Infusie

Jaargang 5 • nr. 21 • maart - april - mei 2014 • Driemaandelijks tijdschrift

Interventioneel hartcentrum: **Belangrijke aanwinst voor het Waasland**

Afgiftekantoor 9100 Sint-Niklaas 1
P209199

België - Belgique
P.B.
9100 Sint-Niklaas 1
BC 1517

Verantwoordelijke uitgever & afzender:
Koen Michiels • AZ Nikolaas vzw
Moerlandstraat 1
9100 Sint-Niklaas

Inhoud

4 Opstart Multidisciplinair Chronisch Pijncentrum

8
Hepatocellulair carcinoma

10 Opstart Interventioneel hartcentrum

12 Dr. Bart Merckx: Huisarts in de raad van bestuur

14 Borstkliniek: Borstreconstructie met eigen weefsel

16 In de startblokken voor ziekenhuisaccreditatie

19 Nieuwe artsen

20 Niersteenverbrijzelaar

22
MALDI-TOF MS

24 Nieuwe raad van bestuur Huisartsenkoepel Waasland

26 Overheidsopdrachten in ziekenhuizen

Edito

Met de nodige vertraging, maar hopelijk het wachten waard, zijn wij verheugd om u ons medisch magazine Infusie in een vernieuwde lay-out voor te kunnen stellen. Inhoudelijke artikels afgewisseld met korte infoberichten, een nauwe samenwerking met de huisartsen, nieuws uit de perifere campussen, … zorgen voor een nieuwe dynamiek.

2014 nam alvast een vliegende start voor AZ Nikolaas. Op 6 januari konden wij na jarenlang wachten eindelijk van start gaan met ons Interventioneel hartcentrum om zodoende de bevolking van het Waasland binnen het eigen ziekenhuis de nodige hoogkwalitatieve zorg bij coronaire problematiek te bieden. En dat brengt mij naadloos bij één van de beleidsprioriteiten voor het komende jaar: het traject naar een ziekenhuisbrede accreditatie 2017 in gang trekken en zo het continu verbeteren en werken aan kwaliteit binnen onze organisatie te borgen.

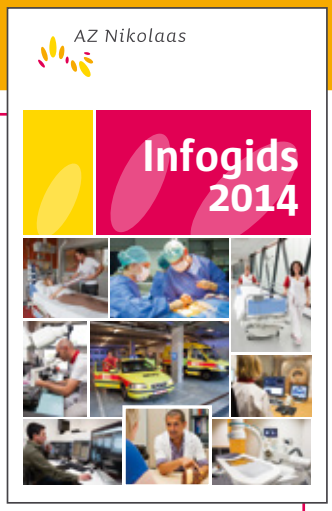
Dat AZ Nikolaas in continue evolutie is en de lokale servicegraad aan patiënt en huisarts verder uitbouwt, blijkt tevens eens te meer uit het masterplan dat in volle uitrol is: in Beveren rijst het nieuwe ziekenhuis boven de verouderde gebouwen uit en voor de campussen in Sint-Gillis-Waas, Temse en Hamme zijn de plannen in volle voorbereiding om tussen 2016 en 2020 totaal vernieuwde poliklinieken uit te bouwen. Tevens werd door de raad van bestuur en de algemene vergadering van de ziekenhuisartsen beslist om tegen 2027 het centrum van Sint-Niklaas te verlaten en te verhuizen naar een nieuwbouwziekenhuis aan de stadsrand.

Ik wens u veel leesgenot en dank u voor het blijvend vertrouwen in AZ Nikolaas!

Dr. Philip Nieberding
Medisch directeur

Nieuwe Infogids

Het was lang wachten op de nieuwe infogids, maar eindelijk is hij er. De infogids bundelt alle contact- en consultatiegegevens van onze artsen met als doel een betere bereikbaarheid voor onze verwijzers te genereren. Ontving u nog geen exemplaar of wilt u graag een tweede infogids? Neem dan contact op met Ann Van Branden (secretariaat medisch departement) ann.vanbranden@aznikolaas.be - 03 760 27 52



Graag geven wij u nog volgende CORRECTIES mee:

- **Hematologie** (blz. 34): Dr. Jan Lemmens: 03 760 **78 72**
- **Medische & Moleculaire Beeldvorming:**
  blz. 6: Campus Hamme: 052 50 56 **41**
  blz. 7: Campus Sint-Niklaas 2: Straat **990**
- **Nefrologie - Dialyse** (blz. 48): Prof. Dr. Wim Laurens:
  Privéconsultatie: Morgenster **25** - 9250 Waasmunster
- **Stomatologie** (blz. 63): Dr. Mieke Praet: Afspraken: 03 **766** 75 57

Colofon

INFUSIE is een uitgave van AZ Nikolaas vzw en wordt 4 maal per jaar verspreid met een oplage van 2350 exemplaren.

Verantwoordelijke uitgever:
Koen Michiels
AZ Nikolaas vzw
Moerlandstraat 1
9100 Sint-Niklaas

Redactieraad:
Dr. Philip Nieberding
Dr. Pascal Van Ranst
Natalie Nevelsteen

Vormgeving:
Dienst communicatie
AZ Nikolaas

Illustraties:
Alex Deyaert

Opstart Multidisciplinair Chronisch Pijncentrum

Samenwerking Revalidatiecentrum en Pijnkliniek voor chronische pijnpatiënten

Dr. Jean-Pierre Van Buyten (medisch diensthoofd Pijnkliniek), Dr. Annick Debuysscher (medisch diensthoofd Fysische geneeskunde & Revalidatie) en Dr. Iris Smet (Pijnkliniek)

Op 1 juli nam AZ Nikolaas het multidisciplinair centrum voor chronische pijn in gebruik. Na de opstart van de pijnkliniek in 1986 (met uitbreiding, respectievelijk in 2003 en 2011) en het programma voor de opvolging van pijn bij gehospitaliseerde patiënten, opnieuw een grote stap voorwaarts in de opvolging en behandeling van pijn in ons ziekenhuis.

Op 21 maart ontvingen de acute ziekenhuizen een omzendbrief van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu met betrekking tot de hervorming van de behandeling van chronische pijn. De doelstelling van dit nieuwe model is enerzijds een adequatere behandeling van patiënten die lijden aan chronische pijn en hierdoor functioneel beperkt worden en anderzijds het vroegtijdig detecteren en behandelen van patiënten met subacute pijn die een risico vertonen op chroniciteit.

AZ Nikolaas diende een aanvraag tot erkenning in voor twee aspecten van deze hervorming. Het eerste onderdeel betreft het **multidisciplinair algologisch team.** De taak van dit team omvat het ondersteunen van de zorgteams bij de screening van pijnproblemen en hen door te verwijzen voor een adequate behandeling. Voor dit onderdeel voldeed het AZ Nikolaas, met de aanwezige ervaring en expertise van de bestaande pijnkliniek reeds aan de gestelde voorwaarden. Nieuw is het tweede luik van het project: de ontwikkeling van een **multidisciplinair centrum voor de behandeling van chronische pijn** waar patiënten die lijden aan subacute of chronische pijn terecht kunnen voor een diagnose en een behandeling aangepast aan hun behoeften. Hiervoor werd er een samenwerking tussen de pijnkliniek en het revalidatiecentrum uitgewerkt.

Samenstelling van het multidisciplinair team voor chronische pijn:

Het **medisch team** bestaat uit: dr. Jean-Pierre Van Buyten en dr. Iris Smet (Pijnkliniek), dr. Annick Debuysscher, dr. Bart Eeckhaut en dr. An Hofman (Fysische geneeskunde & Revalidatie). Naast de pijnverpleegkundige en de maatschappelijk assistent maken er ook

psychologen, kinesitherapeuten en ergotherapeuten deel uit van het team.

Wie komt er in aanmerking voor doorverwijzing?

- **Axiale pathologie**
  - Patiënten met chronische pijn (langer dan 3 maanden) met ernstige functionele beperkingen, al dan niet gepaard gaand met arbeidsongeschiktheid.
  - Patiënten met subacute pijn (enkele weken) met risico op evolutie naar chronische pijn (aanwezigheid van yellow flags).
- **Andere pathologie**
  Patiënten met chronische klachten waarbij er een discrepantie bestaat met de objectieve bevindingen.

Behandeling

Pijnbestrijding is niet in de eerste plaats het doel van de behandeling doch de patiënt de tools aan te reiken om op een 'gezondere' manier met de pijn om te gaan. Op die manier kan men tot een betere levenskwaliteit komen met als uiteindelijke doel een zo goed mogelijke socio-professionele reintegratie. Hiervoor is in eerste instantie een duidelijk engagement van de patiënt vereist. Bij het opstarten van de therapie zal er bijgevolg een inspanningsverbintenis aangegaan worden met de patiënt.

Essentiële componenten van het therapeutische programma zijn:

- **Fysieke revalidatie:**
  - lichaamsbewustwording;
  - fysieke reactivering;
  - opbouw lenigheid, kracht en algemene conditie.
- **Educatie**
  - informatie over mechanismen van pijn;
  - principes van time- en energiemanagement;
  - ergonomische principes.
- **Psychologische begeleiding**
  Cognitief gedragstherapeutische interventies:
  - werken aan ombuigen van minder adaptieve denkpatronen naar realistische, positief geformuleerde en haalbare opvattingen;
  - verminderen pijnafhankelijk gedrag door inzicht en evenwicht te stimuleren in energiemanagement en verbeteren van communicatie en taakverdeling in sociale omgeving;
  - stressbeheersingstechnieken en adviezen aanreiken, emotieregulatie en relaxatie horen hierbij thuis;
  - mindfulnessoefeningen als intensief onderdeel van het programma met nadruk op voldoende lichaamsgewaarzijn en mentale stabiliteit door trainen van attitudes en cognitieve controle;
  - aanvaarding en toelegging op werken binnen de grenzen van het lichaam.
- **Sociale interventies** in de beroeps-, school- of gezinsomgeving om de integratie van de patiënt te bevorderen.
- **Beheer van de medicamenteuze behandeling:** talrijke medicamenteuze behandelingen (analgetica en co-analgetica) zijn gevalideerd voor chronische pijn. Sommige patiënten kunnen baat hebben bij de toevoeging van bepaalde geneesmiddelen, bij anderen zal eerder een vermindering van de behandeling vereist zijn (vooral bij sterke opiaten);
- **Interventionele therapie:** bij patiënten met een chronisch pijnsyndroom zijn invasieve, therapeutische procedures soms aangewezen en moeten in een globale behandeling worden geïntegreerd.

Soms kan het multidisciplinair team besluiten dat er een verdere psychiatrische diagnostiek of behandeling noodzakelijk is. Hiervoor kan een beroep gedaan worden op dr. Lieven Deweirdt, medisch diensthoofd psychiatrie.

Meer informatie?
Jessica Van Caeneghem
Coördinator
jessica.vancaeneghem@aznikolaas.be

Detectie

Huisarts

Pijnkliniek

Fysische geneeskunde

Intake

Pijnverpleegkundige
Intake: op papier of online

Maatschappelijk assistent revalidatiecentrum
Intake: op papier of online

Coördinator (Maatschappelijk assistent revalidatiecentrum)
→ evaluatie intake
→ bundel met testen (op papier of online)

- Quality Of Life (QOL)
- Oswestry Low Backpain Disability Questionnaire
- Quality Of Life met VAS
- Beck Depression Inventory (BDI)
- Brief Symptom Inventory (BSI)
- Tampa-schaal voor kinesiofobie
- Visueel Analoge Schaal (VAS)
- Eigen vragenlijst

Consult fysiotherapie
Bij verwijzing via pijnkliniek

Consult pijnkliniek
Bij verwijzing via fysische geneeskunde

Kinesitherapie
Sit and reach (lenigheid), fietsproef / 6' wandeltest
Handknijpkracht

Ergotherapie
Patiëntspecifieke thema's
Uitdiepen intake

Psychologie
Patiëntspecifieke thema's
Uitdiepen intake

Multidisciplinair team

- Komt patiënt in aanmerking voor het chronisch pijnprogramma?
- Indien niet → therapievoorstel
- Bepalen wie mededeling doet en hoe
- Rapportering naar de huisarts

Meedelen besluit aan patiënt

- Meedelen therapievoorstel
- Praktische afspraken start therapie
- Aangaan inspanningsverbintenis

Behandeling

Pijnkliniek

- Op punt stelling medicatie
- Interventie

Revalidatie

- Modules
- David Back Concept (DBC)
- Chronisch pijnprogramma

Verwijzing

- Psycholoog
- Psychiater
- Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)
- Centrum voor Algemeen Welzijn (CAW)

Verwijzing
Voor verdere diagnostiek

Skillslab

Er worden binnen AZ Nikolaas heel wat inspanningen geleverd om medewerkers te sensibiliseren rond reanimatie en daarover ook de nodige vorming te geven. In de zomer van 2012 werd binnen de dienst Spoedgevallen een speciaal uitgerust opleidingslokaal (skillslab) in gebruik genomen. Het lokaal biedt niet alleen de mogelijkheid om te trainen in basisreanimatie, maar is ook uitgerust met het nodige materiaal om de zorg rond een acuut zieke patiënt te simuleren.

In 2012 werden er 800 medewerkers opgeleid in het Skillslab. In 2013 vonden er 68 sessies Basic Life Support (BLS) en 18 sessies Advanced Life Support (ALS) plaats. Sinds de opstart van het Skillslab werden er in totaal al ongeveer 1800 medewerkers opgeleid.
Daarnaast werden er nog een aantal opleidingen georganiseerd voor specifieke doelgroepen (bv. pediatrische urgenties, artsen in opleiding, ambulancepersoneel,...). Bovendien stonden wij ook in voor de opleiding Basic Life Support van de volledige 3e graad van de Broederschool in Sint-Niklaas.

Namens de reanimatiecommissie
Carl Haentjens - Verpleegkundig CPR-coördinator

Opleiding 'Dringende Medische Hulpverlening' voor huisartsen

Op **13, 15 en 20 mei 2014** biedt de dienst Spoedgevallen in het Skillslab de OPLEIDING **'DRINGENDE MEDISCHE HULPVERLENING'** aan voor geïnteresseerde huisartsen. Per avond zullen er twee sessies georganiseerd worden, één van 19.30 uur tot 21.00 uur en één van 21.15 uur tot 22.45 uur. Het aantal deelnemers per sessie is beperkt tot 8.

Programma:
Verwelkoming door dr. Jorn Damen (Medisch diensthoofd Spoedgevallen & MUG)
Huidige werking Dringende Medische Hulpverlening
Workshops
- Basic Life Support (BLS)
- Automatische Elektrische Defibrillator (AED)
- Hulpmiddelen

Receptie

Geïnteresseerd?
Schrijf dan snel in via Ann Van Branden, 03 760 27 52 of ann.vanbranden@aznikolaas.be

Meer informatie? Patrick Goormans - Adjunct-hoofdverpleegkundige Spoedgevallendienst
patrick.goormans@aznikolaas.be

Hepatocellulair carcinoma

Diagnose, follow-up en therapie: een multidisciplinaire aanpak

Het toegenomen gebruik van radiologische onderzoeken heeft ertoe geleid dat er steeds vaker levertumoren worden vastgesteld (als toevalsbevinding of in het kader van bewuste screening). Het merendeel van de letsels die buiten het follow-up programma van een al gekend kwaadaardig proces worden ontdekt zijn goedaardig. Een belangrijke uitzondering zijn de letsels die ontdekt worden bij patiënten met een leveraandoening. Deze vorm van kanker die ontstaat in de lever heet het hepatocellulair carcinoom (HCC).

De aanwezigheid van levercirrose (verlittekening van de lever) of een chronische virusontsteking van de lever verhoogt aanzienlijk het risico op het ontstaan van deze vorm van leverkanker. Zo zullen 5 op 100 patiënten met levercirrose over het verloop van 1 jaar tijd een HCC ontwikkelen. Maar ook leverziekten zonder aanwezigheid van cirrose geven een verhoogd risico op HCC. Zo zullen 2 op 100 patiënten met een chronische leverinfectie met het hepatitis B-virus een HCC ontwikkelen. Het zal dan ook niet verbazen dat het HCC wereldwijd de vijfde meest voorkomende kanker is en dat er jaarlijks tussen de 0,5 en 1 miljoen mensen gediagnosticeerd worden met deze tumor. Daarenboven zijn er veel wetenschappelijke studies die aantonen dat de frequentie van het HCC over de voorbije jaren toeneemt.

Voor de patiënt is een vroege diagnose van HCC van groot belang. Hoe kleiner de letsels hoe hoger de kans om te genezen. Het spreekt dan ook voor zich dat patiënten met een onderliggende leverziekte strikt opgevolgd moeten worden om deze letsels vroegtijdig op te sporen. Zo krijgen patiënten met levercirrose (onafhankelijk van de oorzaak) om de 6 maanden een abdominale echografie om kleine letsels op te sporen. Op deze manier kan hun overleving aanzienlijk verbeterd worden.

Eens de diagnose van een HCC gesteld dient een specifieke behandeling gekozen te worden, rekening houdend met de algemene toestand en het leverlijden van de patiënt. De optimale behandeling voor een HCC bij patiënten met voldoende functionele leverreserve is een chirurgische resectie. Indien er geen radiologische evidentie is voor invasie van de hepatische vasculaire structuren kan een vijfjaarsoverleving tot 90% bekomen worden bij zorgvuldige selectie van de kandidaten.

Patiënten met gevorderde levercirrose (Child-Pugh C) zijn omwille van de slechte hepatische functie en het hoge risico op postoperatieve complicaties en postoperatief leverfalen geen kandidaten voor chirurgische resectie. Deze patiënten kunnen worden uitgewerkt voor levertransplantatie indien ze aan enkele voorwaarden voldoen. Een wegneembare oorzaak van hun cirrose, zoals ethanolabusus, dient te worden onttrokken en de ziekte dient te voldoen aan de Milano/Mazzaferro criteria voor levertransplantatie voor HCC*.
Een transplantatie is naast een behandeling van de aanwezige HCC-letsels een uitstekende behandeling van het bestaande leverlijden. Het grootste nadeel, indien we kiezen voor levertransplantatie, is de lange wachttijd vooraleer een donororgaan ter beschikking komt.

Bij patiënten die, gezien de beperkte functionele leverreserve, niet in aanmerking komen voor leverresectie kan geopteerd worden voor ablatie (radiofrequent (RFA), microwave (MWA), ethanol, cryo-ablatie) indien het kleine letsels betreft (< 4 cm). Ook wordt deze therapie aangewend als definitieve behandeling bij patiënten die niet in aanmerking komen voor levertransplantatie of als “bridgingtherapie" in afwachting van een beschikbaar donororgaan om tumorprogressie onder controle te houden. Door de grotere efficiëntie van RFA en MWA zijn ethanolablatie en cryoablatie eerder op de achtergrond gekomen. Het werkingsmechanisme van radiofrequente ablatie is het verhitten van het weefsel door wrijving. Eens een temperatuur hoger dan 60 °C bekomen wordt, ontstaat celne-

Dr. Jeoffrey Schouten - Gastro-enterologie
jeoffrey.schouten@aznikolaas.be

Dr. Thibault Sablon - Abdominale heelkunde
thibault.sablon@aznikolaas.be

crose waardoor het tumoraal letsel omgevormd wordt tot een necrotische massa zonder tumorale activiteit.

Besluit:
Een HCC is een vrij aggresieve tumor die meestal ontstaat als gevolg van onderliggend leverlijden. Een grondige follow-up en zorgvuldige behandeling van patiënten met gekend leverlijden is dus aan de orde teneinde vroegtijdig een diagnose te kunnen stellen en een behandelingsstramien op maat van de patiënt op te stellen.

Sinds kort wordt in het AZ Nikolaas leverresectie en ablatie aangeboden. Gezien de nauwe samenwerking met de transplantatiecentra die ons omringen kan ook de indicatiestelling en de pre- en post levertransplant follow-up hier plaatsvinden. Door een goede samenwerking tussen de diensten Gastro-enterologie en Abdominale heelkunde staan we garant voor een grondige follow-up met snelle diagnostiek en een behandeling op maat.

* Mazzaferro, criteria voor levertransplantatie voor HCC:
solitaire tumor < 5 cm of maximum 3 tumoren elk < 3 cm

Opstart Interventioneel hartcentrum

Tijdens de eerste zes weken, volgend op de opening op 6 januari 2014, werden reeds 160 patiënten, waarvan 5 met een acuut infarct behandeld in het Interventioneel hartcentrum van AZ Nikolaas.
In het nieuwe hartcentrum zijn drie gespecialiseerde cardiologen aan de slag die worden bijgestaan door vijf specifiek hiervoor opgeleide verpleegkundigen die bijkomende opleiding kregen in andere hartcentra.
Het team van cardiologen, dr. Dries Pas, dr. Joeri Voet en dr. Kevin Onsea, heeft reeds jarenlang ervaring opgedaan in Antwerpse en Gentse hartcentra. Het AZ Nikolaas is blij deze nieuwe behandelingsmogelijkheden ter beschikking te stellen van de Wase bevolking.

Van links naar rechts:
Dr. Kevin Onsea - kevin.onsea@aznikolaas.be
Dr. Dries Pas - dries.pas@aznikolaas.be
Dr. Joeri Voet - joeri.voet@aznikolaas.be

AZ Nikolaas werkt nauw samen met de hartcentra van het **UZ Gent** en het **AZ Sint-Lucas Gent**. Dit houdt in dat er gewerkt wordt volgens dezelfde hoge standaard van kwaliteitsrichtlijnen, procedures en behandelingsprotocols voor acute hartaandoeningen. Bovendien maken de drie ziekenhuizen gebruik van elkaars expertise en zullen zij voortdurend met elkaar in contact staan om kennis uit te wisselen en advies in te winnen.

azsint-lucas

UZ Universitair Ziekenhuis Gent

Sinds januari 2014 maakt **prof. dr. Katrien François**, diensthoofd cardiochirurgie in het UZ Gent, deel uit van het team cardiologie van het AZ Nikolaas.

Dr. François is gespecialiseerd in congenitale hartchirurgie, aneurysmata van de aorta ascendens en aortaboog en reconstructieve klepchirurgie.

Interventionele cardiologie: waar staan we?

De interventionele cardiologie heeft een enorme vlucht genomen en is niet meer weg te denken uit de dagelijkse cardiologische praktijk. De tijd is lang voorbij dat de stethoscoop het enige werktuig van de cardioloog was. Nu hangt die nog symbolisch om de schouders. Zoals de koksmuts bij de kok, geeft hij aan dat je arts bent.

Door de jaren heen is de cardiologie een erg technisch discipline geworden. Reeds in 1903 legde de Nederlander Einthoven de basis voor het elektrocardiogram, dat de elektrische activiteit van het hart registreerde. Van de ruwe Sokolowindex tot het subtiele Brugadafenomeen, het elektrocardiogram heeft nog lang niet al zijn geheimen prijs gegeven. Later – in de jaren '50 – verscheen de echografie ten tonele. Voor wie door oorsmeer het onderscheid niet kon maken tussen een derde harttoon en een mitraal openingssnap toonde de echografie in geluiden en kleuren wat je met de stethoscoop was ontgaan.

Ook de belangstelling in hartkatheterisatie is vele decennia oud. Aanvankelijk was de techniek, waarbij fijne holle buisjes langs de aders naar het hart worden opgeschoven, bedoeld voor de beoordeling van klepafwijkingen en aangeboren hartafwijkingen.
Toen het doordrong dat hartziekte een beschavingsziekte is, die veroorzaakt wordt door toenemende kransslagadervernauwingen bij een vergrijzende bevolking kreeg de coronarografie een prominente rol in het katheterisatiegebeuren.
Onderzoek toonde aan dat een hartaanval vrijwel steeds berustte op een verstopte kransslagader. Met die wetenschap begon een wedren naar efficiënte behandelingen.

Coronary Care Units (CCU) zagen het daglicht (in Sint Niklaas werd de CCU geopend in 1974). Initieel dienden ze voor monitoring, maar in het begin van de jaren tachtig werd ook gestart met fibrinolytische behandelingen in de hoop de klonters, die het infarct veroorzaakten, op te lossen.

Elders in de wereld probeerden enkele centra het hartinfarct te behandelen met acute bypasschirurgie. Het stuitte op beperkingen van tijd en logistiek. Aangezien kransslagadervernauwingen een hoge tol bleven eisen, zochten cardiologen die minder contemplatief aangelegd waren, naar meer mechanische oplossingen. De Duitser Grüntzig stond aan de wieg van de interventionele cardiologie, toen hij in 1977 de eerste ballondilatatie op een LAD-stenose uitvoerde in een Zwitsers ziekenhuis. De gebruikte ballonkatheters waren aanvankelijk vrij rigide en moeilijk te manipuleren in kleine vertakkingen, zodat de PTCAprocedure (percutane transluminale coronaire angioplastiek) de eerste jaren erg selectief werd toegepast. Met meer soepele en beter stuurbare systemen nam het aantal procedures exponentieel toe. De achilleshiel bleek een groot aantal recidief stenoses enkele maanden na de procedure. Alternatieve oplossingen kwamen en verdwenen. De rotablator (high speed rotational coronary atherectomy) en ook een lasersysteem kenden tijdelijk succes maar werden ook snel weer afgevoerd.

Een grote stap voorwaarts was de techniek van coronaire stenting. Een stent is in se een apparaat om vernauwde lichaamsweefsels uit elkaar te duwen. Het idee van een coronaire stent ontstond in het brein van twee Zweden, maar de eerste stent werd in 1986 geplaatst door Jacques Puel in Lausanne. Ook de stent kende kinderziekten. Kort na de procedure bestond een risico op plotse thrombose van de stent.

Het gebruik van plaatjesaggregatieremmers kon dit probleem grotendeels terugdringen. Maar ook bij de stents zag men soms een recidief stenose door neo-intimale proliferatie in de stent zelf.
Dat leidde tot de komst van drug eluting stents (DES) in 1999, waarbij stents werden bedekt met een immuno-suppressieve stof.

Al deze verbeteringen leidden er toe dat meer en meer patiënten behandeld werden, ook met multiple letsels en dat hartchirurgie vaak kon verdaagd worden. De evolutie in de interventionele cardiologie staat niet stil en op dit ogenblik is er veel interesse in bio-absorbeerbare stents (die na verloop van tijd volledig oplossen).
In de acute situatie van het hartinfarct is de interventionele aanpak de voorkeursbehandeling.
Daarbuiten is zij voor vele patiënten een alternatief, naast medicatie en hartchirurgie, om een kwaliteitsvol leven te leiden.

Het is goed deze techniek in huis te hebben.

Dr. Francis Ruys
Cardiologie
francis.ruys@aznikolaas.be

Dr. Bart Merckx: Huisarts in raad van bestuur

Sinds 18 april 2013 maakt dr. Bart Merckx (°1974), huisarts in Nieuwkerken, deel uit van de Raad van bestuur van het AZ Nikolaas. Infusie peilde naar zijn visie.

Wat is volgens u de meerwaarde van de aanwezigheid van een huisarts in het bestuur van een ziekenhuis?

Dr. Merckx: "De huisartsen zijn zonder twijfel heel belangrijke partners voor AZ Nikolaas. Als wij een patiënt verwijzen naar een ziekenhuis, dan moeten wij erop kunnen vertrouwen dat onze patiënt goed opgevangen wordt en de beste zorgen zal krijgen.
Als huisarts kan ik de raad van bestuur de visie en de bezorgdheden van de huisartsen met betrekking tot het ziekenhuis kenbaar maken. Bij het nemen van beslissingen kan hiermee dan rekening gehouden worden. Anderzijds kan ik ook helpen om de communicatie van het ziekenhuis met de huisartsenvertegenwoordigers te faciliteren en om contacten te leggen. Dit alles kan het vertrouwen van de huisartsen in AZ Nikolaas alleen maar ten goede komen."

Wat zijn uw persoonlijke verwachtingen en uitdagingen als bestuurder van het AZ Nikolaas?

Dr. Merckx: "Er is het voorbije jaar in ieder geval al een ongelooflijk boeiende wereld voor me open gegaan als bestuurder in het ziekenhuis. Ik wist als 'ervaringsdeskundige' wel hoe dokters en verpleegkundigen werken voor een ziekenhuis, maar hoe de ziekenhuisdirectie werkt om dit alles mogelijk te maken, hoe de financiering van een ziekenhuis in elkaar zit, of hoeveel mensen er achter de schermen hard werken om alles draaiende te houden, dat is mij nu pas duidelijk geworden. Persoonlijk wil ik mij de komende jaren hard inzetten als bestuurder om - samen met het personeel - mee te schrijven aan het succesverhaal van AZ Nikolaas."

AZ Nikolaas nam recent de beslissing om weg te trekken uit de stadskern en een volledig nieuw ziekenhuis te bouwen aan de rand van de stad. Hoe ziet u deze evolutie?

Dr. Merckx: "Dit stond, volgens mij toch, in de sterren geschreven. De fusie van de twee ziekenhuizen in Sint-Niklaas heeft een positieve dynamiek gecreëerd, maar heeft de directie ook met een aantal problemen geconfronteerd, die nooit kunnen opgelost worden op de huidige locatie. In een nieuw te bouwen ziekenhuis kan efficiënter gewerkt worden op logistiek vlak, patiënten zullen niet meer aan de verkeerde ingang staan en er zullen minder kilometers afgelegd moeten worden door het personeel. Dit laatste is misschien negatief voor hun fysieke conditie, maar verder zie ik enkel positieve punten."

Hartelijk bedankt voor het interview en veel succes met uw taak als bestuurder van het AZ Nikolaas.

Opstart consultatie Urologie & Thorax- en vaatheelkunde in campus Hamme

Urologie

De consultatiemogelijkheden in campus Hamme werden uitgebreid met de komst van **dr. Bart De Troyer**, **uroloog**. De aanwezigheid van een consultatie urologie in campus Hamme resulteert niet alleen in een betere dienstverlening ten opzichte van de ambulante patiënten uit de regio, het zorgt ook voor een betere opvolging van de patiënten met urologische problemen, opgenomen op de dienst Geriatrie of Revalidatie.
De meest voor de hand liggende technische onderzoeken worden hier aangeboden: echografie van de nieren en de blaas, flowmetrie en cystoscopie. Enkel voor prostaatbiopten, urodynamisch onderzoek of een niersteenverbrijzeling zal een verplaatsing naar de centrale campus in Sint-Niklaas noodzakelijk blijven.

Op 10 februari 2014 startte **Katrien Vandamme** in ons ziekenhuis als **stafmedewerker** in het Medisch departement. Na haar opleiding als apotheker en aansluitend doctoraat aan de faculteit Farmaceutische Wetenschappen van de universiteit Gent was zij actief in projectfuncties binnen de ziekenhuissector en farmaceutische industrie.
Zij zal samen met dr. Nieberding instaan voor de verdere uitbouw van de medische beleidsplannen, communicatie van beleidsinformatie aan de artsen alsook de ondersteuning van het medisch korps bij de voorbereiding van de ziekenhuisaccreditatie.

Contact: katrien.vandamme2@aznikolaas.be
03 760 76 21

Thorax- en vaatheelkunde

Op 1 september 2012 vervoegde **dr. Ans Verbert** de dienst **Vaatheelkunde** van het AZ Nikolaas. Sedert 1 september 2013 doet ze op woensdagnamiddag ook raadpleging in campus Hamme. Patiënten kunnen hier terecht voor zowel arteriële als veneuze problemen. Diagnostiek kan deels op campus Hamme gebeuren (echografie/duplex) zodat onnodige verplaatsingen vermeden kunnen worden. Voor sommige onderzoeken zoals een angioCT worden patiënten echter nog wel verwezen naar campus Sint-Niklaas. Als er een ingreep moet gebeuren wordt dit eveneens gepland op campus Sint-Niklaas, doch de postoperatieve controles kunnen dan ook in Hamme gebeuren. Door de nauwe samenwerking met de dienst Endocrinologie op o.a. de diabetische voetkliniek zullen patiënten opgenomen op de dienst Revalidatie of Geriatrie in campus Hamme ook verder multidisciplinair opgevolgd kunnen worden voor en/of na een eventuele ingreep.
Op deze manier hopen we de toegankelijkheid voor de zorg en ook de opvolging van de patiënten in de regio Hamme te verbeteren.

NIEUWBOUW BEVEREN

Op vrijdag 18 oktober 2013 werd, in aanwezigheid van burgemeester Marc Van de Vijver, symbolisch de 'eerste steen' gelegd van de nieuwbouw campus Beveren. Volgens de huidige planning van de werken zal het gebouw gebruiksklaar zijn rond de jaarwisseling 2015 - 2016. Daarna volgt nog een periode waarin het oude gebouw gesloopt zal worden en de parking en buitenomgeving verder worden afgewerkt.

Borstreconstructie met eigen weefsel:

Rol van de plastisch chirurg in de borstkliniek

Borstkanker wordt algemeen beschouwd als de meest voorkomende vorm van kanker bij vrouwen. Eén vrouw op negen krijgt in de loop van haar leven te maken met deze vorm van kanker. Dit betekent 10.000 nieuwe gevallen per jaar in België. Gelukkig betekent borstkanker niet meer dat je automatisch zonder borst verder moet. Ongeveer 2000 vrouwen beslissen elk jaar om een reconstructie van hun borst te laten uitvoeren, hetzij op hetzelfde ogenblik als de mastectomie of tumorectomie, hetzij in een later stadium.

Dr. Philippe Houtmeyers
Esthetische, plastische en reconstructieve heelkunde
philippe.houtmeyers@aznikolaas.be

Borstsparende heelkunde

In een aantal gevallen is het mogelijk om een borstsparende ingreep (tumorectomie/segmentectomie) uit te voeren. De keuze tussen een borstsparende ingreep en een mastectomie wordt bepaald door vier factoren: grootte, localisatie en type van de tumor en de grootte van de borst. Maar ook de persoonlijke voorkeur van de patiënte speelt een belangrijke rol. Het uiteindelijke esthetische resultaat is sterk afhankelijk van de ratio 'grootte tumor' versus 'grootte van de borst', evenals van de lokalisatie van de tumor. Wanneer een tumor zich voordoet bij een dame met zeer weinig borstklierweefsel zal dit vaak leiden tot een zichtbare afwijking en asymmetrie. Wanneer diezelfde tumor zich in een grote borst bevindt, zal een tumorectomie weinig of geen zichtbare afwijkingen of asymmetrie veroorzaken. Gelijktijdige verkleining van de andere, gezonde borst en verschuiven van het nog beschikbare borstklierweefsel in de aangetaste borst zijn maar enkele van de technieken die toegepast kunnen worden om tot een mooi esthetisch resultaat te komen. Deze technieken worden ook wel oncoplastische heelkunde genoemd. Belangrijk hier is de onderlinge samenwerking tussen de gynaecologen (Dr. Vanparijs, Dr. De Cleyn), die het oncologische deel van de ingreep uitvoeren en de plastisch chirurg, die een waardevolle aanvulling kan betekenen.

Mastectomie en reconstructie

Een mastectomie is meestal aangewezen bij grotere tumoren en multifocale tumoren. Maar zo kan ook een huidsparende/areola sparende mastectomie met reconstructie bij grote tumoren of kleine borsten esthetisch mooier zijn dan de minder ingrijpende borstsparende heelkunde.

Een borstreconstructie kan door middel van prothesen of met behulp van lichaamseigen weefsel worden uitgevoerd. De reconstructie kan gebeuren op het ogenblik van de oncologische resectie (primair) of in een later stadium (secundair).

We spreken van een tertiaire reconstructie wanneer reeds een eerdere reconstructie werd uitgevoerd of tijdelijk een tissue expander werd geplaatst teneinde de huidenveloppe van de borst te sparen gedurende de radiotherapie. In het geval van reconstructie met eigen weefsel, wordt in 90% van de gevallen gebruik gemaakt van buikweefsel. Hierbij wordt een ellipsvormige hoeveelheid huid en onderhuids vetweefsel tussen navel en pubis gebruikt om een borst te reconstrueren.

Dit weefsel wordt bevloeid door een bloedvat (perforant) afkomstig van de arteria epigastrica profunda inferior. Men spreekt dan ook van een DIEAP flap (deep inferior epigastric artery perforator flap). Dit bloedvat loopt doorheen de rechte buikspieren. Hierbij worden de buikspieren ter plaatse gelaten en wordt dit bloedvat tussen de spieren uitgedisseceerd zodat de bezenuwing en functionaliteit van de buikspieren volledig bewaard blijven. Met behulp van microchirurgie wordt dit bloedvat geanastomoseerd aan de arteria mammaria interna welke zich naast het sternum bevindt. Het weefsel wordt nadien in de vorm van een borst gemodelleerd. Uiteraard wordt tijdens de eerste ingreep reeds gezorgd voor zoveel mogelijk symmetrie. Tijdens een tweede ingreep, drie tot zes maanden later wordt een tepelreconstructie verricht, evenals aanvullende correcties om een mooie symmetrie te bereiken. Een tatoeage van de tepel en het tepelhof zullen het geheel vervolledigen. Indien het gebruik van buikweefsel niet mogelijk is door een te beperkte hoeveelheid weefsel, voorgaande abdominoplastie,... zijn er nog tal van andere technieken met lichaamseigen weefsel welke kunnen worden toegepast.

Het is belangrijk om vrouwen bewust te maken van de mogelijkheid tot reconstructie. Op het ogenblik van de diagnose is men voornamelijk gericht op het 'overleven'. Desondanks is het onze taak om reeds van bij de diagnose de mogelijkheid tot reconstructie met de patiënte te bespreken. Er zijn nog steeds vrouwen die jaren na de mastectomie bij de plastisch chirurg komen met de vraag naar borstreconstructie omdat ze niet bewust werden gemaakt van de verschillende reconstructiemogelijkheden of met onderliggende twijfels, angsten of nooit uitgesproken vragen zitten. Daarom kiezen we in het AZ Nikolaas met onze borstkliniek voor een multidisciplinaire aanpak om elke patiënt de beste zorg te geven.

Oncologen, radiologen, radiotherapeuten, psychologen, borstverpleegkundigen, anatomo-pathologen, gynaecologen, plastisch chirurg,... werken elke dag opnieuw samen om elke patiënte individueel op de best mogelijke manier te begeleiden doorheen dit behandelingsproces.

OPTIMALISATIE VAN DE ZORG VOOR KINDEREN OP DE DIENST SPOEDGEVALLEN

Tot 25% van de patiënten die zich aanmelden op de dienst Spoedgevallen zijn kinderen. Om deze reden is regelmatig overleg tussen spoedartsen en kinderartsen uiterst waardevol. Onze spoedopname beschikt over de faciliteiten om kinderen visueel en auditief af te schermen van volwassen. De problematiek waarmee kinderen zich aanmelden, zijn vooral infecties (koorts) en traumata (pijn). Een uniform en kwaliteitsvol pijn- en koortsbeleid is aldus cruciaal.

Sinds een jaar bestaat er maandelijks overleg tussen **dr. Griet Vermeulen**, spoedgevallen (l) en **dr. Ann Covents**, pediatrie (r). De gebruikelijke aanpak voor frequent voorkomende problematieken wordt onder de loep genomen en hieruit volgden alvast enkele aanpassingen:

- Het te frequent gebruik van niet-steroidale anti-inflammatoire middelen werd teruggeschroefd.
- Premedicatie pijnstilling voor kinderen die een ingreep moeten ondergaan, werd geoptimaliseerd.
- Voor kinderen die een hechting moeten krijgen, kon in samenwerking met de afdeling magistrale bereidingen van de ziekenhuisapotheek, het gebruik van lokale verdoving onder de vorm van druppels ingevoerd worden. Aldus hoeven kinderen geen injectie ter verdoving meer te krijgen.
- Overwogen, enkel indien werkelijk geïndiceerd, gebruik van centrale beeldvorming voor kinderen met hoofdtrauma.

Uiteraard worden alle afspraken en veranderingen ook doorgenomen met het team verpleegkundigen tijdens een werkoverleg.

In de startblokken voor ziekenhuisaccreditatie

Explicitatie en transparantie van de kwaliteit van zorg als doelstelling

Met de introductie van het nieuw toezichtsmodel van de Vlaamse overheid staan de berippen Quality and Safety meer dan ooit op de voorgrond in de Vlaamse ziekenhuizen. In dit nieuw toezichtsmodel worden 3 kernbegrippen vooropgesteld: ziekenhuisaccreditatie, indicatoren en nalevingstoezicht. AZ Nikolaas schuift dan ook het streven naar ziekenhuisaccreditatie als één van de topprioriteiten naar voor.

Ziekenhuisaccreditatie is een extern onafhankelijk onderzoek dat de continue kwaliteitsverbetering van alle geleverde diensten in het ziekenhuis nagaat. Dit impliceert dat we er continu naar moeten streven om aan een kwaliteitsnorm te voldoen om zo de kwaliteit en de veiligheid van de zorg te garanderen en te optimaliseren. Na een intens fusieproces is het streven naar een geaccrediteerd AZ Nikolaas een logische volgende stap.

NIAZ 3.0 Qmentum norm

AZ Nikolaas koos voor het NIAZ (Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg) 3.0 Qmentum als kwaliteitsnorm. Deze kwaliteitsnorm is een bundeling van zeer concrete 'eisen', als leidraad op weg naar een ziekenhuis met een niveau van kwaliteit van zorg dat expliciet wordt met een accreditatielabel. De kwaliteitsnorm dient ook als spiegel. Waar staan we? Wat doen we goed? Wat kan beter? Is de veiligheid voor de patiënt en de medewerker gegarandeerd? Voor welke (zorg)processen zijn er nog geen procedures en/of protocollen? Volgen we de procedures/protocollen? Sturen we bij indien nodig?

Met de implementatie van de NIAZ 3.0 Qmentum norm wordt niet alleen de focus gelegd op de zorg binnen het ziekenhuis, maar ook op de aspecten die een impact hebben op de transmurale zorg. Op die manier streven we zeker ook naar kwaliteit van de zorgcontinuïteit.

Quality and Safety (Q&S)

Om het ziekenhuis in de startblokken van het accreditatieproces te plaatsen is in een eerste fase alle aanwezige expertise betreffende kwaliteit en patiëntveiligheid in één dienst gebundeld. Lies Cabooter, manager Quality and Safety, vervult de taak van diensthoofd.
De dienst Quality and Safety opereert tussen het medische en het verpleegkundig departement en in nauwe interactie met de ondersteunende departementen. Vanuit dit perspectief kan het ziekenhuisbrede kwaliteits- en veiligheidsbeleid met alle betrokken actoren uitgetekend en geïmplementeerd worden.

Maandelijks komt het kerncomité Q&S samen om de status van het accreditatietraject op te volgen en nieuwe initiatieven inzake kwaliteit en veiligheid te stroomlijnen en te bekrachtigen. Het kerncomité Q&S bestaat uit leden van raad van bestuur, directie, medische raad en apotheek.

Accreditatietraject

De externe audit door NIAZ is gepland in het najaar van 2017 zodat op een realistische wijze aan een gedegen kwaliteitsbeleid en veiligheidscultuur kan gewerkt worden op basis van de Niaz 3.0 Qmentum norm.

Lies Cabooter
Quality & Safety Manager
lies.cabooter@aznikolaas.be

Mond-, Kaak- en Aangezichtsheelkunde breidt consultaties uit naar campus Temse

Sinds november is de consultatie Mond-, Kaak- en Aangezichtschirurgie (MKA) ook actief in **campus Temse**. Naast **consultaties** zal het ook mogelijk zijn om **ingrepen onder lokale anesthesie** in campus Temse te plannen.

- Dr. Herman Van de Vyver:
  maandag: van 14.00 tot 18.00 uur
- Dr. Kristof Berquin:
  donderdag: van 14.00 tot 18.00 uur
- Dr. Rudi Soubry:
  vrijdag: van 08.00 tot 12.00 uur

Vernieuwde polikliniek voor
Mond-, Kaak- en Aangezichtsheelkunde

Op 8 juni 2013 werd het vernieuwde centrum Mond-, Kaak- en Aangezichtschirurgie (MKA) geopend. Er werd een grondige renovatie en uitbreiding gerealiseerd. Er zijn nu acht behandelkamers, waarvan twee nieuwe en zes gerenoveerde. De wachtplaats werd uitgebreid, er is een inkomende en uitgaande balie, een sterilisatieruimte met een steriele en niet-steriele zone en een nieuw secretariaat. De uitbreiding werd mogelijk door de delokalisatie van een gedeelte van de voormalige polikliniek pediatrie. Het is een gedeelde investering van het ziekenhuis en de MKA-artsen.

De realisatie oogt ruimtelijk, licht en hedendaags. De afdeling bevindt zich op het gelijkvloers van campus Moerlandstraat, links van de hoofdingang. Door deze grondige renovatie zullen de patiënten beter en efficiënter kunnen worden verzorgd in een aangename omgeving.

Het team MKA bestaat momenteel uit zes artsen, een tandartse voor de narcodontie, tien verpleegkundigen, een medisch secretaris en een tandarts-protheticus. Het secretariaat is te bereiken van 08.00 uur tot 19.00 uur. Alle behandelingen gebeuren op afspraak en op verwijzing van de eigen tandarts of huisarts.

Op de dienst MKA richten we ons voornamelijk op de volgende behandelingen: kleine mondheelkunde of dento-alveolaire chirurgie, orthognatische chirurgie, implantologie, oncologische en esthetische gelaatschirurgie. Bij oncologische chirurgie wordt samengewerkt met de afdelingen Oncologie en Radiotherapie. Nieuw is ook dat er nu behandelingen onder bewuste sedatie kunnen uitgevoerd worden. Hiervoor werd een uitrustzone met 3 comfortabele ligzetels voorzien. Deze sedatie gebeurt in directe samenwerking met de dienst Anesthesie. Via intraveneuze medicatie wordt het bewustzijn verlaagd met als doel de angst van de patiënt te verminderen en het comfort te verhogen. Het voordeel ten opzichte van een algemene anesthesie is dat er geen ziekenhuisopname noodzakelijk is en dat de patiënt niet wordt geconfronteerd met de operatiezaal en recovery. Bovendien is de kans op misselijkheid na een sedatie quasi nihil. Ten opzichte van lokale anesthesie voelen de patiënten zich rustiger en comfortabeler.

In het kader van een optimale service aan de patiënten werd recent ook een consultatie opgestart op de campus Temse. Hier zijn er gedurende drie halve dagen, namelijk maandagnamiddag, donderdagnamiddag en vrijdagvoormiddag consultaties en gebeuren er behandelingen onder lokale anesthesie. De activiteit op de campus Beveren blijft ongewijzigd, namelijk maandagnamiddag, dinsdagnamiddag, woensdagnamiddag en vrijdagvoormiddag.

Dr. Herman Van de Vyver
Medisch diensthoofd Mond-, Kaak- en Aangezichtsheelkunde
mka.stniklaas@aznikolaas.be

Verkiezing *'Specialist van het jaar'*

Door Huisartsenkring Groot Sint-Niklaas

Naar aloude traditie organiseert de Huisartsenkring Groot Sint-Niklaas vzw elk jaar tijdens haar algemene ledenvergadering een verkiezing ***'Specialist van het jaar'***. Uit een (door de raad van bestuur) samengestelde shortlist maakt de vergadering haar keuze. De leden kiezen een collega specialist die in hun ogen een voorbeeld van collegialiteit en samenwerking belichaamde in het voorbije jaar.

In 2013 viel de keuze op **dr. Dominique Ballaux**, **Diabetologe - Endocrinologe** van het AZ Nikolaas. Het is tevens traditie dat de specialist van het jaar én partner worden uitgenodigd op de jaarlijkse kringuitstap. In september 2013 ging de uitstap naar Genk, waar onder andere een bezoek aan C-Mine werd gebracht. Traditioneel werd afgesloten met een gastronomisch diner, de ideale manier om in een sfeer van collegialiteit en vriendschappelijkheid elkaar beter te leren kennen en de professionele samenwerking te optimaliseren wat uiteraard de patiënten ten goede komt.

Eind 2013 werd de nieuwe 'Specialist van het jaar' verkozen. De eer viel dit jaar **dr. Yvan Valcke, Longziekten - Allergieën,** te beurt. Hij wordt door de Huisartsenkring Groot Sint-Niklaas uitgenodigd voor een uitstap in het najaar 2014.

Dr. Jan Van Beveren
Voorzitter
Huisartsenkring Groot Sint-Niklaas

Wetenschappelijke publicaties

- **Respiratory Impact of Analgesic Strategies for Shoulder Surgery**
  Regional Anesthesia and Pain Medicine, Volume 38, January - February 2013
  Peter Verelst • et al
- **Clinical guidelines for the practice of peripheral nerve blocks in the adult**
  Acta Anaesthesiologica Belgica, 2013; 64(3):105-8
  Sermeus L. • Verelst P. • et al.
- **Use of the EZ-Blocker for lung separation**
  Journal of Clinical Anesthesiology, 2013, Mar; 25 (2): 161-2
  Verelst P • et al.
- **Effect of Visceral Metastases on the Efficacy and Safety of Everlominus in Postmenopausal Women With Advanced Breast Cancer: Subgroup Analysis fram the BOLERO-2 study**
  Lancet Oncology
  European Journal of Cancer, Volume 49, Issue 12, August 2013
  Mario Campone • Ines Deleu • et al.
- **Everolimus Plus Exemestance as First-Line Therapy in HR+, HER2- Advanced Breast Cancer in BOLERO-2**
  Breast Cancer Research and Treatment, 2013, December 21
  J. Thaddeus Beck • Ines Deleu • et al.
- **Sustained Effectiveness of 10 kHz High-Frequency Spinal Cord Stimulation for Patients with Chronic, Low Back Pain: 24-Month Results of a Prospective Multicenter Study**
  Pain Medicine, 2013
  Adnan Al-Kaisy, MD • Jean-Pierre Van Buyten, MD • Iris Smet, MD • et al.
- **Stimulation of Dorsal Root Ganglia for the Management of Complex Regional Pain Syndrome: A Prospective Case Series**
  World Institute of Pain, 2014
  Jean-Pierre Van Buyten, MD • Iris Smet, MD • et al.

Dr. Annelien Coppens • Kinderziekten

annelien.coppens@aznikolaas.be

Dr. Coppens vervoegde de dienst Kinderziekten en zal samen met haar 8 collega's instaan voor de verdere uitbouw van de pediatrische zorg binnen AZ Nikolaas. Zij zal zowel in campus Sint-Niklaas als campus Beveren werkzaam zijn.

Dr. Philippe Houtmeyers • Plastische heelkunde

philippe.houtmeyers@aznikolaas.be

Dokter Philippe Houtmeyers, plastisch chirurg, legt zich toe op alle facetten van de plastische heelkunde, **zowel reconstructief als esthetisch**. Binnen het multidisciplinaire team van de borstkliniek staat hij in voor de borstreconstructies, in het bijzonder de DIEP-flap.

Dr. Ellen Maris • Kinderziekten

ellen.maris@aznikolaas.be

Dokter Ellen Maris startte als kinderarts op de dienst Kindergeneeskunde. Zij zal als **fellow kinderendocrinologie en -diabetologie** in samenwerking met het UZ Gent de uitbouw van een eigen kinderconventie diabetes binnen het Waasland ondersteunen.

Dr. Kevin Onsea • Cardiologie

kevin.onsea@aznikolaas.be

Dokter Kevin Onsea, cardioloog met een bijzondere bekwaamheid in de **interventiecardiologie** vervoegde het team cardiologie en werkt mee aan de uitbouw van het nieuw interventioneel hartcentrum.

Dr. Ruth Reyntjens • Kinder- en jeugdpsychiatrie

ruth.reyntjens@aznikolaas.be

Dr. Reyntjens deed tijdens haar opleiding ervaring op in **residentiële en polikliniche settings.** Tevens deed zij gedurende een jaar deeltijds onderzoek op het gebied van **ADHD**. In 2012 startte dr. Ruth Reyntjens de **bijkomende opleiding systeemtherapie**.

Dr. Mieke Soens • Pijnkliniek

mieke.soens@aznikolaas.be

Dr. Soens startte haar opleiding in de anesthesie binnen het UZ Gent. Na het met glans doorlopen van de United States Medical Licensing Examinations vervolledigde zij haar opleiding in **Perioperative and Pain Medicine** aan de Harvard Medical School in Boston, waar zij o.a. actief was binnen het Brigham and Women's Hospital in Boston. Na enkele supplementaire maanden in Harvard ter voorbereiding van haar PHD thesis zal dr. Soens vanaf 1 juli fulltime werkzaam zijn in het Pijncentrum.

Apr. Biol. Elise Willems • Laboratorium Klinische biologie

elise.willems@aznikolaas.be

Binnen de dienst Klinische biologie startte Apr. Biol. Elise Willems. Zij zal zich voornamelijk richten op de **microbiologie, infectieuze serologie en ziekenhuishygiëne**.

Niersteenverbrijzelaar: Belangrijke stap vooruit in de behandeling van nier- en ureterstenen in het Waasland

Dr. Hendrik-Paul Wynant - Urologie
Dr. Friedl Vanhaverbeke - Urologie
Dr. Bart De Troyer - Urologie
secretariaat.urologie@aznikolaas.be

In het verleden werden patiënten uit het Waasland met nier- of ureterstenen doorgestuurd naar Antwerpen of Gent voor een behandeling met de niersteenverbrijzelaar. Dit betekende voor de patiënt een verplaatsing en tijdverlies en dit voor een ambulante behandeling die slechts 40 minuten in beslag neemt.

Sinds vorige zomer beschikken we in campus Sint-Niklaas - Moerlandstraat over een eigen niersteenverbrijzelaar (ESWL). Uit de verschillende toestelconfiguraties werd gekozen voor de Modulith SLK van Storz, een nieuw, technisch zeer geavanceerd toestel en een primeur voor België. Zo laat dit toestel een betere lokalisatie van de stenen toe en verbetert bijgevolg ook de efficiëntie van de behandeling. Ook de manier om de schokbron tegen de patiënt te plaatsen is uniek vergeleken met andere toestellen. Dit zorgt voor een comfortabelere positie voor de patiënt waardoor de procedure ook minder pijnlijk is. Tijdens de procedure ligt de patiënt op een tafel en worden er via een externe krachtbron schokgolven gegenereerd die samenkomen ter hoogte van de steen. Hierdoor wordt de steen vergruisd en kunnen de fragmenten pijnloos worden uitgeplast. De procedure zelf kan wat pijnlijk zijn afhankelijk van de intensiteit van de schokgolven. De beschikbaarheid van een niersteenverbrijzelaar in het eigen ziekenhuis laat ook toe de wachttijd tussen diagnose en behandeling aanzienlijk te verkorten.

De volgende stap in het steenprogramma:

Opstart van de Steenkliniek

Dr. Kristine Dyckmans - Nefrologie
kristine.dyckmans@aznikolaas.be
Dr. Friedl Vanhaverbeke - Urologie
secretariaat.urologie@aznikolaas.be

Zomer 2013, de installatie van het ESWL-toestel (externe niersteenverbrijzelaar) is een feit. Intussen draait het ESWL-programma op volle toeren en werd een volgende stap gezet onder de vorm van een samenwerking met de dienst Nefrologie. Hiermee zetten we maximaal in op preventie van steenvorming. De steenkliniek staat voor een multidisciplinaire, efficiënte aanpak van nierstenen. De diagnose en behandeling is klassiek in handen van één van de behandelende urologen: dr. Hendrik-Paul Wynant, dr. Friedl Vanhaverbeke en dr. Bart De Troyer. Specifieke patiëntenpopulaties verdienen echter extra aandacht, deze worden na hun behandeling doorverwezen voor metabole oppuntstelling en bespreking van preventieve maatregelen. Dit gebeurt door nefrologe dr. Kristine Dyckmans, die zich ondermeer toelegt op het trachten te achterhalen van de oorzaak/voorbeschikkende factoren van de steenvorming en de behandeling. Het gaat hier om patiënten met steeds terugkerende stenen, meerdere stenen bij eerste presentatie, familiale belasting en/of nierstenen in associatie met darmaandoeningen, ernstige osteoporose of jicht. Op basis van de resultaten van de metabole oppuntstelling krijgt de patiënt een behandeling die het vormen van nieuwe nierstenen voorkomt: een aangepast dieet, aangepaste medicatie of chirurgisch ingrijpen naar de primaire oorzaak van het niersteenprobleem. Als team verzekeren we op deze manier een kwalitatieve, multidisciplinaire en gepersonaliseerde aanpak van nierstenen met aandacht voor zowel behandeling als preventie.

Campus Sint-Niklaas verlaat stadskern

Na uitgebreide analyse namen de raad van bestuur, medische raad en directie van het AZ Nikolaas het besluit om een nieuw zorgstrategisch plan te ontwikkelen. Dit plan geeft de langetermijnvisie van ons ziekenhuis weer. Het vraagstuk over hoe zorg optimaal kan aangeboden worden in een nieuwbouw voor campus Sint-Niklaas zal centraal staan.

Het vorige zorgstrategisch plan dateert van 2007, de periode net na de fusie. Sindsdien zijn talrijke infrastructurele werken gerealiseerd zoals het paviljoen voor de dienst Kinder- en jeugdpsychiatrie, de brugverbinding tussen campus Moerlandstraat en campus Lodewijk De Meesterstraat, de diensten Spoedgevallen, Intensieve Zorgen, CCU-NCU, het Interventioneel hartcentrum, het Facilitair platform, de renovatie en integratie van verschillende hospitalisatiediensten en recent de uitbreiding van het operatiekwartier.

Het is duidelijk dat de huidige ruimtelijke beperkingen in campus Sint-Niklaas op termijn een verdere optimalisatie van de zorg in de weg staan. Ook onze patiënten en bezoekers ondervinden de nadelen van de complexe gebouwenstructuur, moeilijke bereikbaarheid en beperkte parkeergelegenheid. Met de keuze voor een nieuwbouw in de omgeving van de stad Sint-Niklaas, kan de architectuur volledig in functie van de zorg georganiseerd worden. Deze beslissing is het resultaat van een uitgebreid onderzoek door vijf werkgroepen die elk de twee opties, behoud van de huidige locatie versus nieuwbouw, beoordeeld hebben vanuit een specifieke invalshoek: zorg- en marktstrategie, klanten/patiënten, medewerkers, infrastructuur en financiën.

De toenemende vergrijzing, de toename van chronische en ambulante zorg en de kortere verblijfsduren zullen in de toekomst tot een grondige verandering van het zorgaanbod leiden. Algemene conclusie van de diverse werkgroepen, de ziekenhuisartsen, de raad van bestuur en de directie is dat een volledige nieuwbouw voor de campus Sint-Niklaas het beste beantwoordt aan de gestelde noden en verwachtingen. De realisatie van een zorgcampus aan de rand van de stad Sint-Niklaas wordt, na de fusie in 2007, een volgende mijlpaal voor het AZ Nikolaas.

Een **voorlopige timing voor de realisatie van deze nieuwbouw** voorziet de grondverwerving in 2013 – 2018, de start van de bouwwerken in 2022 en de ingebruikname in 2027. De zoektocht naar een geschikt terrein is volop aan de gang. Er zijn momenteel nog meerdere locaties mogelijk.

De komende vijftien jaar zal dit project hoog op de agenda staan. Voor alle betrokkenen is dit een grote verandering.

Low Level Lasertherapie

als nieuw wapen tegen orale mucositis

Een laserbehandeling verbetert de levenskwaliteit en het comfort van de patiënt met orale mucositis door chemo- of radiotherapie. De behandeling zelf is pijnloos en zorgt voor een snellere genezing van de ulcera zodat de oncologische behandeling niet vroegtijdig moet stopgezet worden.

Dr. Kristof Hendrickx - Mond-, Kaak- en Aangezichtsheelkunde

MALDI-TOF MS:
een revolutie binnen de microbiologie

Gedurende vele decennia worden micro-organismen hoofdzakelijk geïdentificeerd door middel van hun metabole eigenschappen. Nadat een kiem gekweekt en uitgezuiverd is op voedingsbodems wordt ze geïncubeerd in verschillende media. Elk medium spoort de aan- of afwezigheid van een bepaalde biochemische eigenschap op. Aan de hand van het bekomen biochemische profiel is het in de meerderheid van de gevallen mogelijk het micro-organisme te benoemen. Deze techniek is vrij omslachtig en tijdrovend. Daar is echter zeer recent verandering in gekomen door de introductie van de MALDI-TOF MS voor de identificatie van micro-organismen.

MALDI-TOF MS staat voor Matrix-Assisted Laser Desorption Ionisation-Time Of Flight MassSpectrometry. Massaspectrometrie is een techniek die op het einde van de 19e eeuw ontwikkeld werd en zijn eerste toepassingen kende bij o.a. het onderzoek van isotopen en het identificeren van moleculaire structuren. In de klinische biologie kennen we deze techniek trouwens al geruime tijd door zijn gebruik bij toxicologische onderzoeken.
De eerste rapporten over het gebruik van massaspectrometrie voor het identificeren van micro-organismen verschenen al meer dan 30 jaar geleden, maar toestellen bruikbaar voor routine microbiologische laboratoria, zoals het onze, zijn nog maar zeer recent op de markt gekomen. Sinds oktober 2013 gebruiken we deze techniek dagelijks binnen AZ Nikolaas.

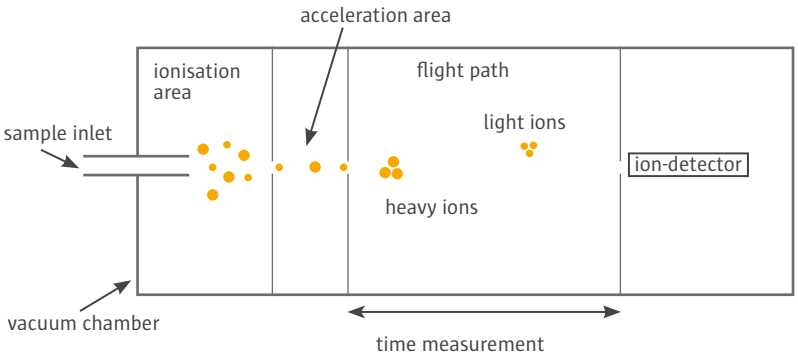
Een massaspectrometer bestaat uit 3 onderdelen: een ionisatiebron die het staal ioniseert (MALDI), een massa-analysator die de ionen van elkaar scheidt naargelang hun massa/lading verhouding (TOF) en een detector die de relatieve hoeveelheid waarin elke ionensoort voorkomt registreert en omzet in een massaspectrum.

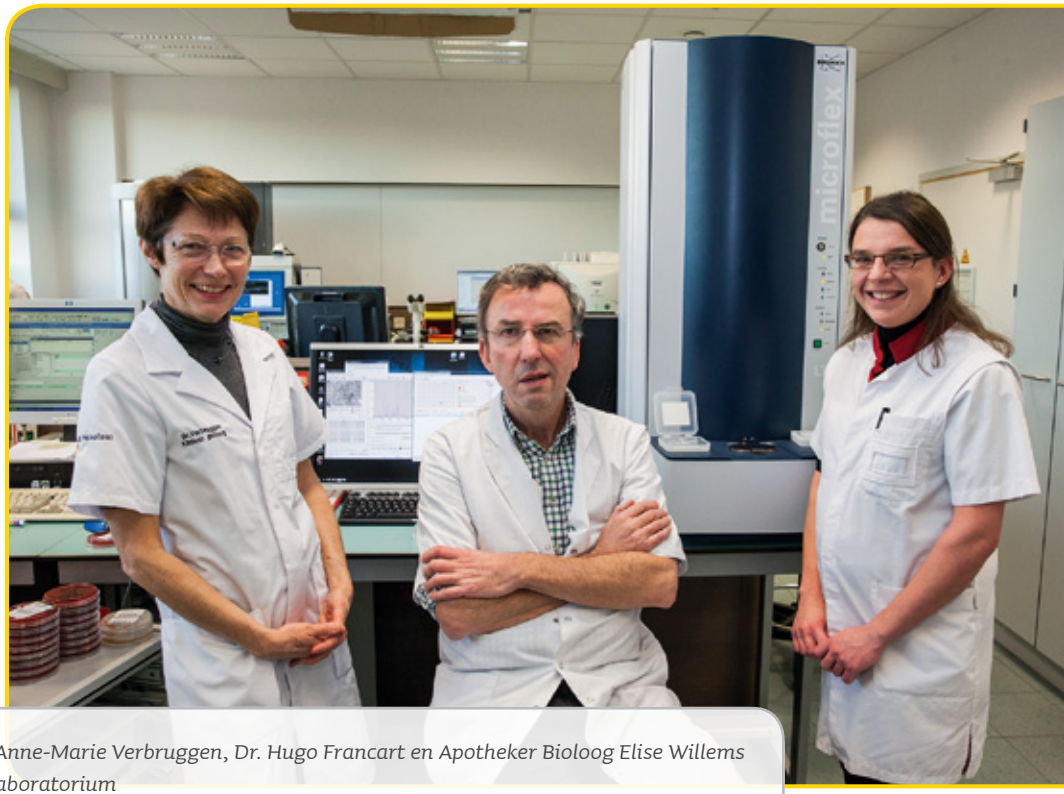
Het micro-organisme wordt gebombardeerd door de laser waardoor er een ionenwolk gegenereerd wordt. Elk micro-organisme heeft een karakteristiek massaspectrum. Dit maak het mogelijk om een kiem te identificeren door zijn massaspectrum te vergelijken met gekende massaspectra in een uitgebreide database.
Een groot voordeel van deze techniek is de snelheid waarmee een kiem geïdentificeerd wordt, wat tot een snellere optimalisatie van empirisch ingestelde antibiotica-therapie kan leiden.

Kiemen identificeren aan de hand van onze klassieke biochemische testen duurde ongeveer 48 uur te rekenen vanaf staalontvangst. Met MALDI-TOF MS slagen we erin om deze tijd voor de meerderheid van de geïsoleerde micro-organismen te reduceren tot 24 uur. Voor positieve hemokulturen (voornamelijk bij groei van Gram-negatieve bacillen en stafylokokken) hebben we zelfs al kiemen kunnen identificeren binnen de 8 uur na detectie van bacteriële groei in de hemokultuurfles.

Waar we ons vroeger vaak tevreden moesten stellen met een beperkte identificatie, zijn we nu in staat om de meerderheid van de geïsoleerde micro-organismen te identificeren tot op species niveau. De impact hiervan is groot zowel binnen als buiten het laboratorium.

figuur 1: Schematische voorstelling van het principe van een MALDI-TOF massaspectrometer





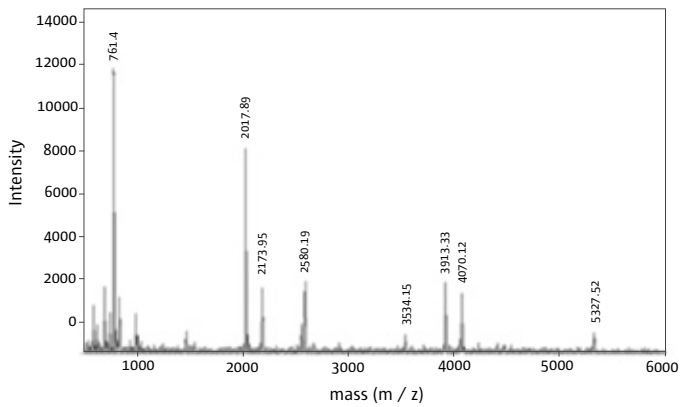
Vlnr: Dr. Anne-Marie Verbruggen, Dr. Hugo Francart en Apotheker Bioloog Elise Willems Klinisch laboratorium

Als klinisch biologen ervaren we meer dan ooit dat we nood hebben aan klinische gegevens om relevante kiemen correct te selecteren en te rapporteren. Voor de clinici verschijnen er nu kiemen op het protocol waarvan ze nog nooit gehoord hebben. Wij proberen hen op dit moment zo veel mogelijk bij te staan bij de interpretatie van soms exotisch klinkende identificaties door middel van telefonisch overleg en commentaren op het protocol. We zijn er van overtuigd dat deze verdere identificatie kan leiden tot een gerichter antibioticumbeleid aangezien een beter onderscheid gemaakt kan worden tussen contaminanten, commensalen en pathogenen.

Andere toepassingen van MALDI-TOF MS die we kunnen verwachten zijn onder meer de rechtstreekse identificatie van kiemen uit klinische stalen, het opsporen van bepaalde resistentiemechanismen (carbapenemasen CPE, PBP's bij MRSA,...) en typeringsonderzoek in het kader van outbreaks.

MALDI-TOF MS staat nog een mooie toekomst te wachten in ons laboratorium!

figuur 2: Voorbeeld van een massaspectrum



Apotheker bioloog Elise Willems
elise.willems@aznikolaas.be

Verkiezing nieuwe raad van bestuur
Huisartsenkoepel Waasland

Op de laatste algemene ledenvergadering van 28 november 2013 werd de nieuwe raad van bestuur van de Huisartsenkoepel Waasland vzw verkozen, de overkoepelende huisartsenkring.

Het Waasland telt momenteel 207 huisartsen die allemaal tot een specifieke deelkring behoren: Temse, Waasland-West, Waasland-Noord (Reynaertkring), Groot Sint-Niklaas, Beveren en Kruibeke. Vanuit elke deelkring worden 2 raadsleden gekozen die samen de twaalfkoppige raad van bestuur van de Huisartsenkoepel Waasland vzw (ook kortweg "de Koepel" genoemd) vormen.

De raad van bestuur van de Koepel treedt op als spreekbuis voor de huisartsen van het Waasland en coördineert dit alles via haar verscheidene commissies. Dit gebeurt op verschillende beleidsniveaus: op federaal en Vlaams niveau met de betrokken ministeries, met de overkoepelende huisartsenvereniging Domus Medica en met het RIZIV.
Daarnaast verzorgen zij de contacten met AZ Nikolaas (overleg directie, medische diensthoofden, ontslagmanagement, ethische commissie), de psychiatrische ziekenhuizen, de verschillende eerstelijnsorganisaties (SEL, LOGO, MFO) en het palliatief netwerk.

De raad van bestuur stuurt ook het Lokaal Multidisciplinair Netwerk (LMN) aan (zorgrajecten diabetes en chronische nierinsufficiëntie) en coördineert de oprichting van de wachtpost Waasland. Een andere belangrijke taak is het organiseren van de navorming voor alle huisartsen.

Dr. Jan Van Beveren
Secretaris Huisartsenkoepel Waasland

Beveren

Dr. Marc Mertens
Wachtdienstverantwoordelijke

Dr. Simone Hille
Penningmeester

Waasland-West

Dr. Luc Vlaminck

Dr. Sandor Van Bijsterveld
Navormingsverantwoordelijke

Sint-Niklaas

Dr. Benny Saeys
Voorzitter

Dr. Jan Van Beveren
Secretaris

Kruibeke

Dr. Patrick Chardome

Dr. Jan Cole

Reynaertkring

Dr. Robbrecht Dhollander

Dr. Caroline Burm

Temse

Dr. Mathieu Schalley

Dr. Bert Selleslags

Nieuwe operatiemicroscoop:

Het neusje van de zalm voor hersenchirurgie

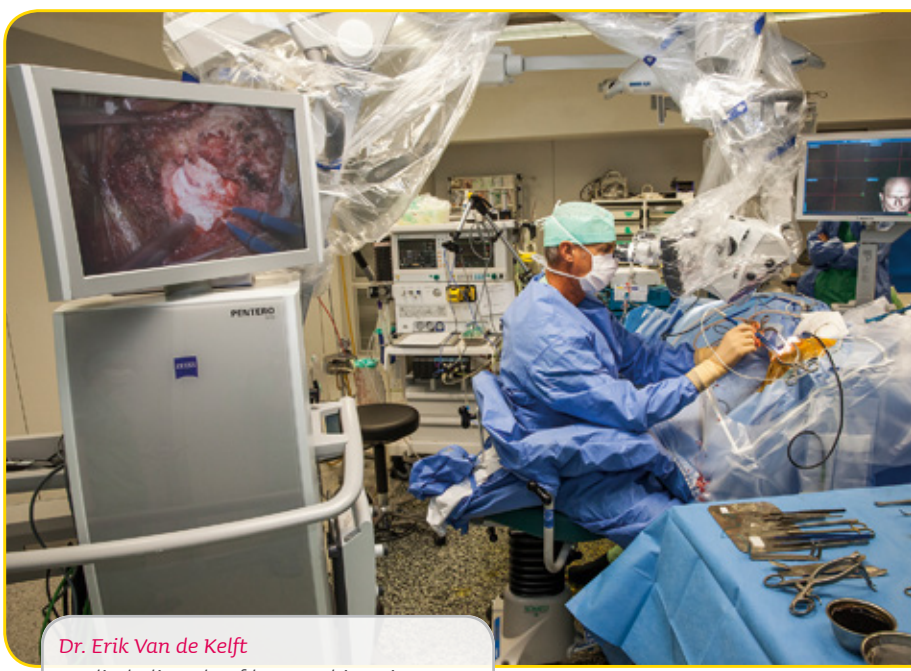
Reeds jaren trachten wij vanuit de dienst Neurochirurgie onze patiënten met hersentumoren een optimale zorg te bieden. Samen met de collega's neurologen, oncologen, radiotherapeuten en radiologen is er regelmatig multidisciplinair overleg met betrekking tot diagnostiek, therapeutische planning en opvolging van deze patiënten. Daarnaast worden zij ook psychologisch begeleid. Een belangrijke meerwaarde voor onze patiënten is zeker de mogelijkheid om in huis aanvullende radiotherapie te kunnen krijgen.

Jaren geleden investeerde het ziekenhuis en onze dienst in een neuronavigatiesysteem waardoor de chirurg een ingreep virtueel kan voorbereiden en gedurende de ingreep deze voorbereiding als leidraad kan gebruiken. Dit maakt een optimale benadering van de tumor mogelijk, met zo weinig mogelijk hersenweefselschade als gevolg.
De komst van een nieuwe operatiemicroscoop betekent de kroon op het verder optimaliseren van onze kwaliteitsvolle zorg.

Met de Zeiss Pentero 900 haalden we het neusje van de zalm in huis. Er is momenteel geen betere microscoop op de markt voor ons werk. Naast gebruiksgemak is er vooral de kwaliteit van het beeld en de mogelijkheid om, bij hersentumorchirurgie, in de lens van de chirurg, de aflijning van kwaadaardig weefsel te spiegelen. Met behulp van de neuronavigatie kunnen we bepalen hoe veilig de resectie is en met deze microscoop kunnen we tijdens de ingreep een resectie uitvoeren tot op de rand van gezond hersenweefsel.

Het is aan de chirurg (die hierover voor de ingreep met de patiënt afspraken maakt) om het ideale compromis te vinden tussen volledige resectie en bewaren van wat moet bewaard worden. Om ons daarbij te helpen wordt de microscoop aan de neuronavigatie gelinkt. De chirurg heeft tijdens de ingreep constant de keuze tussen 3 beelden: realtime, virtuele navigatie en ingekleurd tumorweefsel. Het tumorweefsel zelf wordt minutieus verwijderd met de splinternieuwe ultrasoon aspirator met geïntegreerde coagulator (CUSA).

Door de goede professionele samenwerking met alle collega's die zich bekwamen in de neuro-oncologie en het gebruik van deze microscoop zijn wij één van de best uitgeruste diensten neurochirurgie van het land en bieden wij onze patiënten dan ook de meest optimale zorg.



Dr. Erik Van de Kelft
Medisch diensthoofd Neurochirurgie
erik.vandekelft@aznikolaas.be

Overheidsopdrachten in ziekenhuizen

De nieuwe wetgeving overheidsopdrachten die de omzetting van een Europese richtlijn impliceert, trad op 1 juli 2013 in werking. Wat houdt dit concreet in voor ziekenhuizen? Een eerste indruk.

De basisbeginselen van deze wetgeving zijn goede praktijken die wettelijk verplicht worden. De aanbestedende overheden (klanten) behandelen de leveranciers op gelijke, niet-discriminerende en transparante wijze. Overheidsopdrachten worden gegund na mededinging door bekendmaking, al dan niet Europees, volgens de geraamde waarde van de opdracht.

De aanbestedende overheid kan kiezen uit verschillende manieren om aan te kopen: aanbesteding, offertevraag, onderhandelingsprocedure en concurrentiedialoog. De meest gebruikte gunningswijze is de offerteaanvraag waarbij de opdracht gegund wordt aan de inschrijver met de economisch meest voordelige offerte op basis van meerdere vooraf bepaalde gunningscriteria (prijs, functionaliteit, gebruiksgemak, dienst na verkoop,…). In tegenstelling tot de huidige manier van werken mag enkel voor opdrachten onder bepaalde limieten onderhandeld worden (uitzondering). Iedereen die toegang heeft tot de markt kan meedingen.

Verloop van de procedure

De procedure verloopt in fasen: voorbereiding, gunningsprocedure en uitvoering. Uitgangspunt is de behoefte van de interne klant en niet de oplossing. Bij de voorbereiding zullen de nodige experten samengebracht worden om de offerteaanvraag op te maken. De offerteaanvraag beschrijft het voorwerp van de opdracht aan de hand van technische (normen) en functionele specificaties. Hier wordt de productspecialistische kennis van de interne klant (arts) aangesproken, vergaard tijdens de marktprospectie. Of een product van een kandidaat-leverancier al dan niet voldoet zal getoetst moeten worden aan de vooraf bepaalde specificaties én moet gemotiveerd worden in een gunningsverslag. Door deze specificaties moet duidelijk zijn wat we willen zonder dat één leverancier of merk naar voor wordt geschoven.

De offertes zullen worden geëvalueerd op basis van de gunningscriteria en het relatief belang (de gewichten) bepaald in de offerteaanvraag. Het gunningsverslag bevat de toegekende scores met objectieve motivatie waarom voor dit product en deze leverancier gekozen werd. Is de niet weerhouden leverancier het niet eens met de motieven kan hij de beslissing aanvechten. Tijdens de uitvoering kunnen enkel onder bepaalde voorwaarden wijzigingen aan de overeenkomst worden gebracht. De uitvoering resulteert in de oplevering.

Deze gefaseerde aanpak vraagt meer werk door bijkomende formaliteiten zoals bekendmaken van de opdrachten, openen van de offertes tijdens de openingszitting met proces-verbaal,… De doorlooptijd van overheidsopdrachten, inclusief voorbereiding en wachttijden bedraagt ongeveer zes maanden, afhankelijk van de waarde en complexiteit van de opdracht.

Praktische vertaalslag

De wet op de overheidsopdrachten zal ons als zorginstelling aansporen om binnen het nieuwe wettelijke kader de aankoopstrategieën aan te passen en te optimaliseren. Vanuit dat standpunt zullen we nog meer het accent dienen te leggen op een “duurzaam aankoopmodel”. Dit dient dan ook verder ingebed te worden in de beleidsprocessen en -prioriteiten van de corebusiness.
Concreet kunnen we het conveniënt aankoopmodel kracht bijzetten door een meerjarenplanning op te zetten voor investerings- en verbruiksgoederen en specifieke diensten (huur,….). Op deze manier kan ruim op tijd gepland worden wanneer een aankoopdossier opgestart dient te worden. En kan men voor aankoopopdrachten waar welbepaalde raakpunten te detecteren zijn (bv. goederengroepniveau, netwerkingsniveau,…) vooraf bepalen of het aangewezen is om te opteren voor een geconsolideerde en/of transmurale aanpak.

Om succesvol aan te besteden is het van belang dat er enerzijds ingezet wordt op het creëren van een proactief draag- en bekrachtigingsvlak, en dit in rechtstreekse afstemming met de diverse beleidsorganen van het ziekenhuis (directiecomité, raad van bestuur, medische raad, medisch materialen comité,...). Anderzijds dient men ervoor te zorgen dat de nodige operationele en beleidsmatige know-how tijdig geïntegreerd wordt in het lastenboek (bestek). Een actieve betrokkenheid en intense communicatie tussen de verschillende diensten, actoren (artsen,...) en beleidsorganen zal zeker bijdragen tot het welslagen van een aankoopopdracht.

Het tot uitvoer brengen van een aankoopopdracht zal berusten op een "procesmatige approach", waarbij een aantal praktische en wettelijke SLA's (Service Level Agreements: afspraken waar een zekere verbintenis aan gekoppeld is) centraal zullen staan. Zoals bijvoorbeeld wie wat doet binnen het betrokken aankoopdossier, tegen wanneer men de vooropgestelde in- en output (bv. beoordeling,...) dient te bezorgen,...
Via deze 'geïntegreerde' aanpak streven we er naar om de gunning te onderbouwen en te motiveren op basis van onderscheidende indicatoren (in functie van kwaliteit, service, exploitatie, transitie, omkaderings- en randvoorwaarden, innovatie en R&D, faciliterende integratie,...) in plaats van uitsluitend op het criterium aankoopprijs te focussen.

Bart Van der Vieren
Diensthoofd Aankoop
bart.vandervieren@aznikolaas.be

Erik Vlaminck
Procesmanager Core-business
erik.vlaminck@aznikolaas.be

Het zal in ieder geval de kunst zijn om de criteria in de juiste verhouding vast te leggen en consistent aan te wenden. Het bepalen van de selectie- en gunningscriteria is eveneens een marktafhankelijk gegeven, en tevens zal de verhoudingsgewijze intervariabiliteit ook beïnvloed worden door de economische conjunctuur en andere overkoepelende beleidsindicaties. Een ding is zeker: we dienen steeds te streven naar een economisch verantwoorde gunningsoutcome. Hierbij dient de huidige 'Total Cost Ownership' getriggerde policy verder verruimd te worden naar een gebalanceerd 'Total Value Ownership' allocatiemodel.

17 mei 2014:
Receptie, walking dinner en dansfeest Huisartsenkoepel Waasland - AZ Nikolaas

Enkel op uitnodiging

Zaal Bebronna - Ketenislaan 1 - 9130 Kallo

19.00 uur: Ontvangst
19.30 uur: Verwelkoming
19.40 uur: Gastspreker: **Jos Burgers**: Adviseur Strategie, Marketing & Klantgerichtheid, auteur van diverse managementboeken, waaronder het meest recente: De Wet van Snuf
20.30 uur: Aanvang receptie

Rekening houdend met de grootte van ons ziekenhuis en de vele uitdagingen op bestuurlijk vlak werd ervoor geopteerd om de leiding van ons ziekenhuis toe te vertrouwen aan het duo **Koen Michiels,** gedelegeerd bestuurder (l) en **Stefan Van den Brouck,** algemeen directeur (r).

Stefan Van den Brouck zal als algemeen directeur de eindverantwoordelijkheid opnemen voor het intern ziekenhuisbeleid.
Koen Michiels zal vanuit de raad van bestuur van dichtbij het medisch-strategisch beleid opvolgen en het ziekenhuis vertegenwoordigen in diverse beleidsorganen.