

Top in Zorg.

Extra!

In deze Top in Zorg krant zit een extra bijlage over de dienst Endocrinodiabetologie, die 25 jaar actief is in het OLV Ziekenhuis!

25
1985 - 2010 25 Jaar Endocrinologie

Nieuws uit het OLV Ziekenhuis • Maart 2010



innovatief.



menselijk.



doelgericht.



2. OLV Ziekenhuis beschikt als eerste in Europa over geavanceerd systeem voor hartmonitoring



4. Allergieonderzoek bij Aalsterse kinderen brengt verrassende conclusies aan het licht



7. Een multidisciplinaire aanpak van chronische pijnbehandeling leidt tot betere resultaten



Multidisciplinair obesitasteam in actie

Magnifit: in groep gezond bewegen

Een gezonde levensstijl omvat een evenwichtige voeding, positief denken en een flinke portie lichaamsbeweging. Starten met een actievere levensstijl betekent minder risico op diabetes en hart- en bloedvataandoeningen. In het "dienstoverschrijdende" Magnifit-programma wordt de ervaring van verschillende diensten verenigd. Het Magnifit-programma helpt gemotiveerde mensen met overgewicht een gezondere levensstijl te realiseren.



De deelnemers aan het Magnifit-programma krijgen in groepssessies toelichting over hoe aangepaste voeding hen kan helpen om een gezonder gewicht te behalen en te behouden.

"Vaak hebben personen met overgewicht al een aantal dieetadviezen achter de rug. Het belang van gezonde voeding en beweging is parate kennis, maar het ontbreekt aan de nodige motivatie om het voedings- en bewegingsadvies haalbaar verder te zetten op lange termijn", zegt dr. Inge Van Pottelbergh, medisch coördinator van het Magnifit-programma. "Het Magnifit-programma omvat enerzijds groepssessies, waarin afwisselend praktisch voedingsadvies met topics rond omgaan met emoties en eetgedrag aan bod komen en anderzijds intense bewegingssessies", zegt Petra Faut, obe-

"Het Magnifit-programma past in de visie van zorgvernieuwing van ons ziekenhuis: naast het klassiek behandelen van ziekte ook samen met de eerste lijn preventief werken in het voorkomen van ziekte."

dr. Inge Van Pottelbergh,
internist - endocrinoloog



sitascoördinator. "Het spreekt voor zich dat het samenstellen van de inhoud van dit unieke programma veel inzet en creatieve samenwerking vergt vanuit diverse diensten. Denken we maar aan de expertise van de dienst Fysiotherapie vanuit de rugschool, de ervaring van de dienst Cardiologie bij revalidatie na een hartinfarct, de deskundigheid van de diëtisten in samenwerking met de dienst Endocrinologie en de werkervaring van de psycholoog met betrekking tot coaching bij chronische ziektes. Stuk voor stuk komen de eerder opgesomde ervaringen aan bod in het Magnifit-programma."

Overgewicht komt vaak ter sprake bij de huisarts naar aanleiding van rug- en gewrichtsklachten of een slechte conditie. Ondanks het besef van de gevolgen van overgewicht op de gezondheid is het moeilijk om van start te gaan met bewegen. "Angst voor kwetsuren of voor overbelasting op het hart spelen vaak mee. In het Magnifit-programma wordt de conditie in groep geleidelijk opgebouwd met de nodige aandacht voor individuele beperkingen. Over een periode van 6 maanden worden personen met overgewicht op weg gezet om bewuster met voeding en eetgedrag om te gaan en op eigen houtje zelf verder te sporten.

Lees verder op pagina 3 »



Menselijke robotchirurgie

"Als ik de topzorg van OLV moet samenvatten: een jong team, enthousiast en gemotiveerd en héél, héél efficiënt." Het is de mening van een patiënt die door het OLV-gynaecologieteam met robotchirurgie werd behandeld.

"Dankzij robotchirurgie kunnen we onze patiënten een vlot herstel garanderen."

dr. Koen Traen,
gynaecologisch oncoloog

Robotchirurgie is aan een snelle opmars bezig. Voor de gynaecologen van het OLV Ziekenhuis is het een manier om de patiënt op basis van een persoonlijke evaluatie een erg comfortabele ingreep en een snel herstel aan te bieden, met de meeste kansen op medisch succes.

Geneeskunde is patiënten helpen, vindt dr. Meganck. En dat betekent zo weinig invasief mogelijk werken. "Wij maken er een punt van eer van om zware ingrepen te vermijden als het kan en de patiënt vlot postoperatief te laten herstellen."

Een robotgeleide operatie vraagt een goed team, met ervaring en kennis, om dit soort resultaten te boeken. Dr. Koen Traen, gynaecologisch oncoloog: "Je hebt een hechte samenwerking nodig tussen arts, anesthesist en verpleegkundige. Open communicatie is essentieel om een enthousiast chirurgieteam samen te stellen rond de procedure."

Lees verder op pagina 4 »



Voortdurend in beweging

Het OLV Ziekenhuis is voortdurend in beweging. De maatschappij waarin onze zorgverstrekking zich afspeelt, vereist trouwens een dergelijke hoge graad van flexibiliteit. Voor zover stenen kunnen werken en helpen, doen ze het in onze nieuwbouw. Het gebouw helpt ons om als dokter of als medewerker nog beter te functioneren en zodoende helpt het ook onze patiënt aan een nog betere

service. De stijging van het aantal patiëntencontacten bewijst dat ook de patiënten dit merken. Hoewel er nu nog bouwkundige naschokken komen in de vorm van een aantal jaren herconditionering, leggen we dit jaar de nadruk op de HR-activiteit in het ziekenhuis. Samen met de HR-afdeling uiteraard wordt ter zake een programma voorgesteld en uitgewerkt: attractie, retentie, opleiding, specialisatie... Een kleine

Van den Bremt & Vandenbroucke

greep uit het aanbod van te behandelen items. Aandacht voor onze medewerkers is zeer belangrijk om onze kwalitatief hoogstaande geneeskunde verder feilloos te kunnen ondersteunen. Geneesheren, verpleegkundigen en ondersteunend personeel samen deze synergie laten bereiken, sluit aan bij de missie en de waarden die deze instelling vooropstelt. •



Nieuw lasertoestel op dienst Plastische Heelkunde

Lasersysteem verbetert huid zonder blozen

Ook in de plastische chirurgie nemen de niet-snijdende therapieën snel toe. De dienst Plastische Heelkunde van het OLV Ziekenhuis beschikt sinds kort over een bijzonder patiëntvriendelijk laser- en lichtstelsel voor niet-operatieve huidbehandelingen.

Plastisch chirurg dr. Lucien Lefèvre speelt met de nieuwe mogelijkheden in op de behoefte aan patiëntvriendelijke en effectieve behandelingen. "We kunnen met dit lasertoestel een volledig esthetisch behandelingspakket aanbieden, waarbij we invasieve ingrepen kunnen vermijden. Het gebruikt een zogenaamde "gefractioneerde" laserstraal, waardoor we een effect in de diepte kunnen bekomen zonder de opperhuid te beschadigen."

Het toestel is in feite een laserplatform, dat door het gebruik van verschillende handstukken ook verschillende behandelingen toelaat. Een laserbehandeling bestaat uit lichtflitsen, die in het lichaam op de vereiste plaats in warmte worden omgezet.

Huidverbeterende behandelingen met een fractionele laser verminderen onder meer rimpeltjes rond mond en ogen en helpen om chirurgische littekens, acnélittekens, zwangerschapsmasker en -striemen te verminderen. Esthetische huidverjongingsbehandelingen vervagen oppervlakterimpels, vernietigen pigmentvlekken of verwijderen bloedvatjes. Ook

definitieve ontharingen zijn mogelijk met het laserplatform.

"De behandeling is beduidend patiëntvriendelijker", aldus dr. Lefèvre. "We behalen maximaal effect met minimale "downtime", d.w.z. dat de patiënt nog maar weinig last heeft van opperhuidverbranding en alleen kort een soort zonnebrandgevoel ervaart."

Een blik in de toekomst

Om de effectiviteit van de laserbehandelingen te bevorderen, beschikt de dienst Plastische Heelkunde over beeldsoftware die op basis van een foto een gedetailleerd beeld kan oproepen van vasculaire beschadigingen, couperose, pigmentatie, rimpels en poriën. Ook huidbeschadiging door overdreven blootstelling aan zonlicht ontsnapt niet aan het oog van de camera, die geen rimpeltje, ouderdomsplekje of hyperpigmentatie onopgemerkt laat. Je kijkt als patiënt als het ware naar een foto van jezelf in de toekomst - van kop tot teen.

"De combinatie van chirurgische aanpak om de huidkwantiteit te verminderen kunnen we nu ondersteunen met een huidverbeterende laserbehandeling", aldus dr. Lefèvre. "De drie plastische chirurgen binnen onze dienst beheersen deze combinatie binnen een wetenschappelijk verantwoorde benadering. Dat is de beste garantie voor de patiënt."



De drie plastische chirurgen van de dienst Plastische Heelkunde bieden een wetenschappelijk verantwoorde benadering van huidbehandeling. V.l.n.r. dr. Wim Danau, dr. Rudy Musch en dr. Lucien Lefèvre.



Dienst Urologie werkt samen met Saoedi-Arabië

OLV Ziekenhuis wisselt kennis en expertise uit met het King Faisal Specialist Hospital and Research Centre (KFSH&RC) van Saoedi-Arabië

Op 4 februari ondertekende de dienst Urologie van het OLV Ziekenhuis een samenwerkingsovereenkomst met het KFSH&RC. Dit ziekenhuis was op zoek naar een partnerschap met "prestigieuze internationale organisaties" (zo lezen we in hun memorandum) en koos het OLV Ziekenhuis uit als partner.

Meerbepaald de dienst Urologie trok hun aandacht, omdat zij als eerste in Europa de urologische laparoscopie en robotchirurgie uitvoerde en daarin een grote expertise heeft opgedaan. Concreet betekent deze overeenkomst dat er intensief zal worden samengewerkt op het vlak van opleiding en onderzoek. Zo wordt er o.m.

een satellietverbinding ingesteld, waardoor de artsen van beide ziekenhuizen ervaringen kunnen uitwisselen en specifieke ziektegevallen kunnen bespreken. De urologen van het OLV Ziekenhuis zullen ook naar Saoedi-Arabië gaan om daar opleiding te geven over robotchirurgie en brachytherapie (een vorm van bestralingstherapie die vooral wordt toegepast bij prostaatumoren). Omgekeerd zullen er in het OLV Ziekenhuis ook artsen van het KFSH&RC worden opgeleid. Dr. Alexander Mottrie: "Ik beschouw het als een hele eer dat wij werden uitgekozen om samen te werken met het King Faisal Specialist Hospital and Research Centre. Prof. Waleed Al Khudair is het nieuwe diensthoofd en is zeer ambitieus. Zij willen op het vlak van urologie mee aan de top staan en doen daarom een beroep op onze kennis en ervaringen."

Cardiomonitoring tijdens verplaatsing patiënt

Geen hartslag gaat verloren

In acute zorg krijgen de meest dringende patiëntenbehoefte voorrang. Soms moet de patiënt daarvoor snel verplaatst worden naar een andere locatie waar hij een aangepaste behandeling kan krijgen. Maar ook tijdens die verplaatsing moeten basisgegevens zoals hartritme en andere vitale parameters van de patiënt opgevolgd worden: die gegevens zijn immers belangrijk voor de klinische besluitvorming.

Als eerste in Europa beschikt het OLV Ziekenhuis sinds september vorig jaar in zijn CCU-afdeling (Coronary Care Unit of hartbewakingseenheid) over een gesofisticeerde monitoringoplossing voor algemene cardiale en hemodynamische gegevens (hartritme, bloeddruk en -stromen). Onaanvaardbare afwijkingen veroorzaken een audio-, visueel en geprint alarm, zodat de verpleegkundigen of artsen kunnen ingrijpen. Via een dubbel beeldscherm aan het bed van

de patiënt of elders, via een web viewer kunnen ze de vitale gegevens van de patiënt oproepen. Een PDM (Patient Data Module) - een soort zwarte doos die alle vitale patientgegevens opslaat - zorgt ervoor dat geen hartslag van de patiënt ongeregistreerd blijft, zelfs niet wanneer hij verplaatst wordt.

De patiënt is meteen nog beter omkaderd: CCU-verpleegkundigen kunnen 's nachts van op één unit alle patiënten in beide units of in andere cardiologische verpleegeenheden opvolgen. Bovendien kunnen ze via de I-Panel aan elk bed ook alle informaticatoepassingen van het ziekenhuis consulteren en patiëntgebonden data invoeren - een voorloper op het elektronisch patiëntendossier. Een arts van dienst kan thuis via zijn pda of computer de vitale gegevens van de patiënt oproepen en instructies geven. Toegang tot deze gegevens is uiteraard beveiligd.



Marc Van Steertegem, hoofdverpleegkundige CCU, checkt vitale gegevens op de I-Panel aan het bed van de patiënt.

Kijkoperatie biedt diverse voordelen

Eerste endoscopische bijschildklierresectie in België

Voor de eerste keer in ons land verwijderde een chirurg een bijschildklier op endoscopische wijze. De ingreep gebeurde via een kijkoperatie in de hals, met een incisie van 1 cm (voor het inbrengen van de camera) en 2 werkkanaalen van 3 mm voor de instrumenten. Ze werd uitgevoerd door dr. Sam Van Slycke, algemeen chirurg in het OLV Ziekenhuis.

De endoscopische verwijdering van de tussen slokdarm en luchtpijp gelegen bijschildklier zal voortaan in het OLV Ziekenhuis in de regel worden toegepast bij patiënten die een hyperfunctionerende bijschildklier hebben. In de toekomst zal deze techniek wellicht in dagklinik kunnen worden uitgevoerd.

Alleen wanneer de bijschildklier voor de operatie niet exact gelokaliseerd kan worden, zal nog

een klassieke ingreep gebeuren. Hierbij worden alle vier de bijschildklieren benaderd en is er een verhoogd risico op een te laag calcium na de operatie. Ook is het bloedingsrisico hoger en is het esthetisch resultaat minder fraai. Ook voor de chirurg heeft deze manier van opereren voordelen. "Dankzij het videobeeld krijgen we een zeer goed en gedetailleerd zicht op de te behandelen zone en bovendien verloopt de operatie bijna bloedloos", aldus dr. Van Slycke.

Aan de operatie gaat een zeer intensieve multidisciplinaire samenwerking tussen verschillende artsen vooraf: de hyperfunctionerende bijschildklier moet voor de operatie exact kunnen worden gelokaliseerd. Niet alleen de chirurg, maar ook de radioloog, de endocrinoloog en de medisch nuclearist zijn bij deze behandeling betrokken.



Een chirurg verwijderd een bijschildklier op endoscopische wijze.



“De topics van de groepsessies behandelen praktisch en herkenbaar advies rond eetgedrag. Zo breng ik aan hoe men kan vermijden om in stresserende periodes zijn toevlucht te zoeken in voeding.”

Annick De Roeck,
psychologe

Magnifit: toegankelijk voor iedereen met een maatje meer?



Op verwijzing van de huisarts kunnen gemotiveerde mensen met overgewicht en ouder dan 18 jaar zich aanmelden. Uiteraard wordt de fysieke haalbaarheid gecheckt vooraleer men kan intekenen. Met de deelnemende partners is overeengekomen om de deelnamekosten verbonden aan het Magnifit-programma zo laag mogelijk te houden. De kostberekening omvat naast alle begeleidde fysieke trainingen (36 in totaal) en groepsessies (18 in totaal) ook de onderzoeken bij de cardioloog, endocrinoloog en fysiotherapeut zoals voorzien in de screeningsfase. De kosten ten laste van de deelnemer komen overeen met de prijs van een gemiddeld jaarlijks fitnessabonnement. •

“Dankzij de mooie resultaten van het Magnifit-programma betaalt het ziekenfonds een deel van de kosten terug, na het succesvol én volledig doorlopen van het programma.”

Petra Faut,
obesitascoördinator

Lees hier het vervolg van pagina 1 »

Met de deelnemers wordt duidelijk afgesproken dat het programma een startsein geeft naar een nieuwe levensstijl, aldus dr. Inge Van Pottelbergh. “Vanuit de structuur van het programma met een duidelijk afgebakende duur van 6 maanden vloeit logisch voort dat vanaf de resultaten van de screeningsfase tot het eindrapport de gegevens uitgewisseld worden met de huisarts.”

“Motivatie is de sleutel tot succes.”

Petra Faut,
obesitascoördinator

Op zoek naar motivatie

Geïnteresseerden kunnen terecht bij Petra Faut, de coördinator van het programma. Na een praktische toelichting wordt men gescreend naar motivatie door de psycholoog. “Motivatie is onze eerste prioriteit. Bij gebrek aan motivatie kan de groepsdynamiek verstoord worden en is ook de individuele kans op slagen van het programma bijzonder klein”, aldus Annick De Roeck, psychologe actief op Hartrevalidatie. “Met elke geïnteresseerde heb ik een individueel gesprek waarbij naar motivatie, depressie en zelfbeeld gepolst wordt. Bij eventuele onverwerkte problemen adviseer ik een gesprek met de huisarts en bijkomende hulp buiten het Magnifit-programma. De topics van de groepsessies behandelen praktisch en herkenbaar advies rond eetgedrag. Zo breng ik aan hoe men kan vermijden om in stresserende periodes zijn toevlucht te zoeken in voeding.” zegt Annick De Roeck. Kort voor het interview bij de psycholoog wordt de geïnteresseerde gezien door de endocrinoloog om vervolgens fysiek gecheckt te worden met o.a. een fietsproef op de dienst Fysiotherapie en Cardiologie. Eens de fysieke screening voltooid, kan iedereen onge-



Geïnteresseerden worden vooraf gescreend naar motivatie door een psycholoog.

acht het trainingsniveau aan de slag. De groep geïnteresseerden is zeer heterogeen: de leeftijd varieert van 18 tot 65 jaar en de motivatie voor deelname gaat van ernstige rugklachten, negatief zelfbeeld tot angst voor diabetes.

Intensieve groepsessies en kennisopbouw zijn sleutels van het programma

Net voor het startsein worden de resultaten van de screeningsfase met de verschillende zorgverleners multidisciplinair besproken. Kristof Carpentier, programmamanager Fysiotherapie: “Via de groepsbespreking trachten we te anticiperen op fysieke beperkingen of aandachtspunten op gebied van gedrag. Dankzij

“Meer bewegen leidt tot een betere gezondheid en tot een positiever zelfbeeld.”

Kristof Carpentier,
programmamanager Fysiotherapie

deze aanpak proberen we de deelnemers aan het Magnifit-groepsprogramma toch vrij individueel te benaderen.” Het totale programma kan ingedeeld worden in twee periodes waarbij de deelnemers in vaste groepen van 15 van start gaan. De eerste periode is intensiever in training; de tweede periode is vooral gericht op hervulpreventie en ondersteuning om de opgedane kennis zelfstandig verder te zetten. Elke periode duurt 3 maanden, met twee keer per week fysieke training in de eerste periode, tegenover één keer in de tweede periode. De groepsessies vinden in de eerste periode één keer per week plaats, een ritme dat gehalveerd wordt in de tweede periode. “Het programma beoogt dat deelnemers zelf de fysieke activiteit doorzetten in de tweede periode. Hiervoor worden haalbare mogelijkheden op maat voorgesteld zoals fitness, start-to-run, fitometers, nordic walking of zwemmen. Na de eerste intensieve periode wordt in de tweede helft ook frequent gepolst naar eigen fysieke initiatieven.”

Succesvol?

“Het Magnifit-programma ging ongeveer een jaar geleden van start met een pilootgroep. Dankzij het enthousiasme van de zorgverleners ronden ongeveer 90 à 95% van de deelnemers het programma succesvol af. “Het succes van het programma verplicht ons om naar vaste instapmomenten te gaan”, zegt Kris Vierendeels, programmamanager dienst Endocrinologie. “We starten op 2 vaste momenten in het jaar. In september en maart kunnen 6 groepen van 15 geïnteresseerden beginnen.” •

Multidisciplinaire behandeling van obesitas

Het Magnifit-programma helpt om opnieuw een actief en gezond leven op te bouwen. De groepsaanpak combineert educatieve sessies door een voedingsdeskundige en een psycholoog met bewegingssessies onder begeleiding van een kinesitherapeut. Dr. Van Pottelbergh: “Het programma is uniek in onze contreien en kwam tot stand door het samenleggen van de expertise van de diensten Endocrinologie, Fysiotherapie en Hartrevalidatie.” Het multidisciplinair model van het Magnifit-programma

biedt de patiënt een sterke omkadering. De psychologische screening en het fysieke nazicht gaan intensieve trainingssessies vooraf. Petra Faut: “De deelnemer voelt zich gerustgesteld om van start te gaan met intense beweging. Het gesprek met de psycholoog creëert erkenning en dus extra motivatie. Na afloop van het programma maken we een balans op: participatiegraad, conditie, gewichtsdaling, percentage spiermassa. Dat rapport bezorgen we aan de huisarts.” •

i OLV Obesitaskliniek

Secretariaat Endocrinologie

Campus Aalst

T. 053 72 46 93

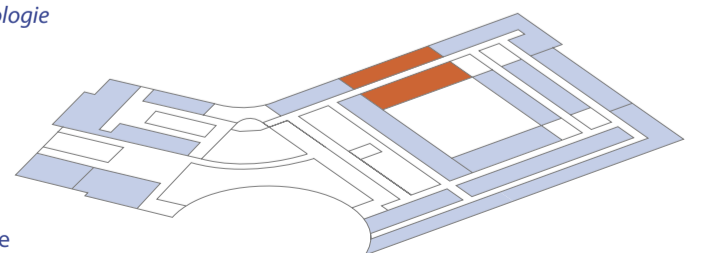
(niet bereikbaar op woensdag en vrijdag namiddag)

F. 053 72 41 87

magnifit@olvz-aalst.be

<http://www.olvz.be/obesitaskliniek/html>

verdieping 0



Hoogtechnologische apparatuur ten dienste van de patiënt

Menselijke robotchirurgie

Kennis en ervaring van het gynaecologieteam, individuele afweging van alternatieve technieken voor elke patiënt, open communicatie en enthousiasme – het zijn de ingrediënten voor een succesvolle integratie van robotchirurgie in de topzorgvisie van het OLV Ziekenhuis.

Robotchirurgie is aan een snelle opmars bezig. Voor de chirurgen van het OLV Ziekenhuis is het een manier om de patiënt op basis van een persoonlijke evaluatie een erg comfortabele ingreep en een snel herstel aan te bieden, met de meeste kansen op medisch succes.

Waarden die ons (ver)binden:

Dynamiek

Wij gaan enthousiast nieuwe uitdagingen en opportuniteiten tegemoet om ook op lange termijn excellente zorg te kunnen garanderen. Onze handelingen zijn altijd het resultaat van kritische zelfreflectie.

Engagement

Werken in het OLV Ziekenhuis betekent 'samen-werken'. Onze organisatie biedt ruimte voor verantwoordelijkheden, persoonlijke en professionele ontwikkeling en dialoog.

Excellentie

Deskundigheid, professionalisme en verantwoordelijkheidszin staan garant voor onze uitstekende, kwaliteitsvolle zorg en dienstverlening.

Integriteit

Eerlijkheid en oprechtheid dragen wij hoog in het vaandel, evenals respect, vertrouwen en waardigheid. Wij passen de hoogste professionele en ethische standaarden toe met betrekking tot de maatschappij en de middelen die zij ons toevertrouwt.

Innoverend patiënten helpen

Dr. Geertrui Meganck is al 12 jaar verbonden aan de dienst Gynaecologie en Verloskunde van het OLV Ziekenhuis. Zij was de eerste gynaecologe die met robotchirurgie startte in ons land. "Ik had zelf wat overtuigingskracht nodig, vooral omdat de procedure toen al helemaal niet terugbetaald werd en de kost voor de patiënt dus hoger was. Maar de voordelen zijn ook navenant, zeker bij complexere en laparoscopisch moeilijkere ingrepen. De robot laat je met zijn onvermoeibare camera-arm alle hoeken van het lichaam zien, terwijl je nog over drie werkkarmen met polsgewrichten beschikt om zelfs tot bij de moeilijkste plaatsjes te geraken. Dat je zo minutieus kan werken, zorgt voor minder bloedverlies bij de patiënt, sneller herstel en dus ook een lagere hospitalisatieduur."

Geneeskunde is patiënten helpen, vindt dr. Meganck en dat betekent zo weinig invasief mogelijk werken. "Wij maken er een punt van eer van om zware ingrepen te vermijden als het kan en de patiënt vlot postoperatief te laten herstellen. Het is waar dat we de techniek snel aangenomen hebben, maar ze was al een hele tijd in gebruik in Cardiochirurgie en Urologie. We konden ons dus goed voorbereiden. De extreem lage complicatiegraad toont dat we dat ook goed deden. Daar zijn we fier op, ook al omdat we meteen door de leiding van het ziekenhuis gesteund werden en ons ook naar haar toe verantwoordelijk voelden. We doen nu ook de gynaecologische kankeringrepen systematisch met robotbegeleiding – zo zijn er maar drie centra in Vlaanderen."

Innoverend werken zit gewoon in de genen van dit ziekenhuis, onderstreept dr. Meganck. "Je wordt uitgedaagd om verder te gaan, de organisatie helpt je om er te geraken. Je moet vb. een businessplan opstellen, dat consistent opvolging krijgt. Het management is daarvoor echt toegankelijk. Ook de diensten werken



Dankzij robotchirurgie kunnen gynaecologe dr. Geertrui Meganck (links) en gynaecologisch oncoloog dr. Koen Traen hun patiënten een vlot herstel garanderen.

"Als zelfstandige had ik schrik om weken buiten strijd te zijn, lacht Gert, moeder van drie kinderen, met keizersnede geboren. Twee dagen na mijn hysterectomie stond ik weer in mijn zaak."

Gert, patiënte

constructief samen, alle op een hoog niveau. We zijn goed omringd."

Robotchirurgie zonder franjes

Toen Gert haar situatie uitlegde in de spreekkamer van dr. Koen Traen, gynaecologisch oncoloog, begreep hij meteen dat voor deze zelfstandige zaakvoerder een snel en vlot herstel cruciaal was. "De patiënte had al drie keizersneden gehad en dan moet je bijvoorbeeld rekening houden met adhesie van de blaas, wat een laparoscopie (kijkoperatie) zelfs gevaarlijk maakt." Voor Gert was het gesprek met dr. Traen geruststellend. "Zijn uitleg was erg begrijpelijk

en to the point. Vooral, hij bleef rustig en stelde me op mijn gemak. Ik had vertrouwen in de ingreep, ik ben al 20 jaar "klant" van het ziekenhuis en ik had geen moeite met de opinie van de dokter over de ingreep."

Omdat Gert een eigen zaak leidt, wou ze zo kort mogelijk afwezig zijn. Daarom plande dr. Traen de ingreep op maandagmorgen. "Ik kwam zondagmiddag naar de dienst voor bloedafname, radiologie van de longen, gesprek met de anesthesist. Ik wist dat ik de eerste zou zijn op maandagmorgen. De ingreep gebeurde onder volledige verdoving. Mijn beste moment was toen ik op dinsdag merkte dat ik inderdaad al zonder problemen kon rondlopen. Het was onbeschrijfelijk, want ik herinnerde me altijd mijn moeder, die twintig jaar eerder voor dezelfde ingreep twee weken bedlegerig was. Woensdagmiddag was ik al aan 't werken op kantoor." Een robotgeleide operatie vraagt een goed team, met ervaring en kennis, om dit soort resultaten te boeken. Dr. Traen: "Je hebt een hechte samenwerking nodig tussen arts en anesthesist, want de patiënt wordt sterk achterovergetild en er moet dus nauwlettend meer zuurstof worden toegediend. Tussen arts en verpleegkundige ook, want zij moeten de robot installeren: de armen aanschakelen eens de poorten in de patiënt zitten, wisselen van grijptang en schaar met stroom, van naaldvoerder in functie van vooruitgang van de ingreep, steriliteit van de apparatuur verzekeren... Open communicatie is essentieel om een enthousiast chirurgeteam samen te stellen, dat zich als één man samenwerkt rond de procedure." Voor Gert was de vriendelijkheid van het verpleegkundige team overigens een aangename ervaring. "Ze waren allen erg vriendelijk en behulpzaam, ik kreeg zelfs extra stickers mee, om thuis te douchen. Als ik de topzorg van OLV moet samenvatten: een jong team, enthousiast en gemotiveerd, en héél, héél efficiënt."

"Een MS-patiënte met een grote baarmoeder wou een laparoscopische ingreep. Ik werkte met mijn team gedurende zeven uur met robotbegeleiding om een baarmoeder van ruim een kilo te verwijderen. De volgende ochtend passeer ik de kamer van de patiënte, die me rechtop in de zetel zittend toezwaait. Daar kreeg ik tranen van in de ogen."

dr. Geertrui Meganck,
gynaecologe



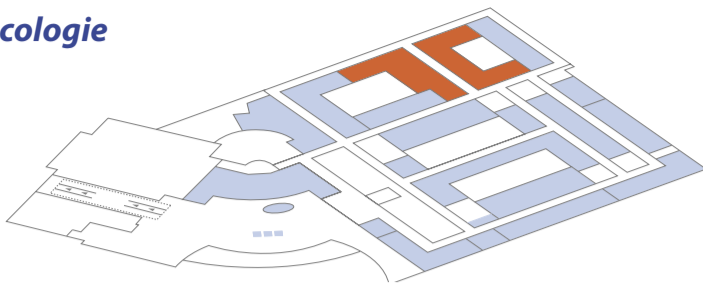
Kennis en ervaring bepalen succes

Het is aangetoond dat robotgeassisteerde chirurgie veilig en doeltreffend is, maar enkel wanneer ze wordt toegepast door chirurgische teams met adequate vaardigheden en ervaring met deze techniek. Er zijn ook aanwijzingen dat de prestaties en de uitkomsten voor de patiënt verbeteren naarmate de ervaring met deze techniek toeneemt, stelt het Belgische Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) in een recent rapport. •

i dienst Gynaecologie

Campus Aalst
T. 053 72 49 50
F. 053 72 45 47

verdieping -2



Robotchirurgie in België

In Belgische ziekenhuizen zijn momenteel minstens 20 systemen voor robotchirurgie in gebruik. Vergeleken met de rest van de wereld staat België hierbij op de tweede plaats van het aantal systemen voor robotchirurgie per capita, slechts voorgedaan door de VS, maar ver vóór vergelijkbare landen in Europa. •

Camberlin C, Senn A, Leys M, De Laet C. Robotgeassisteerde chirurgie: Health Technology Assessment (HTA). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2009. KCE reports 104A (D/2009/10.273/07)



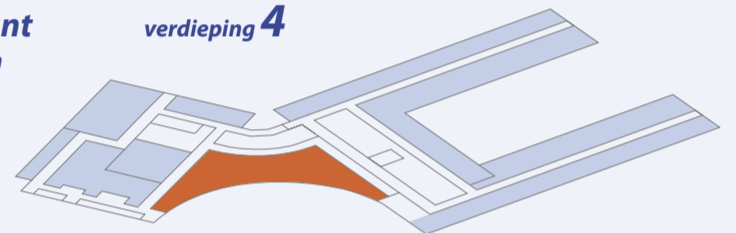
Innoverend werken zit in de genen van het OLV Ziekenhuis. Ook de diensten Cardiochirurgie en Urologie maken gebruik van robotgeassisteerde technieken.

Het hoogste restaurant van Aalst met zicht op de stad

Het OLV Ziekenhuis heeft zijn eigen "Windows on the World" restaurant. "Ons restaurant bevindt zich op de vierde verdieping – in feite zes verdiepingen boven het straatniveau - en is daarmee het hoogste restaurant van Aalst, ongetwijfeld ook met het mooiste zicht op de skyline van de stad", zegt diensthoofd Voeding Greta Uyttendaele, niet zonder trots. Je kan er al sinds half januari terecht.

i Restaurant
Openingsuren

verdieping 4



Tijdens de week

07u30 – 09u30: ontbijt
11u45 – 14u15: middagmaal
16u30 – 19u30: avondmaal

Tijdens het weekeinde

08u30 – 09u30: ontbijt
11u45 – 14u00: middagmaal
16u30 – 19u30: avondmaal

Tussendoor gesloten, cafeteria op gelijkvloerse verdieping doorlopend open van 09u30 – 19u30.



Interieurarchitecten Kristel Van Der Weeën (links) en Wendy Van den Bremt



Het restaurant is toegankelijk via een uitnodigende gang, met verticale lichtstrepen in de wand, die zorgen voor een spel van licht en schaduw. Je hebt al meteen contact met de eetruimte. Aan diverse presentatie-eilanden kun je voor de lunch een keuze maken uit twee dagschotels, een vegetarische schotel, de salad bar, soep en belegde of niet-belegde broodjes. "We werken met voorverpakte broodjes voor onze medewerkers met weinig tijd", aldus Greta Uyttendaele. "Wie dat wil, kan ook gewoon een broodje en voorverpakt beleg kopen en zelf zijn broodje beleggen aan tafel." Dat gebeurt overigens steeds meer, want de versheid van een pas belegd broodje is niet te versmaden. Het restaurant is ook 's morgens en 's avonds open.

Een gevoel van rust

Iedereen is vol lof over de interieurarchitectuur, die een gevoel van openheid en rust uitstraalt. De freeflow bedieningsruimte is ruim en het steriele inox contrasteert met warme, donkere houtstructuren. Binnenhuisarchitecten Kristel Van Der Weeën en Wendy Van den Bremt maakten enkele bewuste keuzes om de vrije lichtruimte met de uitzonderlijk grote glazen

"Wie dat wil, kan gewoon een broodje en voorverpakt beleg kopen en zelf zijn broodje beleggen aan tafel."

Greta Uyttendaele, diensthoofd Voeding

ramen te compenseren. Kristel Van Der Weeën: "We hebben gekozen voor donkere muurpartijen en voor grote chocoladekleurige Bart Lenzlampen aan het plafond, zodat we toch een wat intieme sfeer krijgen." Het bestaande losse meubilair uit het oude restaurant is opnieuw van de partij, maar de binnenhuisarchitecten hadden een idee dat bijzonder veel bijval kent: "We opteerden voor een jong en vernieuwend effect door in de middenzone lange witte tafels van bijna 3 meter met banken te plaatsen", licht Wendy Van den Bremt toe. "Je kan zo'n tafel delen met 8 tot 10 man, ideaal voor teams die snel even samen willen lunchen. Bovendien krijgen we zo eensklaps 150 plaatsen meer en biedt het restaurant plaats aan ca. 400 be-

zoekers." Opvallend zijn de originele foto's van kinderen aan de muren. Ze tonen kinderen van medewerkers op het speelplein, met een attribuut dat appelleert aan de voedselpiramide: aardappelen, fruit, groenten, water...

Keukenafval wordt tuincompost

Maar ook het keukenpersoneel voelt zich in zijn nopjes met de nieuwe infrastructuur. De verwerking van organisch afval verloopt volgens de meest moderne en economische principes, aldus Greta Uyttendaele: "Bezoekers zetten hun dienblad bij hun vertrek op een lopende band. Papier, blikjes en plastic verdwijnen in de vuilnisbak, bestek leggen ze naast het dienblad. In de afwaskeuken ruimt men verder af: organisch afval verdwijnt in een grote trechter en wordt automatisch afgezogen via een vacuümleiding naar een tank op de gelijkvloerse verdieping. Maandelijks plugt een afvalophaler van buitenaf in om de tank leeg te zuigen. Het organisch afval is dan al deels gecomposteerd en wordt door de afhaler gemengd met tuinafval om verder te composteren en nadien als tuincompost heraangetwend te worden. Plastic, blik en papier wordt in containers opgehaald."

Die installatie kost wel wat, weet Greta Uyttendaele, maar ze betaalt zich snel terug, want we betalen heel wat minder dan voor ophaling van bedrijfsafval.

Koken op twee fronten

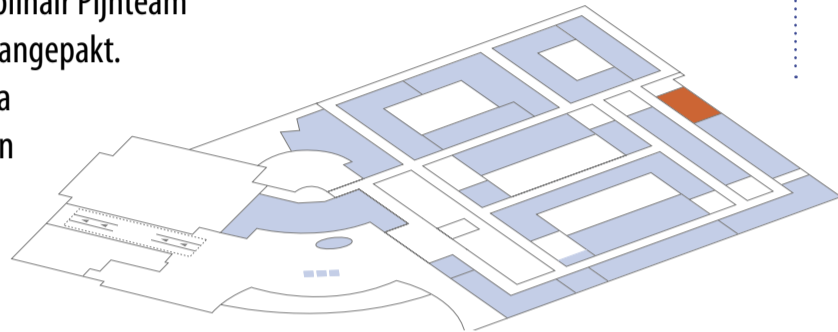
Achter het nieuwe restaurant ligt ook een nieuwe keuken. Het team van 11 koks werkt met een afwisselend op 2 fronten: de keuken van het oude restaurant werkt voor de patiënten, de nieuwe keuken werkt voor personeel en bezoekers. Keukenchef Christof Van Damme: "Het team vindt het positief om een nieuwe keuken bij te hebben. Eerst waren we wat beducht om ons op te splitsen, maar in de praktijk is het een voordeel dat je toegewezen bent aan een type keuken: maaltijden voor patiënten of maaltijden voor restaurant. Voor de patiënten werken we straks alleen nog in koude lijn, waarbij de maaltijden in de afdelingen opgewarmd worden net voor ze worden opgediend. Dat is een volledig andere organisatie dan in het nieuwe restaurant, waar we met de freeflow snelle beschikbaarheid moeten garanderen op piekmomenten." •

De Pijnkliniek in de kijker

Leven met chronische pijn: niet bij de pakken blijven zitten

23% van de Belgen leeft met chronische pijn. Om bij te dragen tot een oplossing voor dit maatschappelijke probleem startte de Pijnkliniek van het OLV Ziekenhuis het Multidisciplinair Pijnteam op. Chronische pijn wordt best multidisciplinair aangepakt. Als we een goed multidisciplinair zorgprogramma voor pijn kunnen opstellen, kunnen we bovendien misschien vermijden dat acute pijn chronisch wordt”, benadrukt dr. Jan De Witte, medisch coördinator van het Multidisciplinair Pijnteam.

i Pijnkliniek
dienst Anesthesiologie
Campus Aalst
T. 053 72 89 00
verdieping -2



De Pijnkliniek, is dat een aparte dienst binnen het ziekenhuis?

Dr. Jan De Witte (dienst Anesthesiologie en Intensieve Zorgen) antwoordt: “Pijn is waarschijnlijk het meest voorkomende ziekteken waarmee een patiënt naar zijn huisarts en vervolgens zijn specialist stapt. Historisch gezien - en dit is in de hele Westerse wereld zo - zijn vooral de anesthesiologen zich gaan bezighouden met de symptomatische behandeling van pijn in al zijn vormen en nemen anesthesiologen nu de coördinatie waar in de zogenoemde “Pijnklinieken”. In het Multidisciplinair Pijnteam verenigen zich artsen en paramedici afkomstig uit diverse diensten om de complexe problematiek die chronische pijn toch is, gezamenlijk aan te pakken. De bijdrage van de dienst Fysische Geneeskunde en Revalidatie hierin is zeer belangrijk. Deze dienst heeft reeds een rug- en nekschoolprogramma en een jarenlange samenwerking met de dienst Kinesitherapie en de Sociale Dienst. Zeer binnenkort komt een klinisch psycholoog met ervaring in de gedragsmatige behandeling van chronische pijn ons team versterken. Naast individuele therapie zullen we ook groepsessies programmeren, relaxatieoefeningen en “mindfulness” training aanbieden.”

En dokter De Witte vervolgt: “Uiteindelijk willen we nog verder gaan dan onze krachten bundelen binnen het Multidisciplinair Pijnteam. Het is duidelijk dat verschillende zorgdomeinen elkaar overlappen als het gaat over de gespecialiseerde aanpak van symptoomcontrole: acute postoperatieve en traumatische pijn, chronische pijn, palliatieve zorgen en revalidatie, niet alleen fysisch, maar ook psychisch. Informatie uitwisselen tussen de verschillende specialisten is nodig om optimale resultaten te bereiken. Omdat verschillende diensten niet alleen parallel werken, maar ook specialisten leveren die met andere diensten samenwerken, krijgen we een soort matrixstructuur. Dat is trouwens al het geval voor andere zorgprogramma's in het ziekenhuis. De voor sommigen wat raadselachtige “algologische functie”, gepromoot door minister van Volksgezondheid Laurette Onkelinx, kan een liaisonfunctie betekenen voor de aanpak van pijnproblemen.”



Dr. Jan De Witte, medisch coördinator van het Multidisciplinair Pijnteam: “Een Pijnkliniek moet meer zijn dan een prikkliniek.”

Pijnbehandeling in België lijdt onder de verkeerde perceptie dat het alleen gaat over het toedienen van pijnstillers. “Nochtans zijn de interventionele mogelijkheden vandaag talrijk”, verklaart dr. De Witte, die verwijst naar ingeburgerde maar te weinig gekende technieken zoals ontzenuwing van facetgewrichten voor reumapatiënten en ruggenmergstimulatie. Toch moet de Pijnkliniek meer zijn dan een “prikkliniek”.

“We zien drie pijlers voor chronische pijnbehandeling: een psychologische, een anesthesiologische en een fysische. Onze doelstelling is te achterhalen welke psychologische remmingen een patiënt heeft tegenover zijn situatie en erop in te spelen. Wellicht kan hij dan zijn pijn op een andere manier beleven en er beter mee omgaan. We streven naar gedragsverandering, reactivatie: uit de zetel, weer sociale contacten opnemen en als het kan zelfs werkhervatting. Het is belangrijk dat een patiënt zijn bewegingsangst overwint en weer vertrouwen krijgt in zijn lichaam via ergotherapie en fysiotherapie.”

Het traject begint en eindigt met de verwijzende huisarts

Het Multidisciplinair Pijnteam richt zich als initiatief binnen de Pijnkliniek op patiënten die een

chronische pijn hebben, d.w.z. pijn waarmee ze al langer dan 3 maanden rondlopen zonder oplossing. Het team staat onder leiding van een anesthesioloog met een bijzondere opleiding in de algologie (pijnbestrijding). Hij kan rekenen op de assistentie van een fysisch geneesheer-revalidatiearts, een neuroloog, een verpleegkundig pijnspecialist, een psycholoog, een kinesitherapeut en een ziekenhuisapotheker.

Het multidisciplinaire traject voor chronische pijnbehandeling begint met het toesturen van info en een beknopte vragenlijst (een medicietijl o.a.) die de patiënten invullen alvorens ze de eerste keer naar de Pijnkliniek komen. De anesthesioloog ondervraagt en onderzoekt de patiënt en maakt desgevallend reeds afspraken voor aanvullende onderzoeken. De patiënt krijgt nu een tweede uitgebreide vragenlijst mee, waarin hij zijn algemene gezondheidsstatus kan beschrijven. Tijdens een multidisciplinair spreekuur wordt de patiënt verder geëvalueerd door de verpleegkundig pijnspecialist, de psycholoog en de kinesitherapeut. Zij stellen een pijnanamnese op, doen een psychodiagnostisch onderzoek en onderzoeken het fysieke functioneren van de patiënt. Afhankelijk van de pijnklacht krijgt de patiënt verder nog een afspraak bij de fysisch geneesheer als het over een probleem van de rug of nek gaat, of bij de neuroloog indien het over chronische hoofdpijn of aangezichtspijn gaat.

De bevindingen van de anesthesioloog, het “multidisciplinair algologisch onderzoek” en desgevallend de fysisch geneesheer of de neuroloog worden op een overlegvergadering besproken. Daarbij krijgt het team nog eens assistentie van andere specialisten voor specifieke problemen en een ziekenhuisapotheker indien er sprake is van polimedicatie. Het advies en behandelplan worden nadien besproken met de patiënt én met de verwijzende huisarts. “Wij stellen diagnostisch op punt en sturen bij. Voor ons is het beginpunt ook het eindpunt: de verwijzende arts”, aldus dr. De Witte. •

Gesprek met dr. De Witte mede namens dr. De Wolf en dr. Vandenbroucke (Anesthesiologie), dr. Vermeersch en dr. Defranco (Fysische Geneeskunde en Revalidatie), dr. Van Orshoven en collega's (Neurologie), dhr. Carpentier (kinesitherapie), en mevr. Menten (pijnverpleegkundige).



Chronische postoperatieve pijn

Een tweede project binnen het zorgprogramma voor pijn is recent opgestart: de “algologische functie” voor gehospitaliseerde patiënten. “Ons credo “top in zorg” indachtig”, knipoogt dr. De Witte, “moet er mijn inziens nog op een ander vlak actie ondernomen worden.”

Uitmondende pijnbehandeling houdt in dat men op wetenschappelijke basis risicoinschattingen maakt wie er voorbestemd is om pijn te ontwikkelen na een heelkundige ingreep. Spelen hier ook psychologische factoren mee? “Een voorbeschikkende factor is o.a. de mate van angst voor een ingreep en de neiging om te katastroferen. De cijfers in de wetenschappelijke literatuur over chronische postoperatieve pijn zijn ontzenuwend.”

Tot 25% van de patiënten houdt chronische pijn over aan een coronaire bypassoperatie, 6 tot 12% na een keizersnede. Na een borstamputatie blijft 20 tot 50% van de patiënten met pijn kampen en ook bij maxillofaciale heelkun-

de zijn neuropathische pijnen zeer frequent. Afhankelijk van de gebruikte technieken kan de pijnprevalentie bij een liesbreukherstellende ingreep tot 30% bedragen en ook na perfect uitgevoerde rugchirurgie blijft een kwart van de patiënten kampen met een zekere graad van chronische pijn.

“We moeten postoperatieve pijn langduriger opvolgen om onze anesthesietechnieken bij te sturen indien nodig. Zo passen we nu al zoveel mogelijk locoregionale technieken toe, waarbij het bombardement van pijnprikkels in de hersenen gedurende een paar dagen fel wordt verminderd. Misschien kunnen we op voorhand al speciale medicatie geven om pijnbanen in hersenen en ruggenmerg gunstig te beïnvloeden vóór de chirurgie plaatsvindt”, suggereert dr. De Witte. “Ook aanpassingen in chirurgische technieken (vb. voor liesbreukherstel) hebben in het verleden de prevalentie van chronische postoperatieve pijn drastisch kunnen verminderen.”



Proefschrift brengt allergische aandoeningen bij schoolkinderen in kaart

Met de knuffel naar bed!



De AAS werd uitgevoerd door dr. Elke Govaere (links) en dr. Dirk Van Gysel, beiden kinderarts in het OLV Ziekenhuis te Aalst, in samenwerking met dr. Katia Verhamme, (epidemiologe OLV Ziekenhuis Aalst) en prof. dr. Frans De Baets (diensthoofd Kinderlongziekten UZ Gent).

Knuffels in bed en niet-synthetisch beddengoed kunnen allergische neigingen van kinderen met genetische aanleg voor allergieën doen afnemen. Dat is één van de verrassende conclusies uit het proefschrift van twee pediaters van het OLV Ziekenhuis. Dr. Dirk Van Gysel en dr. Elke Govaere documenteerden de voorbije jaren het voorkomen van allergie bij kinderen uit de Aalsterse regio in wat bekendraakte als de "Aalst Allergy Study" (AAS).

"De "Aalst Allergy Study" brengt voor het eerst in België prevalenties van een positieve huidtest (sensitisatie) en tevens de huidige prevalenties van allergische aandoeningen (astma, eczeem en hooikoorts) bij schoolkinderen in beeld."

prof. dr. Frans De Baets
diensthoofd Kinderlongziekten UZ Gent

Sensitisatie

De globale sensitisatieprevalentie voor de onderzochte kinderen was 23,9%. Ze neemt beduidend toe met de leeftijd, oplopend van 15,9% in de jongste tot 30,5% in de oudere leeftijdsgroep. De grote sprong situeert zich bij de meisjes rond de leeftijd van 8 jaar, bij de jongens pas vanaf 10 jaar. In alle leeftijdsgroepen zijn jongens duidelijk gevoeliger voor allergieën dan meisjes maar het verschil is het meest uitgesproken bij de kinderen jonger dan 8 jaar. Bij de kinderen ouder dan 8 jaar blijft het overwicht van de jongens bestaan, maar wordt het verschil met de meisjes beduidend kleiner.

Eczeem, astma en hooikoorts

In verband met allergische klachten werd navraag gedaan naar eczeem, astma (piepen en kortademigheid) en hooikoortsklachten (neuslast en ooglast).

23,3% van de studiekinderen had ooit eczeem. Sensitisatie komt significant meer voor in de groep van kinderen die ooit eczeem hadden (33,2%) dan bij de niet-eczeem kinderen (21,0%). Voorts komt eczeem anderhalve keer meer voor bij de gesensitiseerde dan bij de niet-gesensitiseerde kinderen.

2,6% van de kinderen heeft uitsluitend ooglast, 13% uitsluitend neuslast en 7,6% last van neus en ogen. Sensitisatie is aanwezig bij 33,2% van alle kinderen met neuslast en bij 46,2% van alle

kinderen met ooglast. De sensitisatieprevalentie bij kinderen met zowel neus- als ooglast liep op tot 70,6%. Van alle bestudeerde kinderen vertoonde 20,3% ooit episodes van piepende ademhaling, 12,5% klachten van kortademigheid en 27,3% symptomen van chronische hoest. 35 tot 40% van de kinderen met luchtwegklachten vertoonde sensitisatie.

Verder bleek uit analyse van de groep kinderen ouder dan 6 jaar, dat kinderen met enkel een piepende ademhaling op jonge kleuterleeftijd (transiënte type) een significante associatie met kinderopvang vertoonden, wat een belangrijke invloed van virale infecties op de luchtwegklachten tijdens de vroege kinderjaren laat vermoeden. Kinderen met persisterend of laattijdig optredende piepende ademhaling vertonen meer sensitisatie en andere allergische symptomen (rhinitis, conjunctivitis en eczeem).

De AAS toonde verder aan dat de prevalenties van sensitisatie, van respiratoire allergische symptomen en van conjunctivitis lager waren bij kinderen die sliepen in een slaapkamer met veel knuffels en met een niet-synthetische bedbedekking. Tot enkele jaren geleden dachten de wetenschappers dat men door allergieblootstelling te beperken het risico van het ontwikkelen van sensitisatie en allergische aandoeningen kon reduceren. Er werd dan ook aan de mensen in het algemeen, en zeker in geval van een familiale voorgeschiedenis van allergie, een preventieadvies gegeven gericht op beperking van allergieblootstelling. De gegevens van de recente primaire interventiestudies trekken het nut daarvan op zijn minst in twijfel. Ook onze studie pleit tegen het preventief nemen van maatregelen zoals het verwijderen van knuffels in het kader van een slaapkamerstofcontrole. Een aanpassing van ons advies naar de

ouders toe, waarbij we het nut van dergelijke preventieve maatregelen voorlopig in het midden laten, dringt zich dus op.

Samenvattend kunnen we stellen dat de AAS het belang aantoont van een correcte diagnose van sensitisatie en allergie, enerzijds om een aangepast therapeutisch advies te kunnen geven en anderzijds om de impact op de gezondheidszorg te kunnen inschatten en opvolgen.



Mensen achter Top in Zorg in het OLV



dr. Paul Carpentier

In december 1985 startte dr. Paul Carpentier op de dienst Urologie van het OLV Ziekenhuis, waar hij zich aansloot bij het team van dr. Vincent Morelle en dr. Etienne Fonteyne. Toen deze laatste onlangs, na een 33-jarige carrière in het OLV, met pensioen ging, volgde dr. Carpentier hem op als diensthoofd. Als nieuwe organisatorische kracht wenst hij de stevige positie van de dienst te behouden, verder uit te bouwen en nieuwe paden te bewandelen. Dr. Fonteyne blijft parttime werkzaam als senior geneesheer, waardoor hij zijn praktijk nog even kan voortzetten vooraleer hij definitief afscheid neemt.



dr. Samuel Bral

Vooraleer hij als radiotherapeut in het OLV Ziekenhuis terecht kwam, was dr. Samuel Bral werkzaam in UZ Gent en UZ Brussel. Toen hij vernam dat de dienst Radiotherapie-Oncologie van het OLV zich engageerde om in de nabije toekomst sterk te investeren in nieuwe apparatuur en technologieën, was dr. Bral meteen bereid om zijn steentje bij te dragen. Hij is van mening dat radiotherapie steeds belangrijker wordt in zowel curatieve als palliatieve behandelingen en vindt dan ook dat iedere oncologiepatiënt het recht heeft op dezelfde kwaliteitsvolle zorg.

Dr. Ignace Demeyer, diensthoofd Spoed-gevallen, op het Heliplatform

Het heliplatform op het dak van het OLV ziekenhuis is uniek in België. De voordelen van het transport per helikopter zijn de veiliger manier van vervoer en de enorme tijds winst in vergelijking met een ziekenwagen (Antwerpen wordt v.b. bereikt in 8 minuten).



Deze foto werd gemaakt door: Ivan Put

Breng "Top in Zorg" in beeld en win een boekenBongo!

Zend ons een foto waarin je de topzorg van het OLV Ziekenhuis terugvindt. Licht jouw keuze kort toe in vijf lijntjes tekst, en misschien verschijnt ze wel in de volgende editie van de Top in Zorg krant! De beste inzendingen verdienen een boekenBongo...

Vergeet niet "Fotorubriek" te vermelden. Jouw foto moet voldoende resolutie hebben om gedrukt te kunnen worden (minimum 800 kb). Zorg er dus voor dat de instellingen van je toestel juist zijn.

Jouw foto is welkom op karla.lefever@olvz-aalst.be.

Kunst in het OLV

- Van **19 tot 23 april** zullen er in de ruimte naast het winkeltje (Campus Aalst) aquarellen van de hand van dr. Verstraeten (dienst Longziekten OLV Ziekenhuis) worden verkocht t.v.v. de palliatieve zorg.
- Van **26 april tot 2 mei** kunnen eigen medewerkers hun kunstwerken tentoonstellen naar aanleiding van de Week van de Amateurkunsten. Ook de vijf vaste kunstwerken zullen tijdens deze week extra in de kijker worden geplaatst.
- Op **vrijdag 30 april** zullen de kunstenaars *Guillaume Bijl, Peter Rogiers, Pieter Vermeersch, Joris Ghekiere* en *Hilde Van Sumere* zelf hun kunstwerken toelichten tijdens een kunstwandeling.
- Verspreid in het ziekenhuis zullen er "beesten" worden tentoongesteld, met de bedoeling ze later dit jaar te veilen. De opbrengst gaat naar een liefdadigheidsproject van de serviceclub Fifty-One Aalst. Met het ingezamelde geld zal Fifty-One het interactieve spel "Probogotchi" schenken aan de kinderafdelingen van het OLV Ziekenhuis en het Algemeen Stedelijk Ziekenhuis (ASZ).



Activiteitenagenda

In de eerste helft van 2010 worden de volgende activiteiten georganiseerd voor huisartsen en zorgverleners.

| Congressen / Symposia | Zaal | Datum |
|--|----------|-------------------|
| • Cursus Elektrocardiografie - Acute Coronaire Syndromen (dienst Cardiologie) | Guernica | 24 maart 20u00 |
| • Symposium palliatieve zorg "Arzelingen om te spreken in de palliatieve fase" en voorstelling van DVD "Getuigenissen palliatieve zorg" | Guernica | 20 april 20u00 |
| • 2 ^{de} Cardiac Imaging Symposium (dienst Nucleaire Geneeskunde en Cardiologie) | Guernica | 24 april 09u00 |
| • Cursus Elektrocardiografie - Het afwijkende rust ECG - Primaire elektrische pathologieën van het hart (dienst Cardiologie) | Guernica | 28 april 20u30 |
| • Eskulaap – reeks Oncologie | Guernica | 4 mei 21u00 |
| • Afscheidssymposium dr. Fonteyne (dienst Urologie) | Guernica | 8 mei 14u30 |
| • Cursus Elektrocardiografie Elektrocardiografische quiz (dienst Cardiologie) | Guernica | 26 mei 20u30 |
| • Eskulaap – reeks Oncologie | Guernica | 1 juni 21u00 |
| • Educational courses 2009/2010 When every therapy fails (dienst Cardiologie) | Guernica | 12 juni 08u30 |

Voor meer informatie kan u terecht bij Kathleen De Beer:
kathleen.de.beer@olvz-aalst.be
T. 053 72 42 28

Jobnamiddag - zaterdag 27 maart

Ben jij op zoek naar een ideale werkplek voor een gevleugelde start of een nieuwe uitdaging? Op zaterdag 27 maart 2010 zet het OLV Ziekenhuis de deuren voor je open!

Dit staat op het programma:

| | |
|-------|---|
| 15u00 | • Blik achter de schermen Neem een kijkje in onze nieuwbouw te Aalst. |
| 17u30 | • Infodinner Ontmoet onze directieleden en diensthoofden bij een hapje en drankje in het splinternieuwe bedrijfsrestaurant. |
| 10u30 | • Engelen & het witte doek Geniet - samen met een partner - van de kaskraker Angels & Demons. Na de film maken we de winnaar bekend van een luchtdoop met duoparachutesprong. Breng dus zeker je ingevulde kanskaart mee! |

Schrijf je zo snel mogelijk in via onze website www.olvz.be.
Opgelet: het aantal plaatsen voor de film is beperkt en inschrijven is mogelijk **t.e.m. vrijdag 26 maart 2010 om 12u.**

Het OLV Ziekenhuis geniet als één van de grootste privé-ziekenhuizen in België een uitstekende reputatie. Het ziekenhuis telt 2450 medewerkers, 844 bedden, 259 geneesheren en 36 assistenten. Dit alles verspreid over 3 campussen: Aalst, Asse en Ninove.

Benieuwd wat werken in het OLV Ziekenhuis betekent? Op onze website vind je een bedrijfsfilmpje, getuigenissen van enkele medewerkers en extra informatie over ons ziekenhuis.



Ben jij ook een reddende engel (m/v)?



Al onze vacatures vind je op www.olvz.be

Werken mee aan dit nummer

| | | | |
|---|---|--|--|
| dr. Samuel Bral dhr. Kristof Carpentier dhr. Paul Carpentier mevr. Kathleen De Beer dr. Ignace Demeyer mevr. Annick De Roeck dr. Jan De Witte mevr. Valerie Duynslaeger mevr. Petra Faut dr. Elke Govaere mevr. Karla Lefever dr. Lucien Lefèvre | dr. Geertrui Meganck dr. Koen Traen mevr. Greta Uyttendaele dhr. Christof Van Damme dhr. Luc Van den Bremt dr. Geert Vandenbroucke mevr. Kristel Van Der Weeën dr. Dirk Van Gysel dr. Inge Van Pottelbergh dhr. Marc Van Steertegem dhr. Bart Verduyn dr. Katia Verhamme | Realisatie Living Stone nv www.livingstone.eu | Verantwoordelijke uitgever Karla Lefever |
| OLV Ziekenhuis Campus Aalst Moorselbaan 164, 9300 Aalst T. +32 (0)53 72 41 11 F. +32 (0)53 72 45 86 | www.olvz.be Campus Asse Bloklaan 5, 1730 Asse T. +32 (0)2 300 61 11 F. +32 (0)2 300 63 00 | Campus Ninove Biezenstraat 2, 9400 Ninove T. +32 (0)54 31 21 11 F. +32 (0)54 31 21 21 | |