In associatie met het AZ Sint-Lucas van Gent werkt het ziekenhuis met het UZ Gent samen op het vlak van reproductieve geneeskunde. "En er zullen ongetwijfeld nog andere vakgebieden volgen", aldus dr. Monté.

Digitale stap vooruit

Met zijn twee gloednieuwe zalen zet de dienst Medische beeldvorming van het AZ Sint-Elisabeth de volgende stap in de digitale radiologie. Patiënten worden daarbij aan een veel kleinere stralingshoeveelheid blootgesteld. Het onderzoek verloopt bovendien een pak sneller: de beelden gaan rechtstreeks naar het leesstation van de radioloog. Lees meer op pagina 9.

Verder in dit nummer

Pensioen Jan Gabriëls	2
Joint Care-programma	3
Paaseierenactie	4
Nieuw parkeergebouw	4
Nieuwe digitale zalen	9
Flexibiliteitspremie	9
Nieuwe artsen	10
Cardiologie	11
ICT in de kijker	12

Toelating gesloten
verpakking B/43





Herman De Vleeschouwer
afgevaardigd bestuurder

Kwaliteit dicht bij huis

Na vele jaren van vruchtbare samenwerking is het nu zover: het AZ Sint-Elisabeth en het UZ Gent zijn officiële partners. De samenwerking tussen beide ziekenhuizen was door de jaren heen steeds uitgebreider geworden en is nu geformaliseerd in een raamakkoord. Daardoor kunnen we onze patiënten nog meer kwaliteit aanbieden dan een klassiek perifeer ziekenhuis: ze kunnen rekenen op de beste kwaliteit, dicht bij huis.

Een ander initiatief waarmee het ziekenhuis de beste zorg wil aanbieden aan de patiënt is het Joint Care-programma van de dienst Orthopedie. Patiënten die een knie- of heupprothese ondergingen, kunnen revalideren in groep en daardoor rekenen op een sneller herstel. Bovendien weten ze ook exact wat hen te wachten staat. Nog meer informatie krijgt de patiënt in het nieuwe introductiefilmpje waarin het Joint Care-programma van a tot z wordt toegelicht.

Ook op digitaal vlak houdt het ziekenhuis de vinger aan de pols. Met zijn twee gloednieuwe digitale zalen zet de dienst medische beeldvorming een volgende stap naar een volledig digitale radiologie. In de twee nieuwe zalen vallen de x-stralen op een digitale detector die ingebouwd is in de onderzoekstafel. De beelden gaan vervolgens rechtstreeks naar het leesstation van de radioloog. Dankzij deze nieuwe vorm van digitale radiologie worden patiënten aan een veel kleinere stralingshoeveelheid blootgesteld.

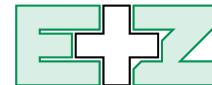
Ook de dienst cardiologie is mee met de meest moderne snufjes. Dankzij de steeds meer geavanceerde technologie kunnen de MUG-artsen al een electrocardiogram naar de smartphone van de cardiologen sturen, nog vóór de patiënt in het ziekenhuis is aangekomen. Sinds kort is ook de ambulance van het ziekenhuis met dat systeem uitgerust. Doordat de cardiologen rechtstreeks kunnen overleggen met de ziekenwagen, winnen ze heel wat tijd. En dat is van essentieel belang, want bij een acuut hartinfarct is elke minuut cruciaal.

Het ziekenhuis blijft dus groeien. En dat hebben we mede te danken aan onze algemeen directeur Jan Gabriëls, die na dertig jaar met welverdiend pensioen gaat. Hij geeft de fakkel door aan Frank Verbeke, die zijn taak zeker in dezelfde lijn verder zal zetten.

Veel leesplezier,

Herman De Vleeschouwer
Afgvaardigd bestuurder

Pensioen



De mijlpalen van Jan Gabriëls

Op 30 juni 2011 gaat algemeen directeur Jan Gabriëls, na een bloeiende loopbaan, met welverdiend pensioen. Mede dankzij hem groeide het ziekenhuis uit tot wat het vandaag is: een innovatief ziekenhuis dat zijn patiënten met de allerbeste zorg omringt.



Jan Gabriëls

Jan Gabriëls en het AZ Sint-Elisabeth hebben samen een lange weg afgelegd. Een traject dat bijna dertig jaar geleden van start ging. Als verpleegkundige en licentiaat in de ziekenhuiswetenschappen werd hij op 1 september 1982 assistent van de directie. Na een proefperiode werd hij hoofdverantwoordelijke van de verpleging. Op dat moment telde het ziekenhuis 237 bedden, 325 personeelsleden en 25 artsen.

Vijf jaar na zijn eerste kennismaking met het ziekenhuis werd Jan Gabriëls benoemd tot adjunct algemeen directeur. Een functie die hij erbij nam naast zijn job als hoofd van de verpleging. Wat de volgende mijlpaal in zijn loopbaan zou worden, liet zich toen al raden. Vanaf 1991 werd Jan Gabriëls algemeen directeur van het ziekenhuis, en dat zou twintig jaar lang zo blijven. Al die jaren – en nu nog steeds – stond hij bekend als een man met een visie, zowel op korte als lange termijn. Dat was onder meer ook te zien aan de groei van het ziekenhuis, dat vandaag 379 bedden, 760 personeelsleden en 96 artsen telt. Naar het personeel toe was hij vlot bereikbaar en nauw begaan met hun welzijn, steeds strevend naar de best mogelijke oplossing.

Nu nemen we met veel dankbaarheid afscheid van onze algemeen directeur, die het ziekenhuis maakte tot wat het nu is. Op 1 juli geeft Jan Gabriëls de fakkel door aan Frank Verbeke, die in 2006 in het AZ Sint-Elisabeth startte als diensthoofd Administratie en vanaf 2008 de functie bekleedde van administratief directeur.



Gewrichtenzorg in groep

Patiënten die een knie- of heupprothese ondergaan, kunnen instappen in het Joint Care-programma van de dienst Orthopedie. Revalideren in groep zorgt niet alleen voor een sneller herstel, de patiënten weten ook exact wat hen te wachten staat. In een nieuw introductiefilmpje wordt alles nog eens extra duidelijk uit de doeken gedaan.

Het Joint Care-programma maakt het ziekenhuisverblijf een stuk aangenamer. "Het groepsgebeuren is heel belangrijk", vertelt dr. Kristof Declercq (dienst Orthopedie). "Vier tot zes patiënten die op dezelfde dag geopereerd worden, revalideren samen in een afzonderlijke Joint Care-ruimte. Het groepeffect zorgt ervoor dat de patiënten elkaar helpen en stimuleren. Door in groep te revalideren, zien ze bijvoorbeeld ook dat iedereen last heeft van dezelfde of gelijkaardige postoperatieve ongemakken. Dat stelt hen vaak gerust: ze staan er niet alleen voor."

Stap voor stap

Van zodra de orthopedist beslist om over te gaan tot een knie- of heupprothese, gaat het Joint Care-programma van start. Een week voor de ingreep houdt de dienst een informatiesessie. Daar ontmoeten de patiënten die samen zullen revalideren elkaar voor de eerste keer. Dr. Declercq: "In deze preoperatieve vergadering geven we zoveel mogelijk informatie over de ingreep, de verdoving, de pijnstilling, de kinesitherapie, enzovoort. Dat neemt al een pak twijfels en vragen weg. Maar ook tijdens het verblijf in het ziekenhuis houden we de patiënt voortdurend op de hoogte. Dagelijks krijgen ze



Van links naar rechts: Caroline Vandekerckhove, dr. Kristof Declercq, Bart Rys, Wietse De Dekker, Karolien Neckebroeck, Bea De Cubber

bijvoorbeeld een 'stap-voor-stap'-kaart: een overzicht van alle verpleegkundige en kinesitherapeutische zorgen die ze die dag mogen verwachten. Daarnaast ontvangt iedereen een brochure met belangrijke oefeningen. Zo stimuleren we de patiënten om actief mee te werken aan het revalidatieproces."

Vlotter werken

Door de standaardisatie kan ook het revalidatieteam veel efficiënter te werk gaan. "Alles ligt vooraf vast", vertelt dr. Declercq. "Daardoor weet iedereen die bij de behandeling betrokken is perfect wat er op welke dag moet gebeuren. Zo is het natuurlijk veel vlotter werken... Als iedereen als het ware dezelfde taal spreekt, creëert dat ook meer vertrouwen bij de patiënt. En dat zorgt dan weer voor een beter en sneller herstel."

Om de patiënt nóg beter te informeren, maakte de dienst Orthopedie een introductiefilmpje. Daarin wordt het Joint Care-programma van a tot z toegelicht, op minder dan tien minuten tijd. Dr. Hilde De Nutte (adviseur medisch beleid): "In het filmpje leggen alle artsen en zorgverleners die betrokken zijn bij het programma stap voor stap uit wat er zal gebeuren, van bij de beslissing van de orthopedist tot na het ontslag. Het filmpje wordt getoond tijdens de preoperatieve informatiesessie voor de patiënten en hun partners. Daarna kunnen ze het nog eens rustig herbekijken op de website van het ziekenhuis."

Meer info: Dienst Orthopedie, 09 364 84 59

Wist u dat...

... het AZ Sint-Elisabeth ook heel wat sportieve medewerkers in zijn rangen heeft? Dr. Tom De Keukeleire (pneumoloog), Annemie Echaute (hoofdverpleegkundige intensieve zorgen), Dirk Eeman (hoofdverpleegkundige cardiologie-pneumologie) en Daniël Van Caillie (diensthoofd verpleegkunde) trokken op zondag 29 mei hun sportschoenen aan en namen deel aan de 32ste editie van de

20 kilometer door Brussel, de alom gekende hardlooptocht die ieder jaar in Brussel wordt gehouden. Het parcours verliep onder meer via de Wetstraat, het Poelaertplein, het Ter Kamerenbos om ten slotte aan te komen aan het Jubelpark. Onze vier deelnemers haalden zonder problemen de eindmeet. Een puike prestatie!

Terug naar huis dankzij paaseieren

Onlangs verkocht het AZ Sint-Elisabeth paaseieren voor een goed doel. De opbrengst gaat naar een neuropsychiatrisch centrum in Burundi, dat de centen goed kan gebruiken om... patiënten naar huis te kunnen sturen. Ook huisartsenkring Triverius draagt met een gulle gift een steentje bij.

Het Centre Neuropsychiatrique de Kamenge in de Burundese hoofdstad Bujumbura kampt met een hardnekkig probleem: de allerarmste genezen patiënten geraken er moeilijk naar huis. Dr. Herwig Colaert kent de problematiek als geen ander. Jaarlijks brengt de psychiater zo'n twee weken door in Burundi of een ander Afrikaans land om er artsen en verzorgend personeel op te leiden. Zijn jaarlijks bezoek wordt door Artsen zonder Vakantie bekostigd, dankzij giften zoals die van Triverius onlangs. Zij schonken 2.500 euro.

Gedumpt aan het ziekenhuis

In Burundi is het de gewoonte dat de familie een bijdrage betaalt voor de zorgen, vertelt dr. Colaert. "Zij kunnen die som vaak niet ophoesten, waardoor veel patiënten gewoon aan het ziekenhuis worden 'gedumpt'. Dat heeft gevolgen wanneer de patiënt genezen is: hij kan de verre reis naar huis niet betalen. Dit probleem draagt in belangrijke mate bij tot de vaak dramatische overbezetting in het ziekenhuis, wat dan weer zeer ontherapeutisch is voor de andere patiënten."

Met de paaseierenactie helpt het AZ Sint-Elisabeth het probleem mee aan te pakken. "Ook op het vlak van psychiatrische hulpverlening en infrastructuur kan er in Burundi uiteraard nog heel wat verbeteren, maar daarvoor zamelen al veel andere organisaties geld in. Daarom richten wij ons specifiek op het mobiliteitsprobleem. Het neuropsychiatrisch centrum in Burundi krijgt de verzamelde som overigens in deeltjes. Pas als ze de uitgaven van de vorige storting kunnen verantwoorden, krijgen ze een volgend deel. Zo willen we ervoor zorgen dat ze het geld wel degelijk gebruiken om de allerarmsten naar huis te krijgen."



Parkeerprobleem in één klap opgelost

Het AZ Sint-Elisabeth kreunt al een tijdje onder een gebrek aan parkeerplaatsen. Vooral op de piekmomenten loopt de parking al snel vol. Het tijdelijke parkeerterrein met 80 extra plaatsen hielp, maar een nieuw parkeergebouw moet definitief komaf maken met het probleem.

In 2012 gaat de bouw van het nieuwe dagziekenhuis van start. Deze nieuwe afdeling zal echter 70 parkeerplaatsen inpalmen, waardoor de nood aan nieuwe parkeerplaatsen nog groter wordt. De oplossing: een nieuw parkeergebouw. "Het alternatief was om de parking richting Godveerdegem verder uit te breiden, maar dan wordt de afstand van de parking naar de inkom van het ziekenhuis te groot", zegt Roland De Bosscher (directeur Facilitaire dienst). "Daarom hebben we ervoor gekozen om het nieuwe parkeergebouw op de bestaande parking op te

richten. Daardoor moeten de bezoekers en patiënten niet zo ver wandelen naar het ziekenhuis."

Nog meer nieuwe plaatsen

Het nieuwe parkeergebouw zal drie verdiepingen tellen, goed voor maar liefst 360 wagens. "Daarmee vangen we niet alleen de parkeerplaatsen op die we verliezen door het nieuwe dagziekenhuis, we creëren er ook heel wat nieuwe plaatsen bij", zegt Roland De Bosscher. "Zo is het parkeerprobleem in één klap opgelost. In augustus gaan de werken van start. Tegen januari 2012 moet het parkeergebouw er staan. En daarna beginnen de werken aan het nieuwe dagziekenhuis..."



Beste Collega,

In deze editie van de medische katern kunt u een boeiend artikel lezen over de bipolaire depressie, geschreven door dr. Herwig Colaert van de dienst Psychiatrie. In het tweede deel van de bijlage geeft dr. Fransiska Malfait interessante en praktische informatie over de genetische raadpleging die zij sinds januari 2011 elke maand houdt in het AZ Sint-Elisabeth.

We wensen U veel leesplezier!
Dr. C. Monté, hoofdgeneesheer

Dr. H. Colaert, psychiater

De bipolaire depressie

Psychiatrische stoornissen heb je in alle maten en gewichten, gaande van allerlei psychosociale moeilijkheden tot ziektebeelden met een sterke biologische component zoals schizofrenie en de bipolaire stoornis. Veel van deze problemen worden in min of meer urgente situaties opgevangen, behandeld of medicamenteus bijgestuurd door artsen die hierin maar een beperkte ervaring hebben – en vaak met goed resultaat. De moderne psychofarmaca hebben op het eerste gezicht weinig nevenwerkingen, men lijkt er niet veel mee te kunnen misdoen. Heel typisch gebeurt dit bijvoorbeeld bij depressies. Een wat gedrukte stemming en het voorschrift voor een antidepressivum ligt vaak al klaar. En vaak helpt dit ook, met dank aan het biologisch effect van het antidepressivum alsook aan zijn placebowerking.

En soms loopt het mis. De stemming lijkt niet te verbeteren, er wordt veranderd van molecule of geaugmenteerd met een tweede antidepressivum. En weer gaat het niet beter. De patiënt wordt meer onrustig, prikkelbaar, de stemming kan soms snel omslaan... Zelfmoord blijft op een gevaarlijke manier een optie. Of de stemming slaat om naar het klassieke manische beeld: eufor, gedreven, spraakzaam, jagende gedachten, riskant plezier zoekend gedrag. Weinig nachtrust maar toch niet moe.

De bipolaire stoornis in zijn klassieke vorm is redelijk goed herkenbaar. Een duidelijke manische episode van het klassieke type mis je niet

zo snel, maar het kleine broertje, de hypomane episode waarbij dezelfde kenmerken aanwezig zijn zonder dat het functioneren van de patiënt daar erg onder lijdt: die wordt heel vaak miskend. Ook al omdat noch de patiënt noch zijn familie daar erg ontevreden over zijn. Iedereen is al lang blij dat de hel van de depressie voorbij is.

De diagnose wordt een heel stuk moeilijker als het gaat om een atypische “dysfore” manie of hypomanie: de onrust is er wel, het weinig slapen, de gedrevenheid maar ditmaal zonder de positieve stemming. De patiënt kan zich overwegend slecht en prikkelbaar voelen. Of hij kan evolueren naar een gemengde episode: de tekenen van manie en van depressie wisselen elkaar in de loop van enkele dagen continu af. Bij 40 % van de manische episodes zijn er psychotische tekenen: wanen of hallucinaties. Bij grootheidswanen denken we gemakkelijk aan een manisch beeld, maar paranoïde wanen kunnen ons misleiden en verkeerdelijk de diagnose schizofrenie doen stellen. Bij uitgesproken psychotische tekenen moeten we natuurlijk ook denken aan een schizoaffectieve stoornis: de klassieke tekenen van een schizofrene psychose zijn aanwezig tegelijk met de tekenen van een manische episode, een depressie of een gemengde episode.

U ziet het, de diagnostiek die eerst zo eenvoudig leek kan behoorlijk moeilijk worden. Uit onderzoek bleek dat er bij een doorsnee bipolaire

patiënt gemiddeld pas na 8 jaar de juiste diagnose wordt gesteld. De patiënt heeft gemiddeld 4 dokters geconsulteerd vooraleer hij correct herkend wordt. Meer dan de helft van de patiënten krijgen eerst een andere diagnose, en zeer vaak zijn het de wanen die de dokters op het verkeerde been zetten.

Gaat het om een academische discussie, moeilijke diagnoses zonder praktische consequentie?

Integendeel, de behandeling bijvoorbeeld van een manisch psychotisch beeld en van een schizofrene psychose verschilt duidelijk, vooral op langere termijn. In eerste instantie zal je bij beide beelden succes boeken met een antipsychoticum, maar bij een bipolaire stoornis zal de patiënt op langere termijn veel baat hebben van een stemmingsstabilisator. Overigens, het soms snel ingestelde moderne antipsychoticum dat op het eerste gezicht onschuldig lijkt, blijkt naderhand soms gevaarlijk door zijn belangrijke metabole nevenwerkingen.

Maar het moeilijkste blijft toch wel de diagnose en de behandeling van de bipolaire depressie. Er zijn lichte verschillen in de kenmerken tussen de unipolaire (waarbij dus nooit tekenen aanwezig waren van een manische, hypomane of gemengde episode) en de bipolaire depressie (waarbij deze wel aanwezig waren). Overdreven slaapbehoefte, vergrote eetlust, psychomotore retardatie en een labiel humeur zijn suggestief voor bipolariteit. Maar deze kenmerken zijn op zich onvoldoende duidelijk om erop te vertrouwen. Gezien deze ziekte in belangrijke mate genetisch bepaald is, dien je zeker de voorgeschiedenis van de patiënt en van zijn familie heel grondig en gericht te bevragen, al dan niet met de hulp van vragenlijsten.

Zeldzaam? In het geheel niet.
De bipolaire stoornis komt voor bij ongeveer 5 % van de bevolking.

Therapeutische consequenties? Heel zeker wel. Een patiënt met (aanleg voor) een bipolaire depressie loopt een belangrijk risico om behandeld met alleen antidepressiva te evolueren naar een hypomane, manische of gemengde episode. Ook als dit niet gebeurt zal de prognose van de patiënt door een inadequate behandeling ver-

slechteren. De stemming kan wisselend worden, met schommelingen van zeer variabele duur. De patiënt kan in een dysfoor manisch beeld terechtkomen dat zeer vaak wordt miskend en erger wordt gemaakt door nog meer antidepressiva in te stellen. 11 % van de bipolaire patiënten eindigt met suicide. Voor 90 % is het een recurrenente ziekte.

Bij alle bipolaire stoornissen hoort de behandeling in de eerste plaats gericht te zijn op stemmingsstabilisatie. Stabilisatoren als lithium en valproaat blijven daarbij zeer belangrijk. Bij de acute manie blijven zij essentieel, maar ook de moderne antipsychotica hebben daar een rol, in monotherapie of in combinatie met een stabilisator.

Voor de bipolaire depressie gaat de eerste keuze opnieuw naar lithium en valproaat, of naar quetiapine. Eenmaal een stabilisator ingesteld, kan er zo nodig – maar als het niet hoeft liever niet – nog een antidepressivum worden toegevoegd.

Voor de onderhoudsbehandeling en de terugvalpreventie blijft lithium een goede keuze, zij het dat deze molecule meer beschermt tegen recidieven van manie dan van depressie. Lamotrigine heeft daarentegen bewezen de terugval qua depressieve episodes te verminderen.

Quetiapine zou beschermend zijn voor manie en depressie, verschillende antipsychotica waaronder olanzapine en aripiprazole beschermen vooral tegen manie. Ieder van deze producten heeft natuurlijk zijn eigen nevenwerkingen, die de patiënt kunnen demotiveren om dit middel (levenslang) te blijven nemen. Goed kiezen, ook in functie van deze te verwachten nevenwerkingen (gewichtstoename, metabool syndroom) en de patiënt informeren en begeleiden is essentieel om de therapietrouw te verhogen.

Eenmaal de diagnose gesteld, is psychoeducatie van het grootste belang: de patiënt en zijn familie moeten informatie krijgen over het ziektebeeld, over het risico op terugval. Ze moeten de tekenen hiervan herkennen en liefst overtuigd zijn van de noodzaak van een onderhoudsbehandeling. Psychotherapie ten slotte, vooral cognitieve therapie, heeft zeker zijn nut bewezen bij depressie, minder bij de manische episode die sterk biologisch bepaald is.



Dr. Fransiska Malfait, Prof. Dr. Anne De Paepe
 Centrum voor Medische Genetica, Universitair Ziekenhuis Gent

De genetische raadpleging: waarom doorverwijzen?

Stel: U stelt bij een jongedame de diagnose van borstkanker. Ze vertelt dat haar zus ook borstkanker heeft gehad en dat haar moeder aan deze aandoening is gestorven. De dame heeft zelf twee dochters en vreest dat zij ook een risico hebben om deze aandoening te krijgen. Of, een koppel heeft een eerste kind met een aangeboren afwijking en U wil weten welk risico dit koppel loopt dat hun volgend kindje dezelfde afwijking zal hebben. Met deze vragen kan de patient terecht op de genetische raadpleging. Sinds januari 2011 houdt dr. Fransiska Malfait van het Centrum Medische Genetica van het UZ Gent (diensthoofd professor dr. Anne De Paepe) eenmaal per maand een genetisch spreekuur in het Sint-Elisabethziekenhuis in Zottegem. Hier beantwoordt zij vragen van patiënten omtrent risico's over erfelijke aandoeningen.

Waarom doorverwijzen?

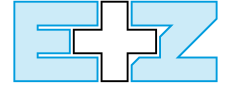
In principe zijn alle vragen rond erfelijkheid welkom. Een genetische raadpleging kan veel zorgen wegnemen. Er dient echter ook rekening mee gehouden te worden dat niet voor alle aandoeningen met een genetische achtergrond de verantwoordelijke erfelijke defecten opgespoord kunnen worden. Bovendien biedt dragerschap voor bepaalde genetische fouten nog geen zekerheid of iemand de ziekte al dan niet zal krijgen. Wie op consultatie komt, moet zich ook realiseren dat de resultaten heel ingrijpend kunnen zijn.

De meest voorkomende indicaties voor een genetische raadpleging omvatten :

- Het voorkomen van een mentale handicap en/of aangeboren afwijkingen bij een kind
- Het inwinnen van preconceptueel of prenataal advies bij het voorkomen of vermoeden van een genetische aandoening in de familie: in dit geval is een vroege verwijzing vóór de zwangerschap wenselijk. De belangrijkste reden voor preconceptuele verwijzing is dat genetische onderzoeken vaak lange tijd in beslag

nemen en hierdoor in veel gevallen tijdens een aan gang zijnde zwangerschap geen prenatale diagnostiek meer kan worden aangeboden. Immers alleen wanneer het onderliggend genetisch defect gekend is, is prenataal of preimplantatie genetisch onderzoek mogelijk. In tabel 1 worden de belangrijkste redenen voor preconceptueel genetisch advies weergegeven.

- Het optreden van herhaald miskraam en verminderde vruchtbaarheid: beide zijn een reden tot doorverwijzing voor preconceptueel advies. Herhaald miskraam is per definitie een opeenvolging van drie miskramen, zonder dat daar een normaal evoluerende zwangerschap tussenin zit. Herhaald miskraam komt voor bij 0,5 tot 1% van de zwangere vrouwen. Bij ongeveer 5% van de koppels met herhaald miskraam is 1 van beide ouders drager van een gebalanceerde chromosoomafwijking. Meestal gaat het om een reciproke robertsoniaanse translokatie. Ook bij koppels met verminderde vruchtbaarheid worden vaak numerieke of structurele chromosomale afwijkingen gevonden. Bij verminderde vruchtbaarheid worden naast het klassieke chromosomenonderzoek nog bijkomende genetische analyses gepland in functie van de klinische en labotechnische bevindingen, zoals onder andere het opsporen van microdeleties van de lange arm van het Y-chromosoom in geval van mannelijke onvruchtbaarheid, of het opsporen van een premutatie in het fragiele-X-mentale retardatie(FMR1)-gen bij prematuur ovarieel falen bij de vrouw.
- Het familiaal voorkomen van kanker. Elementen die kunnen wijzen op een erfelijke voorbeschiktheid voor kanker omvatten het vaststellen van kanker op ongewoon jonge leeftijd, het vaststellen van verschillende primaire tumoren bij éénzelfde patiënt, het voorkomen van bilaterale tumoren in gepaarde organen en een belaste familiale voorgeschiedenis. Erfelijkheidsonderzoek kan deze genetische predispositie bewijzen door het identificeren van het causale gendefect. Moleculair onderzoek kan voor vrijwel alle gekende erfe-



lijke kankersyndromen aangeboden worden in een diagnostische context, de belangrijkste omvatten de erfelijke vormen van darm- en borstcarcinoom. Dragerschap voor een dergelijke genetische afwijking is geassocieerd met een sterk verhoogd risico op het ontwikkelen van kanker. Het aanbieden van erfelijkheidsonderzoek in deze context impliceert naast een strikt medische dan ook een belangrijke psychologische en emotionele dimensie

Hoe verloopt een genetische raadpleging?

Bij een eerste consultatie (een intake-gesprek) wordt een stamboom opgemaakt, waarbij de familiegeschiedenis en de voorgeschiedenis van de patiënt worden uitgediept. Er volgt hierbij een medisch onderzoek, en indien nodig kunnen eventueel bijkomende onderzoeken aangevraagd worden. Dan pas wordt er eventueel overgestapt naar chromosomenonderzoek of DNA-onderzoek. Slechts na een correcte genetische diagnose of een verantwoorde hypothese tot diagnose kan waardevol genetisch advies verstrekt worden. Een genetische diagnose heeft implicaties niet alleen voor de gezondheid en de levensloop van de patiënt zelf, maar ook voor zijn/haar gezin en naaste familieleden. Hierdoor heeft genetische diagnostiek een uniek karakter met veelal een noodzaak tot multidisciplinaire begeleiding. Erfelijkheidsadvisering omvat een aantal belangrijke elementen, met name:

- De bespreking van de medische aspecten van een genetische aandoening, zowel de diagnose, als het verloop en het management ervan.
- De inschatting van de genetische risico's op de aandoening voor de adviesvrager (consultant) en zijn/haar nakomelingen en/of familieleden.
- Bespreking van de mogelijke opties die voorhanden zijn om met het genetisch risico om te gaan en een eventuele kinderwens te vervullen. Dit houdt ook in het verstrekken van informatie over mogelijkheden tot prenataal en/of presymptomatisch onderzoek.
- Begeleiding in de keuze van een geschikte gedragslijn voor de adviesvrager of het echtpaar, rekeninghoudend met het risico, het gezin, de ethische en religieuze normen.
- Het verstrekken van psychologische ondersteuning bij het verwerken van de informatie,

teneinde op een zo harmonisch mogelijke manier te leren leven met de erfelijke aandoening en het herhalingsrisico.

Centraal in het genetisch adviesproces is het opbouwen van een goede communicatie en interactie tussen de arts-geneticus en de adviesvrager. Mogelijk moet de patient na een onderzoek verder leven met het gegeven dat hij of zij bijvoorbeeld een zeer hoge kans heeft om borstkanker te ontwikkelen. Daarom is er aan het Centrum Medische Genetica Gent ook een team met onder meer psychologen verbonden. Zij vangen de patiënten op, bieden psychische en emotionele ondersteuning en bespreken met hen de verdere mogelijkheden.

Tabel 1: Redenen voor preconceptueel genetisch advies

- Erfelijke ziekte met mendeliaans overervingspatroon
 - Autosomaal dominante overerving: vb. neurofibromatose type 1
 - Autosomaal recessieve overerving: vb. mucoviscidose
 - X-gebonden recessieve overerving: vb. Duchenne spierdystrofie
 - X-gebonden dominante overerving: vb. incontinentia pigmenti
- Mitochondriale overerving: vb. Leber hereditaire opticusatrofie
- Numerieke of structurele chromosoomafwijking bij ouder/familie lid/kind
- Herhaald miskraam en verminderde vruchtbaarheid
- Aangeboren lichamelijke of mentale handicap van onbekende oorsprong
- Multifactoriële aandoening: vb. neuraal-buisdefect
- Bloedverwantschap of consanguïniteit

Contactgegevens:

Dr. Fransiska Malfait, Centrum Medische Genetica, Universitair Ziekenhuis Gent, De Pintelaan 185, 9000 Gent; Tel: 09/332 3603; Fax: 09/332 49 70; Email: Fransiska.Malfait@Ugent.be
Website: <http://medgen.ugent.be>

Verdere lectuur:
Tijdschrift voor Genetica, 1 november 2010 (Volume 66 nr 21): Praktische Genetica



Een digitale stap vooruit

Met zijn twee gloednieuwe digitale zalen zet de dienst Medische beeldvorming van het AZ Sint-Elisabeth de volgende stap in de digitale radiologie. Dat betekent: een sneller onderzoek met minder stralen voor de patiënt.

De tijd dat radiologiebeelden op een lichtschermborden werden bekeken, is al lang voorbij. De dienst Medische beeldvorming deed al tien jaar geleden zijn intrede in het digitale tijdperk. "Daarbij werd een fosforplaat eerst uitgelezen in een lasertoeel", vertelt dr. Willem Van Wilderode. "Pas daarna kon het beeld naar het digitale PACS-systeem, kort voor Picture Archiving and Communication System. In de twee nieuwe zalen kan dit minder omslachtig: de x-stralen vallen op een digitale detector die vast in de onderzoekstafel is ingebouwd. De beelden gaan vervolgens rechtstreeks naar het leesstation van de radioloog."



Minder stralen

Dankzij deze nieuwe vorm van digitale radiologie worden patiënten aan een veel kleinere stralingshoeveelheid blootgesteld. Het onderzoek verloopt daarnaast een pak sneller. Dr. Van Wilderode: "Vroeger moesten de verpleegkundigen voor elke foto een nieuwe cassette in het toestel steken, markeren, enzovoort. Als de foto mislukte, was het terug naar af... Nu zie je meteen de kwaliteit van het beeld op een preview-schermbord. Is de foto gelukt, dan wordt die geaccepteerd op het touchscreen en rechtstreeks doorgezonden naar het scherm van de radioloog. Bovendien komt de foto, mét verslag, automatisch in het patiëntendossier terecht."

Voor de huisarts krijgt de patiënt de beelden nog mee op cd-rom. "Het zou handiger zijn om de foto's via een digitaal platform aan de externe artsen ter beschikking te stellen, zodat we van die cd-rom af zijn. Dan kan de patiënt na het onderzoek ook veel sneller naar huis. Dat is onze volgende stap...", aldus dr. Van Wilderode.

Meer info: Dienst Medische beeldvorming, 09 364 85 20

Flexibiliteitspremie



Vanessa De Mulder

Wie plots wordt opgeroepen om te gaan werken, moet vaak eerst op het thuisfront aan de slag om alles geregeld te krijgen. Om de balans werk en gezin in evenwicht te houden, voorziet het ziekenhuis sinds 1 januari een financiële compensatie bij een onverwachte wijziging aan de werkplanning.

Als een werkplanning wijzigt, bijvoorbeeld door ziekte van een collega, worden de personeelsleden opgebeld op hun vrije dag of gevraagd om van uurrooster te wisselen. "Dit kan heel wat ongemakken in het privéleven met zich meebrengen", vertelt Vanessa De Mulder (hoofd personeels- en juridische dienst). "Daarom geven we sinds begin dit jaar een financiële appreciatie van 12,5 euro per dag aan iedereen die buiten de voorziene werkuren in het ziekenhuis verwacht wordt. Dit geldt ook wanneer het uurrooster wijzigt of wanneer iemand twee uur of langer moet overwerken. Het diensthoofd geeft telkens door wie recht heeft op de premie en om welke reden. De uitbetaling ervan gebeurt maandelijks."

Eigen initiatief

Momenteel staat het AZ Sint-Elisabeth zelf in voor de financiering van de premie. "De overheid spreekt al jaren over de invoering van een soortgelijke premie, maar de regeling laat nog steeds op zich wachten. Daarom hebben we een eigen initiatief uitgewerkt, samen met de werknemersvertegenwoordigers in de ondernemingsraad. Ons streefdoel blijft wel om de aanpassingen aan het uurrooster zoveel mogelijk te vermijden en het evenwicht werk en gezin te respecteren", aldus Vanessa De Mulder.

Nieuwe artsen

Dr. David Thüer - Urologie

Dr. Stragier en dr. Schoonooghe hebben binnenkort een nieuwe collega-uroloog. Dr. David Thüer studeerde in 2005 af als arts aan de K.U.Leuven en gaat in juli aan de slag op de dienst Urologie van het AZ Sint-Elisabeth. Hij zal er vooral het accent leggen op oncologie en minimaal invasieve chirurgie. "Mijn specialisaties in algemene heelkunde, urologie en robotchirurgie brachten mij al in ziekenhuizen over heel Vlaanderen, en ver daarbuiten", vertelt dr. Thüer. "In 2002 kreeg ik de kans om als assistent

mee te gaan op een urologische missie in Congo, om er vesico-vaginale fistels mee te helpen herstellen. Mijn passie voor het vakgebied is daar tot volle bloei gekomen." Nu kiest de uroloog voluit voor het AZ Sint-Elisabeth. "De visie van dit ziekenhuis komt overeen met die van mezelf: alle middelen worden ingezet om het welzijn van de patiënt voorop te stellen. En dat kan zich vertalen naar investeringen in moderne technologie en infrastructuur, zaken waar het AZ Sint-Elisabeth voortdurend mee bezig is."



Dr. Liesbeth Ottoy - Gynaecologie

Dr. Liesbeth Ottoy rondde in 2005 haar opleiding tot arts af aan de UGent. Door haar fascinatie voor de embryologie en het ontstaan van de mens specialiseerde ze zich verder in de gynaecologie. In 2010 had ze haar diploma op zak. Momenteel is ze nog steeds druk in de weer met wetenschappelijk onderzoek. "Ik leid een onderzoek over het insulinemetabolisme bij postmenopauzale vrouwen en ik ben lid van de Belgian Menopause Society", vertelt dr. Ottoy. "In

het AZ Sint-Elisabeth ben ik actief als fulltime gynaecoloog. In mijn takenpakket zitten onder meer verloskunde, gynaecologie en fertiliteit. Daarnaast wil ik ook graag de robotchirurgie verder uitbouwen. Ik heb voor het AZ Sint-Elisabeth gekozen omdat het ziekenhuis een prima infrastructuur heeft en een hoge kwaliteit aanbiedt. Kortom: een ziekenhuis met toekomst. Ook de aangename sfeer die er heerst, was voor mij een grote motivatie".

Dr. Fransiska Malfait - Klinische genetica

In 2000 studeerde dr. Fransiska Malfait aan de UGent af als arts. In 2007 ontving ze haar PhD in de medische wetenschappen en twee jaar later rondde ze een opleiding Inwendige Geneeskunde met subspecialisatie Reumatologie af. Dr. Malfait: "Daarnaast deed ik als klinisch geneticus ook ervaring op als aspirant, en later postdoctoraal onderzoeker bij het Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek". Sinds

januari is dr. Malfait regelmatig in Zottegem te zien in het kader van een samenwerking met het UZ Gent. "Ik ben staflid van het Centrum Medische Genetica van het UZ Gent. In het AZ Sint-Elisabeth verzorg ik sinds kort elke tweede woensdag van de maand de genetische raadplegingen. Ik hoop in de toekomst de genetische counseling naar een hoger niveau te tillen", aldus dr. Malfait.



Afscheid Zuster Gemma

Met veel spijt nemen we afscheid van Zuster Gemma, die op 10 mei 2011 na een kortdurende ziekte overleed. Ze werd geboren op 26 november 1927 als Elisabeth Bogaert. Op 3 juni 1955 trad ze in het klooster van de zusters Franciscanessen in Zottegem. Zuster Gemma studeerde verpleegkunde en startte haar loopbaan op de dienst pediatrie van het AZ Sint-Elisabeth. Dag en nacht stond ze klaar voor de zieke kinderen. Ze was er steeds om de zieken

een bezoekje te brengen en hen woorden van moed en troost toe te spreken. Naast de zorg voor patiënten en hun familie leefde ze ook mee met het personeel. De laatste jaren was ze een helpende hand aan de receptie van het ziekenhuis. We danken Zuster Gemma in naam van zoveel zieke kinderen en hun ouders, in naam van zoveel zieken, en in naam van directie, artsen en personeelsleden van het ziekenhuis.



3 x cardiologie

Het lijkt onmogelijk maar in het voorjaar had de dienst Cardiologie een nog vollere agenda dan gewoonlijk: de week van het hartritme is nog maar net achter de rug, de ziekenhuis-medewerkers konden een reanimatiecursus volgen en de communicatie tussen ziekenwag en cardioloog trad een nieuw tijdperk binnen. Drie op een rij.

Reanimatielessen voor het personeel

In oktober vorig jaar werden nieuwe, eenvoudiger richtlijnen voor reanimatie uitgeschreven. Het doel: meer mensen aansporen om actie te ondernemen. Dr. Stefan De Maeseineire: "Onderzoek heeft aangetoond dat hartmassage alleen – dus zonder beademing – al een groot verschil maakt. Zelfs al weet je niet perfect wat je doet: alles is beter dan lijdzaam toekijken. Die boodschap willen we nu zo ruim mogelijk verspreiden."



De reanimatiecursus was een succes

Dat was bijvoorbeeld het geval toen alle medewerkers van het AZ Sint-Elisabeth een reanimatiecursus konden volgen. "Iedereen was welkom, van medisch personeel tot de onderhoudsmedewerkers. Tijdens de cursus leerden ze de basistechnieken van reanimatie aan en na afloop kregen ze een minidiploma mee naar huis. De opleiding was een succes. Daarom spelen we nu ook met het idee om de cursus aan te bieden aan familieleden van hartpatiënten", aldus dr. De Maeseineire.

Week van het hartritme

Zonder dat ze het beseffen, lopen heel wat mensen rond met een hartritmestoornis. Op termijn kan dit grote problemen veroorzaken en wordt het risico op een trombose zeer hoog. Dr. De Maeseineire: "Om de aandacht op dit probleem te vestigen, hebben we voor de tweede keer meegewerkt aan de 'Week van het hartritme'. In die week konden mensen in ziekenhuizen over heel Vlaanderen hun hart laten controleren op voorkamerfibrillatie, de meest voorkomende hartritmestoornis."



Dr. Stefan De Maeseineire

Op woensdag 8 en vrijdag 10 juni vormde de hoofdingang van het ziekenhuis de uitvalsbasis. Dr. De Maeseineire: "Wie dat wenste, kon er door onze verpleegkundigen getest worden op voorkamerfibrillatie. Ze gebruikten daarvoor een hartfilmpje, dat op een snelle en eenvoudige manier achterhaalt of er een probleem is. In dat geval gaven we informatie mee en verwezen we door naar de huisarts."

Time is muscle

Bij een acuut hartinfarct is iedere minuut cruciaal. "Wanneer een bloedvat dichtklapt en de bloedtoevoer naar het hart wordt afgesloten, zal de hartspier beginnen afsterven", vertelt dr. De Maeseineire. "Time is dus letterlijk muscle. In het slechtste geval kan één luttele minuut zelfs beslissen over leven en dood."

Het is dus van groot belang om zo weinig mogelijk tijd te verliezen. Dankzij de steeds meer geavanceerde technologie kan dat. Cardiologen krijgen al een cardiogram op hun smartphone te zien nog vóór de patiënt in het ziekenhuis is aangekomen. Dr. De Maeseineire: "De MUG heeft dit systeem al langer, maar sinds kort is ook onze ambulance er mee uitgerust. Dat bespaart ons heel wat tijd: we kunnen rechtstreeks overleggen met de ziekenwag en alles klaarzetten tegen dat de patiënt arriveert."

Meer info: Dienst Cardiologie, 09 364 84 84



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

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



Agenda

LEVEN ZOALS VOORHEEN

Zelfhulpgroep voor vrouwen na borstoperatie

Het ziekenhuis geeft info-namiddagen op de volgende data:

- zaterdag 10 september 2011
- zaterdag 5 november 2011

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.

MEDISCHE LESSENCYCLI

aanvang 21.00 uur

28/06/11 Medische stafvergadering
27/09/11 Triverius
25/10/11 Triverius
22/11/11 Triverius (ethiek)
20/02/12 Medische stafvergadering

VOOR AANSTAANDE OUDERS

Infobeurs: 'Baby aan boord'

- 18 juni 2011
- 22 oktober 2011

BLOEDINZAMELING 2011

- 20 juli 2011
- 19 oktober 2011

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

Service de klok rond

Hoewel de dienst ICT hoofdzakelijk achter de ziekenhuisschermen werkt, zitten ze daar niet stil. Integendeel: het takenpakket wordt steeds groter en gespecialiseerder. Het devies luidt wel nog steeds: iedereen ondersteuning bieden, de klok rond.



Vlnr: Johan Noyez, Ronny de Schryver, Johan Poelaert, Nicky De Temmerman, Lydie De Wolf, Jelle Van Der Spiegel, Guido D'Hooghe, Christian De Paepe, Joris Sergeant, Chris Lenssens, Yves Rogge

Het werkveld van de ICT-afdeling is de voorbije jaren zo uitgebreid dat dit ook zijn weerslag heeft op het team. "Vroeger behoorde alles met een kabel tot onze bevoegdheid, maar met het draadloze tijdperk gaat zelfs die redenering niet meer op", lacht diensthoofd Johan Noyez. "Tegenwoordig is alles zo gespecialiseerd dat je het niet meer redt met vijf allround informatici, zoals dat vroeger wel het geval was. Bovendien vereist de steeds evoluerende medische zorg meer en meer een digitale integratie. Om maar een idee te geven: onze dienst beheert intussen 720 netwerkaansluitingen. Naast het technische luik moeten ook essentiële domeinen zoals veiligheid, databeheer, integratie en de verdere informatisering van de visie van het ziekenhuis gedragen worden. We werken nu met een 11-koppig geëngageerd en complementair team, dat al die uiteenlopende ICT-domeinen afdekt."

Gericht op de 'business'

De meest recente aanwinst voor de ICT-dienst is de EPD-coördinator. "Het elektronisch patiëntendossier is een van onze belangrijkste projecten. Het EPD centraliseert de administratieve, verpleegkundige en medische gegevens over de patiënt, zodat de informatie-uitwisseling en samenwerking tussen zorgverleners binnen én buiten het ziekenhuis en de kwaliteit van de zorg zo optimaal mogelijk verlopen."

Ook het veiligheidsaspect is heel belangrijk. "Een waterdichte beveiliging is een must en een continue opdracht. Verder zorgt onze dienst er ook voor dat de kritische bedrijfstoepassingen 24/7 operationeel blijven. En ook als er een informatieprobleem zou zijn in het ziekenhuis, staan we paraat."