

## De Klinax is dood. Leve de Klinax!

Gedurende vele jaren was de KLINAX een vaste waarde, met haar periodieke berichtgeving over alles wat het ziekenhuis aanbelangde. Het was een tijdschrift, gegroeid uit de vriendenkring van het ziekenhuis, op termijn met



een eigen redactie, dat sterk werd gewaardeerd door iedereen die zich bij de Sint-Augustinuskliniek betrokken voelde. Na verloop van jaren was het blad zodanig gegroeid, dat de inzet in tijd en middelen zeer hoog opliepen. Voor eventjes kwam er een einde aan het tijdschrift. Met deze editie willen wij echter een slanke feniks laten herrijzen uit de as: het concept wordt grondig aangepast, maar de naam blijft. De nieuwe KLINAX is niet langer een lijvige uitgave met een grote afwisseling aan spannende en ontspannende onderwerpen. Eerder een beknopte weergave van enkele topics die leven binnen dit huis. De klemtoon wordt gelegd op innovaties, medische evoluties, disciplines in ontwikkeling, nieuwe gezichten en andere bijzondere aandachtspunten. De KLINAX wil u op deze manier kennis laten maken met wat in het ziekenhuis leeft, zowel voor zij die er werken, als voor wie met ons samenwerkt. Ook voor de patiënt en de bezoeker hopen wij dat de artikelen als verhelderend en interessant worden ervaren. In deze editie staat de hoofdgeneesheer stil bij de pensionering van Dr. Lescroart, orthopedisch chirurg, na een jarenlange toewijding aan en inzet voor zijn patiënten. Vervolgens volgt een korte voorstelling van de nieuwe specialisten binnen het sterk uitbreidend korps, met Dr. Clarysse en Dr. De Leyn (sedert half 2006), Dr. Vermeersch (november 2006) en Dr. Van der Hauwaert (2007). De equipe staffleden nadert hiermee de zestig. In elke aflevering zal de KLINAX een aantal artsen aan het woord laten over hun medische specialiteit. Naast de medische benadering wil KLINAX ook aandacht bieden aan andere topics of benaderingen, zoals



verpleegkundige projecten, ziekenhuishygiëne, kwaliteitsbeleid, IT-toepassingen, bouwprojecten, e.a. Tot slot houdt KLINAX eraan u te waarschuwen voor het verslavend karakter waaraan u wordt blootgesteld bij het lezen.

Veel leesgenot, L. Vermeulen - Algemeen Directeur.

## Afscheid Dr. Lescroart

Dr. Lescroart startte zijn activiteiten als orthopedisch chirurg in Veurne in augustus 1973, na opleidingen in Leuven, Antwerpen en Exeter (Engeland). In de Sint-Augustinuskliniek werd hij de zesde full-time geneesheer-specialist. Het grootste deel van zijn activiteit speelde zich af in de operatiezaal en in de raadpleging; van een aparte dienst spoedgevallen was nog geen sprake. De raadplegingen van de dokters gingen door in de huidige gang administratie waar trouwens ook de radiologie was ondergebracht. Tijdens het interview bleek een zweem van heimwee naar vroegere tijden te onderkennen: het was allemaal meer op mensenmaat met een grote solidariteit onder dokters en personeel. Er waren



de positieve ervaringen van dankbaarheid en erkentelijkheid vanwege patiënten. Het was ook de tijd van veel minder papier en administratie. Zr. Blanca had als diensthoofd van het operatiekwartier de touwtjes stevig in handen. Het materiaal was eenvoudiger: handboortjes werden gehanteerd in plaats van het huidige gesofisticeerde materiaal. Procedures waren eenvoudiger, complicaties waren niet frequenter als nu. De lange hete zomer van 1976 was er één om niet te vergeten: het was zo warm dat in de operatiezaal werd geopereerd met de veters open. De grote voorliefde binnen zijn vak gaat uit naar de traumatologie en gaandeweg maakte Dr. Lescroart van de heup zijn 'dada'. De raadpleging op dinsdagavond in de polikliniek van Diksmuide hield dan weer veel sociale geneeskunde in. Het was hard werken in die pionierstijd: in enkele jaren tijd slaagde hij erin een volwaardige dienst orthopedie uit te bouwen; bovendien was hij altijd van wacht tot hij zich kon associëren met Dr. Guy Martens in 1982 en met Dr. Carl Van Goethem in 1997. Binnenkort kan hij meer tijd spenderen aan vrouw, kinderen en kleinkinderen. Hij reist graag en zal zich nog meer gaan toeleggen op fotografie. We danken Dr. Lescroart voor zijn jarenlange toewijding en wensen hem van harte een aangenaam tweede leven zonder professionele verplichtingen.

Dr. P. Kindts - Hoofdgeneesheer.

BELGIE - BELGIQUE

P.B. - P.P.

8630 Veurne

BC 16549

# Klinax

Periodiek informatief magazine Sint-Augustinuskliniek Veurne

Verschijnt 2x per jaar, oplage 2.000 exemplaren

Ieperse Steenweg 100 - 8630 VEURNE

Tel 058/333 111 - Fax 058/333 011

[www.staugustinusveurne.be](http://www.staugustinusveurne.be)

**KBC**  
Bank & Verzekering

**Patella**  
Surgical instruments

Kli1-03

SCHOENEN



SEDERT 1864

DAMES - HEREN - KINDEREN

Orthopedische schoenen en pantoffels

Birkenstock - Hickersberger - Ronny - Mephisto - Crocs

Nathalie Decoussemaeker

Ooststraat 13 - VEURNE

Tel 058 31 15 79 - info@schoenenpil.be

www.schoenenpil.be

**BIRKENSTOCK**



Kli1-07

**JEROME**

**MENSWEAR**

ARROW - ZILTON - BRONSON - BURLINGTON

OFFSHORE LEGENDS - THOMAS BURBERRY

Vleeshouwerstraat 1 - Veurne

Tel 058/31 76 58

Kli1-04

## Borstreconstructie anno 2007

Dr. B. De Frene

Borstkanker is veruit de meest voorkomende vorm van kanker bij vrouwen. In vele gevallen dient een amputatie of mastectomie te worden toegepast, waarbij de borst in zijn geheel wordt weggenomen. Voor veel vrouwen een operatie, die enorm ingrijpt in hun vrouw zijn en hun zelfbeeld. Veel vrouwen kiezen dan voor een borstreconstructie. Zij willen een nieuwe borst die de vorm en het volume van de andere borst zo goed mogelijk benadert.



In de reconstructieve heilkunde overweegt het functioneel herstel, waarbij tegelijk een zo goed mogelijke vorm wordt beoogd. Het herstel van misvormingen na tumorchirurgie, bijv. bij borstkanker, is één van de vele facetten van de reconstructieve heilkunde. Het doel is altijd om het verloren weefsel zo maximaal mogelijk te herstellen. In de esthetische chirurgie overweegt het morfologisch-esthetisch herstel, zonder de functie evenwel te schaden.

Sinds de microchirurgie haar intrede deed, namen de mogelijkheden binnen de reconstructieve heilkunde haast onbeperkt toe. Hierbij worden de arterie en de vene met een zeer fijn instrumentarium onder microscopische vergroting ingenaaid of geanastomoseerd op de acceptorvaten in de buurt van het defect. Dankzij deze technieken kunnen complete weefselstukken of vrije flappen (zoals huid, vet, bot, spier, fascia...) getransplanteerd worden naar verafgelegen delen van het lichaam.

### TIJDSTIP VAN DE RECONSTRUCTIE

Een borstreconstructie kan op verschillende tijdstippen worden uitgevoerd. De borstreconstructie kan onmiddellijk worden uitgevoerd: d.w.z. op het ogenblik dat de mastectomie wordt uitgevoerd, dan spreekt men over de primaire borstreconstructie. Een tweede optie is om de reconstructie in een later stadium uit te voeren. In dit geval wordt meestal gedurende 6 maand tot 1 jaar een afwachtende houding aangenomen (tenminste 6 maand na stoppen radiotherapie), dit is de laattijdige of secundaire borstreconstructie.

Het is duidelijk dat een onmiddellijke borstreconstructie minder psychologisch belastend is voor de vrouw. Er is minder angst om te moeten leven zonder borst. Het lichaamsbeeld is minder verstoord en er is een geringer verlies van zelfvertrouwen. Het betreft slechts één ingreep en één narcose. Er is dus maar één maal risico op complicaties en er is slechts één revalidatie noodzakelijk. Het uitvoeren van een onmiddellijke reconstructie met eigen weefsel staat de bijkomende behandelingen (chemotherapie, radiotherapie, hormonen therapie) niet in de weg. Deze kunnen op het geplande tijdstip aanvangen

### TYPES BORSTRECONSTRUCTIE

Grosso modo kunnen we borstreconstructie opsplitsen in twee grote groepen, namelijk prothese-reconstructies enerzijds en autologe reconstructies anderzijds.

Bij **prothesereconstructie** wordt een siliconen prothese onder de grote borstspier ingebracht. Dit is een omhulsel van siliconenrubber dat gevuld is met of silicone-gel of een zoutoplossing. De prothese heeft een ruwe buitenlaag, omdat daarmee de kans op kapselvorming rondom de prothese wordt verkleind. Dergelijk gereconstrueerde borsten voelen vaak minder natuurlijk aan, kunnen harder worden na verloop van tijd en vereisen vaak een heringreep na een 10-tal jaar, of na 5 jaar ingeval van voorafgaande radiotherapie. Daarnaast is radiotherapie na een prothese-reconstructie zo goed als uitgesloten.

**Autologe of eigen weefsel reconstructie** is een nieuwere methode en bestaat erin een groot stuk huid en vetweefsel over te brengen naar de borststreek om een nieuwe borst te modelleren. Bij dit type borstreconstructie is dus geen onderhuidse prothese meer nodig, waardoor de nieuwe borst ook natuurlijker aanvoelt. Daarnaast is een dergelijke reconstructie blijvend, in tegenstelling tot een prothesereconstructie. Tevens evolueert een autologe reconstructie mee met de rest van het lichaam (bv bij gewichtsverandering). Voor deze ingreep kunnen verschillende types flappen gebruikt worden. Weefsel van buikwand (de vrije 'DIEP' flap of deep inferior epigastric perforator flap) of weefsel uit de gluteale streek (de vrije 'S-GAP' flap of Superior Gluteal Artery Perforator)

Het vetweefsel van de buikwand tussen de navel en de schaamstreek werd voor het eerst gebruikt voor borstreconstructie in 1979. Dit weefsel of "flap" werd de TRAM (Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous) flap genoemd. In de laatste twee decades is het gebruik van dit weefsel de gouden standaard geworden in reconstructie met lichaamseigen weefsel.



Sinds 1979 hebben zich echter heel wat veranderingen in de techniek voorgedaan. Deze veranderingen situeerden zich vooral in de hoeveelheid van rectus abdominis spier dat mee werd gepreleveerd vanuit de buik.

De tendens om steeds minder en minder rechte buikspier te preleveren, mondde uiteindelijk uit in de ontwikkeling van de vrije DIEP flap (Deep Inferior Epigastric Perforator Flap). De voedende bloedvaten die naar het vet en de huid doorheen de rechte buikspieren lopen, kunnen vrij gedisseceerd worden door de rechte buikspier enkel te splitsen. Er is dus geen noodzaak meer om de rechte buikspier weg te nemen. Integendeel, de doorbloeding van de rechte buikspier wordt behouden door collaterale doorbloeding en de motorische bezuiging van de buikspier wordt gespaard. Vervolgens worden de arteria en de vena epigastrica inferior geanastomoseerd op de arteria en vena mammaria interna.

Post-operatief is er geen verzwakking van de buikwand noch verlies van functie van de rompspieren. Patiënten die een DIEP flap reconstructie ondergingen zijn meestal in staat hun normale dagtaken te hernemen 4 tot 6 weken na de ingreep. Aangezien door de chirurgische techniek de gevoelszenuw van de huid van de buikwand kan vrij gelegd worden, kan deze zenuw eventueel verbonden worden aan de gevoelszenuwen van de borst. Aangezien de vrije DIEP flap over een langere vaatsteel beschikt, zal de vormgeving van de nieuwe borst met het abdominale huid- en vetweefsel gemakkelijker kunnen verlopen en zal er een beter esthetisch resultaat kunnen bereikt worden. Aangezien er ter hoogte van de buikwand geen spier wordt doorgesneden noch weggenomen, is de post-operatieve pijn duidelijk lager dan met andere technieken. Een recente studie toonde aan dat voor de DIEP flap gemiddeld 3 maal minder pijnmedicatie dient toegediend te worden. Buiten het gemak voor de patiënte zal dit leiden tot een snellere revalidatie, een kortere hospitalisatieduur en uiteindelijk een lagere kostprijs voor patiënte, ziekfonds en verzekeringen.

De nadelen van deze techniek zijn net zoals de vrije TRAM flap vooral van microchirurgische aard: een verlengde operatieduur (ca. 7 uren unilateraal, ca. 9 uren bilateraal) en het risico op eventuele trombose (ca. 5%) en eventueel volledig verlies van de flap (ca. 2%). Het betreft een middelgrote operatie met een revalidatieperiode van 4 tot 6 weken. Gedurende deze periode is men sneller vermoeid en is er een hefverbod (niets meer dan een telefoonboek). Ter hoogte van de buik is er een litteken van de ene heupkam tot de andere. Meestal kan dit litteken wel verborgen worden.

Bij de tweede techniek wordt vanuit de gluteaal streek of de bilstreek een ellips huid en vet weggenomen en als vrije flap getransplanteerd naar de thorax en op analoge wijze microchirurgisch geanastomoseerd. Men gebruikt de vrije SGAP-flap meestal als er onvoldoende weefsel is ter hoogte van de buikwand. Het vetweefsel van de bilstreek is immers van iets minder goede kwaliteit.

#### TEPEL EN AREOLA RECONSTRUCTIE

Wanneer men de techniek van de autologe borstreconstructie toepast zal er automatisch een tepel- en tepelhofreconstructie moeten gebeuren. Er wordt meestal een maand of vier gewacht tot de nieuwe borst haar definitieve vorm heeft aangenomen. De tepel wordt meestal gereconstrueerd onder plaatselijke verdoving met klein flapje afkomstig van de huid van de flap op de plaats waar de nieuwe tepel dient gevormd te worden. Dit zal leiden tot nieuwe kleine littekens ter hoogte van de borst in de nabijheid van de nieuw gevormde tepel. Deze littekens zullen echter gecamoufleerd worden door de tatoeage van het tepelhof. Af en toe kan de tepel gereconstrueerd worden door transplantatie van een gedeelte van de andere tepel. Dit natuurlijk enkel als deze groot genoeg is om een gedeelte te ontnemen. Het tepelhof wordt gereconstrueerd d.m.v. een tatoeage van de tepelhofregio. Deze tatoeage vindt plaats ongeveer 1 à 2 maand na de reconstructie van de tepel. (bobdefrene@telenet.be)

## Nieuwe gezichten

### Dr. Peter De Leyn

startte zijn activiteiten op 1 augustus 2006 als specialist in de algemene heelkunde. Hij studeerde geneeskunde aan de KU Leuven en startte nadien met zijn opleiding algemene heelkunde in het UZ Gasthuisberg te Leuven. Daarna volgde hij bij Prof.



F. Penninckx te Leuven gedurende één jaar een bijkomende bekwaming in de abdominale heelkunde met een bijzondere interesse in de laparoscopie en oncologie. Tot slot genoot hij gedurende één jaar nog een bijkomende opleiding in de senologische chirurgie in de borstkliniek te Leuven bij Prof. M.-R. Christiaens. Gespecialiseerd in innovatieve technieken wil hij zorgen voor de uitbouw van een moderne dienst abdominale heelkunde, om daarnaast tevens actief te zijn in de borstkliniek te Veurne.

Info: P.Deleyn@azsav.be & 058-333 360

### Dr. Nico Van der Hauwaert

vervoegde de associatie orthopedie met Dr. Guy Martens en Dr. Carl Van Goethem vanaf 1 januari 2007. Hij legt zich toe op de subspecialiteiten schouder/elleboog en voet/enkel. Hij heeft geneeskunde gestudeerd aan de KUL



waar hij eveneens opleiding orthopedie heeft gevolgd. Hij heeft jaren gewerkt in de privé sector in Guernsey (GB).  
Info: N.Vanderhauwaert@azsav.be & 058-333 322

### Dr. Francis Clarysse

is sinds 1 augustus 2006 in functie als anesthesist in de Sint-Augustinuskliniek. Dr. Francis Clarysse studeerde geneeskunde aan de KU Leuven en startte nadien met zijn opleiding anesthesie in het UZ Gasthuisberg te Leuven.



Hij behaalde de bijzondere beroepstitel van intensieve zorgen aan de KU Leuven en van spoedgevallen aan het AZ St. Jan Brugge. Hij legt zich binnen de groep anesthesisten toe op de spoedgevallendienst.

Info : F.Clarysse@azsav.be & 058-333 077

### Dr. Dirk Vermeersch

vatte zijn activiteiten aan op 13 november 2006 als fysiotherapeut en revalidatiearts, in samenwerking met Dr. Deldycke. Hij studeerde geneeskunde aan de KU Leuven (1982) en genoot nadien de opleiding van Fysische Geneeskunde



en Revalidatie. Nadien volgde hij de opleiding sportgeneeskunde (KUL) en verzekeringsgeneeskunde (UIA). Hij werkte voordien in Antwerpen en legde zich vooral toe op de revalidatie van de wervelkolom en de behandeling van locomotorische aandoeningen.

Info: D.Vermeersch@azsav.be & 058-333 020

# Apropos

RESTAURANT - GASTHUIS

Karl SUBER - Els VERDOOLAEGE  
 Jaak van Buggenhoutlaan 26 - Koksijde  
 tel 058.51 52 53 - fax 058.52 41 82  
 info@aproposkoksijde.be  
 www.aproposkoksijde.be

K11-13

## delmar Reynolds

HOLTER - EKG - Stress - Bloeddruk - Event

Be.Med@skynet.be

Tel 0475.43 76 88

Speciaalzaak in babyuitzet van 0 tot 2 jaar

# Bambino

Zuidstraat 28 - 8630 Veurne  
 t 058 31 49 91 - f 058 31 14 92

open van 10-12 u / 14-18 u - gesloten zon- en maandag  
 bambino2@telenet.be

K11-06

Waar u steengoed bij de haard zit!



Koninklijke Baan 281  
 8670 Sint-Idesbald  
 Tel 058/52 12 92

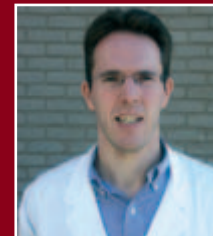
www.stoneandfire.be

K11-08

## Update onstabiele angor & non-ST-elevatie myocardinfarct

Onstabiele angor en non-STEMI infarct zijn frequente pathologieën in de dagelijkse praktijk van huisarts en cardioloog. De recente wijzigingen in de classificatie van de acute coronaire syndromen worden besproken, evenals nieuwe aanwinsten in de medicamenteuze behandeling.

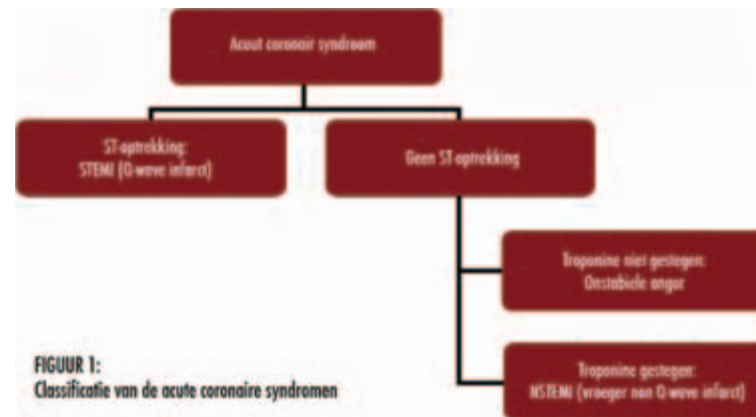
Dr. L. De Bruyne



Recent werd de indeling van de acute coronaire syndromen gewijzigd. De vroeger gebruikte termen Q-wave en non-Q-wave infarct werden verlaten en vervangen door de termen ST-elevatie myocardinfarct (STEMI) en non-ST-elevatie myocardinfarct (NSTEMI).

De reden hiervoor is dat men de behandeling van acute coronaire syndromen laat hangen van het EKG bij opname. Afhankelijk van het al dan niet aanwezig zijn van ST-optrekking wordt een andere therapie ingesteld. Hoewel het vroegere Q-wave infarct grotendeels overeenkomt met het huidige STEMI, is de term STEMI toch te verkiezen omdat men triert op basis van het al dan niet aanwezig zijn van ST-optrekking op het EKG op de spoedgevallendienst (in sommige gevallen het huisarts-EKG), waar een Q-golf zich vaak pas enkele uren later ontwikkelt.

Bij een acuut coronaire syndroom zonder ST-optrekking gaat het ofwel om onstabiele angor (troponine negatief) ofwel om een NSTEMI (troponine positief) (figuur 1).

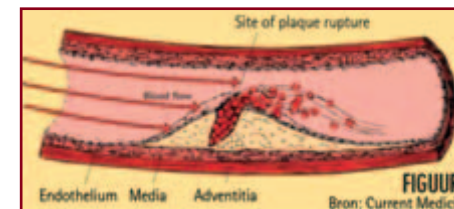


FIGUUR 1: Classificatie van de acute coronaire syndromen

### PATHOFYSIOLOGIE

Een acuut coronaire syndroom wordt nagenoeg steeds geïnitieerd door ruptuur van een onstabiele plaque. Vaak gebeurt dit ter hoogte van een plaque die voordien een niet-flowlimiterende stenose veroorzaakte. Door deze plaqueruptuur komen prothrombogene factoren die zich in de plaque bevinden in contact met stollingsfactoren in het bloed, en er treedt een activatie op van de stollingscascade met trombusvorming (figuur 2). Hierdoor kan een volledige of onvolledige occlusie optreden, wat zich op het EKG zal uiten onder de vorm van ST-elevatie bij volledige occlusie, en onder vorm van ST-depressie of normaal ST-segment bij onvolledige occlusie van de coronair. Dit verklaart waarom men bij een klassiek STEMI-infarct (dus met volledige occlusie) dient te opteren voor onmiddellijke recanalisation, hetzij farmacologisch met trombolysie, hetzij mechanisch met PTCA. De diagnose en behandeling van STEMI valt buiten het bestek van dit artikel. Bij NSTEMI is er geen volledige coronaire occlusie opgetreden, en is er dus niet die onmiddellijke

noodzaak tot reperfusie. De trombus die hier ter hoogte van de plaqueruptuur is gevormd, is geen statisch fenomeen; er is integendeel een voortdurende strijd tussen aanmaak en afbraak van deze trombus. Trombolysie heeft hier geen nut omdat de afgebroken klonters toch opnieuw gaan samenklonteren. Met



behulp van farmaca (sommige oud, andere nieuw) wordt het evenwicht tussen endogene fibrinolyse en klontervorming verschoven in de richting van fibrinolyse (zie lager).

### RISICOSTRATIFICATIE (TIMI risicoscore)

Retrospectieve analyse van infarctstudies heeft toegelaten een aantal risicofactoren te identificeren die gepaard gaan met een hoger risico op een gecombineerd eindpunt na 14 dagen van globale mortaliteit, infarcering en ernstige ischemie gepaard gaande met nood tot onmiddellijke revascularisatie. Het gaat om oudere leeftijd (> 65 jaar), aanwezigheid van 3 of meer coronaire risicofactoren, gekend coronair lijden met letsel(s) van meer dan 50%, ST-depressie op het EKG, 2 of meer angorepisoden de laatste 24 uur, gebruik van aspirine en positieve hartenzymes (tabel 1). Er is een lineair verband tussen het aantal risicofactoren en het risico op het gecombineerde eindpunt. Patiënten met 0 tot 2 risicofactoren worden als laag risico beschouwd, met 3 tot 4 als intermediair risico, en patiënten met 5 tot 7 risicofactoren zijn hoogrisicopatiënten.

Het EKG bij onstabiele angor of NSTEMI kan zowel normaal zijn, negatieve T-toppen vertonen, als ST-depressie vertonen (figuur 3). ST-depressie gaat gepaard met hogere mortaliteit.

Troponine is een relatief nieuwe biomarker, die het voordeel heeft veel cardiospecifieker te zijn dan de vroeger gebruikte CK's en transaminasen, die vaak vals-positieve resultaten geven ten gevolge van loslating uit perifere spiercellen. Troponine is daarenboven ook veel gevoeliger voor myocardnecrose dan de klassieke enzymen, wat in bepaalde gevallen het stellen van de diagnose van myocardischemie sterk vereenvoudigt. Zoals gezegd hangt de diagnose van hetzij onstabiele angor hetzij NSTEMI af van het al dan niet positief zijn van het troponine (cfr. supra). Niet alleen voor de diagnose, maar ook voor de

prognose is het troponine een belangrijke marker: het risico op mortaliteit stijgt naarmate het troponine hoger is. Als enige caveat geldt dat het troponine ook gestegen kan zijn bij nierinsufficiëntie en belangrijke longembolen.

## THERAPIE

**Klassieke therapie.** Een lage dosis acetylsalicylzuur wordt steeds gegeven bij onstabiele angor of NSTEMI, doorgaans na intraveneuze ladingdosis van 500 mg. Betablokkers verminderen de zuurstofbehoefte van het hart en beschermen tegen ritmestoornissen. Contraindicaties zijn bradycardie, hypotensie en hartfalen. Heparine is het klassieke antitromboticum gebruikt bij onstabiele angor. Nitraten verminderen de preload en de afterload en verminderen op die manier de zuurstofbehoefte van het myocard; er is ook een antispasmodische werking thv de coronairen.

**"Nieuwe" therapie.** Laag moleculairgewichtheparine (LMWH). Studies suggereren dat vooral enoxiparine (Clexane) even goed of beter is dan heparine voor de behandeling van acute coronaire syndromen zonder ST-elevatie. Daarnaast is er ook het gebruiksgemak waarbij de dosis niet dient aangepast te worden aan de APTT, maar op basis van het lichaamsgewicht. De therapeutische dosis bedraagt 1 mg/kg 2 x daags, dus voor bv iemand van 60 kg bedraagt deze dosis Clexane 60 mg s.c. 2x daags.

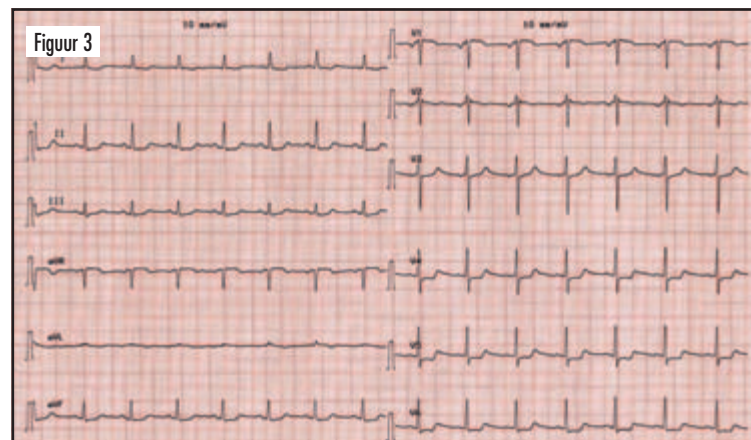
Bij patiënten met nierinsufficiëntie (creatinineklaring < 30 ml/min) dient de dosis gereduceerd te worden naar 1 x daags 1 mg/kg. De creatinineklaring kan bepaald worden via een 24-uursurinemeting of op basis van gewicht en serumcreatinine met de formule van Cockcroft-Gault (140-leeftijd x gewicht / creatine x 72). Een meer pragmatische aanpak kan erin bestaan om bij patiënten met een creatinine van > 1.3 mg/dL of leeftijd boven de 85 te opteren voor deze gereduceerde dosis. Wanneer deze voorzorgsmaatregel in acht genomen wordt is het bloedingsrisico lager of vergelijkbaar met dat van intraveneuze heparine.

Tabel 1: TIMI risicoscore

- Leeftijd > 65 jaar
- 3 of meer coronaire risicofactoren
- gekende stenose van > 50 %
- ST-depressie
- 2 of meer angorepisodes de voorbije 24 uur
- gebruik van aspirine
- positieve enzymes

**GpIIb/IIIa-antagonisten.** Deze remmers van de plaatjesaggregatie bestaan enkel in intraveneuze vorm (Aggrastat, Reopro). Ze blokkeren het glycoproteïne GpIIb/IIIa, dat zich op de buitenzijde van de bloedplaatjes bevindt en ervoor zorgt dat bloedplaatjes zich aan elkaar vasthechten. Wanneer toegediend aan hoogrisicopatienten zorgen zij voor een bijkomende daling van de mortaliteit. Patiënten met een TIMI risicoscore > 3, met een positief troponine of duidelijke ST-daling komen hiervoor in aanmerking. Ook voor deze producten dient de dosis gehalveerd te worden bij patiënten met een creatinineklaring van < 30 ml/min; praktisch kan men ook hier de arbitraire grens van leeftijd > 85 jaar of creatinine > 1.3 mg/dl gebruiken.

**Clopidogrel.** Deze krachtige remmer van de plaatjesaggregatie, die bij acute coronaire syndromen steeds in combinatie met aspirine gebruikt wordt, geeft een bijkomende risicoreductie bij hoogrisicopatienten. Dit wordt ook weerspiegeld in de terugbetalingscriteria voor deze indicatie; patiënten met onstabiele



angor of NSTEMI krijgen terugbetaling indien het EKG ischermische repolarisatiewijzigingen toont of wanneer het troponine gestegen is. Na het eenmalig geven van een perorale ladingdosis van 300 mg (wat overeenkomt met 4 comprimés Plavix) bedraagt de dosis eenmaal daags 75 mg.

**Statines** zorgen (naast vele andere effecten) voor plaquestabilisatie. Er is dan ook veel interesse om ze te gebruiken bij patiënten met acuut coronaire syndroom, waar een onstabiele plaque nagenoeg per definitie aanwezig is. Tot nu toe is er 1 positieve studie met atorvastatine 80 mg, vroegtijdig toegediend. Momenteel is er onvoldoende evidentie om statines te beschouwen als standaardtherapie van het acuut coronaire syndroom. Voor patiënten met intermediair en hoog risico wordt **coronarografie** tijdens dezelfde hospitalisatie aanbevolen; deze dient vervroegd te gebeuren bij recidief ischemie, hemodynamische instabiliteit of ventriculaire aritmieën.

## BESLUIT

Wanneer men spreekt over "een infarct" heeft men het doorgaans over het klassieke infarct met ST-optrekking (STEMI). Nochtans zijn de hier besproken acute coronaire syndromen zonder ST-optrekking (onstabiele angor en NSTEMI) veel frequenter. De recent vernieuwde classificatie is logischer geworden, sluit nauwer aan bij de behandeling en gaat uit van al dan niet aanwezig van ST-optrekking op het opname-EKG en

het al dan niet positief zijn van het troponine. Het therapeutisch arsenaal voor de behandeling van acute coronaire syndromen zonder ST-elevatie is de laatste jaren sterk uitgebreid, en met elke nieuwe toevoeging werd een (kleine) additionele daling van de mortaliteit bekomen. De prognose is dan ook navenant verbeterd.

**TUINEN MANU D'HAENEN**



aanleg  
heraanleg  
onderhoud  
vijvers  
terrassen-opritten

Pannestraat 67  
8630 Veurne  
0476. 58 83 71

www.manudhaenen.be - info@manudhaenen.be

**TOURNE L'EAU**

P O L S H O P

Zwembaden / Jacuzzi's / Sauna's  
Alle onderhoudsproducten voor uw zwembad, spa en sauna  
Pannestraat 42A / 8630 Veurne / Tel 058 288 651  
info@tourneleau.be / www.tourneleau.be

**Schoonheidsspecialiste**  
**Gelaats- en lichaamsverzorging**

**Els Loncke**




Veurnestraat 10 - De Panne - tel. 058 41 50 45  
Nagelstudio - Solarium - Balneo - Thalasso therapie



Schilder- en decoratiewerken  
prijs- en kleuradvies

Kerkstraat 57  
8660 De Panne  
tel. 058 42 26 76  
www.het-huis-van-de-decorateur.be

BINNENKORT

**ERGOcomfort**  
zitten liggen slapen

Uw Ergo-specialist voelt met u mee... want zitten, liggen én slapen in de voor u beste omstandigheden zijn nu méér dan ooit aan de orde!

Dit speciaal aangepast comfort naar ieders persoonlijke behoefte mag u binnenkort bij ons verwachten.

[www.ergocomfort.be](http://www.ergocomfort.be)

KI11-02

TE VEURNE

**florisan** één adres voor uw  
sierlijke badkamer,  
comfortabele verwarming,  
of praktische keuken:



Albert I laan 25  
8630 VEURNE  
TEL 058/315.315  
[www.florisan.be](http://www.florisan.be)



KI11-10

## Het geriatrisch dagziekenhuis

Lieve Debruyne, stafmedewerker verpleging

“Wij zijn de ouderen van morgen”. Iedereen weet dat onze bevolking aan het verouderen is. De vergrijzing is onomkeerbaar, onvermijdelijk en heeft ingrijpende gevolgen zowel op maatschappelijk vlak als op vlak van gezondheidszorg. Maar de ouderen van vandaag kan je niet meer vergelijken met die van gisteren. De levensverwachting is langer, men blijft langer actief en de eisen evolueren. De senioren van morgen zullen een meer comfortabel en individueel leven geleid hebben en de ganse ouderenzorg moet hiermee rekening houden. In ons eigen belang, aangezien we vroeg of laat één van deze ouderen zullen zijn.



De vergrijzing van de bevolking, en meer in het bijzonder die van de groep 80-plussers heeft aanzienlijke gevolgen voor de zorgvraag en de zorgbehoeften: stijging van het aantal bejaarden met chronische ziekten en meerdere ziektebeelden, verlies van zelfredzaamheid in een steeds evoluerende sociale context (meer geïsoleerde bejaarden). Deze vaststelling vraagt een aanpassing van de aard en de kwaliteit van de gezondheidszorgstructuren om aan deze evolutie van de gezondheidsbehoeften te voldoen. Gezien de vaak aan de veroudering gekoppelde eigenschappen (verminderd aanpassingsvermogen, fysiologische zwakte, neiging tot inactiviteit en toegenomen afhankelijkheid, verschillende ziekten en geneesmiddelen, chronische aandoeningen, complexe sociaal-economische situatie, ...) vragen de bejaarden en dan vooral de hoogbejaarden een zeer gespecialiseerde, multidisciplinaire en intensieve aanpak en dit zowel voor, tijdens als na een hospitalisatie. De geriatrische patiënt verdient bijgevolg een totaalbenadering met een multidisciplinair pakket van aangeboden zorgverstrekking. Het GDZH biedt een nieuwe mogelijkheid binnen de geriatrische zorg die aan deze veranderde eisen tegemoet komt.

### SITUERING

In het landschap van de gezondheidszorginstellingen kan men het Geriatrisch Dagziekenhuis (GDZH) situeren binnen het Algemeen Dagziekenhuis (DZH), op het raakvlak met de dienst ‘Geriatric’ van het ziekenhuis. De Sint-Augustinuskliniek beschikt reeds meer dan tien jaar over een goed georganiseerd DZH waar patiënten (jong of oud) opgenomen worden voor een

dagbehandeling (dus zonder overnachting in het ziekenhuis). Het GDZH vormt een nieuw en apart luik binnen dit DZH en richt zich specifiek tot de geriatrische patiënt ouder dan 65 met geriatrische syndromen die ambulantly komen voor onderzoeken, behandelingen en/of revalidatie.

### DOELSTELLINGEN

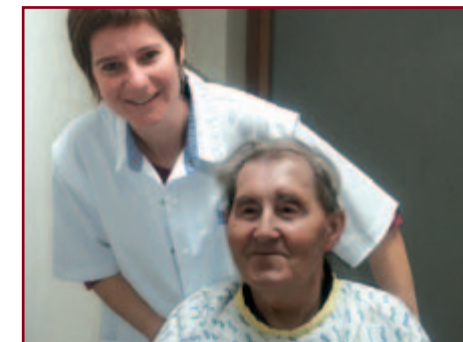
Aanbieden van een brede waaier aan mogelijkheden voor zowel diagnose, therapie en revalidatie, specifiek voor de geriatrische patiënt (zie verder: bij aanbod). Vermijden van een “volledige” hospitalisatie. Dit houdt in dat de patiënt niet in het ziekenhuis moet overnachten waardoor heel wat problemen vermeden kunnen worden. De geriatrische patiënt is immers vaak een fragiele patiënt die bij een volledige hospitalisatie helemaal ontregeld kan geraken zowel mentaal als fysiek. In een GDZH ondervinden geriatrische patiënten een lagere psychologische en fysieke drempel voor medische zorgverstrekking. De continuïteit van de ambulante eerstelijnszorgverstrekking wordt niet in het gedrang gebracht. Hierbij wordt zeer veel aandacht besteed aan de doorstroming van informatie van en naar de huisartsen, de thuisverpleegkundigen, kinesisten, sociaal verpleegkundigen en andere mantelzorgers.

### AANBOD

Het GDZH biedt drie programma's van zorg aan: een ambulantly diagnostisch, een therapeutisch en een revalidatieprogramma. Deze programma's worden telkens georganiseerd door een multidisciplinair team waarbij de bejaarde met zijn geriatrisch profiel centraal staat.

Een ambulantly diagnostisch programma (somatisch, cognitief en sociaal). De geriatrische patiënt kan overdag in het ziekenhuis een aantal onderzoeken/testen ondergaan om na te gaan welke problemen er zijn en welke de oorzaken ervan zijn zodat er een geschikte therapie kan opgesteld worden. Bijvoorbeeld: een diabetesprogramma: omvat een multidisciplinaire evaluatie met lichamelijke onderzoeken én voorlichting door de podologe, diëtist, sociaal verpleegkundige, diabetesverpleegkundige en diabetoloog. De geheugenkliniek: omvat een multidisciplinaire evaluatie door de neuroloog, geriater, psycholoog en sociaal verpleegkundige. De valkliniek: omvat een multidisciplinaire evaluatie van gangstoornissen en valproblematiek door de neuroloog, fysiotherapeut, kinesisten, radioloog, neus/keel/oor-arts, orthopedist en geriater. De nutritie-kliniek: omvat een uitgebreide screening met testen (bloedonderzoeken, meting van gewichtsveranderingen in functie van de tijd, BMI, huidploidikte, gewicht, lengte, ...) voor diagnose van potentiële voedingsproblematiek. De diëtiste, endocrinoloog, sociaal assistent, psycholoog en geriater zijn hierbij intensief betrokken. De incontinentie-kliniek: via specifieke testen en onderzoeken wordt de incontinentie ingedeeld in een bepaald type, nadien wordt een therapeutisch plan opgesteld. De visus-kliniek. De depressie-kliniek. De osteoporose- en artrosekliniek.

Een therapeutisch programma. Dit luik biedt de mogelijkheid om een behandeling (al dan niet operatie) te ondergaan tijdens de dag, zonder dat een volledige opname met overnachting vereist is. Bvb. chemotherapie, bloedtransfusies, calciumkuur, oogoperaties, kleinere dermatologische of gynaecologische ingrepen.

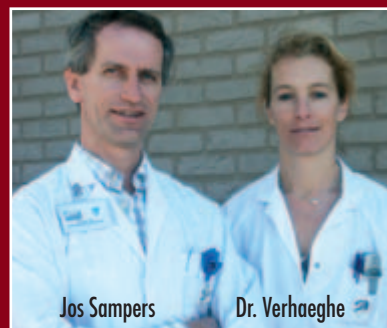


Een revalidatieprogramma. Patiënten die thuis verblijven hebben de mogelijkheid om, al dan niet naar aanleiding van een hospitalisatie, te komen revalideren in het ziekenhuis. Bvb. kinesitherapie bij gangproblematiek, na knie- of heupoperaties, ... Het GDZH stelt de technische middelen van het ziekenhuis ter beschikking zonder dat een volledige opname noodzakelijk is. Op verzoek van de huisarts of na een geriatrische raadpleging kan het zinvol zijn een ambulante observatie in het GDZH te organiseren. Het DZH maakt het mogelijk verschillende onderzoeken en consultaties op één dag te concentreren en een multidisciplinaire evaluatie uit te voeren. Het DZH kan ook dienstig zijn wanneer een intensieve revalidatie nodig is. Die diagnostische en therapeutische aanpak van het DZH moet het mogelijk maken hetzij om hospitalisatie in te korten en de terugkeer naar huis te bespoedigen, hetzij om een hospitalisatie te voorkomen. In het GDZH wordt de geriatrische patiënt vanaf zijn inschrijving in het ziekenhuis tot zijn ontslag opgevangen door het team dat instaat voor zijn toezicht en het goede verloop van de onderzoeken en de eventuele behandelingen waarvoor de patiënt werd gestuurd. Het is wenselijk dat, in de mate van het mogelijke, hospitalisaties vervangen worden door een opvang in het GDZH. De opdrachten van het GDZH zijn gericht op activering en mogen geenszins uit een onderhoudsbehandeling bestaan, daarom mag de gemiddelde behandelingsduur de drie maanden niet overschrijden. Het geriatrisch dagziekenhuis: uniek in de regio! Voor de geriatrische patiënt van vandaag is het een absolute must om beroep te kunnen doen op een specifiek GDZH met al zijn facetten. Op deze manier kan de patiënt geholpen worden voor zowel diagnose, therapie als revalidatie. Het drempelverlagend effect van het DZH is enorm belangrijk. Bovendien is het DZH kostenbesparend en verhoogt het de continuïteit met de ambulante zorgverlening. We zijn er dan ook terecht trots op dat we als algemeen ziekenhuis in onze regio deze mogelijkheden kunnen aanbieden aan de geriatrische patiënt!

## Ziekenhuishygiëne

Jos Sampers - Verpleegkundige ziekenhuishygiënist

Eén van de belangrijkste taken binnen de opdracht voor ziekenhuishygiënisten bestaat uit de preventie van ziekenhuisinfecties (nosocomiale infecties). Een ziekenhuisinfectie is een infectie die ontstaat door verblijf in het ziekenhuis. Er is een causaal verband tussen het verblijf (=de behandeling in het ziekenhuis) en de infectie. Was de patiënt niet in het ziekenhuis langs geweest, dan had hij de desbetreffende infectie niet doorgemaakt. Deze benadering impliceert inzicht in de ontstaanswijze van de ziekenhuisinfectie en biedt daarmee mogelijkheden voor preventie.



Jos Sampers Dr. Verhaeghe

Het causale verband aantonen is veelal een complexe materie. Dit heeft o.a. te maken met het feit dat er naast exogene ziekenhuisinfecties, waar de besmetting van de patiënt door toedoen van het ziekenhuis (omgeving en medewerkers) heeft plaatsgevonden, ook endogene ziekenhuisinfecties zijn, waarbij de infectie wordt veroorzaakt door micro-organismen uit de eigen flora van de patiënt. Nosocomiale infecties verdienen om een aantal redenen bijzondere aandacht. Ten eerste vanwege hun aantal. Internationale studies tonen aan dat 5 tot 10% van de opgenomen patiënten een ziekenhuisinfectie doormaken. Tevens is het belangrijk te weten welke gevolgen ze hebben voor de patiënt in de eerste plaats maar ook wat betreft hun weerslag op de kosten in de gezondheidszorg. Voor de patiënt kan het leiden tot "langer ziek zijn", herhaalde operaties moeten ondergaan, langdurige antibioticatherapie en uiteraard een langduriger verblijf in het ziekenhuis, zonder te spreken over een verhoogde mortaliteit. Vandaar dat het hygiëneteam, bestaande uit een verpleegkundige ziekenhuishygiënist en een geneesheer-microbioloog, een beleid uitstippelt, guidelines neerschrijft en protocollen implementeert, en dit in samenwerking met het comité voor ziekenhuishygiëne. De richtlijnen dienen uiteraard op evidence based medicine en evidence based nursing te berusten. Om een doelgericht beleid ter preventie van ziekenhuisinfecties te voeren is surveillance onmisbaar. Men moet weten welke infecties, welke micro-organismen en

risicofactoren voorkomen in het ziekenhuis. Meten is weten. Daarom worden kwaliteitscirkels (bv. Plan-Do-Check-Act van dr. Deming) geïnstalleerd, waarbij een plan wordt opgemaakt en uitgewerkt, een nulmeting plaatsvindt, gevolgd door implementatie van verbeteraties, waarvan het effect tenslotte nogmaals gemeten wordt om te verifiëren of het behaalde resultaat gehaald wordt. Concreet kan gesteld worden dat wij in de Sint-Augustinuskliniek een jaarplan opmaken waarin de headlines worden uitgestippeld.

Het optimaliseren van de **handhygiëne** bij alle ziekenhuiswerkers (artsen, verpleegkundigen, kinesisten, en allen die patiëntencontact hebben) is een prioriteit. Het lijkt misschien een banale doelstelling, maar het is reeds lang gekend dat de overdracht van ziekmakende micro-organismen voor 90% via de handen van alle zorgverstrekkers geschiedt. Hiervoor neemt het ziekenhuis, gesteund door directie en hoofdgeneesheer, deel aan de nationale campagne voor handhygiëne, die door het Ministerie van Volksgezondheid wordt opgesteld. Een ander belangrijk item dat bijdraagt tot de infectiepreventie is het **antibioticabeleid**. Het ontstaan van resistente bacteriën kan voor een groot stuk in de kiem gesmoord worden door doelgericht antibioticagebruik. Een rationeel gebruik van antimicrobiële middelen vereist een correcte indicatiestelling op basis van anamnese en klinisch onderzoek, en houdt rekening

### Webdesign

(Web 2.0 & Flash Animatie)

### Webhosting

(eigen server, eigen beheer)

### Domeinnamen

(.BE .NET .COM .ORG .EU)

### E-mail marketing

### Zoekmachine optimalisatie



Johnny Ingelbrecht

Ooststraat 11 - 8630 VEURNE

Tel 0475/335 491 - Fax 056/800 077

Johnny@westdesign.be

[www.westdesign.be](http://www.westdesign.be)

KRIF-05

HOSPITHERA.  
Your reference partner in hospital supplies.



CRITICAL CARE | DAYCARE | OPHTHALMOLOGY (LENSITA)  
STERILIZATION & HYGIENE | SURGERY

SA HOSPITHERA NV  
Rue de la Petite Île/Klein Eilandstraat, 3 - 1070 Brussels  
TEL: +32 (0)2 535 02 02 - FAX: +32 (0)2 535 02 19  
[WWW.HOSPITHERA.COM](http://WWW.HOSPITHERA.COM)



KRIF-12

De Panne - Koksijde - Veurne - Oostduinkerke  
Middelkerke - Nieuwpoort - Oostende

**GROEP  
CAENEN**  
samen sterk in immobiël

Fabiolaplein 7 - Oostduinkerke - Tel 058-52 22 32

Nieuwpoortlaan 29 - De Panne - Tel 058-41 17 29

www.groepcaenen.be

Kli1-15



Lingerie  
**Larissa**

o.a. bad- en nachtkledij  
ook grote maten!

LIGHTHOUSE PROMENADE

Lombardsijdestraat 3/3 BO

Nieuwpoort-Bad Tel. & Fax 058 24 33 27



Fragile  
Citizens of Humanity - Jeans  
Noppies  
Menonove  
Sara

Anita



Zwangerschapsmode

**Bibi**

ZWANGERSCHAPSMODE  
MODE DE GROSSESSE  
KLEDIJ • LINGERIE • BADMODE • NACHTKLEDIJ

VEURNE Extra grote maten 44-54

Nieuwstraat 2 - 8630 Veurne

tel 058-31 56 76

info@bi-bi.be

www.bi-bi.be

Open: 10u-12u & 14-18u - ook op afspraak  
Gesloten op zon- & maandag

Kli1-11

met de vermoedelijke of aangetoonde verwekker, de gastheer en z'n huidige of vroegere behandeling. Bij de keuze van het antibioticum houdt men rekening met het spectrum (niet breder dan noodzakelijk blijkt uit het antibiogram), de farmacologische eigenschappen en de potentiële nevenwerkingen van het product. Bijkomende gegevens die bij een keuze moeten in rekening worden gebracht zijn de actuele resistentiepercentages, het risico voor resistentie-ontwikkeling en de kostprijs van de behandeling die heel recent op basis van forfaits gefinancierd wordt. Daarom is een intense samenwerking tussen de behandelende geneesheer-specialist en de microbioloog essentieel. Daarom komen sinds dit jaar de microbioloog en de verpleegkundige hygiënist meerdere keren per week op de afdelingen. Zij evalueren elke ingestelde antibioticatherapie, aan de hand van de gekweekte culturen, de infectieparameters en de kliniek van de patiënt. De basis hiervan wordt gelegd in de antibiotica-commissie die tevens de inhoud van het formularium bepaalt.

Naast de handhygiëne en een gericht antibioticum, kunnen in bepaalde omstandigheden bijkomende maatregelen noodzakelijk zijn om specifieke resistente kiemen binnen een kamer te houden. Hiervoor beschikt het ziekenhuis over duidelijk omschreven **isolerichtlijnen**. Dit kan gaan van standaardvoorzorgsmaatregelen, over contactisolatie, druppel- en aërogene isolatie, tot strikte isolatie. Voor patiënten met immunodeficiënte pathologie wordt omgekeerde isolatie toegepast. Hierbij wordt beoogd geen pathogene kiemen in de kamer binnen te brengen. Het opvolgen van deze richtlijnen is belangrijk in het kader van de preventie van kruisinfecties.

Reeds sinds '94 neemt de Sint-Augustinuskliniek deel aan de **nationale surveillance** voor registratie van ziekenhuisinfecties. Deze omvat een uitgebreid registratiesysteem en is een klankbord, een soort vingerafdruk waarbij de instelling wordt gesitueerd t.o.v andere ziekenhuizen m.b.t de prevalentie van nosocomiale infecties. Naast de septicemieën (bloedstroombinfecties) met hun oorzaken, wordt tevens de prevalentie van de alom gevreesde mrsa-bacterie geregistreerd. Deze relatief arbeidsintensieve registratie die samen met een groot aantal noemergegevens dient te worden verzameld, levert ons

interessante informatie op. Het geeft ons een idee waar het ziekenhuis zich situeert op de landelijke kaart. Dit surveillancesysteem, uitgevoerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (W.I.V.), houdt ons de vinger aan de pols. Het biedt de mogelijkheid om resultaten te vergelijken doorheen de tijd en trends te ontdekken, die op zich kunnen leiden tot bijsturen en installeren van verbeteracties. Zo kan er bv. een verhoogd aantal kathetersepticemieën leiden tot het analyseren en corrigeren van technieken die betrekking hebben op het plaatsen, het verzorgen of het verwijderen van centrale katheters. Hierdoor (veel beter dan via bepaalde mediaprogramma's die eerder uit zijn op hoge kijkcijfers dan op het leveren van objectieve informatie) kan o.a. gesteld worden dat de prevalentie van de mrsa-bacterie significant lager ligt dan het nationaal gemiddelde. Bij de interpretatie van die cijfers (uiteraard geen absolute cijfers) wordt er rekening gehouden met de activiteit in het ziekenhuis: zowel kwantiteit (b.v. het aantal opnamen en het aantal ligdagen) als intensiteit (b.v. het aantal invasieve katheters en katheterdagen op intensieve zorgen) komen aan bod.

Het spreekt voor zich dat het toezien op de processen van **reiniging, desinfectie en sterilisatie** eveneens, tot de bevoegdheid van het comité voor ziekenhuishygiëne behoort. Dit in nauwe samenwerking met de ziekenhuisapotheker die voor deze materie de eindverantwoordelijkheid draagt. Momenteel wordt voor het komende jaar als doel gesteld om de transparantie van deze processen te optimaliseren. Dit zal uiteraard wel een kostenplaatje met zich mee brengen, want hiervoor dienen alle toestellen te worden uitgerust met de nodige software, een scanner en een printer. Het is de bedoeling om zowel de instrumenten, de processen en hun parameters, transparant en opvraagbaar te maken, alsook te kunnen verifiëren welk personeelslid welke sets heeft samengesteld.

Het comité voor ziekenhuishygiëne houdt zich reeds een aantal jaren bezig met de supervisie van de **grootkeuken en de melk-keuken**. Het is de bedoeling dat de personeelsleden zich bewust worden van de mogelijke risico's in het bereidingsproces. Voor alle risico's moet er een beheersplan bij de hand zijn, bestaande

uit te volgen richtlijnen. Hiervoor is er nauwe samenwerking tussen de verpleegkundige hygiënist en de verantwoordelijken. Onverwachte microbiologische omgevingsstaalnames kunnen de opvolging van de richtlijnen helpen bewaken.

Gelijkaardig aan het bewaken van de keukenhygiëne, ontfermt het comité voor ziekenhuishygiëne zich aan de **preventie van legionella** in het leidingwater. Sinds de veteranenziekte in Antwerpen enige jaren terug slachtoffers eiste door inhalatie van besmet water, wordt door inspectie verwacht dat de ziekenhuizen alert zijn voor besmetting van het leidingwater. Ervaring heeft ons geleerd dat, wanneer men de temperatuur van het netwerk beheerst, men ook het mogelijk probleem van legionella onder controle heeft. Zowel temperatuurs- als bacteriologische controles vinden in het ziekenhuis tweemaandelijks plaats.

Het zorgen voor **gescheiden afvalstromen** binnen het ziekenhuis is eveneens een item dat kan bijdragen tot infectiepreventie. Zo dient het risicohoudend medisch afval (RMA) apart ingezameld, opgehaald en verwerkt. Het niet-RMA kan als huishoudelijk afval worden verzameld. Ook hier is er enige bewaking noodzakelijk over de voorgestelde richtlijnen.

Tot slot is er een taak weggelegd voor het hygiëneteam bij **verbouwingen in een ziekenhuis**. Terwijl de patiëntenzorg in de rest van het ziekenhuis wordt voortgezet, moet rekening gehouden worden met een aantal aspecten van de verbouwingsactiviteiten die consequenties hebben voor de infectiepreventie op de aan de verbouwing grenzende afdelingen. Dat bouwen en verbouwen in een ziekenhuis geen uitzondering is, blijkt uit het feit dat het bouwcomité sinds jaar en dag een vaste structuur binnen het ziekenhuis geworden is.

**Tot besluit zijn we overtuigd dat investering in ziekenhuishygiëne leidt tot een tastbare kwaliteitsverbetering die zowel de patiënt als het ziekenhuis ten goede komt. Van een echte win-win situatie gesproken!**