

oktober - november - december 2011

58

FOCUS

Resultaten grote
huisartsenenquête

Symposium over ontwikkelingen
in de cardiologie

Succesvol
dialysevaataccesbeleid

Nieuw:
VATS lobectomie



Editoriaal

Focus op 2012

Afgelopen jaar heeft AZ Sint-Lucas het oor te luister gelegd bij verschillende van de stakeholders. Naast de patiëntenbeoordelingen, beluisterden we ook onze eigen artsen en medewerkers en stuurden we een vragenlijst uit naar alle huisartsen in de regio.

Onze dank gaat uit naar al wie zich de tijd en moeite getroostte om ons waardevolle input aan te leveren. Zoals op pagina 6-7 te lezen valt, leverde de bevraging van huisartsen bijzonder nuttige zaken op. De informatie die we bekomen hebben, moet ons in staat stellen om enkele bijstellingen te doen in functie van kwalitatieve zorgverlening op meerdere niveaus.

Daar zullen we in 2012 bewust verder aan werken.

Intern zullen we in 2012 voorbereidingen treffen voor de zorginspectie van de overheid. De doorlichting willen we aangrijpen om onze eigen werking verder te verbeteren. Niet in het minst met het oog op de voorbereidingen voor het accrediteringstraject waarmee AZ Sint-Lucas van start wil gaan.

Maar 2012 voorziet ook op andere vlakken mooie vooruitzichten. Het wordt een bijzonder jaar voor de palliatieve zorgeenheid. De dienst stond ooit mee aan de basis van wat palliatieve zorg vandaag in Vlaanderen is. We zijn van mening dat dit een goede reden is om in 2012 het twintigjarig bestaan van de afdeling te vieren met een symposium op 22 september. Bijna symbolisch is het ook na twintig jaar dat de afdeling palliatieve zorgen in een volledig vernieuwde locatie wordt ondergebracht met extra comfort voor de patiënten en een prachtig uitzicht op de torens van Gent.

U bent uiteraard meer dan welkom om zelf eens de nieuwe ruimtes te komen bekijken bij de opening begin maart. U leest er meer over op pagina 3.

Het hoeft geen groot betoog dat we niet stilzitten. De opstart van nieuwe medische technieken, zoals de VATS lobectomie (pagina 16-17) en het gebruik van Tigenix (pagina 10-11), initiatieven met woonzorgcentra (pagina 18-19) of voor ecologisch projecten (pagina 14), zijn daar mooie illustraties van.

Met elk initiatief funderen we verder onze basis voor een goede toekomst. En een goede toekomst is wat wij ook u toewensen. We hopen dat 2012 voor u, uw familie en uw naasten op vlak van gezondheid en welbevinden een stevige basis mag omvatten voor het uitwerken van alle ambities en elk persoonlijk en professioneel project waarvoor u zich engageert.

Dr. Dirk Maes

Medisch directeur en hoofdgeneesheer

FOCUS⁵⁸

Inhoud

<i>Korte berichten en agenda</i>	3-4
<i>Resultaten huisartsenenquête</i>	6-7
<i>Ontwikkelingen in de cardiologie</i>	8-9
<i>Succesvol dialysevaataccessbeleid</i>	12-13
<i>Laadpaal elektrische wagens</i>	14
<i>Dienst Gastro-Enterologie in de kijker</i>	15
<i>VATS lobectomie</i>	16-17
<i>Uitbouw samenwerking woonzorgcentra</i>	18-19

Colofon

Focus is het driemaandelijks tijdschrift van vzw AZ Sint-Lucas & Volkskliniek.

vzw AZ Sint-Lucas & Volkskliniek:
campus Sint-Lucas | Groenebriël 1, 9000 Gent
campus Volkskliniek | Tichelrei 1, 9000 Gent
Tel. 09-224 61 11 | info@azstlucas.be

Eindredactie:
Nicole Claeys | Groenebriël 1, 9000 Gent
Tel. 09-224 61 23
nicole.claeys@azstlucas.be

Medewerker: Kim Aerts

Verantwoordelijke uitgever:
dr. Dirk Maes | Groenebriël 1, 9000 Gent

Foto's: Filip Erkens, Johan Martens

Vormgeving: dotplus

Redactie: Nicole Claeys, Filip Decruynaere



Nieuwe locatie voor palliatieve eenheid

Begin maart 2012 opent de palliatieve eenheid van AZ Sint-Lucas de deuren van een volledig nieuw ingerichte afdeling op campus Volkskliniek.

Het ontstaan van de palliatieve eenheid van AZ Sint-Lucas is voornamelijk te danken aan de insteek van de Zusters

van Liefde die het geld bijeen wisten te krijgen voor de verbouwings- en werkingskosten van de afdeling bij de oprichting in 1991.

Het is sindsdien steeds de betrachting geweest om de afdeling zoveel mogelijk een sfeer van comfort, huiselijkheid en rust te laten uitstralen.

Maar de huidige ruimtes waren na twintig jaar verouderd.

Investerings in verbouwingen resulteerden in een volledig nieuw onderkomen voor de afdeling op campus Volkskliniek. Belangrijkste meerwaarde van de nieuwe locatie zijn de twaalf eenpersoonskamers, elk voorzien van eigen douchemogelijkheden en een wastafel – daar waar tot op heden de afdeling ook nog vier tweepersoonskamers telde. De nieuwe afdeling biedt de patiënten ook een groot terras met uitzicht op de Gentse torens en een hoog-laagbad, zodat ook de allerzwakste patiënten dagelijks kunnen baden.

Met de officiële opening, grijpt de palliatieve eenheid de kans om een gedenksteen voor E.Z. Marie-Ange in te huldigen. Het was onder haar impuls dat de eenheid in 1991 werd opgericht. E.Z. Marie-Ange De Paepe overleed op 9 juli 2010 in AZ Sint-Lucas.

Polikliniek en radiologie in Aalter

De zuster gemeenschap van de H. Jozef heeft zich gedurende jaren ingezet voor zowel Veilige Have als het ziekenhuis H. Familie. Dr. Marichal verzorgde de opvolging van de patiënten op de SP-dienst.

Vanuit deze contacten rijpte het idee om, in navolging van het initiatief van het medisch centrum in Zelzate, ook in Aalter een polikliniek uit te bouwen.

Er was hierover reeds overleg tussen een delegatie van de huisartsenverenigingen en de directie van het ziekenhuis.

In het voorjaar van 2012 zal de polikliniek in gebruik worden genomen in de gebouwen van Veilige Have, waar nu reeds een low-care hemodialysecentrum van AZ Sint-Lucas gevestigd is.

Er zullen consultaties voor orthopedie, algemene en vaatheelkunde, gynaecologie, MKA, pneumologie en gastro-enterologie gehouden worden. Daarnaast zullen er ook voorzieningen voor medische beeldvorming aanwezig zijn.

Vooraleer van start te gaan, wordt er nog een nieuw overleg gepland met de huisartsenvereniging om concrete afspraken vast te leggen voor een optimale samenwerking met de huisartsen in de regio.



Hot topics in de cardiologie

Op 13 december 2011 vindt een medische avond plaats rond hot topics in de cardiologie.

Programma

Wat is nieuw in voorkamerfibrillatie: anti-aritmica, antico en ablatie-beleid
Dr. H. Verloove en dr. K. Van Beeumen, cardiologen

Resistente arteriële hypertensie: polyfarmaca en renale denervatie
Dr. K. Hermans, cardioloog

Niet-invasieve cardiale beeldvorming: plaats van de coronaire CT
Dr. A. Ascoop, cardioloog en dr. D. Dewilde, radioloog

Coronaire stents: anti-plaquettaire therapie in de dagelijkse praktijk
Dr. P. Cambier, cardioloog

Moderators zijn dr. Kristof Roose en dr. Stefaan Van Baeveghem, huisartsen en dr. Hans Vandekerckhove, cardioloog.

Afspraak op **dinsdag 13 december 2011** in campus Sint-Lucas, straat 31. Het programma begint om 20.30 uur. (Volg de interne bewegwijzering.) De avond wordt afgerond rond 22.15 uur met een hapje en een drankje. *Accreditering is aangevraagd.*

Lees ook het interview met dr. Vandekerckhove op pagina 8-9.

Programma medische avonden 2012

In de eerste helft van 2012 organiseert AZ Sint-Lucas volgende medische avonden voor huisartsen en artsen:

24 januari	Oncologie en postmenopauzaal bloedverlies Dr. Logmans
20 maart	Reanimatie Dr. De Turck
17 april	Psoriasis Dr. Dierckxsens
19 juni	Update in de pneumologie Dr. Ommeslag

Noteer alvast de data in uw agenda. Wie Focus ontvangt, ontvangt ook steeds een persoonlijke uitnodiging met meer informatie over de sprekers en de onderwerpen die aan bod komen.

Deze informatie is ook telkens terug te vinden op www.azstlucas.be samen met de gegevens rond accreditering.

Indien u nog niet tot deze geadresseerden behoort, kan u steeds uw gegevens doorgeven aan Annick Martens op tel. 09-224 61 27 of via mail aan annick.martens@azstlucas.be.

Nieuwe artsen in dienst



Op 1 juni vervoegde dr. Alexander Schepens de dienst orthopedie.



Dr. David Colle versterkt sinds 1 september de neurochirurgen.



Het medisch specialisme maag-, darm- en leverziekten verwelkomde op 1 oktober dr. Sofie Rogge. Lees meer op pagina 15.



Vanaf november versterkt dr. Olga Segers de dienst endocrinologie.

Teken... meer dan Lyme borreliose. Is besmetting te voorkomen?

| Dr. Steven Callens |



Het TBE (tick borne encephalitis) virus wordt overgezet door teken. De ziekte is endemisch in de landelijke bosrijke streken van meerdere landen van centraal Europa, de zogenaamde 'TBE-gordel' (Oostenrijk, Zwitserland, Zuid-Duitsland, Hongarije, Tsjechië, Slowakije, Polen, ex-Joegoslavië, ex-USSR, Bulgarije, Roemenië, enz.), maar er zijn ook haarden in Zweden, Denemarken en de Baltische staten. Tot voor de invoering van vaccinatie, werd het grootste aantal gevallen in Oostenrijk beschreven. In 2011 is er echter sprake van een toename van gevallen in Duitsland en Zweden, en lijkt het erop dat de verspreiding van de ziekte toeneemt in Europa.

Het virus veroorzaakt een ernstige meningo-encefalitis (of Frühsommer Meningo-Enzephalitis). Ongeveer een op de vier mensen die besmet geraakt met het TBE virus wordt ziek. De symptomen van encefalitis zijn hoge koorts, ernstige hoofdpijn, en soms verlamming met al dan niet stuiprekkingen.

De meeste patiënten met TBE encefalitis zullen volledig herstellen, maar 15 tot 30 procent kunnen lijden onder ernstige sequellen. Er is geen specifieke behandeling voor TBE, maar er is een doeltreffend vaccin, dat besmetting voorkomt. Er is een vaccin beschikbaar in België voor reizigers (FSME-IMMUN® 0,5 ml & FSME-IMMUN® 0,25 ml Junior) dat wordt aanbevolen in geval van buitenactiviteiten (wandelaars, trekking, kamperen, enz) in risicogebied.

Het vaccinatieschema omvat drie intramusculaire injecties van 0,5 ml: 1 tot 3 maanden tussen de eerste twee injecties, na 9 à 12 maanden volgt de derde injectie, met 97 procent bescherming als gevolg. Een herhalingsinenting dient na drie jaar en vervolgens om de vijf jaar te gebeuren. Een éénmalige injectie geeft slechts een bescherming van 50 à 75 procent na vier weken, wat niet voldoende is. Daarom worden voor vertrek naar risicogebied best twee injecties toegediend, met 1 à 3 maanden tussentijd.

Bij tijdsgebrek kan een versneld schema gebruikt worden: dag één en veertien en vervolgens op maand vijf. Uiteraard zijn maatregelen tegen tekenbeten zoals lange mouwen en broek in de sokken, steeds aangeraden. Vlugge verwijdering van een eventuele teek is aangewezen, maar het virus wordt vrij snel geïnjecteerd na de beet.

Hulp bij het voorbereiden van het ontslag uit het ziekenhuis?

| Sofie Goderis, sociale dienst |



Voor patiënten is een opname in het ziekenhuis vaak een ingrijpende gebeurtenis. Hierdoor wordt er niet altijd rekening gehouden met het feit dat een opname in een ziekenhuis vrij kort is en het herstel thuis dient verder gezet te worden.

Vaak denkt men hierbij niet aan vragen zoals: wie zal me helpen bij het poetsen, het koken of de boodschappen doen? Heb ik thuisverpleging of kinesitherapie nodig? Hoe geraak ik terug thuis na ontslag uit het ziekenhuis?

Als huisarts kan u vaak de herstelperiode en -evolutie van de patiënt inschatten voorafgaand aan de geplande ziekenhuisopname. U heeft vaak ook een goed zicht op de gezinssituatie van de patiënt: kan die bij ontslag rekenen op hulp van huisgenoten of familie? Is er voldoende ondersteuning voor de taken die de patiënt anders zelfstandig uitvoert, maar niet zal kunnen tijdens het herstel?

Aangezien het belangrijk is dat de professionele diensten waarop een patiënt na ontslag beroep kan doen, voor de opname worden aangevraagd, is een tijdig contact met de sociale dienst van groot belang. De sociale dienst kan patiënten ondersteuning bieden bij tal van praktische problemen m.b.t. maaltijden, boodschappen, het regelen van hulpmiddelen, het organiseren van een tijdelijk verblijf in een hersteloord of permanent verblijf in een andere setting, vervoer, ...

Patiënten doorverwijzen naar de sociale dienst, van zodra een ingreep of opname is gepland, kan voor veel patiënten een wezenlijk verschil uitmaken in functie van een goed voorbereide herstelperiode. Contact met de sociale dienst van AZ Sint-Lucas kan via 09-224 58 01.

Vragen uit de
huisartsenpraktijk

Betrouwbare zorg: geen holle slogan volgens de huisarts

In het voorjaar van 2011 organiseerde AZ Sint-Lucas voor de tweede maal een grote bevraging bij huisartsen over hun perceptie van het ziekenhuis. De resultaten uit 2005 werden met nog hogere scores bevestigd: huisartsen vinden AZ Sint-Lucas betrouwbaar, toegankelijk en dynamisch. Toch zijn er ook enkele nieuwe trends merkbaar. Naast de positieve feedback, namen een groot deel van de deelnemende artsen de moeite om nuttige tips te geven over waar het nog beter kan. Input waar de ziekenhuisdirectie dankbaar gebruik van wil maken.

Een ziekenhuis dat voortdurend in beweging is, doet er goed aan af en toe eens stil te staan om te luisteren naar de mening van hun partners. Via de beoordelingsbladen die aan patiënten worden voorgelegd tijdens hun verblijf in het ziekenhuis, komt er continu feedback van die kant. Het is voor een ziekenhuis echter evenzeer van belang de mening te kennen van de andere belangrijke partner in het zorgproces: de huisarts.

Openstaan voor positieve en negatieve kritiek, kan enkel bijdragen tot een betere dienstverlening. Vanuit dit standpunt, vertrok er in juni 2011 een brief naar een 1.000-tal huisartsen met de vraag naar hun standpunt omtrent enkele ziekenhuisgerelateerde onderwerpen. Meer dan één op tien huisartsen engageerde zich om de enquête in te vullen en zo hun mening over de dienstverlening van AZ Sint-Lucas kenbaar te maken.

Perceptie positiever

Hoewel het aantal reacties lager lag dan bij de bevraging in 2005 het geval was, zijn er duidelijke besluiten te trekken uit de resultaten. Over het algemeen blijkt dat de perceptie van de huisarts/doorverwijzer

in het algemeen een stuk positiever is geworden.

Bijna de helft van de huisartsen vindt dat de dienstverlening van het ziekenhuis de laatste jaren beter is geworden, in het algemeen of op minstens enkele vlakken. Eén op drie ziet continuïteit in de kwaliteit van de diensten. Minder dan één op tien respondenten vindt dat er achteruitgang is op één of meerdere punten.

De meest opvallende conclusie is het gegeven dat de slogan van het ziekenhuis, nl. 'betrouwbare zorg' ook door de huisarts als belangrijkste troef erkend wordt. 88 procent van de deelnemende huisartsen geeft AZ Sint-Lucas een score van 7 op 10 of meer op het onderwerp betrouwbaar.

Ook de eigenschappen dynamisch, toegankelijk, innovatief en ziekenhuis met visie, worden door meer dan 80 procent van de deelnemende huisartsen beoordeeld met een score van minstens 7 op 10.

Voor wat de prijszetting betreft, scoort het ziekenhuis minder goed, maar wel beter dan zes jaar geleden. 56 procent van de huisartsen vindt AZ Sint-Lucas sociaal gericht, daar waar dit in 2005 slechts 44 procent was.

Hoewel uit een onderzoek van Testaan-

koop in 2011 blijkt dat AZ Sint-Lucas voor heel wat soorten opnames het goedkoopste ziekenhuis uit de regio is, is het beeld dat de huisarts heeft, dus niet onverdeeld positief op dit vlak. Vooral jonge doorverwijzers vinden dat de prijszetting een minder sociale insteek kent.

Ook opvallend is dat het ziekenhuis minder persoonlijk ervaren wordt dan zes jaar geleden. 39 procent van de huisartsen geeft op het criterium persoonlijk een score lager dan zeven. Vooral met opmerkingen over de mogelijke gevolgen van de schaalvergroting verduidelijken de huisartsen hun perceptie.

Op vlak van contacten tussen huisarts en het ziekenhuis zijn het vooral de communicatie tijdens de opname van de patiënt, met de spoedafdeling en met de specialist zelf die kwaliteitsvol worden bevonden. Contacten met de sociale dienst en het bekomen van een afspraak verlopen minder vlot, aldus de resultaten.

Heel wat huisartsen vermeldden expliciet de communicatie als belangrijkste punt van verbetering in AZ Sint-Lucas.

Ook Focus wordt zeer positief onthaald door de huisartsen. Zowat één op drie huisartsen uit de enquête geeft aan dat ze de nieuwsbrief bijna volledig lezen.

88 procent van de huisartsen geeft AZ Sint-Lucas een score van 7 op 10 of meer op het onderwerp betrouwbaar.

betrouwbare zorg

Eén op twee huisartsen geeft aan (ook) interesse te hebben in een digitale nieuwsbrief van AZ Sint-Lucas.

Verbeterpunten

In de enquête werd aan de huisarts tevens gevraagd op welke punten het ziekenhuis kan verbeteren. Om dit in kaart te brengen werd vooreerst de vraag gesteld waarover patiënten klachten formuleren bij hun huisarts. Iets meer dan de helft van de huisartsen geeft aan dat zij inderdaad al klachten hoorden van hun patiënten over het ziekenhuis. In bijna één op drie gevallen betreft de klacht de wachttijden. In één op vijf gevallen gaan de klachten over de spoedafdeling of de kostprijs.

Op de vraag of de huisarts zelf reeds negatieve ervaringen had met AZ Sint-Lucas, is het antwoord bij twee op drie van de respondenten ontkennend. Was er al een minder goede ervaring met het ziekenhuis, dan betrof het voornamelijk een contact met een medische dienst.

Op basis van de open vraag naar suggesties, kon een lijstje van prioriteiten voor huisartsen worden opgemaakt:

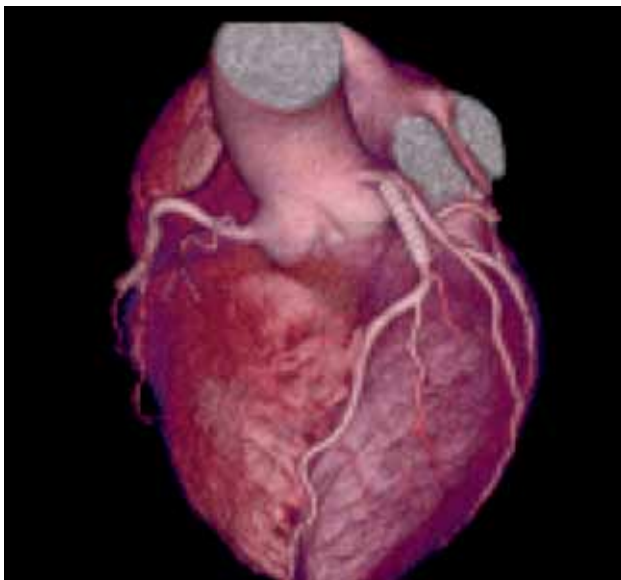
- Betere parkeermogelijkheden voor huisartsen
- Afsprakenbeleid en wachttijden aanpakken
- Betere elektronische communicatie
- Optimaliseren van het ontslagbeleid
- Oog voor negatieve gevolgen van grootschaligheid

- Jaarlijks contactgegevens van specialisten ter beschikking stellen
- Medicatie tijdens opname niet nodeloos wijzigen
- Betere organisatie MOC
- Oog voor problematiek met allochtonen

De feedback uit de enquête werd teruggekoppeld aan de raad van bestuur en de medische diensthooften.

Op basis van de input, werd reeds beslist dat een aantal van deze suggesties alvast worden aangepakt. Zo vindt u in bijlage van deze Focus een praktische consultatiegids met de contactgegevens van de specialisten van AZ Sint-Lucas.

Dr. Vandekerckhove over de recente ontwikkelingen in de cardiologie.



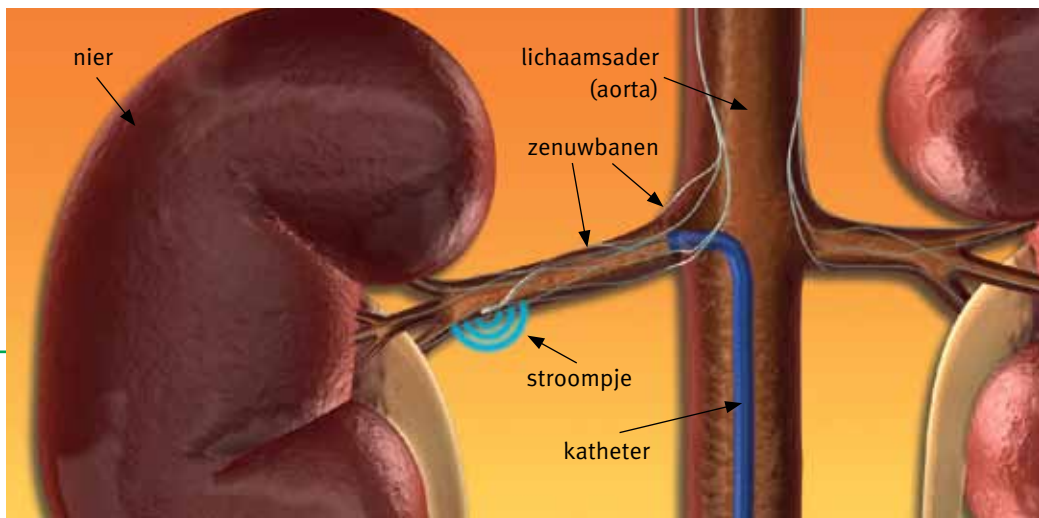
Coronaire CT.

"Vulnerable" Plaque and "Stable" Plaque

Een beeld van plaques.



Libby. Circulation. 1995;91:2844-2850.



Renale denervatie.

Medische avond cardiologie

Ontwikkelingen gaan bijzonder snel

De ontwikkelingen in de geneeskunde gaan erg snel, zo ook in de cardiologie. Zowel op het gebied van diagnostiek als op het vlak van medicatie zijn er de jongste maanden belangrijke evoluties. Daarom organiseert de dienst cardiologie op dinsdag 13 december een medische avond voor de huisartsen. Drs. Verloove, Van Beeumen, Ascoop, De Wilde (radiologie), Hermans en Cambier verzorgen de spreekbeurten. Dr. Hans Vandekerckhove coördineert samen met twee huisartsen.

Cardiale beeldvorming

Een recente aanwinst in de cardiale beeldvorming is de coronaire CT. “Deze nieuwe onderzoeksmethode voor de opsporing van vernauwingen van de kransslagaders kan je situeren tussen een fietstest en een coronarografie”, zegt dr. Vandekerckhove. “De negatieve waarde van dit niet-invasieve onderzoek is erg groot. Als op de CT blijkt dat er geen vernauwingen zijn, dan is dat heel betrouwbare informatie”. Tijdens de medische avond zal dan ook aan bod komen welke de goede indicaties zijn voor coronaire CT.

Hypertensie

Ook voor de aanpak van hypertensie of hoge bloeddruk werd recent een nieuwe methode geïntroduceerd, met name denervatie van de renale vaten. De klassieke eerste stap in de behandelingswijze van een te hoge bloeddruk, is de aanpassing van de levensstijl van de patiënt. Een gezondere voeding en meer beweging maken hier deel van uit. Maar dit is niet altijd afdoende. Bij bepaalde patiënten is een combinatie van verschillende klassen medicatie nodig om de bloeddruk onder controle te krijgen. Als de hypertensieproblemen dan nog aanhouden, kan het inactief maken van de zenuwbundel rond de nierarterie een oplossing bieden. Die ingreep leidt op termijn tot een afname van de bloeddruk bij therapieresistente patiënten. Op die manier kan de medicatie geleidelijk afgebouwd worden.

“Denervatie van de renale vaten kan je vandaag nog niet bij iedereen toepassen”, stelt dr. Vandekerckhove. “Het is belangrijk dat de huisartsen goed op de hoogte zijn van de indicaties.”

Hype rond bloedverdunders

Op het gebied van de medicatie vallen vooral de nieuwe bloedverdunders op. “Je kunt bijna van een hype spreken”, aldus dr. Vandekerckhove. “Patiënten met voorkamerfibrillatie kunnen dankzij de nieuwe bloedverdunders verlost worden van geregelde bloedonderzoeken. Maar, we zitten met deze bloedverdunders nog in een beginstadium. De indicatie is strikt gereguleerd. Een al te gretige toepassing is niet zonder gevaar. Goede informatie is erg belangrijk.”

Een vierde topic op de medische avond is de anti-plaquettaire therapie met bloedverdunders die werken op klonters. Ook daar is het voor de huisartsen soms moeilijk een rationele hierin te vinden.

“Op één medische avond willen we dus vier topics kort behandelen”, zegt dr. Vandekerckhove. “Dat is een bewuste keuze. Wij willen het erg interactief houden. Heel praktijkgericht ook. We willen in dialoog gaan met de huisartsen over deze nieuwe praktijken.”

Ook de nieuwe organisatie van de dienst cardiologie zal kort toegelicht worden. De dienst wordt in het voorjaar 2012 op één locatie ondergebracht, dichtbij de verpleegafdeling, de spoedgevallen-dienst en het operatiekwartier. “Op die manier kunnen wij als dienst gezamenlijk een betere dienstverlening garanderen”, zegt dr. Vandekerckhove. “Wij willen een toegankelijke dienst blijven, met een snelle briefwisseling naar de huisartsen en een goede opvolging. Uit de recente enquête bij de huisartsen blijkt de dienst cardiologie hier heel goed te scoren. We willen dat zo houden en waar mogelijk nog verbeteren.”

Medische avond cardiologie
op dinsdag 13 december
2012. Inschrijven kan nog
via 09-224 61 27.

Innovatie in techniek en organisatie

Vooruitgang en innovatie zijn niet alleen een kwestie van nieuwe technieken, maar ook van een optimale organisatie. Op beide terreinen bereidt de dienst orthopedie de toekomst voor. Op technisch vlak wordt een nieuwe methode met kraakbeencellen geïntroduceerd voor de behandeling van slijtage aan de knie. Op het gebied van organisatie stelt de maatschap orthopedie de nieuwe functie van zaalarts voor. Diensthofdr. Philippe Verniers vertelt er meer over.

“Kraakbeenlijden in de knie wordt vaak eerst met pijnstillers peroraal behandeld. Nadien volgen eventuele infiltraties met corticoprodukten of hyaluronzuren, om uiteindelijk te eindigen met chirurgie. Meerbepaald osteotomie van de knie of een unicompartimentele knieprothese of uiteindelijk zelfs een totale knieprothese”, vertelt dr. Philippe Verniers. “Een andere oplossing die al een tijd in AZ Sint-Lucas wordt toegepast, is mozaïekplastie. Hierbij wordt een cilindervormig stukje kraakbeen uit een niet-dragend oppervlak geboord en ingebracht op de plaats van slijtage in een dragend oppervlak. Ook ‘picking’ wordt toegepast. Met een puntig instru-

mentje worden losse deeltjes versleten kraakbeen weggenomen, tot we bij het bot komen. In het bot wordt dan met de punt een kleine bloeding gestimuleerd, waardoor zich op een natuurlijke wijze een soort van nieuw kraakbeen vormt, zij het minder sterk dan het oorspronkelijke kraakbeen.

De nieuwe techniek met tigenix verloopt complexer. Bij een letsel worden met een speciaal mesje kraakbeencellen weggenomen op een niet-dragend oppervlak. Die kraakbeencellen worden met een strikte procedure naar een gespecialiseerd bedrijf gebracht, waar ze verder gekweekt en vermenigvuldigd worden. Na verloop van tijd worden die kraakbeencellen teruggebracht naar het ziekenhuis, waar ze ingeplant worden op de plaats van de slijtage. Die kraakbeencellen vormen een suspensie van cellen, waarover we dan een speciaal vliesje plaatsen. Het hele proces verloopt volgens strikte afspraken, zodat op geen enkel ogenblik contaminatie kan optreden.

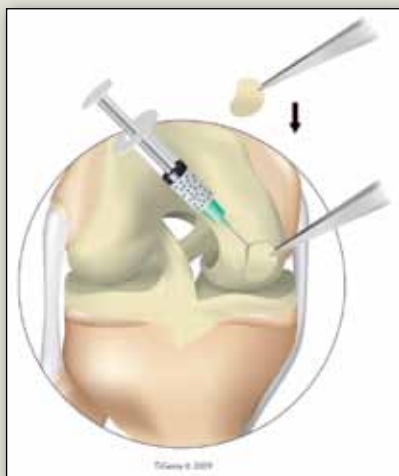
Met deze techniek wordt al vele jaren geëxperimenteerd, maar hij is nu pas voldoende ontwikkeld om op grotere schaal te gaan gebruiken. Al blijft dat zeer relatief. De techniek is erg duur. Er wordt terugbetaling voorzien, maar uiteraard onder heel strenge voorwaarden. De patiënten moeten jonger zijn dan 50 jaar, het letsel moet zich voordoen in

het mediale compartiment en de slijtage mag niet ouder zijn dan 3 jaar,” weet dr. Verniers.

Nieuwe mogelijkheden

“Deze nieuwe techniek kan in AZ Sint-Lucas worden uitgevoerd door drie orthopedisten: dr. Schepens, dr. Schietse en dr. Libbrecht. Zij doen voldoende artroscopieën om erkend te worden en ze hebben een opleidingsprogramma doorlopen. Ook de kweek en de selectie van kwalitatief goede kraakbeencellen zijn belangrijk voor een hoge succesratio. Een nadeel is dat de behandeling in twee of zelfs drie operaties verloopt. Na de inplanting van de nieuwe kraakbeencellen mag de patiënt ook minstens zes weken niet op het been steunen. Anderzijds biedt de nieuwe techniek perspectieven voor jonge mensen met vroege artrose en bijvoorbeeld ook voor sportlui die anders veel sneller de negatieve gevolgen van slijtage zouden ondervinden.

Of deze techniek met kraakbeencellen ook op andere plaatsen dan de knie toegepast kan worden? In theorie wel, maar dat zit nog in de experimentele fase. In principe moet de techniek ook kunnen werken voor enkelgewrichten. Maar, zoals gezegd, het is een heel dure behandelingsmethode en ze zal morgen zeker nog niet op grote schaal toegepast kunnen worden”, besluit dr. Verniers.



Bij een openknie-operatie verwijdert de chirurg het aangetaste kraakbeen en de gekweekte kraakbeencellen worden onder een membraan ingespoten.

Diensthoofd orthopedie, dr. Verniers, over de nieuwe methode voor de behandeling van knieslijtage.



Zaalarts optimaliseert dienstverlening in de orthopedie

De maatschap orthopedie wordt in het voorjaar 2012 versterkt met een zaalarts. Deze nieuwe functie wordt toevertrouwd aan huisarts dr. Lore Clymans. Zij zal zowel intern als extern een soort van brugfunctie vervullen.

“De functie van zaalarts is inderdaad helemaal nieuw”, zegt dr. Verniers. “Dr. Clymans zal als collega deel uitmaken van de maatschap orthopedie. Zij zal instaan voor de holistische benadering van de patiënt. Orthopedisten zijn heel sterk gefocust op het herstellen van de breuk of het letsel, maar er is natuurlijk

méér nodig om een patiënt optimaal te laten herstellen. De zaalarts kan bijvoorbeeld een brugrol vervullen in de contacten met de huisartsen, onder meer voor het medicatiebeleid. Maar de zaalarts kan zich ook ontfermen over de contacten met de kinesist, de thuiszorg en de sociale dienst. Een goed voorbereid ontslag is in het belang van de patiënt, van de huisarts én van de orthopedist. Dr. Clymans zal halve dagen aanwezig zijn in het ziekenhuis en zal ook de schakel en het aanspreekpunt vormen tussen de orthopedisten en de verpleegkundigen. Op die manier willen we de organisatie nog vlotter maken, zodat zowel intern

als extern de contacten met de dienst orthopedie geoptimaliseerd worden.

De maatschap orthopedie zal in 2012 trouwens verder versterkt worden met een bijkomende orthopedist. Die zal zich vooral toeleggen op primaire heupchirurgie en moeilijke heup-revisiechirurgie, naast de orthopedische traumatologie zoals de andere leden van de maatschap. Verder blijven we ijveren om een assistent orthopedie in AZ Sint-Lucas op te leiden. Op die manier hebben we als dienst ook in de toekomst alle troeven in hand voor een goede dienstverlening aan de patiënten.”

Multidisciplinaire samenwerking is sleutel tot succesvol dialysevaataccesbeleid

De dienst Nefrologie organiseerde op 14 november voor artsen en verpleegkundigen van AZ Sint-Lucas de navorming 'van vene tot fistel'. Deze sensibilisering omtrent het belang van venepreservatie kadert in de vrij unieke aanpak van het multidisciplinair dialyse vaatacces team in Sint-Lucas. Uit een studie van de beroepsvereniging van nefrologen blijkt deze efficiënte samenwerking in elk geval zijn vruchten af te werpen.

Een goed werkende vaattoegang is van groot belang voor een dialysepatiënt. Bij de creatie van een goede toegangsweg is er de keuze tussen een catheter, een arterioveneuze fistel (AVF) of een arterioveneuze graft (AVG).

Een AVF ontstaat na een chirurgische verbinding tussen een arterie en een oppervlakkige armvene, waarna hun diameter en bloedflow sterk toenemen (zie figuur).

Na zes à acht weken is de fistelvene normaalgezien voldoende ontwikkeld om te worden aangeprikt.

De creatie van een AVF veronderstelt echter de aanwezigheid van een geschikte arterie en vene. De vaatkwaliteit is jammer genoeg niet zelden een probleem bij de steeds ouder wordende dialysepatiënt met talrijke comorbiditeiten, denk maar aan diabetes, atherosclerose, en dergelijke.

Bij onvoldoende kwaliteit van de oppervlakkige venen kan voor een AVG geopteerd worden. Hierbij maakt de chirurg een verbinding tussen een arterie en een dieper liggende vene door middel van een prothese in kunststof (zie figuur).

Wanneer ook deze optie niet mogelijk of aangewezen is, wordt een catheter geplaatst.

Sinds meerdere jaren is er een internationale tendens ("Fistula First") om het plaatsen van catheters zoveel mogelijk te beperken.

De belangrijkste redenen hiervoor zijn dat patiënten met een dialysecatheter een hogere incidentie hebben van accesgerelateerde complicaties (infecties, flowproblemen) én van mortaliteit in vergelijking met fistelpatiënten.

Dialysevaatacces

België heeft historisch gezien steeds een hoog catheterpercentage gehad.

Volgens recente gegevens van de NBVN (Nederlandstalige Belgische Vereniging voor Nefrologie) wordt maar liefst 48 procent van de Belgische dialysepatiënten via een catheter gedialyseerd.

Het plaatsen van native fistels, daar waar mogelijk, is een belangrijke focus voor het team van het dialysecentrum van AZ Sint-Lucas.

Het percentage catheterdialyses kon de laatste jaren beperkt worden tot 25 à 30 procent.

Hiermee behoort het dialysecentrum van AZ Sint-Lucas tot de best scorende centra van Vlaanderen (zie figuur).

Het lage catheterpercentage gaat gepaard met een zeer lage vaataccesinfectierate, namelijk 4 bacteriemieën per 19.269 dialyses in de eerste tien maanden van 2011. Dit komt overeen met 0,2 bacteriemieën per 1.000 dialysesessies, terwijl volgens literatuur een ratio van 1 op 1.000 reeds een heel goed cijfer is.

Goede multidisciplinaire samenwerking

Volgens dr. Simon van Hooland, nefroloog, ligt de verklaring voor deze positieve resultaten in de goed onderbouwde multidisciplinaire opvolging van patiënten met eindstadium nierfalen, zowel voor als tijdens de dialysefase. Deze samenwerking verenigt zich in een dialysevaataccessteam, bestaande uit een dialyseverpleegkundige, een nefroloog, een vaatchirurg en een interventionele radioloog.

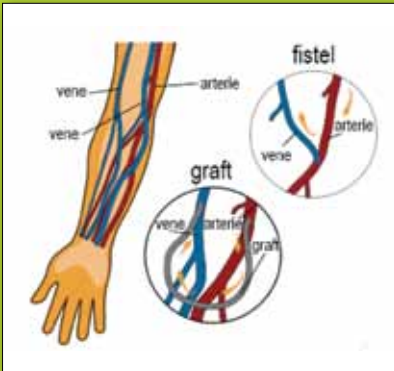
"Typisch voor ons centrum is de pre-operatieve evaluatie", legt dr. van Hooland uit. "Voor de aanleg van een dialyse vaatacces wordt een echografische mapping van de bloedvaten van de bovenste ledematen uitgevoerd door de nefroloog, een combinatie die vrij uniek is. Op basis van een echografisch onderzoek van beide armen van de patiënt, worden de mogelijkheden tot het plaatsen van een fistel bekeken en de meest aangewezen plaats bepaald. Dit gebeurt op basis van de diameter en de kwaliteit van de bloedvaten. Zo vermijden we een negatieve exploratie door de chirurg en bekomen we een goeie succesratio. Sinds de aanschaf van ons duplex-echo toestel begin 2009 gebeurden er 128 mappings in ons centrum." Op basis hiervan bleek 85 procent in aanmerking te komen voor een fistel of een graft. Van de aangelegde fistels kende slechts 23 procent een primair falen, waarbij de fistel niet bruikbaar was voor dialyse.

"Dit kan misschien veel lijken", stelt dr. van Hooland, "maar in internationale studies zien we echter percentages gaande van 40 tot soms 60 à 70 procent."

"Naast de positieve invloed van de pre-operatieve mapping, ligt het succes van ons centrum ook aan de expertise van de vaatchirurg", aldus dr. van Hooland. "Dr. Coucke heeft een bijzondere interesse in dialysevaatacces en legt alle fistels aan, wat een groot voordeel in specialisatie en expertise oplevert."

Na de aanleg van de fistel wordt het maturatieproces opgevolgd.

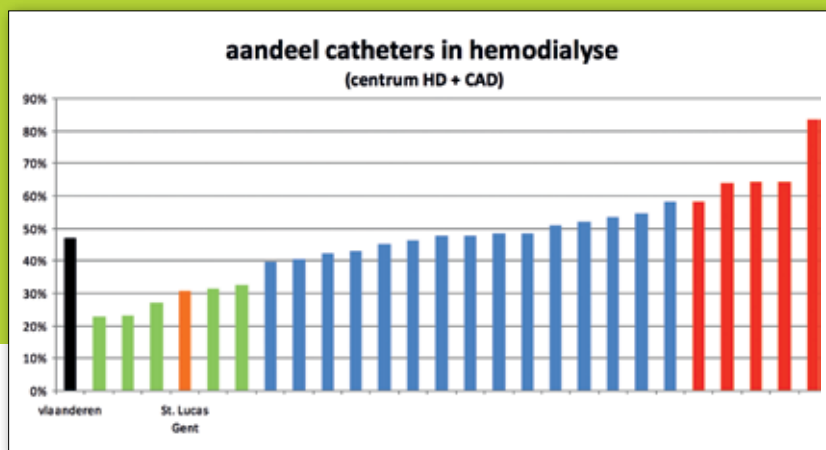
Het dialysevaataccsteam met o.a. vaatchirurg dr. Coucke, dialyseverpleegkundige Sabine Dekens, nefroloog dr. van Hooland, en interventionele radioloog dr. Fransen



Een arterioveneuze fistel is een verbinding tussen een slagader (arterie) en een ader (vene). Deze verbinding zorgt voor een toename van de bloedflow waardoor de vene, na 6 à 8 weken maturatie, voldoende ontwikkeld is om te kunnen worden aangeprikt. Zo wordt er een goede dialyse toegang tot de bloedbaan gevormd.



Grafiek met het procent catheterdialyse in de verschillende Vlaamse dialyse centra. 30 procent van de dialyse patiënten in AZ Sint-Lucas wordt via een catheter gedialyseerd. Hiermee behoort AZ Sint-Lucas bij de best scorende centra in Vlaanderen.



De dialyseverpleegkundigen beschikken over een draagbaar echotoestel (Site Rite) waarbij de diameter, de diepte en het verloop van de fistelvene opgemeten wordt.

De eerste fistelcannulatie gebeurt steeds na dergelijke echografische controle.

Eens de vaattoegang in gebruik genomen is, wordt via een strikt protocol de acces flow opgevolgd met een Transonic-toestel. Afname van de fistel flow is een teken dat er een probleem is, vaak wijzend op een onderliggende stenose. Deze geselecteerde patiënten ondergaan vervolgens een duplexonderzoek door de nefroloog. Alle echografische

onderzoeken gebeuren op de dialyse zelf waarbij de nood tot verplaatsing van de patiënt minimaal is.

“Bij een echografische bevestiging van fistelstenose, wordt door de interventionele radioloog, dr. Fransen, een angiografie uitgevoerd, waarbij het letsel zo mogelijk gedilateerd of gestent wordt. Kan het probleem angiografisch niet worden opgelost, dan is het dr. Coucke die instaat voor de heelkundige revisie. De samenwerking tussen de verschillende specialismen verloopt zeer efficiënt. Doordat op problemen wordt geanticipeerd en bij dringende problemen binnen de 24 uur wordt gereageerd, kunnen we garant staan voor

zeer weinig fisteltromboses”, aldus dr. van Hooland.

Venepreservatie als preventieve maatregel

Onder het moto ‘preventief werken is beter dan genezen’ organiseerde het dialysecentrum de navorming “van vene tot fistel” voor artsen, verpleegkundigen en laboranten van AZ Sint-Lucas. Dit symposium had tot doel het belang van venepreservatie te benadrukken bij de verschillende actoren. Venepuncties kunnen immers leiden tot mechanische beschadiging van bloedvaten, hetgeen nefast is voor een toekomstige fistelcreatie en ontwikkeling ervan.

Laadpaal voor elektrische voertuigen als ondersteuning van ecologische initiatieven.



Laadpaal voor elektrische wagens op bezoekersparking

Als eerste ziekenhuis plaatste AZ Sint-Lucas een laadpaal voor elektrisch rijden. Vanaf oktober kunnen bezoekers er op de parking hun elektrisch voertuig opladen. Het ziekenhuis wil hiermee een positieve ondersteuning bieden aan ecologische initiatieven.

Elektrisch rijden heeft als voordeel dat de wagens geen CO₂ en fijnstof uitstoten en dus minder schadelijk zijn voor het milieu. Ondanks alle positieve berichten omtrent elektrische auto's, zijn er nauwelijks te zien op de Belgische wegen. Een van de redenen hiervoor is dat er te weinig oplaadpunten zijn.

AZ Sint-Lucas, dat met het masterplan al de weg van duurzame energie en ecologisch ondernemen insloeg, wil milieuvriendelijke initiatieven stimuleren.

Het ziekenhuis stelt daarom sinds oktober een laadpaal ter beschikking op de bezoekersparking voor het opladen van elektrische voertuigen. De laadpaal beschikt over twee laadpunten.

John Buyckx (afgevaardigd bestuurder): "Een ziekenhuis is een plaats waar heel wat mensen met de wagen naartoe komen. Zij parkeren er vaak voor een langere periode dan bijvoorbeeld op een parking van een grootwarenhuis.

Als ziekenhuis bewezen we reeds dat duurzaam en ecologisch verantwoord ondernemen een van onze doelstellingen is. De verbouwingen die binnen ons masterplan worden uitgevoerd, stellen duurzaamheid voorop. Onze parkeerfaciliteiten in functie stellen van een toekomstgericht milieuvriendelijk project, lijkt daarom een logische keuze. Op deze manier wordt onze slogan 'betrouwbare zorg' ook in een ruime maatschappelijke context bewaarheid."

In de kijker

Dienst Gastro-Enterologie

Binnen elke medische discipline vindt meer en meer subspecialisatie plaats. Zo ook in de dienst gastro-enterologie.

- 1** Dr. Ercan Cesmeli: algemene gastro-enterologie, echo-endoscopie, functioneel onderzoek
09-224 54 96
- 2** Dr. Frank Huble: algemene gastro-enterologie
09-224 54 96
- 3** Dr. Denis Marichal: algemene gastro-enterologie, interventionele endoscopie
09-224 64 80
- 4** Dr. Walter Pauwels: algemene gastro-enterologie, hepatologie
09-224 64 80
- 5** Dr. Sofie Rogge: algemene gastro-enterologie, digestieve oncologie
09-224 64 80
- 6** Dr. Vincent Van Maele: algemene gastro-enterologie, interventionele endoscopie
09-224 64 80
- 7** Dr. Johan Van Ongeval: algemene gastro-enterologie, digestieve oncologie
09-224 64 80



Chirurgen AZ Sint-Lucas bieden nieuwe techniek bij longkwabverwijdering

VATS lobectomie

Minimaal invasieve ingrepen zijn in volle evolutie, met steeds meer toepassingen. Aangezien de voordelen voor de patiënt niet te miskennen zijn, zien de chirurgen van AZ Sint-Lucas het als hun opdracht om zich verder op dit gebied te specialiseren. Het aanbieden van VATS lobectomie behoort sinds kort tot hun domein.

Een longresectie (pneumectomie, lobectomie, segmentectomie) gebeurt in AZ Sint-Lucas standaard via een al dan niet spiersparende, posterolaterale thoracotomie. Grote nadelen van deze toegangsweg zijn de grote incisie (esthetiek), het doorhalen van de spieren en het spreiden van de ribben met af en toe een ribfractuur als gevolg. Herstelen van een dergelijke operatie is voor de patiënt dan ook een pijnlijk gebeuren. Pijnklachten kunnen bij sommige patiënten tot maanden na de ingreep in wisselende intensiteit de dagdagelijkse inspanningen belemmeren.

“Een VATS lobectomie levert op dat vlak geheel andere resultaten”, vertelt chirurg dr. Yves Blomme. “VATS, dat staat voor Video Assisted Thoracoscopic Surgery, is een techniek waarbij er drie openingen gemaakt worden waarlangs de camera en het instrumentarium in de borstholte worden gebracht. De grootste incisie, de utility incision, is zo’n vijf centimeter. Een stuk minder groot dus dan die bij de klassieke ingreep. Deze incisie dient als groot werkkanaal en bij het einde van de ingreep wordt deze gebruikt om het geresceerde longstuk te verwijderen. Hierbij wordt een ‘endocatch’ ingebracht. Dit is een speciaal plastic zakje dat door de snede naar binnen wordt gebracht en om de longkwab heen dichtgesnoerd wordt, waarna het longstuk in de bag via de utility incision naar buiten wordt gebracht.

We doen het voor de patiënt

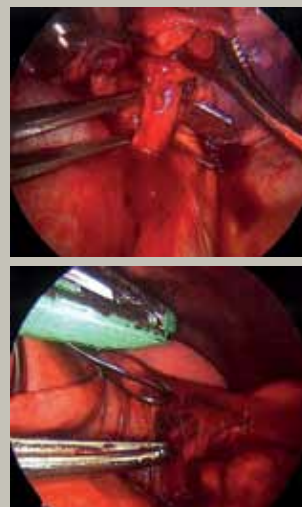
In Amerika heerst de tendens om meer VATS te doen. In de Gentse regio is het

AZ Sint-Lucas het eerste algemeen ziekenhuis dat anatomische longresecties via VATS techniek uitvoert.

Een nadeel is de kostprijs. “Momenteel is de VATS-techniek voor de chirurgen nog een dure aangelegenheid. Er bestaat momenteel geen nomenclatuurnummer die het veelvuldig gebruik van thoracoscopisch staplermateriaal tijdens dergelijke ingreep voldoende terugbetaalt. Dit is een van de redenen waarom de techniek nog op niet veel plaatsen wordt toegepast. Wij vonden echter dat we met dit aanbod niet konden wachten”, gaat dr. Blomme verder. “We doen dit tenslotte in de eerste plaats voor onze patiënten. De pijnklachten bij een VATS lobectomie zijn namelijk echt opvallend minder. De patiënt heeft bij ontslag opmerkelijk minder pijn. Bij de controle na een maand zien we een groot verschil in herstel bij de met VATS behandelde patiënt in vergelijking met de klassieke thoracotomie. Bovendien is de VATS-techniek een minder grote aanval op de weerstand en het immuunsysteem en is het resultaat veel esthetischer.”

De techniek wordt momenteel toegepast in selectieve gevallen. Bij kleinere, perifeer gelegen goed- of kwaadaardige longletsels is het de meest aangewezen ingreep. Ook de mediastinale en extra-mediastinale klieruitruiming bij longcarinomen kan perfect thoracoscopisch gebeuren. Dr. Blomme: “Bij kleine tumoren (cT1NoMo) volstaat een systemische klier-sampling namelijk. In tegenstelling tot wat men vroeger dacht, moeten

bij dergelijke kleine longtumoren niet alle klierstations volledig verwijderd worden. Op dit moment willen we de techniek voornamelijk in selectieve gevallen bij longkankers en goedaardige aandoening met mooie anatomie aan onze patiënten aanbieden. Maar we geloven dat deze ingreep in de toekomst de standaard zal zijn. De VATS lobectomie zal de klassieke open longkwabverwijdering in de meeste gevallen kunnen vervangen. Later kan de ingreep worden uitgebreid naar moeilijkere gevallen met uitgebreide adhesiolysis, sleeve resections of wanneer er sprake is van een centrale tumor.”



De klem wordt via de utility incision ingebracht en opengespreid om een tunnel te creëren voor de stapler.

*Dr. Cedric Coucke, dr. Yves Blomme en dr. Thierry Onghena.
Thoraxheelkunde, Groep Heelkunde*



Pascal Vanhoonacker (diensthoofd zorg) is verantwoordelijke voor de contacten met de woonzorgcentra.



De wettelijke voorwaarde voor het bestaan van functionele bindingen tussen woonzorgcentra en ziekenhuizen, zorgde in de loop der jaren voor het bestaan van samenwerkingsverbanden tussen AZ Sint-Lucas en zo'n zestigtal instellingen. De afgelopen maanden werden deze bindingen geactualiseerd en herbevestigd. Met enkele woonzorgcentra werden er tevens nauwere en concretere banden gesmeed, met uitwisseling van expertise en dienstverlening als resultaat.

Pascal Vanhoonacker (diensthoofd zorg en verantwoordelijke voor de contacten met de woonzorgcentra): "Vertegenwoordigers van de vier Gentse ziekenhuizen en Sint-Vincentius Deinze en evenveel woonzorgcentra uit de regio vormen samen de stuurgroep functionele bindingen. Deze stuurgroep

komt twee maal per jaar samen met alle woonzorgcentra waarmee de betrokken ziekenhuizen een functionele binding hebben. Op de bijeenkomsten worden zowel huisartsen (coördinerende raadgevende artsen, CRA's) als verpleegkundigen uitgenodigd. We proberen algemene afspraken vast te leggen en ervaringen uit te wisselen. De grootte van de groep zorgt er echter voor dat het niet altijd evident is om inhoudelijk specifieke onderwerpen aan te pakken. Vandaar dat enkele woonzorgcentra vragende partij waren om, naast de grote bijeenkomsten, nauwer samen te werken in kleinere groepjes. Een beetje naar analogie met het project van AZ Sint-Lucas en acht woonzorgcentra rond het beheersen van zorginfecties in de woonzorgcentra. Dit moet het mogelijk maken om specifieke thema's inhoudelijk

delijk uit te werken, eventueel onder de vorm van een exclusiviteitscontract."

Het gevolg van zo'n contact werd omgezet in een proefproject.

"Het proefproject met een van onze partners houdt in dat het ziekenhuis verschillende bedden voor kortverblijf van het woonzorgcentrum zelf zal beheren. Hierdoor kunnen we patiënten uit het ziekenhuis, die niet meteen naar huis of naar de gekozen rvt of rob kunnen, sneller een tijdelijk onderkomen bieden. De bedden kortverblijf fungeren zo als brug tussen het ziekenhuis en de uiteindelijke terugkeer naar huis. Ze verlenen een soort hotelfunctie voor de ontslagen patiënt, met zowel verpleegkundige als paramedische ondersteuning. "Het uitgangspunt is om op deze manier de patiënt gemiddeld een drietal weken te



AZ Sint-Lucas bouwt samenwerking met woonzorgcentra verder uit

Naast het herbevestigen en actualiseren van de functionele binding met de woonzorgcentra waarmee AZ Sint-Lucas reeds samenwerkte, bouwt het ziekenhuis momenteel nieuwe samenwerkingsinitiatieven uit met enkele van deze centra. Een proefproject voorziet in een nieuwe benadering van het benutten van bedden voor kortverblijf. Een verbeterproject focust zich op de optimalisering van de ontslagcommunicatie. Het ziekenhuis wil in de toekomst tevens meer expertise delen met de woonzorgcentra waarmee het contracten afsloot.

kunnen opvangen, met een maximum verblijfsduur van drie maanden”, aldus Pascal Vanhoonacker.

Vanuit de Federale overheid ontstond de impuls tot het opstarten van extramurale pluridisciplinaire verbeterprojecten tussen o.a. ziekenhuizen en woonzorgcentra. Deze projecten verlopen onder coördinatie van de kwaliteitscoördinator van het ziekenhuis en de hoofdgeneesheer. De CRA is tevens betrokken en zorgt voor de dialoog tussen de verschillende participerende disciplines, waaronder de betrokkenen huisartsen.

“Met een kleine groep woonzorgcentra die zich bereid verklaarden nauwer met elkaar en met AZ Sint-Lucas samen te gaan werken, zullen we ons binnen een dergelijk verbeterproject toespitsen op de optimalisering van het ontslagma-

nagement en de daaraan gekoppelde uitwisseling van pluridisciplinaire gegevens. Ook de huisartsen en de CRA’s worden bij dit project betrokken, net als de verpleegkundigen, paramedici en specialisten. We schatten dat de uitwerking van dit verbeterproject meer dan een jaar in beslag zal nemen. Het is de bedoeling om de bekomen afspraken en actiepunten nadien ook op te nemen met andere woonzorgcentra waarmee we functionele bindingen hebben”, vertelt Pascal Van Hoonacker.

“Het voordeel van een dergelijke manier van samenwerking is dat er meer persoonlijk contact is tussen beide settings waardoor specifieke topics dergelijk kunnen worden aangepakt. Het is trouwens onze bedoeling om deze vorm van externe liaison van het ziekenhuis

verder uit te bouwen. AZ Sint-Lucas wil zich profileren als ziekenhuis met een laagdrempelig communicatiesysteem waarbij er vlotter contact kan zijn tussen de woonzorgcentra, de huisartsen en de interne specialisten. Een mooi voorbeeld van deze intentie en doelstelling is het pilootproject rond zorginfecties geweest: een consortium tussen AZ Sint-Lucas en acht woonzorgcentra. Hierbij werd op basis van de expertise van het team ziekenhuishygiëne een structuur uitgewerkt rond de preventie van zorginfecties in woonzorgcentra. Een dergelijke samenwerking zou in de toekomst ook voor nieuwe projecten uitgebouwd kunnen worden.”

Voor meer informatie:
Pascal Vanhoonacker,
pascal.vanhoonacker@azstlucas.be

