

Voorste kruisband: een update

Kruisbandletsels zijn een gevreesde blessure bij onze sporters. Bij een volledige scheur is er een toegenomen instabiliteit en een typisch Pivot shift fenomeen: een subluxatie die de patiënt als doorzakken beschrijft. Bij sporten met rotatiebewegingen (voetbal, tennis, basket, enz.) is het raadzaam een reconstructie uit te voeren. Patiënten met een laag activiteitsniveau kunnen in principe perfect functioneren zonder kruisband. Een individuele aanpak per patiënt is dus belangrijk.

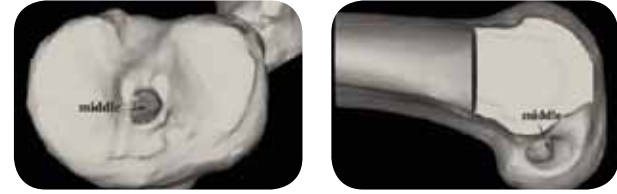
De voorbije jaren is er een belangrijke evolutie geweest in de kruisbandchirurgie. Hieronder worden kort twee aspecten belicht.

1. Meniscushechting bij voorste kruisbandletsels

Een ongeluk komt nooit alleen: een kruisbandletsel is vaak vergezeld van een meniscusscheur. Het is een gekende associatie: een kruisbandletsel plus meniscectomie geeft een grote kans op artrose op latere leeftijd. Vooral een laterale meniscectomie kent een infaust verloop. Bij kruisbandletsels zal een meniscusscheur dus bij voorkeur gehecht worden, ondanks de beperkte intrinsieke genezingscapaciteit. Deze sutuur kan gebeuren tijdens de diagnostische arthroscopie, of enkele weken later tijdens de kruisbandreconstructie. Nadien volgt een revalidatie met bracebehandeling.

2. De anatomische positie van de kruisband

Steeds meer aandacht gaat naar de footprint van de kruisband, de exacte insertie van de verschillende bundels. Anatomische positionering van de greffe is cruciaal voor een goed resultaat. Peroperatief wordt de footprint opgezocht: de tunnels worden op geleide van de individuele anatomie geplaatst.



Het gevolg is dat de greffe (hamstrings of patellapees) minder verticaal geïmponeerd is dan vroeger. Deze positie is biomechanisch beter in staat het pivot shift fenomeen te voorkomen. Op radiografie kunnen we dezelfde trend volgen: de femorale tunnel ligt typisch een stuk minder verticaal dan vroeger.

Neyret P, Ait Si Selmi T. The evolution of osteoarthritis in 103 patients with ACL reconstruction. *Knee* 2006; 13(5):353.
Fu FH, Jordan SS. The lateral intercondylar ridge – a key to anatomic anterior cruciate ligament reconstruction. *J Bone Joint Surg Am* 2007; 89:2103. ■

dr. Alexander Schepens,
orthopedist
alexander.schepens@sintandriestelt.be



Diffuus vermeerderd haarverlies

Dokter Meuleman behaalde haar diploma geneeskunde aan de K.U. Leuven in 1991 met de grootste onderscheiding. In 1995 behaalde zij haar erkenning tot dermatoloog na opleiding aan de K.U. Leuven, onder leiding van Prof. Dr. H. Degreef. Zij volgde bijkomende opleidingen in de trichologie en dermatochirurgie.

Diffuus vermeerderd haarverlies kan in drie categorieën onderverdeeld worden: anageen effluvium, diffuse alopecia areata en telogeen effluvium.

Het onderscheid tussen deze drie kan gemaakt worden op basis van de anamnese, de kliniek en een trichogram. Evaluatie op scalpbiopsie is zelden nodig. Behandeling bij anageen effluvium en telogeen effluvium komt erop neer de uitlokkende factor(en) te vinden en (zo mogelijk) uit te schakelen. De behandeling van diffuse alopecia areata is moeizaam en zal meestal gebeuren met lokale of systemische steroïden, of lokale immunotherapie.

dr. Véronique Meuleman,
dermatoloog
veronique.meuleman@sintandriestelt.be



Vermeldenswaardig zijn verder nog 'loose anagen hair' en het probleem van 'shedding'. 'Loose anagen hair' is een onschuldige haaraandoening die vooral bij jonge kinderen voorkomt, meestal met blonde haren. Door een onvoldoende hecht inhaken van de cuticulaire cellen van de haren, tussen de cuticulaire cellen van de inwendige wortelschede, komen de (overigens gezonde) anagene haren bij de minste tractie los. Wat 'shedding' betreft, voorziet de Nederlandse taal geen volwaardige vertaling. De patiënt klaagt van aanslepend vermeerderd haarverlies. De meegebrachte haarcollecties zijn objectief te volumineus. Trichogramwaarden zijn herhaaldelijk normaal. De haardos vermindert niet in volume. Geruststelling is het enige wat deze patiënten kan bieden, alsook een begrip luisterend oor. Behandelingen met lotions, supplementen, .. hebben in mijn ervaring geen zin. ■

Kinderradiologie en het belang van stralingsbescherming

De benadering van kinderen op de radiologie verschilt in meerdere opzichten van de volwassenen. Het is uitermate belangrijk de patiëntjes gerust te kunnen stellen van de start van het onderzoek. Een onderzoek bij een rustig kindje verschaft veel meer informatie dan bij bange, huilende kinderen.

Sinds 2009 maken wij gebruik van het "Andrieske", een popje waarmee we de kindjes kunnen tonen welk lichaamsdeel zal worden onderzocht en hoe het onderzoek zal verlopen. Kinderradiologische onderzoeken nemen hierdoor meer tijd in beslag, maar door het kindje gerust te stellen, verloopt het onderzoek zelf vlotter.

Verder is er het groeiende besef van het belang van stralingsbescherming, zowel bij artsen als patiënten. We trachten in het algemeen en in het bijzonder bij kinderen de dosis ioniserende straling zoveel mogelijk te beperken, hierbij hanteren we het ALARA principe (As Low As Reasonably Achievable), waarbij we de stralingsdosis zo laag mogelijk houden. Recent werd op de radiologie geïnvesteerd in specifiek radioprotectiemateriaal dat we aanwenden ter afscherming van de gonaden bij kinderen en jonge volwassenen.

In december 2009 werd een nieuw Röntgentoestel in gebruik genomen waarbij geen films of cassettes meer gebruikt worden, maar het beeld rechtstreeks via een

ingebouwde digitale detector gegenereerd wordt. Bij dit toestel beschikken we over een sterk verminderde stralingsdosis, er kan een stralingsreductie bekomen worden tot 50% t.o.v. klassieke CR-cassettes, zonder afbreuk te doen aan de beeldkwaliteit. De onderzoekstafel kan in horizontale positie tot 48 cm verlaagd worden, waardoor patiënten met bewegingsbeperkingen gemakkelijker op de tafel kunnen plaatsnemen. De operatoren kunnen vlotter werken doordat er geen handelingen meer moeten gebeuren met cassettes of film en het beeld direct zichtbaar is op de monitor voor kwaliteitsevaluatie. De beelden worden onmiddellijk doorgestuurd en kunnen door de aanvragende arts worden bekeken op de webserver en de PACS.

Wij zijn ons als radiologen bewust dat de stralingshygiëne uitermate belangrijk is en dankzij nieuwe technische ontwikkelingen op dit vlak blijven wij hierin verder investeren ten voordele van onze patiënten. ■



dr. Astrid Leus,
radioloog
astrid.leus@sintandriestelt.be

Respiratoire oncologie

Afgelopen jaren is er in het domein van de respiratoire oncologie veel geëvolueerd, zowel wat betreft het stellen van de diagnose als wat betreft de behandeling van longkanker. Hieronder geef ik een voorbeeld van beide.

Een nieuwe diagnostische techniek, met name endobronchiale echografie met punctie, deed zijn intrede. Meestal wordt hiervoor Engelstalige afkorting EBUS-TBNA gebruikt (= endobronchial ultrasound guided transbronchial needle aspiration). Met deze techniek worden mediastinale lymfeklieren via de luchtwegen met echografie in beeld gebracht en aansluitend met een fijne naald onder zicht aangeprikt. Vervolgens wordt het bekomen weefsel cytologisch onderzocht. Deze techniek laat toe om bij sommige patiënten de diagnose van mediastinale klier aantasting te stellen zonder de chirurgische ingreep (mediastinoscopie) die voordien noodzakelijk was.

Ook de behandeling van longkanker evolueerde sterk de laatste jaren. Steeds meer is men ervan overtuigd dat niet voor iedereen met een niet-kleincellige longkanker in hetzelfde stadium dezelfde behandeling de meest doeltreffende is. Met andere woorden treedt er een evolutie op naar een behandeling "op maat". In deze context is het bepalen van het genetisch profiel van de

niet-kleincellige longtumor van belang, om specifieke afwijkingen (mutaties) in het tumorale DNA te vinden die verantwoordelijk zijn voor kankergroei. Op dit ogenblik kan in de routine reeds de mutatie van de EGF(epidermal growth factor)-receptor worden opgespoord. We beschikken over gecommercialiseerde perorale geneesmiddelen (gefitinib, erlotinib) die deze EGF-receptor afremmen. Deze geneesmiddelen zijn geen chemotherapeutische middelen en hebben bijgevolg ook andere en mildere bijwerkingen. Bij uitgezaaide patiënten met een mutatie van de EGF-receptor kunnen deze middelen de tumor een tijdje lang afremmen. ■

dr. Valérie Van Damme,
pneumoloog
valerie.van.damme@sintandriestelt.be



Moleculaire (r)evolutie in pathologische anatomie

Therapeutische beslissingen in oncologie zijn sterk afhankelijk van een goed uitgevoerd anatomopathologisch onderzoek van een tumorbiopsie. Recent wordt het histologisch onderzoek aangevuld met het bepalen van moleculaire biomarkers ter predictie van respons van een maligne tumor op "targeted therapy".

Deze "targeted therapies" zijn geneesmiddelen zo ontworpen, dat ze tumorgroei en -spreiding blokkeren. Het betreft ofwel "small molecule" drugs, die in de tumorcel diffunderen en werken op intracellulaire targets, ofwel monoclonale antilichamen gericht tegen targets op de tumorcelmembranen.

Het langst gekende voorbeeld van "targeted therapy" is het gebruik van medicatie die interfereert met de binding van oestrogeen aan de oestrogeenreceptor bij borstkanker (selectieve oestrogeenreceptor modulatoren bv. Tamoxifen of aromatase-inhibitoren). De kans op respons op dergelijke hormoontherapie wordt voorspeld door de mate waarin de borsttumor oestrogeenreceptoren exprimeert. Dit wordt op elke borsttumor door de patholoog nagekeken door middel van immunohistochemie.

Trastuzumab (Herceptine®) is een monoclonaal antilichaam gericht tegen human epidermal growth factor receptor 2 (HER-2), sterk overgeëxprimeerd in sommige borstcarcinomen. Opnieuw wordt in elk borstcarcinoom door de patholoog nagegaan of er

HER-2 overexpressie is door middel van immunohistochemie en fluorescentie in situ hybridisatie (FISH).

In de behandeling van "non-small cell lung cancer" kunnen bij tumoren met "epidermal growth factor receptor"(EGFR)-mutaties de "small molecule" drugs gefitinib (Iressa®) of erlotinib (Tarceva®) aangewend worden. De patholoog is verantwoordelijk voor de selectie van adequaat tumormateriaal voor EGFR-mutatie-analyse. Aantonen van de mutatie zelf gebeurt op DNA-niveau door middel van gesofisticeerd moleculair pathologisch onderzoek (PCR-analyse en/of DNA-"sequencing").

Ten slotte is er cetuximab (Erbix®), een monoclonaal antilichaam, gebruikt ter behandeling van patiënten met colorectaal carcinoma, die geen K-rasmutatie tonen (zogenaamd "wild type"). Opnieuw dient de patholoog representatief tumorweefsel te selecteren voor K-rasmutatie-analyse.

Door de ziekenhuisoverschrijdende samenwerking van de diensten pathologie van het Sint-Andriesziekenhuis Telt, het OLV-ziekenhuis Waregem en het H. Hartziekenhuis Roeselare-Menen kunnen we in ons ziekenhuis een vlotte service voor HER2-FISH analyse en vanaf begin 2011 ook voor EGFR- en K-rasmutatie-analyse aanbieden. ■

dr. Siska Dedeurwaerdere,
anatomopatholoog
francesca.dedeurwaerdere@sintandriestelt.be



Multimodale aanpak van levermetastasen van colorectaal carcinoma: volledige genezing mogelijk!

Colorectaal carcinoma is de derde meest frequente vorm van kanker, zowel bij vrouwen als mannen. De helft van de patiënten ontwikkelt synchroon (= tegelijk met de diagnose van de primaire tumor) of metachroon (tijdens de follow-up) levermetastasen. Van deze patiënten is ongeveer 20 procent kandidaat voor leverchirurgie. Deze leverchirurgie blijft de enige kans op een volledige genezing. Immers, ¾ van de metastasen komen terug in de lever als we ze enkel met chemotherapie behandelen.

De indicaties voor de chemotherapie zijn in de laatste 10 jaar sterk veranderd. Zo is het aantal te resecceren letsels niet meer gelimiteerd, zolang de helft van het leverparenchym behouden wordt. Leeftijd en comorbiditeit dienen uiteraard ook in rekenschap te worden gebracht.

Een andere belangrijke vooruitgang is geboekt op gebied van de chemotherapie. Vroeger waren enkel 5-fluoro-uracil (5-FU), irinotecan en oxaliplatin ter beschikking. In de laatste jaren zijn daar middelen bijgekomen die ingrijpen op de angiogenese (= nieuwvorming van bloedvaten in de tumor, bevacizumab) en op de aanhechting van tumorcellen (= receptoren van de epidermale groeifactor of EGFR, cetuximab). Deze laatste

geneesmiddelen zijn, in combinatie met de klassieke Folfox en Folfiri in staat om metastasen te doen krimpen en soms te doen verdwijnen.

Het is van het allergrootste belang dat elke casus van bij de diagnose wordt besproken op een multidisciplinaire teamvergadering, zodat de strategie op voorhand uitgestippeld wordt.

De gecombineerde aanpak van chemotherapie en leverchirurgie biedt op heden aan levergemetastaseerd colorectaal carcinoma een kans op volledige genezing bij 30% van de patiënten. Iets wat 20 jaar geleden ondenkbaar was... ■

dr. Veerle Casneuf,
gastro-enteroloog, digestief oncoloog
veerle.casneuf@sintandriestelt.be



Niersteenverbrijzelaar



Sinds januari 2010 heeft de dienst urologie een nieuwe ESWL machine. Dit staat voor Extra Corporeal Shock Wave Lithotripsie ofwel simpelweg steenverbrijzeling. De bedoeling is de obstructieve ureter of nefrolithiasis te fragmenteren, zodat spontane evacuatie van de kleine fragmentjes verwacht kan worden.

Hij wordt vooral gebruikt voor nierstenen, proximale ureterstenen die we endoscopisch niet kunnen bereiken of distale ureterstenen die te groot zijn voor eenvoudige ureteroscopische extractie. De steen wordt met behulp van scopie in focus gebracht bij een radio-opake lithiasis, alternatief bij een niet radio opake steen is focusering na contrasttoediening. Voorheen hadden we één halve dag per week beschikbaar over een dergelijke machine, die we samen met enkele andere ziekenhuizen hadden aangekocht. Het nieuwe exemplaar is exclusief van onze dienst, wat als voordeel heeft dat we hem indien nodig op elke gewenste moment kunnen gebruiken. De behandeling gebeurt in daghospitaalverband in de operatiezaal. De machine is krachtiger dan het vorige exemplaar, we zijn zeer tevreden met de bereikte resultaten. Ook de ijking en

opstelling verlopen eenvoudiger dan vroeger. Een mogelijke doch meer dan aanvaardbare nevenwerking is wat kneuzing van de huid daar waar de ballon contact maakt. Anticoagulantia dienen dan ook te worden gestaakt. Om het effect van onze behandeling zo groot mogelijk te maken gebruiken we uiteraard een zo groot mogelijk vermogen, wat een algemene anesthesie noodzakelijk maakt. Een tweede voordeel van algemene anesthesie is het feit dat de positionering van de patiënt, eenmaal gesedeerd, niet meer verandert. Eventueel is lokale anesthesie wel mogelijk. Een behandelingsessie duurt ongeveer 40 minuten.

Ook voor stenen in de galwegen die te groot zijn om op de klassieke manier verwijderd te kunnen worden is de machine bruikbaar.

Eenieder die meer wil weten is welkom op onze dienst. ■

dr. Mariëtte van den Heuvel
dr. Jan Van Haverbeke
Urologen



Poli "Zorgtraject chronische nierinsufficiëntie" (ZTN) in Sint-Andriesziekenhuis Tielt

Met als doelstelling een betere aanpak, behandeling en opvolging van patiënten met chronische nierinsufficiëntie (CNI) werd het zorgtraject (ZTN) gestart. Hierbij zijn drie partijen betrokken: de patiënt, de huisarts-beheerder van het globaal medisch dossier (GMD) –valledig vrij.

De voornaamste criteria en voorwaarden zijn:
- Of chronisch nierlijden, gedefinieerd als klaring < 45ml/min (GFR < 45 ml/min) en dit bevestigd na een interval van minstens 3 maanden.
- Of chronisch nierlijden gedefinieerd als proteïnurie > 1 g, bevestigd na 3 maanden.
- Opvolging door de huisarts. De patiënt dient bereid en in staat te zijn minstens 2 keer per jaar de huisarts te raadplegen. Een aantal gegevens zullen worden gecentraliseerd: diagnose, bloeddruk, Hb, creatinine, PTH.
- Opvolging door de nefroloog, minstens jaarlijks en meer frequent volgens ernst CNI.

Dialyse- en transplantatiepatiënten, of jongeren (< 18 jaar) komen niet in aanmerking.

De 3 betrokken partijen onderschrijven de overeenkomst, deze wordt best uniform via de Huisarts (in feite de initiatiefnemer) bezorgd aan de mutualiteit. De inclusie wordt door de mutualiteit schriftelijk bevestigd naar de 3 partijen. Mits blijvende opvolging blijft patiënt geïncludeerd voor 4 jaar.

De meest concrete voordelen voor de patiënt binnen het ZTN:
- Volledige terugbetaling (officieel profiel) van raadplegingen bij huisarts en specialist van de betreffende ziekte, dit tijdens de duur van het traject.

- Terugbetaling bij aankoop van een gevalideerde bloeddrukmeter, op voorschrift van de huisarts en met vermelding ZTN.
- De vermelding "ZTN" op het voorschrift zal een attestering of voorafgaande goedkeuring voor een aantal geneesmiddelen overbodig maken. De vergoedingsvoorwaarden blijven ongewijzigd!!!
- Terugbetaling van dieetadvies, frequentie volgens de ernst van het nierlijden. Hierop dient remgeld te worden betaald. Dieetadvies is niet obligaat, bij een aantal patiënten niet aangewezen. Zoutbeperking staat centraal.

Een jaarlijks honorarium van 80 euro is voorzien voor de opvolgende huisarts en Nefrologische dienst.

Consultaties ZTN gebeuren op regelmatige basis in het Sint-Andriesziekenhuis te Tielt door Dr. Vandewiele en Dr. Maes (beiden Nefroloog in het HHIM). Dit in samenwerking en goede verstandhouding met de vertrouwde Collegae te Tielt.

Het bestaande medisch dossier wordt aangevuld met de Nefrologische opvolging, overige of eerdere opvolging gebeurt ongewijzigd via de Huisarts en de Collegae te Tielt.

Afspraken enkel via secretariaat Interne van het Sint-Andriesziekenhuis Tielt, tel. 051/ 42 51 60.

Verdere info, update en formulieren: www.zorgtraject.be ■

dr. Ignace Vandewiele
Nefroloog
H.- Hartziekenhuis Roeselare – Mene

Nieuwe artsen



Dr. Alexander Schepens, orthopedist

Sinds 1 augustus 2010 is de dienst orthopedie uitgebreid met een geneesheer-specialist. Dr. Alexander Schepens heeft zijn opleiding genoten aan de Universiteit Gent. In 2008 volgde hij een Fellowship Kniechirurgie aan de Universiteit Leuven. Zijn erkenning als Geneesheer-Specialist in de Orthopedische Heelkunde behaalde hij in 2009. Zijn bijzondere interesse gaat uit naar het kniegewricht, sportgeneeskunde en heuparthroscopie. In dit kader deed hij in 2009-2010 een Fellowship in de Sports Surgery Clinic Dublin.



Dr. Valérie Van Damme, pneumoloog

Sinds 1 december 2010 is de dienst inwendige geneeskunde uitgebreid met een geneesheer-specialist in de pneumologie en respiratoire oncologie. Dr. Valérie Van Damme behaalde haar artsdiploma aan de Katholieke Universiteit Leuven in 2003. Na 6 jaar opleiding in de interne geneeskunde en de pneumologie werd ze erkend als pneumoloog in 2009. Aansluitend bekwaamde ze zich verder in de oncologie en behaalde in 2010 te Leuven een bijzondere beroepsbekwaamheid in de respiratoire oncologie.

Voordrachten

- Endovenous laser treatment: is there a different clinical and morphological outcome using a 1500nm laser versus a 980 nm diode laser? A multicentric randomized comparative trial. Dr. Marc Vuylsteke, European Venous Forum, Antwerpen, 25 juni 2010.
- Endovenous Laser Treatment: is there a different clinical and morphological outcome using a 1470 Laser versus a 980nm laser? A multicentric randomizes comparative trial, Dr. Marc Vuylsteke, American College of Phlebology, Orlando, 5 november 2010.
- Intraluminal fibre-tip centring can improve endovenous laser ablation: a histological study, American College of Phlebology, Dr. Marc Vuylsteke, Orlando, 6 november 2010.
- Novelities in endovenous laser treatment. 7th Theoretical-practical course of endovenous laser, Dr. Marc Vuylsteke, University Hospital Sagrat Cor, Barcelona, 12 November 2010.

Colofon

Redactieraad

Dr. Mehrdad Biglari: mehrdad.biglari@sintandriestielt.be
Mevr. Sofie Blacquart: sofie.blacquart@sintandriestielt.be
Dr. Steven De Coninck: steven.de.coninck@sintandriestielt.be
Mevr. Betty de Muelenaere: betty.de.muelenaere@sintandriestielt.be
Mevr. Lien Depauw: lien.depauw@sintandriestielt.be
Dr. Danny Deroos: danny.deroos@sintandriestielt.be
Dr. Peter Moons: peter.moons@sintandriestielt.be
Dr. Geert Tits: geert.tits@sintandriestielt.be
Mevr. Hilde Van den Wyngaert: hilde.vdwynngaert@sintandriestielt.be
Dr. Marc Vuylsteke: marc.vuylsteke@sintandriestielt.be

Hoofdredacteur

Dr. Jan Beyls: jan.beyls@sintandriestielt.be

Werken verder mee aan dit nummer

Dr. Veerle Casneuf, Dr. Siska Dedeunwaerdere, Dr. Astrid Leus, Dr. Véronique Meuleman, Dr. Alexander Schepens, Dr. Valérie Van Damme, Dr. Mariëtte van den Heuvel, Dr. Ignace Vandewiele, Dr. Jan Van Haverbeke

Publicaties

- Nieuwe evoluties in de endoveneuze laserbehandeling van spataders. Dr. Marc Vuylsteke, Phlebofocus nr 48 p1-6.
- Nieuwe behandelingsmodaliteiten voor varices. Dr. Marc Vuylsteke, Tijdschr voor Geneeskunde 2010; 66,18: 874-880.
- Endovenous laser treatment: is there a clinical difference between using a 1500nm and a 980nm diode laser? A multicentric randomised clinical trial. Dr. Marc Vuylsteke, International angiology.

Boek

"Naar een nieuwe psychiatrie... Het rebelse denken van Jacques Schotte. Een inleiding.", door dr. Leo Ruelens, Literarte, 422 blz.

Voordrachten huisartsenkring

- 22 februari 2011: "Voorste kruisband: een update" Dr. Alexander Schepens
- 15 maart 2011: "Palliatieve sedatie: indicaties en praktische toepassing" Dr. Leen De Backer
- 9 maart 2011: "Naar een andere psychiatrie" Dr. Leo Ruelens
- 26 april 2011: "Respiratoire oncologie" Dr. Valérie Van Damme
- 17 mei 2011: "Psoriasis" Dr. Véronique Meuleman

Wist je dat ?

- er een nieuwe kleine ingrepenzaal is op de gelijkvloerse verdieping?
- het Sint-Andriesziekenhuis een nieuwe website heeft? Die is te bereiken via www.sintandriestielt.be.

"Modern Times" SAT version 2013

Beste lezer,

Onze – nog piepjonge – 21^{ste} eeuw wordt gekenmerkt door razendsnelle veranderingen op technologisch vlak. Kan jij je nog een wereld voorstellen zonder internet, gsm, gps, Iphone, Ipad en dergelijke meer? 24 uur op 24 uur, het jaar rond, staan we met elkaar (en de ganse wereld) in verbinding, alsof we met zijn allen deel zijn van het netwerk van een reuze spinnenweb. Altijd en overal zijn we 'on-time', 'on-line', 'ge-updated', of 'ge-upgraded'.

Ook het ziekenhuis van de 21e eeuw ontsnapt niet aan de eisen van onze 'moderne' consumptiemaatschappij: geen wachttijden, stipte afspraken, voldoende aanwezigheid van medische/paramedische/ sociale en verpleegkundige staf, gegarandeerde veiligheid van medische interventies, snelle verwerking en transfer van medische data, nette kamers, lekkere maaltijden en 'smiling' staf etc... etc...

Een ziekenhuis blijft echter in de eerste plaats een omgeving waar het medisch gebeuren centraal staat. Tegelijkertijd dient het in te spelen op deze nieuwe behoeften. De algemene (dagelijkse) directie, de onderdirecteur en de verantwoordelijken van de verschillende departementen (financiën, hoteldienst, onderhoud, techniek, hygiëne, veiligheid, informatica, verpleegkundig en medisch departement) rapporteren en beslissen in overleg met de Raad van Bestuur over de bedrijfsstrategie en de toekomst van het ziekenhuis.

Zo is het medisch departement verantwoordelijk voor een adequate en hoogkwalificeerde medische zorg conform de moderne guidelines van good clinical practice. Nieuwe artsen brengen innovaties aan welke onmiddellijk toepasbaar zijn, of vullen lacunes op in ons medisch zorgaanbod. In deze Infos@t stellen zich zes jonge specialisten bondig voor, tezamen met een medische topic die hen nauw aan het hart ligt.

Behalve implementeren van medische know-how dienen ziekenhuizen (ongeacht het VZW's of OCMW's zijn) voor het vervullen van hun maatschappelijke opdracht financieel gezond te zijn. Bestuur en directie moeten voldoende vindingrijk zijn om via kwaliteit en

klanttevredenheid voldoende patiënten aan te trekken en dit alles ondanks de structurele onderfinanciering van onze ziekenhuizen.

Klanttevredenheid uit zich niet enkel door een uitmuntende medische zorg maar evenzeer door het creëren van een aangename leefomgeving voor patiënten, bezoekers en personeelsleden. Het beschikken over een crèche, een was- en strijkboetiek, een kleine drank/voedingswarenwinkel vergemakkelijkt het leven voor het jonge personeelslid met gezin; voldoende parkeerplaatsen, een fijne restaurantkeuken, een geschenk- of bloemenkiosk stemt tot tevredenheid van patiënten en bezoekers; de aanwezigheid van een koffie- of waterautomaat, voldoende licht en ruimte voor het administratief personeel bevordert de werktevredenheid. Positieve en tevreden werksfeer draagt eveneens bij tot tevredenheid van onze patiënten.

Een ziekenhuis dient zich te profileren als een 'good qualified' regionaal ziekenhuis door zijn PR-functie ter harte te nemen. Samenkomsten, informatieve avonden met de eerstelijns gezondheidswerkers is een conditio-sine-qua-non, naast het uitwisselen van info via krantjes, mails en website, waarbij de functie van een performant informaticasysteem over de muren van het ziekenhuis heen van essentieel belang is. Ik nodig u hierbij uit kennis te maken met de vernieuwde website van het ziekenhuis, die sinds 1 december online is.

Beste lezer,

Het rennen van het ziekenhuis van de 21^{ste} eeuw vereist entrepreneurship, managers opgeleid in de sector ziekenhuisbedrijfskunde, professionals die aan sterke/zwakte-analyse doen binnen het bedrijf, visie en langetermijn strategie ontwikkelen...

De verdere uitbouw van het medisch departement en de bouwwerken aan ons huidig ziekenhuis zijn (stille) getuigen van de ambitie voor verdere groei naar een modern Sint-Andriesziekenhuis version 2013. ■

Dr. Jan Beyls
Hoofdredacteur

