

Woord vooraf

AZ Sint Augustinus Veurne is een middelgroot ziekenhuis in volle evolutie. Dat heeft zeer veel te maken met de evolutie van de bevolkingssamenstelling in onze regio. Onze bevolking neemt aanzienlijk toe, maar meer nog dan dat stijgt de gemiddelde leeftijd veel sterker dan om het even waar in België, doordat mensen er na hun actieve loopbaan voor kiezen om aan de kust te komen wonen. Een ziekenhuis dient haar zorgaanbod daarop af te stemmen om de vraag naar adequate zorg te kunnen lenigen. Dit resulteert in een uitbreiding van de medische disciplines (intussen zijn er meer dan 60 artsen verbonden aan het ziekenhuis), in aanpassingen in de organisatie (zoals de groei van het verpleegkundig departement en de aanpassingen aan het organogram) en tenslotte in het uitbreiden van het architectonische zorgaanbod. Dit laatste betekent dat het ziekenhuis ook fysisch moet groeien: er komen meer bedden voor klassieke hospitalisatie en meer plaatsen voor daghospitalisatie. Een aantal diensten wordt grondig gerenoveerd, zowel inzake aankleding en afwerking als inzake het concept van die diensten. Het spreekt voor zich dat daarvoor geld nodig is; veel geld. Dit zal deels komen uit de werking van het ziekenhuis zelf, doch ook deels van de federale en Vlaamse overheid. Beide overheden volgen onze visie en zijn akkoord om te investeren in ons ziekenhuis.

Een exacte timing van onze bouwplannen geven is nog niet mogelijk, maar wij rekenen erop dat wij U spoedig het goede nieuws mogen meedelen. Veel leesgenot!

L. Vermeulen,
Algemeen Directeur



Tevreden? Ontevreden? Zeg het ons!

Kwaliteitsverbetering in de zorg staat of valt met de tevredenheid van de patiënt. In België zijn in de zorgsector heldere afspraken gemaakt over kwaliteitsbeleid. Dat betekent onder andere dat

AZ Sint-Augustinus Veurne



Kwaliteitszorg
op mensenmaat
voor kust & hinterland!

Ieperse Steenweg 100
8630 VEURNE
Tel 058/33 31 11



© Luchtfoto: Wim Brascaert

zorgaanbieders kwaliteitssystemen invoeren om de kwaliteit van de zorg te waarborgen, maar ook om zorg en dienstverlening inzichtelijk en toetsbaar te maken. Deze afspraken zijn vastgelegd in onder meer het "Vlaams kwaliteitsdecreet" en de "gecoördineerde wet op de ziekenhuizen". Ervaringen van patiënten zijn de beste bron voor verbeteringen in de patiëntenzorg. Het AZ Sint-Augustinus Veurne meet sinds geruime tijd de tevredenheid van patiënten. In de periode 2006 tot 2007 zijn de metingen uitgevoerd aan de hand van een door de KULeuven ontwikkelde en wetenschappelijk gevalideerde vragenlijst.

Sinds begin 2009 participeert AZ Sint-Augustinus Veurne in een tevredenheidsonderzoek die een samenwerkingsverband is van tien Vlaamse ziekenhuizen. Na analyse van de ontwikkelde vragenlijst wordt een ziekenhuisrapport verkregen en een vergelijking tussen de tevredenheid van patiënten van de deelnemende ziekenhuizen. De bevraging van de tevredenheid van de gehospitaliseerde patiënten gebeurt aan de hand van papieren enquêtefolders die door de patiënten kunnen ingevuld worden. De patiëntenenquête bestaat uit 2 delen, die door elkaar lopen. Een gemeenschappelijk gedeelte bestaat uit 29 vragen, die voor alle deelnemende ziekenhuizen dezelfde zijn. Het tweede gedeelte is het ziekenhuisspecifieke gedeelte. De patiënt kan echter geen onderscheid merken tussen de 2 delen van de vragenlijst. Op de enquête staat een unieke cijfercode per dienst zodat toekenning van scores aan diensten mogelijk is. De vragenlijst bevat geen enkele vraag naar persoonsgegevens, deelnemen gebeurt dus

op volledig anonieme basis. De tevredenheidsvragen worden door de patiënt gescoord op een tevredenheidsschaal van 1 tot en met 5. Naast deze vragen bevat de vragenlijst een aantal verbetervragen. Via deze verbeteringsvragen kan de patiënt aangeven wat dient verbeterd te worden aan bepaalde criteria. De rubriek open vragen laat de betrokkene toe specifieke aspecten te vermelden, zowel positieve als negatieve ervaringen. De uitgesproken positieve feedback wordt systematisch teruggekoppeld naar de afdelingen. De negatieve ervaringen worden aangegrepen als elementen voor verbetering. De enquête wordt aangeboden bij de voorbereiding van het ontslag van de patiënt. Er is eveneens een Franstalige versie beschikbaar. De vraag wat de patiënt van onze dienstverlening vindt, staat centraal in deze enquête. Beschikbaarheid van en informatieverstrekking door ziekenhuismedewerkers, maaltijden, comfort van de kamers, ... zijn enkele topics die deel uitmaken van deze bevraging. Daarnaast heeft de patiënt ook de mogelijkheid om aan te stippen hoe belangrijk die bevraagde criteria voor hem zijn.

In het analyserapport wordt, op een wetenschappelijke correcte manier, de link gelegd tussen de belangrijkheidsscores enerzijds en de resultaten van de tevredenheidsenquêtes anderzijds. Deze correlatie tussen tevredenheid en belangrijkheid laat het ziekenhuis toe om gerichter te analyseren. Hierdoor wordt het mogelijk om nog beter prioriteiten te stellen in de verbeteracties. Vanuit de systematische verwerking van de bevraging werd het aspect vriendelijkheid ervaren als een heel erg belangrijk element.

Oplage: 2.500 ex.

BELGIE - BELGIQUE
P.B. - P.P.
8630 Veurne
BC 16549

Editie Nr. 5

Klinax

Periodiek informatief magazine AZ Sint-Augustinus Veurne

Brochure eveneens beschikbaar via www.azsav.be

TOTAALRENOVATIES
BOUWERKEN

Pleisterwerken
Steven



Algemene PLEISTERWERKEN
Nieuwbouw en renovatie

Gsm 0473 19 69 56

Tel/Fax 058 62 51 31

www.pleisterwerkensteven.be
info@pleisterwerkensteven.be

KUNMS-17

KLINIX



gehoorcentrum
HOSTENS
Brecht & Stefaan

Veurne • Ooststraat 26 • Tel 058 31 32 09
Koksijde • Rouzéstraat 22 • Tel 058 31 20 36
Nieuwpoort • Franslaan 15 • Tel 058 31 25 66
www.gehoorcentrumhostens.be

KLINIX



PODOLOOG Jo Dewijze

(sport)biomechanica
RS-scan - ganganalyse
podologische zooltherapie

Doelgroepen:
(top)sporters - kinderen - senioren
patiënten met spier- & gewrichtsklachten

Veurne
Noordstraat 24
Tel 0497 69 76 30 www.podoloog-dewijze.be

BELLE - FINE

AFSLANKINGSINSTITUUT

Anti-cellulite Figuurcorrectie
Lokale vetverbranding Kleurentherapie
Spierstimulatie Intensieve huidreiniging
Ondersteuning Calorie-verbranding



Gratis begeleiding tijdens proteïnedieet!

Veurnestraat 291/1 - 8660 De Panne
058 42 10 12 - www.belle-fine.be

Nieuwe openingsuren:
Maandag - dinsdag - donderdag - vrijdag: 8u30 tot 21u
woensdag op afspraak

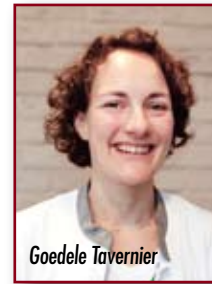
Hieruit is de werkgroep patiëntvriendelijkheid voortgevloeid, die nadenkt over concrete acties die de patiëntgerichtheid bevordert.

In 2009 namen er acht verpleegafdelingen deel aan het onderzoek, met name heelkunde A, heelkunde B, interne 3 en interne 4, de diensten geriatrie, materniteit, pediatrie en dagziekenhuis. Voor het jaar 2009 werden er 1.483 enquêtes verwerkt wat een gemiddelde responsratio gaf van 40% (t.o.v. gemiddeld 32% in de andere deelnemende ziekenhuizen). De eerste meting scoorden we 72% globale tevredenheid (t.o.v. 69% in de andere ziekenhuizen (nationaal)), in de meetperiode 2 was dit 74% t.o.v. 67% nationaal. De cijfermatige resultaten worden systematisch teruggekoppeld naar de verschillende geledingen binnen de organisatie. Acties worden ondernomen tot verbetering en/of bijsturing van bepaalde processen.

Gedurende 2010 zal de bevraging gebeuren in 2 golven van telkens 3 maanden. Een eerste golf is voorzien gedurende de maanden maart, april, mei. Een tweede golf is gepland tijdens de maanden september, oktober, november. Op die manier zullen in 2010 gedurende 6 maanden patiënten-enquêtes verzameld worden. Deze periode is een significante weergave. Eveneens start de dienst psychiatrie in 2010 in het project.

De bevraging wordt als erg zinvol ervaren door de organisatie. Enerzijds draagt de bevraging bij tot het realiseren van een performanter proces. De bevraging houdt de vinger aan de pols inzake de perceptie van de zorgverstrekking en dienstverlening binnen AZSAV. Het laat ons toe elementen van verbetering en bijsturing op te volgen. Anderzijds biedt de bevraging ons de mogelijkheid om de tevredenheid omtrent expliciet benoemde medewerkers/diensten terug te koppelen naar de betrokkenen.

Het project patiënttevredenheid werd op touw gezet door Mevr. Goedele Tavernier. Mevr. Audrey Gosseye zal in haar functie van stafmedewerker kwaliteit dit project verder begeleiden.



AZ SAV en nosocomiale septicemieën

Kwaliteitszorg bestaat voor de dienst ziekenhuishygiëne o.a. uit het bewaken van infecties en uiteraard uit het nemen van acties om infecties te voorkomen. Een van de meest ernstige vormen van infecties zijn de bloedstroominfecties (BSI). Bij een BSI komen micro-organismen in de bloedbaan die bij de patiënt acuut hoge koorts en rillingen veroorzaken. In een aantal gevallen leidt dergelijke BSI tot een algemene sepsis, waarbij de vitale functies van het menselijk lichaam in het gedrang komen.

Sepsis of bloedvergiftiging is een ernstig, soms dodelijk verlopend ziektebeeld, veroorzaakt door een infectie, waarbij bacteriën of hun geproduceerde toxines massaal in de bloedbaan komen. Sepsis is een ontstekingsreactie van het hele lichaam. Binnentreden van bacteriën in de bloedbaan kan het gevolg zijn van een infectie van een orgaanstelsel (bijv. een longontsteking, een urineweginfectie, ...) of zelfs van een lokale ontsteking (bijv. een wondinfectie, ...). Belangrijke gevolgen van die ontstekingsreactie zijn onder meer ernstige bloed-

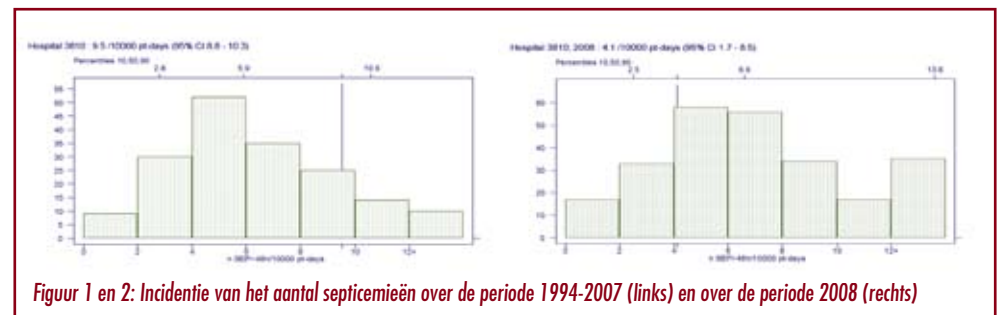
drukdaling, koorts, snelle hartslag, ... gekend onder de naam shock. Deze shocksymptomen kunnen schade berokkenen aan vitale organen. Als het meerdere organen betreft, spreekt men van MOF of multiple orgaan falen. De beschadiging kan van tijdelijke aard zijn maar kan snel evolueren naar een definitieve schade of uiteindelijk tot de dood. Het is heel belangrijk om zo snel mogelijk in te grijpen: herstel en/of ondersteuning van de zuurstofnood, optimale medicamenteuze aanpak, enz.

Dit artikel handelt over BSI die als ziekenhuisinfectie aanzien worden (nosocomiaal en ziekenhuisgerelateerd), d.w.z. infecties die niet aanwezig waren op het moment van opname. De dienst ziekenhuishygiëne bewaakt deze ernstige complicatie reeds sinds 1992. Dit gebeurt in samenwerking met het Wetenschappelijk Instituut Louis Pasteur in Brussel (FOD) dat toelaat aan benchmarking te doen en ons geregeld feedback geeft.

Op de figuur hieronder zien we links de incidentie van het aantal septicemieën van de periode van 1994 tot 2007. De incidentie in AZ SAV was met z'n 9,5 BSI/10.000 patiëntendagen duidelijk hoger dan het nationaal gemiddelde. Door de aandacht te vestigen op het probleem, kon men in de voorbije jaren (sinds 2007) een belangrijke statistisch significante verbetering aantonen (rechts). Met een incidentie van 4,1 septicemieën per 10.000 patiëntendagen, scoort AZ SAV nu duidelijk onder het nationaal gemiddelde.

Het bereiken van een degelijk resultaat is uiteraard geen toeval. Kritische punten binnen de zorg kregen de nodige aandacht en procedures werden herwerkt:

- Wat de infuustherapie betreft, is er een protocol omtrent het



plaatsen, verzorgen en tijdig verwijderen van centraal veneuze katheters. Daarnaast werd er geopteerd voor een gesloten intraveneus infuussysteem.

- Om longontstekingen bij machinaal geventileerde patiënten te voorkomen, zijn de gezondheidswerkers getraind op het gebruik van kunstneuzen en bacteriefilters, gesloten aspiratiesystemen alsook in een aangepaste patiëntenhouding; dit gebeurt via een multidisciplinair overleg tussen de kinesist, de IZ-verpleegkundige en de geneesheer-intensivist.
- Kruisinfecties doorgeven via materiaal, wordt quasi onmogelijk dank zij de effectieve werking en aanpassingen in de centrale sterilisatieafdeling.
- Nieuwe OK-richtlijnen en een strikte antibioticaprofylaxie helpen de postoperatieve wondinfecties voorkomen en een recente bijscholing aan de werkgroep wondzorg moet in de eerste plaats chronische wonden zoals decubitus helpen voorkomen.
- Drie opeenvolgende intensieve campagnes hebben tevens de gezondheidswerkers in AZ SAV mede bewust gemaakt van het belang van handhygiëne in de strijd tegen kruisinfecties.

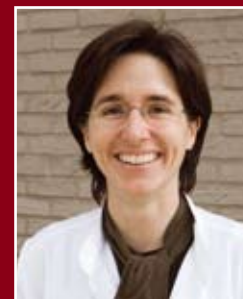
Dit is slechts een greep uit een niet-limitatieve opsomming van acties die werden geïmplementeerd. Met het behalen van een meer dan degelijk resultaat inzake de prevalentie van deze ernstige ziekenhuisinfecties is het einddoel niet bereikt. Waakzaam blijven en de surveillance van infecties nauw blijven opvolgen is en blijft de boodschap. Sterkte/zwakte analyses moeten ons helpen bij het opzetten van kwaliteitcirkels, zodat de (schaarse) financiële middelen die voor infectiepreventie door het FOD worden voorzien, bijzonder nuttig besteed kunnen worden.



Jos Sampers
Verpleegkundige-
ziekenhuishygiënist

Chronische hoest bij het kind

Zowel huisarts als kinderarts worden regelmatig geconfronteerd met een chronisch hoestend kind. Het zijn patiënten die voor de clinicus een belangrijke diagnostische en in tweede tijd therapeutische uitdaging vormen. Gaat het om een eerder banale en gemakkelijk te behandelen oorzaak, of is er sprake van een ernstige onderliggende respiratoire aandoening waarbij het van uitermate belang is om zo snel mogelijk een correcte behandeling in te stellen om op deze wijze irreversibele luchtwegbeschadiging te voorkomen?



Dr. A.-S. Moring - Pediater

Chronisch hoesten is een van de meest frequent voorkomende redenen voor het consulteren van een huisarts. De prevalentie van chronische hoest wordt geraamd op 5-10% in de huisartsgeneeskunde en 20 tot 30% in de pneumologie. In de pediatrie worden soortgelijke cijfers gerapporteerd. In 2007 beschreef de groep van Bisgaard in Pediatric Pulmonology het voorkomen van recidiverende episoden van hoesten, piepen of dyspnoe bij 32% van de 9490 bevroegde Amerikaanse en Europese kinderen. Een Australische studie (Marchant et al, Chest, 2008) onderzocht de gevolgen van chronische hoest op de familie van 190 kinderen met een gemiddelde leeftijd van 2.6 jaar die zich aanmeldden met persisterende hoestklachten en noteerde op een periode van 12 maanden bij meer dan 80% van de kinderen 5 of meer consultaties in het kader van chronische hoest en bij 53% 10 of meer doktervisites.

KINDEREN VERSUS VOLWASSENEN

Artsen die vaak in contact komen met kinderen zijn zich bewust van de beperkingen alsook het gevaar van het extrapoleren van gegevens voor volwassenen naar kinderen. Omgekeerd kan het hardnekkig vasthouden aan kindspecifieke richtlijnen ook nadelig zijn voor kinderen gezien het voorhanden zijn van een eerder beperkt aantal studies verricht bij kinderen in vergelijking met volwassenen. Voor wat betreft hoesten zijn er een aantal gelijkenissen doch ook een aantal duidelijke klinische

en fysiologische verschillen tussen kinderen en volwassenen. Bepaalde aandoeningen zoals chronische bronchitis en COPD vormen geen erkende diagnostische entiteiten binnen de pediatrie in tegenstelling met volwassenen. Virale infecties die bij volwassenen aanleiding geven tot banale verkoudheden kunnen ernstige respiratoire gevolgen hebben bij kinderen zoals laryngitis stridulosa en bronchiolitis, syndromen welke onbestaande zijn bij volwassenen. Ook de respons op bepaalde behandelingen kunnen verschillen tussen kinderen en volwassenen, bijvoorbeeld de eerste generatie antihistaminica welke soms empirisch voorgeschreven worden bij volwassenen zijn niet alleen inefficiënt bij kinderen maar kunnen ook nadelige gevolgen hebben (cf hartritmestoornissen). Ook codeïne, frequent gebruikt als hoestremmer bij volwassenen, blijkt minder efficiënt en zelfs gecontraïndiceerd te zijn bij kinderen.

HOEVEEL HOESTEN IS NORMAAL?

Dat ook gezonde kinderen hoesten werd door 2 studies aangetoond. In een eerste studie (Munyard et al, Arch Dis Chil, 1996) werd het voorkomen van hoesten bij 41 kinderen die geen bovenste luchtweginfectie doormaakten tot 4 weken voor de studie, met een normaal klinisch onderzoek en een normale spirometrie op een objectieve wijze bestudeerd. Deze kinderen vertoonden gemiddeld 11 hoestbuien per 24 uur, variërend tussen 1 en 35. Er was geen significant verschil tussen kinderen

pvl architecten
www.pvl.be
Interieur
Architectuur
pvl architectenbureau
Popeye - Van Landschoot
Bitterzoetlaan 34 - Oostduinkerke
058 41 48 15

Nieuw! 2de locatie Zeelaan 143 - De Panne

NORTH SEA
www.northseadepanne.be

Woman Oakwood leather - Terre Bleue
River Woods - Hampton Bays - Scapa Sport
Gigue - Brax - Tommy Hilfiger - Avalanche...

Man State of Art - R95th - River Woods - Napapijri
Tommy Hilfiger - Scapa Sports - Pierre Cardin jeans...

Shoes and handbags Nathan - Catwalk - Scapa
Sense Unique...

Zeelaan 138 - De Panne - Tel 058 41 51 73
Alle dagen: 10-12.30h & 14-18.30h - doorlopend op zon- & feestdagen


ALGEMENE ONDERNEMING
SPECIALITEIT BEVLOERINGSWERKEN
JOHAN VANDENABEELE

Vloeren - Wandtegels - Schouwen - Trappen
Natuursteen - Terrassen - Badkamers

ONTWERPEN - PLAATSING

Toonzaal: Polderstraat 7 - OOSTDUINKERKE
Tel 058/51 58 75

Open donder- en vrijdag 14 tot 18h, zaterdag 10 tot 18h en op afspraak

DAK-, ZINK- en KOPERWERKEN
EPDM-RUBBERDAKEN


NICO DEMAN

Kerkhofstraat 50 - 8600 DIKSMUIDE-WOUMEN
Tel 051/510 110 - Gsm 0498/14 12 38
nico.deman@telenet.be


Bouwwerken Vandeputte
 bvba

AANNEMERS BOUWWERKEN

Wijnendaelestraat 140 - 8600 BEERST
Tel 051/51.03.74 - Fax 051/50.09.19
bouwwerkenvandeputte@skynet.be

AANLEG EN ONDERHOUD VAN TUIJNEN
SNOEIEN EN VELLE VAN BOMEN

Bart Vannieuwenhuysse
Michel Sobry



Veurnestraat 60c
8600 Pervijze
Tel 051 55 52 37

vannieuwenhuysse.b@telenet.be

blootgesteld aan huisdieren of passief roken. Het hoesten bleef bovendien beperkt tot overdag. In een tweede studie (Chang AB, Paediatr Child Health, 2001) werd het verschil in hoestfrequentie bij kinderen met en zonder een anamnese van recurrenente hoest vergeleken. De hoestfrequentie in de eerste groep bleek significant groter (65/24u) in vergelijking met de tweede groep die toch ook een gemiddelde frequentie van 10/24u vertoonde ondanks het feit dat zij door de ouders en de omgeving als perfect gezond werden beschouwd.

Medicalisatie van een dergelijk frequent voorkomend symptoom kan aanleiding geven tot heel wat angst en onnodige geneesmiddelenconsumptie. Omgekeerd kan hoesten natuurlijk ook een uiting zijn van een ernstige aandoening, waarbij het prognostisch wel belangrijk kan zijn om een correcte behandeling zo snel mogelijk in te stellen.

DEFINITIE

Omtrent de definitie van chronische hoest bij kinderen bestaat er geen universele consensus. In de literatuur vindt men cijfers terug van 3 weken tot 12 weken. Er is een reviewartikel (Br J Gen Pract 2002; 52: 401-409) waaruit blijkt dat hoesten als gevolg van een acute bovenste luchtweginfectie bij de meeste kinderen verdwijnt na een periode van 1 tot 3 weken. Dezelfde Britse groep verrichte een prospectieve cohortstudie bij peuters en kleuters die zich aanmelden bij de huisarts met een bovenste luchtweginfectie. Vijftig procent was hoestvrij na een periode van 10 dagen, 10% van deze kinderen vertoonden nog steeds hoestklachten 25 dagen na de acute infectie. Gezien het natuurlijke verloop van hoestklachten als gevolg van een bovenste luchtweginfectie, wordt in de literatuur bij kinderen de aanwezigheid van dagelijkse hoestklachten gedurende een periode van 4 weken of langer beschouwd als chronische hoest.

SPECIFIEKE VERSUS NIET SPECIFIEKE HOEST

Chronische hoest in de pediatrie wordt verder onderverdeeld in specifieke hoest zijnde hoest geassocieerd met andere sympto-

men of klinische tekenen, suggestief voor een geassocieerde of onderliggende aandoening, en niet specifieke hoest, een niet productieve hoest in afwezigheid van een respiratoire aandoening of gekende etiologie. Tussen beide bestaat er uiteraard een overlap. Ook tussen de niet specifieke hoest en 'normale hoest' bestaat er een zone van overlap. De oorzaken van chronische hoest bij kinderen zijn velerlei. De frequentst voorkomende oorzaken zijn onder andere astma, postnasale drip en reflux, alle relatief goedaardige oorzaken.

KLINISCHE EVALUATIE

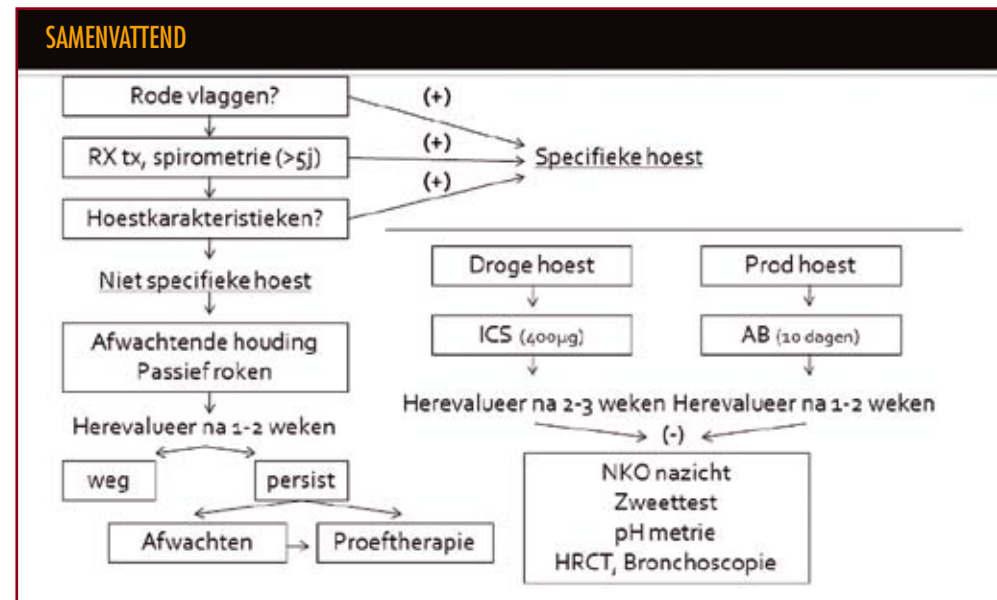
Gezien chronische hoest bij kinderen echter geassocieerd kan zijn met ernstige onderliggende oorzaken met mogelijks irreversibele gevolgen (cf aspiratie van een vreemd voorwerp, mucoviscidose, ...) is het vroegtijdig opsporen van een mogelijke etiologie een essentiële stap bij de behandeling van hoesten. Bij elk chronisch hoestend kind dient dan ook een gedetailleerde anamnese te gebeuren gevolgd door een nauwgezet klinisch onderzoek. De mogelijke 'rode vlaggen' die onmiddellijk moeten doen denken aan een alternatieve diagnose staan vermeld in Tabel 1.

SPECIFIEKE HOEST

- Auscultatoire afwijkingen
- Hoestkarakteristieken
- Hoest vanaf de geboorte
- Cardiale afwijking
- Thoracale pijn
- Thoracale afwijkingen, trommelstokvingers
- Chronische dispnoe
- Dagelijkse productieve hoest
- Inspanningsdyspnoe
- Failure to thrive
- Voedingsproblemen
- Hemoptoe
- Immundeficiëntie
- Neuromotore retardatie
- Recurrentie pneumonie

Tabel 1

In sommige omstandigheden kan de aard van de hoest suggestief zijn voor een specifieke etiologie. Dit verschil duidelijk van volwassenen bij wie het gedetailleerd navragen omtrent de aard van de hoest niet diagnostisch bruikbaar bleek. Er bestaan echter weinig gegevens omtrent de specificiteit en sensitiviteit van de verschillende 'klassieke' hoesttypes. Bij kinderen met



een blafhoest bleek de sensitiviteit voor tracheomalacie gediagnosticeerd aan de hand van een bronchoscopie 0.57 en de specificiteit 0.81. De typische pertussisachtige hoestbuien zoals gezien bij kinderen met een Bordetella pertussis infectie, kunnen ook voorkomen bij een Adenovirus infectie, Parainfluenza infectie, Mycoplasma of RSV infectie. Een chronische productieve purulente hoest dient steeds als pathologisch beschouwd te worden.

BIJKOMEND ONDERZOEK

Alle kinderen met persisterende hoestklachten dienen een spirometrie (> 5 jaar) en een RX thorax te ondergaan. Bij aanwezigheid van klinische tekenen of symptomen suggestief voor een onderliggende respiratoire of systeemstoornis, dient overgegaan te worden tot bijkomend onderzoek volgens de vermoede primaire pulmonaire pathologie. Het is onmogelijk al deze te overlopen aangezien deze nagenoeg de volledige kinderpneumologie omvatten. De drie belangrijkste oorzaken van chronisch hoesten met een normale RX thorax zijn astma, postnasale drip en gastro-oesofagale reflux. Belangrijk is dat naargelang de verschillende auteurs in 18 tot 62% van de gevallen het om meerdere oorzaken tegelijkertijd gaat. Postnasale drip bvb. kan een allergische oorzaak hebben en geassocieerd zijn met astma. Een persisterende infectie kan een postnasale drip veroorzaken en bronchiale hyperreactiviteit. Astma kan gepaard gaan met reflux, welke dan weer kan onderhouden worden door hoest.

BEHANDELING

In het geval van een specifieke hoest zal de behandeling bepaald worden door de vermoedelijk onderliggende oorzaak. Bij aanwezigheid van een niet productieve hoest in afwezigheid van aanwijzingen voor een specifieke etiologie kan een afwachting houding aangenomen worden met een geplande herevaluatie op een later tijdstip (1-2 weken). Een dergelijke hoest is namelijk vaak zelflimiterend. Een droge hoest kan echter eveneens de voorbode zijn van een productieve hoest. Vandaar het belang van herevaluatie. Voor wat betreft de medicamenteu-

ze behandeling van een chronische niet specifieke hoest, is er momenteel geen enkele behandeling met een bewezen efficiëntie.

PASSIEF ROKEN

Tenslotte ook niet onbelangrijk is het advies om niet in de omgeving van het kind te roken. Er bestaan geen gerandomiseerde gecontroleerde trials rond het effect van het stopzetten van blootstelling aan passief roken op het hoesten bij kinde-

ren. Er zijn wel enkele case reports die het gunstig effect van het stopzetten van roken door de ouders als behandeling van chronisch hoesten bij kinderen omschrijven. Gedragstherapie bij moeders die roken versus gewoon standaard advies om niet te roken in aanwezigheid van hun kind heeft een bewezen effect op de blootstelling aan sigarettenuitdamping tot gevolg. Het effect op de respiratoire symptomen van deze kinderen werd jammer genoeg niet bestudeerd.

Raakvlakken van de hedendaagse MKA-chirurgie en de huisartsenpraktijk

In tegenstelling tot wat velen denken, vertoont de hedendaagse mond-, kaak- en aangezichtschirurgie (MKA-chirurgie) vele raakvlakken met de eerstelijns gezondheidszorg. De maxillofaciale infectieuze pathologie, de traumatologie, de implantologie en correctieve kaakchirurgie worden in dit artikel toegelicht. De speekselklier pathologie, mucosale pathologie en de oncologische problematiek komen hier niet aan bod.



Dr. O. Bouckenoghe - Stomatologie, MKA-chirurgie

INFECTIEUZE PATHOLOGIE

De toegangsweg voor dentogene infecties wordt gevormd door een cariës laesie ter hoogte van de tand (figuur 1). Via de gecarieerde tanden kunnen bacteriën zich opstapelen ter hoogte van de tandwortel (osteïtis) en zich verder organiseren en uitbreiden (abces), eventueel naar naburige loges (adenoflegmoon, necrotiserende fasciïtis, ...) of zich systemisch (sepsis) verspreiden. Veel van de infectieuze problematiek kan dan ook voorkomen worden via een goede mondhygiëne en jaarlijks tandheelkundig nazicht (primaire preventie). Ook dienen alle diep gecarieerde tanden op tijd verwijderd te worden (secundaire preventie) ook al geven ze niet direct aanleiding tot pijn of andere klachten. De leuze is hier: 'beter voorkomen dan genezen'...

TRAUMATOLOGIE

De dentale traumatologie behelst vooral de verplaatsingen (luxa-

ties) of plots verlies (expulsies) van de fronttanden. Ieder dentaal trauma is een ernstig trauma. Het kan immers leiden tot een definitief verlies van de tand(en) met ernstige functionele, esthetische, sociale en financiële gevolgen. Het scala van de maxillo-faciale traumatologie begint bij de eenvoudige niet verplaatste fracturen en eindigt bij de zeer ernstige, soms fatale, uitgebreide polytrauma's met panfaciale verwondingen. De meest voorkomende fracturen bevinden zich ter hoogte van de orbita (Blow-out fractuur), de bovenkaak (zygomaboog fracturen en tripode zygomafracturen, Lefort I-II-III fracturen) en de onderkaak (corpusfracturen en condylaire fracturen).

FUNCTIONELE PATHOLOGIE

Alle problematiek die zorgt voor tandverlies (partieel of volledig edentant) of een slechte positie van de tanden, al dan niet door een onderliggende stoornis van de kaakrelatie (dysgnathie), geeft

Wij realiseren uw dromen met ons vakmaatwerk!



**KEUKENS
DRESSINGS
PARKET**

**BADMEUBELS
BINNENDEUREN
SCHUIFDEUREN**



m&s interieur

Sophie Lehouck - Maurice Tallieu
Veurnestraat 10 - PERVIJZE
Tel 051 55 58 45 - Fax 051 55 58 91
Gsm 0476 89 94 58
info@ms-interieur.be

www.ms-interieur.be



**sanitair • verwarming • ventilatie
vernieuwbare energie**

Brugsesteenweg 45 - Veurne
Tel 0475 47 30 70 - Fax 058 31 21 68
delsan@skynet.be



Virginie Ryckman
realiseert confectie, couture,
herstellingen, gordijnen en
kussens in eigen atelier

Brugsesteenweg 45 - Veurne
Tel 0499 14 18 81
www.virrycouture.be
info@virrycouture.be

GEVAERT WAEYAERT

MAATSCHAP VAN ADVOCATEN

FRANKA GEVAERT DIRK WAEYAERT

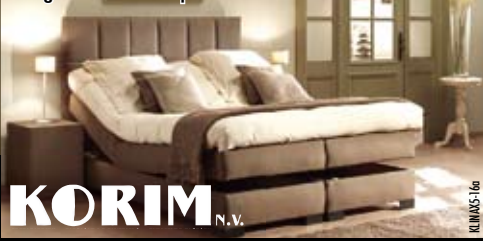
Sasstraat 14 - Veurne

TEL 058 31 13 51 FAX 058 31 44 17

MAIL gewa.law.office@skynet.be

KUNMAS7

Fabricant van matrassen en lattenbodems
Ergonomisch slaapcomfort



KORIM N.V.

KDS BEDDING - Zuidburgweg 59c - Veurne - Tel 058 31 38 85

KUNMAS16a

AGENTUUR PHILIPS
NIEUWPOORT

VERHUUR - VERKOOP

BEHEER - VERKOOP

Albert I laan 126 a
Tel : 058 23 58 28
Fax : 058 23 81 30

Leopoldplein 6
Tel : 058 23 33 03
Fax : 058 23 15 79



www.agentuurphilips.be

KUNMAS14

DVV Raad op mensenmaat

Boonefaes Verzekeringen

Oostduinkerke - Veurne

058/31 32 00

johan.boonefaes@dvvlap.be

KUNMAS13



Figuur 1: Evolutie van cariës

aanleiding tot een functionele pathologie, met name een slecht functionerende kauwfunctie (malocclusie).

Tandimplantologie

Tandimplantaten kunnen gebruikt worden om verloren gegane tanden of tandgroepen te vervangen. In het bot wordt atraumatisch een titanium kunstwortel (tandimplant, zie figuur 2) aangebracht. Na een verbeningsfase (osseo-integratie periode) kan een verbindingstuk tussen mond en implantaat aangebracht worden. Hierop kan ter vervanging van een verloren gegane tand een tandkroon vastgezet worden.

Bij de tandloze patiënt ontstaat vaak een zeer oncomfortabele situatie, waarbij door de voortschrijdende resorptie van het edentate kaakbot, de aanwezige gebitsprothese alle steun, retentie en stabiliteit verliest. Deze situatie lijdt niet alleen tot een functionele belemmering (verminderd kauwvermogen) maar heeft tevens een zware sociale impact (verminderd zelfbeeld en geremde sociale contacten). Tevens ontstaat een chronische pijnproblematiek door aanwezigheid van drukplaatsen en het traumatisch wang en lipbijten. Door middel van 2 tot 4 implantaten kan er in veel situaties een nieuwe steun en retentiemogelijkheid geboden worden aan de aanwezige gebitsprothese. Hierdoor ervaart de patiënt een duidelijke verhoging van de retentie met een toename van het draagcomfort en het kauwvermogen. Sinds 1 mei 2009 is hiervoor een tegemoetkoming van het RIZV voorzien!



Figuur 2: Tandimplantaat

Ook is het mogelijk een nieuwe vaste brug te plaatsen. Hierbij is het noodzakelijk de brug ter vervanging van de volledige dentitie af te steunen op minimum 6 implantaten (zie figuur 3). Actueel worden deze complexere planning volledig virtueel voorbereid aan de hand van Ct-scan beelden en 3D-planningssoftware, wat een accurate en zeer precieze plaatsing van de implanten toelaat (zie figuur 4). Dit zorgt voor een minimum aan ongemak bij de patiënt en een merkelijk kortere behandelingsduur.

Botreconstructieve chirurgie

Niet bij alle patiënten is het mogelijk om onmiddellijk te implanteren. Soms zijn voorafgaande botopbouwende ingrepen noodzakelijk ter correctie van reeds opgetreden botresorptie. Hierbij worden de verschillende 'up-to-date' botopbouwtechnieken toegepast. Ook de meest recente ontwikkelde techniek waarbij gebruik wordt gemaakt van distractie-osteogenese, wordt bij complexe casussen gebruikt.

Orthognatische chirurgie

In de orthognatische chirurgie wordt door middel van een operatie een goede occlusie (de manier waarop tanden en kiezen van boven- en onderkaak op elkaar passen) en een harmonisch samengesteld gezicht verkregen. Deze multidisciplinaire aanpak van een malocclusie bestaat uit een orthodontische voorbereiding waarbij de tandbogen mooi uitgelijnd worden. Daarna wordt het benig gedeelte van de boven- en/of onderkaak gecorrigeerd door middel van een osteotomie. Deze ingrepen zorgen voor grote tevredenheid bij de patiënten gezien



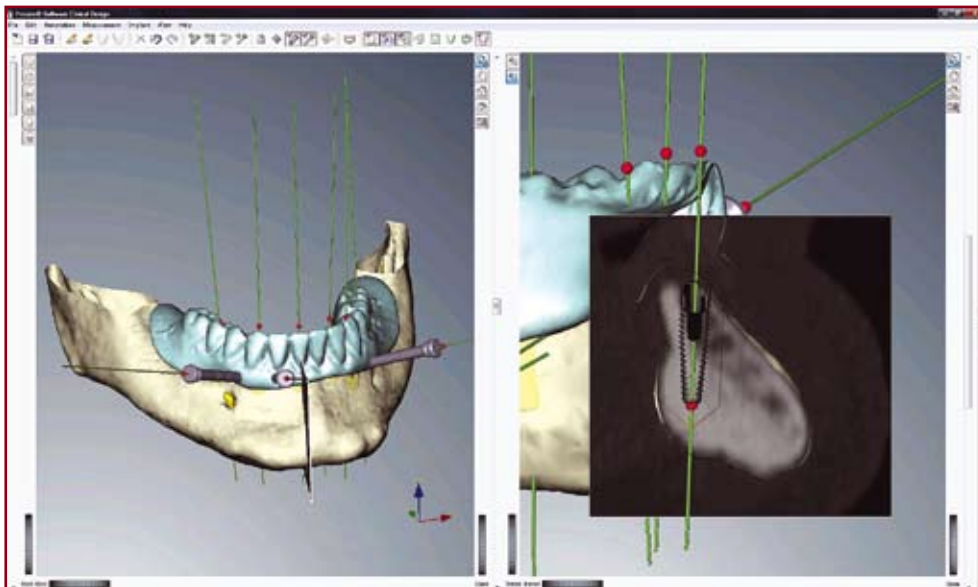
Figuur 3: brug op basis van 6 implantaat steunpunten

zowel het functionele aspect als het esthetisch gevolg ervan in harmonie verbeterd wordt.

BESLUIT

Zoals uit kort bovenstaand overzicht blijkt, is er ook in de hedendaagse mond-, kaak en aangezichtschirurgie een grote dynamiek aanwezig. Er is een snelle evolutie gaande met meer en meer virtuele behandelplanningen waar de integratie van CT Scan beelden in 3D softwarepakketten de behandelingen voorspelbaarder en minder invasief maken. Een trend die vele mogelijkheden opent en zeker voor de patiënten van grote betekenis is.

Deze tekst vormt een beknopte samenvatting van een voorstelling over de raakvlakken van de hedendaagse MKA-chirurgie en de huisartsenpraktijk. Voor een meer uitgebreide toelichting of voorstelling kan contact opgenomen worden met dr. Olivier Bouckenooghe (Tel 058 33 31 40 - o.bouckenooghe@azsav.be).



Figuur 4: 3D-computermodel met integratie van CT Scan als basis voor een virtuele behandelplanning

Herverdeling takenpakket binnen de verpleegkundige dienst

Met het uittekenen van een vernieuwd organogram binnen de verpleegkundige directie werd de eerste stap gezet naar een beleidsvisie, die enerzijds de interne communicatie wil verbeteren en anderzijds de betrokkenheid van hoofdverpleegkundigen en verpleegkundigen bij het gevoerde verpleegkundig beleid wil vergroten.

Bert Cleuren - Verpleegkundig directeur



De figuur op blz. 8 toont dat er een belangrijke herschikking gerealiseerd is binnen de ploeg van directie verpleging en verpleegkundige stafmedewerkers. De afdelingen werden logisch ondergebracht in drie groepen en zijn toegewezen aan één verpleegkundig diensthoofd. Op die manier is het steeds duidelijk wie hen aanstuurt en wie de processen op hun dienst opvolgt.

Groep 1: de kritische diensten

De diensten operatiekwartier, intensieve zorgen, spoedopname en dagziekenhuis vormen samen de kritische diensten en worden

aangestuurd door het verpleegkundig diensthoofd **dhr. Jos Sampers** (Tel 058 33 34 57, j.sampers@azsav.be). De diensten medische beeldvorming, nucleaire geneeskunde, functieproeven, centrale sterilisatie, EEG, mobiele equipe, patiënttransport en slaaplaboratoria zijn ook binnen de het blok van kritische diensten.

Daarnaast staat Jos Sampers in voor volgende stafopdrachten: ziekenhuishygiëne, werkgroep wondzorg, werkgroep decubitus, werkgroep legionella, werkgroep hef- en til, centraal medisch archief en administratie personeelsbeleid.

Groep 2: heilkunde, interne en paramedische diensten

Deze groep bestaat uit de heilkunde afdelingen, interne afdelingen en paramedische diensten (kinesithérapie, logopedie, ergotherapie) en staan onder leiding van verpleegkundig diensthoofd **dhr. Dirk Huyghe** (Tel 058 33 34 58, d.huyghe@azsav.be).

Zijn stafftaken behelzen informatisering van het zorgproces met o.a. verdere uitbouw van het elektronisch patiëntdossier en het elektronisch medicatiebeheer.

Groep 3: de patiëntspecifieke diensten

De diensten geriatricie, pediatrie, materniteit/verloskwardier/neonatologie en psychiatrie vormen samen de patiëntspecifieke diensten en worden aangestuurd door het verpleegkundig diensthoofd **mevr. Lieve Debruyne** (Tel 058 33 34 59, lieve.debruyne@azsav.be). Lieve Debruyne vervult daarnaast volgende stafopdrachten: ziekenhuishygiëne (samen met Jos Sampers), zorgprogramma geriatricie (o.a. interne liaison geriatricie en het geriatricisch dagziekenhuis), zorgprogramma oncologie, zorgprogramma pediatrie, diabeteskliniek, nutriteam, bibliotheek en infobrochures.

De verpleegkundig directeur draagt de eindverantwoordelijkheid voor het algemeen beleid (o.a. strategische visie, personeelsbeleid, middelenbeleid, loopbaanontwikkeling en vorming, ...) van de verpleegkundige zorgorganisatie in het ziekenhuis en staat in voor de verdere ontwikkeling en uitbouw van het zorggebeuren, in nauw overleg met de verpleegkundige diensthoofden en stafmedewerkers. Begin september nam **dhr. Bert Cleuren** (Tel 058 33 30 59, b.cleuren@azsav.be) de fakkel van verpleegkundig directeur over van **dhr. Dany Vercouter**, die op zijn beurt mag genieten van een welverdiend pensioen.

Stafftaken met een ziekenhuisbreed karakter (die voorheen gecoördineerd werden binnen het verpleegkundig departement) werden toevertrouwd aan twee stafmedewerkers, die samen met **dhr. Dirk Vanhoutte** (Tel 058 33 34 56, d.vanhoutte@azsav.be), de algemene staf vormen en ressorteren onder de algemene directie.

KLANK - BEELD - LICHT

RSTRONICS

www.rstronics.be

058/241275 - info@rstronics.be

www.schollier.be

De speciaalzaak in design interieurmaatwerk

Ontwerp van designmeubilair op maat voor uw keuken - badkamer - slaapkamer - living - inkom kantoor - winkel ...

Schollier

Koninklijke Baan 299-301 - Koksijde - Tel 058 52 44 48

SANITAIR • CV • ELEKTRO DUYCK

Schoorbakkestraat 32 - 8600 Pervijze

Tel 0475 67 89 86 - Fax 051 55 55 52

koen.duyck@telenet.be

TWINUS

KLINAX-10

WIJNEN & STERKE DRANKEN

Wijnen Joseph Drouhin, Château Martet, Jaboulet aîné, Luccarelli Puglia, Castello di ama, Castello di fonterutoli, Antinori, Bodega del fin del mundo (Patagonia)... Whisky's Michel Couvreur, Laphroaig, Lagavulin, Ardbeg, Glenmorangie, Macallan ... Champagnes Deutz, Roederer, Bollinger, Jacquesson, Bruno Paillard ...

Zeelaan 77 - DE PANNE - Tel 058 41 17 10 & 0477 45 40 42

KLINAX-18

DE POORTER

profel HAROL

NIEUWPOORTKEIWEG 9 • 8630 VEURNE
TEL. (058) 31 17 60 • www.ddepoorter.be

ZONWERING - ROLLIJKEN - RAMEN - DEUREN - POORTEN

Fabricant van relaxen, zitmeubelen en zetelbedden
Ergonomisch zitcomfort
Herstofferen

KLINAX-16

KORIM N.V.
Zuidburgweg 59c • Veurne
Tel 058 31 38 85

Lingerie Larissa

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

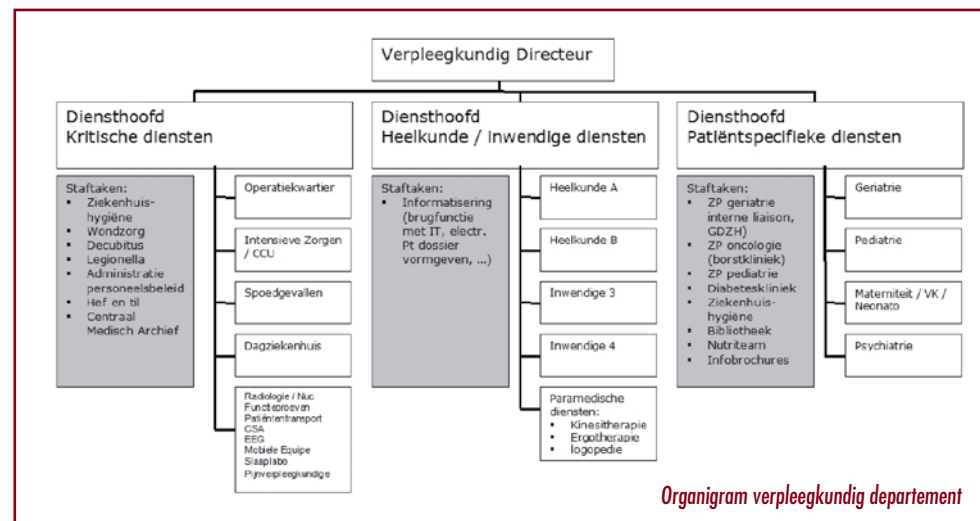
LIGHTHOUSE PROMENADE
Lombardsijdestraat 3/3 B0
Nieuwpoort-Bad Tel. & Fax 058 24 33 27

Mevr. Goedele Tavernier (Tel 058 33 35 91, g.tavernier@azsav.be) staat ziekenhuisbreed in voor de organisatie en opvolging van stagiairs, studenten en nieuwe medewerkers. Daarnaast coördineert zij alle opleidingen en bijscholing. Zij werkt tevens aan de verdere uitbouw van (klinische) zorgpaden binnen de instelling.

Mevr. Audrey Gosseye (Tel 058 33 35 92, a.gosseye@azsav.be) is ziekenhuisbreed het aanspreekpunt voor kwaliteit. Zij zal kwaliteitsinitiatieven coördineren van medewerkers en diensten vanuit enerzijds het decreet van de Vlaamse Gemeenschap (integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen) en anderzijds het contract met de Federale Overheid aangaande patiëntveiligheid. Binnen deze opdracht valt ook de registratie en opvolging van incidenten binnen het ziekenhuis en het monitoren van klinische performantie indicatoren.

De traditionele overlegstructuur wordt aangevuld met een groeps-overleg tussen diensten en personen die nood hebben aan een goede gemeenschappelijke werking om de samenwerking en interactie tussen diensten binnen het verpleegkundig departement te vergroten. Dit overleg kan – volgens noodzaak – aangevuld worden met diensten of personen die niet tot het verpleegkundig departement behoren (vb artsen, dienst apotheek, dienst opname, ...) en zo uitgroeien tot een multidisciplinair overleg. Dergelijk overleg biedt de mogelijkheid om afspraken te maken en te beheren tussen medewerkers om aan de toenemende verwachtingen ten aanzien van kwaliteit van de zorg te kunnen voldoen. Dit nastreven van kwaliteit van zorg is de belangrijkste pijler binnen de visie van het verpleegkundig departement. Dit houdt in dat verpleegkundigen goede en verantwoorde zorg - op basis van een totaalbeeld van de patiënt en vertrekkende vanuit evidence based nursing - verlenen aan de specifieke zorgvraag van patiënten. Daarnaast is het opvolgen van de mogelijkheden van informatiseren van het zorgproces een blijvend aandachtspunt.

Een andere belangrijke pijler is het kapitaal van het ziekenhuis zelf, met name de medewerker, waar primair belang gehecht wordt aan de werkdruk en arbeidsvreugde. In de uitvoering van



zijn/haar taken moet een verpleegkundige ondersteund worden door o.a. extra hulp te voorzien inzake logistieke en administratieve taken die (te) veel beslag leggen op de tijd van een verpleegkundige om aan directe patiëntenzorg te kunnen doen. Daarnaast moeten verpleegkundigen de mogelijkheid hebben om levenslang te kunnen leren en zichzelf te ontplooiën. Hier kunnen drie groepen onderscheiden worden:

- huidige medewerkers moeten via een ruim en helder opleidingsaanbod aangemoedigd worden tot horizontale en verticale groei.
- nieuwe medewerkers moeten via een individueel aangepast inscholingstraject en systematische opvolging uitgroeien tot volwaardige collega's.
- studenten: de opvang en begeleiding van studenten is van cruciaal belang omdat zij kunnen uitgroeien tot potentiële collega's.

Een laatste pijler is dat het verpleegkundig departement moet gezien worden als een onderdeel van het AZSAV waarbij de visie van het verpleegkundig departement in het verlengde moet liggen van de richting die het ziekenhuis wil uitgaan. Een richting waarin het AZSAV als regionaal ziekenhuis zijn troeven vindt naar "de kwaliteitszorg op mensenmaat!"

Dhr. Dany Vercoutter met pensioen

Als eerste mannelijke verpleegkundige vatte Dhr. Dany Vercoutter zijn loopbaan aan op 3 augustus 1970 in de toenmalige Sint-Augustinuskliniek. Nadat hij gedurende enkele jaren zijn sporen verdiende op



een aantal afdelingen in het ziekenhuis, werd hij in 1977 het eerste diensthofid Intensieve Zorgen bij de oprichting van de afdeling. In 1979 werd hij nursing coördinator en per 1 januari 2001 verpleegkundig directeur. In deze functie wordt hij vanaf 21 september 2010 opgevolgd door Dhr. Bert Cleuren, voorheen verpleegkundig stafmedewerker in het ziekenhuis. Wanneer de fakkel voor een dergelijke functie wordt overgedragen, komen zeker nieuwe ideeën naar voor, maar tegelijk verdwijnt heel wat ervaring en historiek omtrent de voorbije 40 jaar in het ziekenhuis. Wij wensen hem alvast een boeiend en gevuld leven na zijn drukke actieve loopbaan!