



3 O-arm zorgt voor veilige en efficiënte neurochirurgische operaties



6 ORSI vormt toonaangevend opleidingscentrum voor robotchirurgie



7 Kinder- en jeugdpsychiatrie opent haar deuren op Campus Aalst

Voluit leven!

Hartpatiënten kunnen verder dankzij moderne technieken

De laatste jaren is het aantal hartfalenpatiënten sterk toegenomen. Hoewel hun hartziekte een grote impact heeft op het leven van deze patiënten, kan hun levenskwaliteit dankzij de moderne geneeskundige technologieën ingrijpend verbeteren. Zo kunnen ze hun dagelijkse leven voor een groot deel opnieuw oppikken. We laten twee patiënten aan het woord over twee totaal verschillende technieken: home monitoring enerzijds en het gebruik van een kunsthart anderzijds.

- Home monitoring zorgt ervoor dat patiënten met een defibrillator, pacemaker of holter via hun gsm of vaste telefoon nauwkeurig opgevolgd worden. Elke dag stuurt een zendertje gegevens over het geïmplanteerde apparaat en het hartritme van de patiënt door naar het ziekenhuis. Dankzij deze techniek staan patiënten geruster in het leven.

- Patiënten die op een wachtlijst staan voor een donorhart kunnen in aanmerking komen voor een kunsthart. Dit hart kan een aantal weken, maanden, of zelfs jaren de functie van het gewone hart overnemen.

Paul en Luc vertellen openhartig over de impact van deze technieken op hun dagelijkse leven.



Lees verder op pagina 5 →

MULTIDISCIPLINAIRE BEHANDELING VOOR RUGPATIËNTEN

Weer naar school: rugschool biedt individuele lessen in groep

De rugschool op Campus Aalst biedt al sinds 2003 een multidisciplinaire behandeling aan rugpatiënten. In een aantal groepslessen kunnen patiënten met chronische rugklachten of die een rugoperatie ondergingen een aangepast revalidatieprogramma volgen, zodat ze opnieuw actief aan het sociale leven kunnen deelnemen.



De rugschool biedt patiënten een combinatie van theorie- en praktijklessen. Het multidisciplinaire team behandelt elke patiënt op maat.

De rugschool op Campus Aalst bestaat uit een team van fysische geneesheren, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, een psycholoog, sociaal assistent en een ergo-noom-ergotherapeut. "Dankzij de multidisciplinaire samenwerking kunnen we een ruimere aanpak bieden", vertelt Alexis De Waele, kinesitherapeut. "Rugklachten houden namelijk veel meer in dan enkel pijn en kunnen een grote impact hebben op het dagelijkse leven. De patiënt is bijvoorbeeld arbeidsongeschikt en heeft geen uitzicht meer op werk, of heeft seksuele problemen door de rugpijn. De hulp

van een psycholoog is hierbij essentieel." Ook dr. Guido Vermeersch, diensthoofd Fysische Geneeskunde en Revalidatie, onderstreept het belang van de multidisciplinaire benadering: "Patiënten gingen vroeger enkel bij hun eigen kinesitherapeut op therapie. Hier krijgen ze ook theorielessen en praktische informatie van een ergotherapeut over aanpassingen aan het dagelijks leven. Daarnaast biedt de psycholoog hulp bij psychosociale problemen, en en heeft de sociaal verpleegkundige aandacht voor de thuissituatie en de goede organisatie."

Eerste contact met de rugschool

De rugschool biedt lessen aan patiënten die al meer dan zes weken last hebben van rugklachten, of die een operatie ondergingen. "De huisarts, de arbeidsgeneesheer of de neurochirurg verwijst de patiënt door naar de rugschool. Er is ook verwijzing vanuit het multidisciplinaire pijnteam, maar men meldt zich ook steeds meer spontaan aan om zo zware rugklachten te voorkomen", aldus dr. Vermeersch. De fysisch geneesheer vormt het eerste aanspreekpunt.

Lees verder op pagina 2 →

Excellente zorg

Het is belangrijk te onthouden dat het OLV Ziekenhuis naast een aantal centers of excellence ook beschikt over andere diensten waar excellente zorg gegeven wordt. In deze editie van de Top in Zorg-krant ontdekt u talloze nieuwe initiatieven, projecten, opleidingen, investeringen... te veel om op te noemen. Dit duidt op bruisend leven, engagement, wilskracht,

dynamiek en sluit perfect aan bij de waarden die ons ziekenhuis tot "top in zorg" brengen. Wij danken dan ook al onze medewerkers voor hun correcte inzet, elke dag opnieuw.

Wij wensen iedereen ook een deugddoend verlot toe!

Van den Bremt & Vandebroucke





↓ Vervolg van pagina 1

Hij neemt een eerste algemeen onderzoek af. Daarnavindteentakegesprekplaats, waarbij de kinesitherapeut de spierkracht meet en de aandachtspunten noteert waarop de patiënt tijdens de revalidatie moet werken. Vervolgens, na een gesprek met een psycholoog, starten de lessen.

Groepslessen werken stimulerend

Het revalidatieprogramma bestaat uit 24 sessies van twee uur, twee keer per week. Deze sessies gebeuren telkens in een groep van 5 tot 18 personen. "Op voorhand kunnen, indien gewenst, één of twee individuele sessies plaatsvinden", vertelt Kristof Carpentier, programmamanager van de dienst Fysische Geneeskunde en Revalidatie. "Wij geven echter de voorkeur aan groepslessen, omdat patiënten zo lotgenoten ontmoeten. Ze wisselen ervaringen uit en motiveren elkaar. Dit werkt stimulerend." De groepslessen bestaan uit standaard oefeningen, maar iedereen wordt individueel behandeld, afhankelijk van zijn specifieke noden. "Bij elke sessie is ten minste één kinesitherapeut en ergotherapeut aanwezig", vertelt Steven Van Den Bogaert, kinesitherapeut. "Zij kunnen een patiënt even apart nemen om specifieke oefeningen aan te leren."

Combinatie van theorie en praktijk

In vijf theorielessen wordt algemene uitleg gegeven over de werking van de rug, rugklachten, en informatie over heffen en tillen, slapen of sporten. De praktijklessen bestaan uit verschillende lichaams oefeningen. Alexis De Waele: "We werken op onder andere spierversterking, conditietraining en houdingscorrecties. In een simulatiekeuken leren de ergotherapeuten patiënten aan hoe ze huishoudelijke taken moeten verrichten, zoals afwassen of de vaatwasmachine legen." Kristof Carpentier gaat verder: "Tijdens de revalidatielessen hebben patiënten het meest contact met de kine- en ergotherapeuten, maar de artsen en therapeuten overleggen wekelijks. Na de eerste zes weken en op het einde evalueert de fysisch geneesheer de evolutie van de patiënt. Men kan ook te allen tijde contact opnemen met de psycholoog voor een gesprek." Na de 24 sessies moet de patiënt het heft in eigen handen nemen. Hij heeft dan een basis opgebouwd die hem moet toelaten opnieuw te gaan werken en zijn normale leven op te nemen. "Het is belangrijk de aangeleerde oefeningen na de rugschool thuis te blijven herhalen", voegt Alexis De Waele nog toe.

De rugschool door de jaren heen

Voor de rugschool bestond, behandelde het ziekenhuis dergelijke patiënten niet. Zij volgden oefeningen bij hun eigen kinesitherapeut. De rugschool startte op met twee groepen, nu zijn dat er al zeker vijf. Kristof Carpentier: "We hebben vooral de laatste twee jaar een enorme groei gekend. We behandelen nu zo'n 70 patiënten per maand, een verdriedubbeling in vergelijking met twee jaar geleden." Alexis De Waele voegt toe: "Dit komt omdat wij hen in verschillende stadia kunnen opvangen. We kunnen ze zowel individueel behandelen, om ze voor te bereiden op de rugschool, als in groep." Ook dr. Vermeersch heeft de rugschool

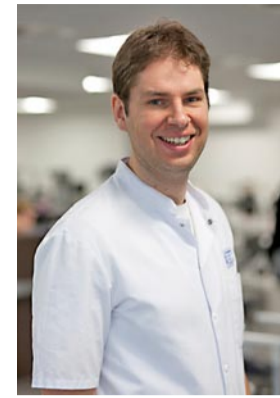
drastisch zien evolueren: "Het valt op dat de interesse in de rugschool gegroeid is. Patiënten komen sneller naar hier dan vroeger. Bovendien hebben we een sterk uitgebouwd en geactualiseerd programma. We hebben ook meer therapeuten en een vernieuwde zaal, zodat we veel meer op een individuele manier kunnen werken en meer reeksen kunnen aanbieden dan vroeger." Dankzij deze vernieuwingen kan de rugschool iedereen die zich aanmeldt een revalidatieprogramma aanbieden. "Zelfs mensen die in ploeg werken kunnen afwisselen naargelang hun werkuren."

Toekomstvisie

Toch blijft er nog ruimte voor verbetering, vertelt Kristof Carpentier. "In de toekomst denken we eraan ook sessies te organiseren in Asse. Bovendien blijft de rugschool evolueren. We moeten de nieuwe technieken volgen en nieuwe inzichten verwerven, zodat we iedereen zo goed mogelijk kunnen helpen om opnieuw in de maatschappij te functioneren." Steven Van Den Bogaert voegt toe: "We willen ons ook nog meer toespitsen op de werksituatie van de patiënt, zodat hij na de rugschool zijn job weer kan oppikken." Dr. Vermeersch denkt eraan verschillende groepen te creëren, zoals een afzonderlijke groep voor de patiënten verwezen vanuit het multidisciplinair pijn-team. Bovendien wil hij nog meer lesreeksen kunnen aanbieden, om iedereen de mogelijkheid te bieden rugschool te volgen. ■

De groepslessen vinden plaats op:

- maandag en woensdag:
 - 08.15 u. – 10.00 u.
 - 14.45 u. – 16.45 u.
- dinsdag en donderdag:
 - 08.15 u. – 10.00 u.
 - 14.45 u. – 16.45 u.
 - 18.00 u. – 20.00 u.



"Dankzij de multidisciplinariteit kunnen we patiënten een ruimere aanpak bieden. Bij rugpijn komt immers heel wat meer kijken dan enkel de pijn."

Alexis De Waele, kinesitherapeut



"Tijdens de groepslessen ontmoeten patiënten lotgenoten. Ze wisselen ervaringen uit en motiveren elkaar. Dit werkt stimulerend."

Kristof Carpentier, programmamanager Fysische Geneeskunde en Revalidatie



"Bij elke les is ten minste één kinesitherapeut en ergotherapeut aanwezig. Ze kunnen een patiënt even apart nemen en individueel behandelen."

Steven Van Den Bogaert, kinesitherapeut



"We hebben een geactualiseerd programma en kunnen ons sterk toelagen op de individuele noden van de patiënt. In de toekomst willen we nog meer reeksen aanbieden."

Dr. Guido Vermeersch, diensthoofd Fysische Geneeskunde en Revalidatie

Wist je dat ?

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) is een onafhankelijk centrum dat objectieve, wetenschappelijke uitspraken doet over therapieën en behandelingen van ziektes. Het KCE stelt dat de juiste medische aanpak van chronische rugklachten met oefeningen, een multidisciplinair programma en het zo snel mogelijk hernemen van de dagelijkse activiteiten, zelfs met nog enige pijn, het meeste kans op slagen biedt. Actief blijven bewegen en een multidisciplinaire behandeling volgen kunnen de kans op verbetering dus heel wat vergroten.

Geef rugpijn geen kans! Hoe spaart u uw rug?

- Zorg voor voldoende lichaamsbeweging
- Neem een correcte zithouding aan en verander regelmatig van houding
- Voer niet te veel taken uit die de rug overbelasten
- Let op een correcte houding bij heffen en tillen: zorg voor een rechte rug en buig door de benen

Handhygiëne gezien door Bulgaarse tieners

Van 4 tot 22 mei liep in het OLV Ziekenhuis Campus Aalst de tentoonstelling "Save lives: Clean your hands", een initiatief van de vrijwilligersorganisatie "Mensen Dienen Bulgarije: Aalst-Gabrovo", die sinds vele jaren verschillende projecten in Gabrovo, Bulgarije, steunt. Vorig jaar organiseerde de vereniging een teken- en schilderwedstrijd in het dr. Tota Venkova ziekenhuis in Gabrovo, om het personeel en bezoe-

kers te sensibiliseren voor handhygiëne. Bulgaarse kinderen mochten een tekening maken rond het belang van handhygiëne enerzijds, en carnaval anderzijds. Voor de tentoonstelling op Campus Aalst werden 30 tekeningen geselecteerd. De tentoonstelling ging van start op de internationale dag van de handhygiëne. De tekeningen kregen ondertussen een definitieve plaats in het ziekenhuis. ■

TENTOONSTELLING



O-arm maakt neurochirurgisch precisiewerk makkelijker



Sinds oktober 2010 maakt de dienst Neurochirurgie van het OLV Ziekenhuis gebruik van de O-arm. Dankzij dit toestel kunnen neurochirurgen ingewikkelde operaties nauwkeurig, veilig en doeltreffend uitvoeren.



De O-vormige scanner bevindt zich tijdens de operatie rond de patiënt en maakt nauwkeurige beelden van de wervelkolom. Links dr. Frederic Martens, rechts dr. Geoffrey Lesage.

steekt dr. Frederic Martens, neurochirurg, van wal. "Vaak moeten er bijvoorbeeld schroeven geplaatst worden. Als een chirurg een schroef te dicht bij de zenuwstructuren plaatst, kunnen deze beschadigd worden." Bovendien kan het ook gebeuren dat een schroef naast de wervel wordt geplaatst. "Sinds de recente introductie van de O-arm kunnen we echter heel precies zien waar we de schroeven moeten plaatsen."

Dr. Martens vervolgt: "De O-arm is een O-vormige CT-scanner die zich tijdens de operatie rond de patiënt bevindt en nauwkeurige beelden van de wervelkolom maakt." Deze worden naar een navigatietoestel

gestuurd en geven een complete reconstructie van de wervels weer." De nieuwe techniek is een grote sprong vooruit in de neurochirurgie: "Vroeger konden we beelden alleen in 2D zien. Het röntgenapparaat maakte slechts beelden in twee richtingen: voor- en achterwaarts en zijdelings. Met de O-arm kunnen we beelden maken waarop we de wervelkolom 360° kunnen zien. Daardoor weten we precies waar een vijs geplaatst moet worden en hoe groot of dik ze mag zijn. Door deze evolutie naar 3D kunnen we dus veel nauwkeuriger en efficiënter te werk gaan. Dankzij de O-arm is de kans op fouten dan ook veel kleiner."

Dr. Martens ziet ook een voordeel in de gedaalde operatietijd: "Het duurt misschien even

om het toestel op te stellen, toch zien we dat de operatietijd een stuk korter is." Bovendien laat de O-arm de chirurg toe om na de operatie meteen nog een scan te nemen. "Zo kunnen we onmiddellijk zien of de ingreep geslaagd is. Vroeger was dit niet mogelijk. Dankzij de O-arm kunnen we de patiënt op een veiligere manier opereren en het resultaat drastisch verbeteren", besluit dr. Martens.

Vandaag de dag wordt de O-arm alleen gebruikt voor operaties aan de wervelkolom, zoals bij wervelarthrodese (het vastzetten van een wervel), bij een degeneratieve wervelkolom of bij trauma- en tumorale chirurgie. Andere toepassingen zijn op dit ogenblik nog experimenteel. ■

"Bepaalde operaties aan de wervelkolom vragen heel wat precisiewerk",

Warmte voor lagere bloeddruk



Warmtebehandeling van de nierzenuwen met lagefrequentiegolven kan de hoge bloeddruk (hypertensie) van patiënten voor wie medicatie niet helpt op een veilige manier verminderen. Een multidisciplinair team van de afdeling Cardiologie en de afdeling Nefrologie-Dialyse-Hypertensie past momenteel de nieuwe procedure toe op een selectie van patiënten met het geschikte profiel, nadat een wereldwijde studie de efficiëntie ervan aantoonde. Het team van cardioloog Eric Wyffels en nefroloog Bruno Van Vlem werkt samen om de behandeling van therapieresistente hypertensie te optimaliseren en zo ook voor deze patiëntengroep top in zorg te garanderen.

Een verhoogde bloeddruk is een belangrijke risicofactor voor hart- en bloedvatazichten. Gepaste medische behandeling – het is niet abnormaal dat drie of meer geneesmiddelen gelijktijdig ingenomen worden – vermindert het risico op een hartstilstand met 20 tot 25%.

De zenuwactiviteit naar de nieren stilleggen

Bij sommige patiënten volstaat een medicamenteuze behandeling niet. Zij lijden aan resistente arteriële hypertensie. De nieuwe techniek van nierdenervatie, waarbij de zenuwen van en naar de nieren via warmtegolven worden verlamd, biedt voor deze patiënten naar alle waarschijnlijkheid een oplossing. Vroeger kon zo iets slechts via een ingewikkelde operatie en gebeurde het daarom zelden, maar vandaag biedt katheterisatie een veilige oplossing. Een katheter (een dun slangetje) wordt via

de lies in de bloedbaan tot bij de nierslagader gebracht. Daar worden kortstondig lage dosissen radiofrequente energie afgegeven zodat de zenuwactiviteit van en naar de nieren stilvalt. Deze procedure duurt maximaal een uur.

"Het verband tussen de nieren en hypertensie is een vicieuze cirkel die moeilijk te doorbreken is", stelt nefroloog dr. Bruno Van Vlem. "Enerzijds tast hypertensie de nieren aan en anderzijds veroorzaken de meeste nierziekten hypertensie. Dat verband vinden we overigens terug in de naam van onze afdeling: dienst Nefrologie-Dialyse-Hypertensie."

Kritische analyse van resultaten klinische studie

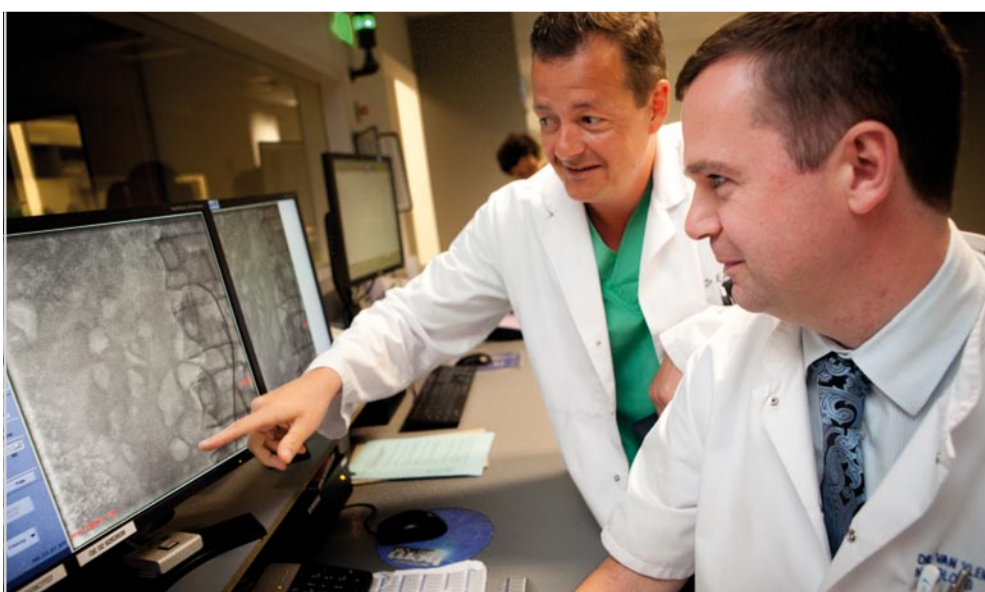
Het nefrologenteam werkt voor de behandeling van resistente arteriële hypertensie via nierdenervatie samen met de dienst Cardiologie die over ruime ervaring beschikt met de katheterisatietechniek voor de behandeling van

hart- en bloedvatazichten. Interventioneel cardioloog dr. Eric Wyffels onderstreept het belang van een kritische analyse van de effecten van de radiofrequente katheterablatie. "De zogenaamde HTN-2-studie, waarbij wereldwijd 106 patiënten in 24 centra getest werden, toonde weliswaar de efficiëntie van de procedure aan, maar toch willen we via een testfase in ons ziekenhuis eerst de proef op de som nemen. In één maand tijd behandelden we 9 patiënten met de procedure. Nu is het even afwachten of onze resultaten die van de HTN-2-studie bevestigen. Pas dan zullen we deze procedure ook als een volwaardig deel van het behandeltraject voor hypertensie naar onze patiënten toe voorstellen."

Multidisciplinair behandelen in overleg met de huisarts

De multidisciplinaire benadering van de betrokken diensten heeft tot doel om

de procedure in te kapselen in de globale benadering van hypertensie. Daarbij krijgt ook de huisarts een belangrijke rol, stelt dr. Van Vlem: "Hypertensie is een stille doder. Gedurende een lange periode blijven de symptomen beperkt en soms zelfs onopgemerkt. Een bezoek aan de huisarts brengt hypertensie vaak voor het eerst aan het licht. De huisarts kan de patiënt vaak op eigen kracht voor hypertensie behandelen. Slechts wanneer hij voor specialistisch advies naar ons verwijst, komen wij aan bod. Ons advies baseren we op 24-urenregistratie van de bloeddruk en een doorgedreven analyse van de mogelijke oorzaken van hypertensie (ofschoon het in 90% van de gevallen gaat om essentiële hypertensie, waarvan de oorzaak onbekend blijft). We adviseren de individueel meest geschikte behandeling qua medicatie én ook naar levensstijl toe. Dankzij de multidisciplinaire benadering kunnen we nu ook resistente patiënten beter behandelen." ■



Interventioneel cardioloog dr. Eric Wyffels (links) en nefroloog dr. Bruno Van Vlem evalueren röntgenbeelden van een radiofrequente katheterablatie.



Bij een renale katheterablatie wordt de denervatiekatheter via de lies in de bloedbaan gebracht en opgeschoven tot in de nierslagader. Met lagefrequentie energiegolven worden de nierzenuwen opgewarmd zodat ze stilvallen. Links dr. Stelios Pyxaras (fellow interventional cardiology) en rechts dr. Eric Wyffels tijdens de procedure.

Mensen achter Top in Zorg

NIEUWE ARTSEN

1 Dr. Miriam Bouckaert kwam tijdens het eerste jaar van haar assistentschap in contact met het OLV Ziekenhuis. Ze genoot er van de vlotte en aangename samenwerking tussen de verpleging en artsen van de verschillende disciplines en besloot terug te keren. Sinds 1 maart 2011 vult ze het team op de dienst Neurologie aan. Dr. Bouckaert hoopt patiënten niet alleen medicamenteus te helpen, maar ook een betere mantelzorg aan te bieden. Daarbij streeft ze ernaar de dienstoverschrijdende samenwerking te optimaliseren. Dr. Bouckaert wil bovendien meer ruimte creëren om de mogelijkheden van 24uur-EEG- (elektro-encefalografie) monitoring op vlak van epilepsie te kunnen uitbreiden.

2 Dr. Vanessa Meert kent het OLV Ziekenhuis als een erg vooruitstrevend ziekenhuis. De dienst Pathologische Ontleedkunde biedt volgens haar een aangename en dynamische werksfeer. Als patholoog onderzoekt dr. Meert of bepaalde vochten en weefsels goed- of kwaadaardig zijn, dit door middel van zowel macroscopisch en microscopisch onderzoek, als door bijkomende technieken. Voor elke casus streeft ze ernaar, samen met haar collega's, een optimale service aan te bieden aan de klinici en de patiënt. Pathologen hebben een kijk op de meeste organen, maar vaak hebben ze bijzondere interesses in bepaalde domeinen. Dr. Meert specialiseert zich verder in de pathologie van het hoofd-halsgebied, met speciale aandacht voor de schildklierpathologie.

3 Dr. Karen De Jongh liep tijdens de eerste twee jaar van haar assistentschap mee op de dienst Anesthesiologie in het OLV Ziekenhuis. Ze had er meteen een goede band met de dienst en besloot er terug te keren. Als all-round anesthesist staat dr. De Jongh in voor de algemene anesthesie, zowel op het Operatiekwartier als op de dienst Intensieve Zorgen. Dr. De Jongh is vooral geïnteresseerd in bariatrische anesthesie en leverchirurgie. Ze hoopt haar kennis in deze domeinen verder te kunnen uitbouwen. Verder hoopt ze dat ze haar taak als all-round anesthesist zo goed mogelijk kan blijven uitvoeren.

4 Dr. Katrien Van Rie kwam tijdens het laatste jaar van haar assistentschap in contact met het OLV Ziekenhuis en besloot er te blijven. Ze werd aangetrokken door de positieve uitstraling van het ziekenhuis en de goede reputatie die de dienst Fysische Geneeskunde en Revalidatie uitgebouwd heeft. Dr. Van Rie staat als fysisch geneesheer in voor zowel consultaties als voor technische onderzoeken, waaronder EMG

(electromyografie). Ze hoopt de neurorevalidatie verder op de rails te krijgen en zich in dit domein te verdiepen. Verder streeft ze ernaar ook meer ambulante patiënten aan te trekken.

NIEUWE DIENSTHOOFDEN

5 Op 1 januari volgde **dr. Erik Kersschot** zijn collega dr. Pierre D'Haenens op als diensthoofd Medische Beeldvorming. Dr. Kersschot is al 20 jaar aan het werk in het OLV Ziekenhuis, dat volgens hem het meest ambitieuze ziekenhuis in Vlaanderen is. Hij wil aandacht besteden aan de interdisciplinaire samenwerking en de optimalisatie van de bedrijfscultuur binnen zijn dienst. Zo hoopt hij een positieve sfeer te creëren waarbij iedereen zich professioneel, enthousiast en met respect voor elkaar inzet. Bovendien wenst dr. Kersschot innovatief te



werken aan hoogstaande medische zorg en de dienstverlenende functie van de dienst te verbeteren. Zijn grootste ambitie is dat elke patiënt het gevoel heeft dat hij op een professionele en menselijke manier wordt onderzocht en behandeld. Daarnaast wil hij de dienst nog verder uitbouwen op vlak van wetenschap en opleiding.

6 Dr. Hans Bequé ging in 1990 aan de slag in het OLV Ziekenhuis. Op 1 januari werd hij aangesteld als diensthoofd Neus-, keel- en oorzaken. Hij volgt hierbij dr. Jan Steelant op. De goede reputatie van het OLV Ziekenhuis op vlak van dynamiek en zorgaanbieding is volgens hem een belangrijke troef. Als diensthoofd wenst

dr. Bequé de operatietijd te optimaliseren en het elektronisch medisch dossier te upgraden, zodat dit beter aansluit bij het nieuwe KWS-systeem. Bovendien hoopt hij een stuwende kracht te zijn om nieuw materiaal en nieuwe technieken te introduceren. Zo kan de dienst nog meer top in zorg aanbieden. Dr. Bequé vindt het belangrijk de subspecialisaties van de dienst verder te ontwikkelen en multidisciplinair samen te werken met andere medische diensten.

7 Dr. Marleen Vieren volgt sinds kort dr. Marc Van Orshoven op als diensthoofd Neurologie. Ze wil haar voorganger bedanken voor de uitbouw en de organisatie van de dienst binnen het ziekenhuis. Het is haar bedoeling hieraan verder te werken en geleidelijk aan eigen accenten te leggen, zoals bv. de totaalzorg voor de patiënten optimaliseren door nauwere samenwerking tussen medische en paramedi-

sche diensten binnen het ziekenhuis. Dr. Vieren vindt het haar taak ervoor te zorgen dat elke neuroloog binnen de associatie in zijn of haar afzonderlijke kwaliteiten wordt gestimuleerd, om zo bij te dragen tot een sterker team, maar met aandacht voor een eigen interessegebied.

8 Overeenkomstig het advies van de Medische Raad, besliste de Raad van Bestuur op 26 mei 2011 om **dr. Yves Van Molhem** voor één jaar te benoemen als waarnemend diensthoofd Algemene Heelkunde. Dr. Van Molhem werd in het OLV Ziekenhuis geboren en begon zijn studies geneeskunde met als doel er ooit te werken als chirurg. Dr. Van Molhem zal fungeren als contactpersoon tussen de dienst en de directie

en zal instaan voor een vlotte organisatie van de dienst. Hij wil concrete afspraken vastleggen en een aangename werksfeer creëren. Verder hoopt hij dat de verschillende subspecialisaties nog meer uitgewerkt kunnen worden en dat de dienst kan uitgroeien tot een referentiecentrum in België en erbuiten.

NIEUWE GENEESHEER-ZIEKENHUISHYGIËNIST Dr. Van Vaerenbergh, opvolgster van dr. Jordens

9 Dr. Paul Jordens werd in 1988 voorzitter van het Comité voor Ziekenhuishygiëne. Na 22 jaar als geneesheer-ziekenhuishygiënist geeft hij de fakkel door aan dr. Kristien Van Vaerenbergh. Zelf blijft hij voltijds werkzaam als pneumoloog. Het OLV Ziekenhuis heeft volgens dr. Jordens een goede reputatie opgebouwd op vlak van ziekenhuishygiëne. In de beginjaren speelde het een pioniersrol in de opvolging van ziekenhuisbacteriën en de registratie van ziekenhuisinfecties. Het Comité voor Ziekenhuishygiëne stelde in die periode ook een elektronisch raadpleegbare antibioticumindex op, lang voor de overheid verplichtte om een antibioticumbeleidsgroep samen te stellen. Volgens dr. Jordens is de hoofdtaak van de dienst Ziekenhuishygiëne infecties te voorkomen en het bewustzijn hieromtrent bij alle medewerkers van het ziekenhuis te versterken. Als geneesheer-ziekenhuishygiënist probeerde hij zijn team zo goed mogelijk te ondersteunen en bij te sturen waar nodig. Hij hoopt dat zijn opvolgster, samen met de dienst, alle medewerkers van het ziekenhuis kan overtuigen van hun cruciale rol in de preventie van infecties.

Dr. Kristien Van Vaerenbergh begon in 2007 als stafid op het Laboratorium voor Microbiologie van het OLV Ziekenhuis. Op dat ogenblik werd ze ook lid van het Comité voor Ziekenhuishygiëne. Een sterk punt van het OLV

Ziekenhuis is volgens haar de goede verstandhouding tussen de directie en het medisch korps. Dit maakt het mogelijk om heel gespecialiseerde zorg aan te bieden in alle disciplines. Voor dr. Van Vaerenbergh blijft de grootste uitdaging van de dienst Ziekenhuishygiëne het aantal ziekenhuisinfecties te reduceren en hierdoor bij te dragen aan de patiëntveiligheid. Centraal in de preventie van ziekenhuisinfecties staat handhygiëne. In een eerste fase wordt voornamelijk gefocust op de artsen, gezien zij een voorbeeldfunctie hebben. Handhygiëne moet een evidentie worden voor elke zorgverlener, dit uit respect voor de patiënt en als teken van competentie. Correcte handhygiëne is voor dr. Van Vaerenbergh een belangrijk facet in het leveren van top in zorg. ■

Twee patiënten vertellen openhartig: opnieuw actief, ondanks hartziekte



Leven met een geïmplanteerde defibrillator met een zendertje dat je hartslag bespioneert en 's avonds informatie naar het ziekenhuis zendt. Het overkwam Paul Langendries. Leven met je kunsthart op een karretje in afwachting van een donorhart. Luc Kesteloot weet er alles van. Het klinkt onoverkomelijk, maar toch slagen beiden erin om een normaal leven te leiden. Twee aparte verhalen.

Home monitoring bij hartritmestoornissen

Patiënten met hartritmestoornissen krijgen vaak een pacemaker, een defibrillator of een holter - een apparaat dat de elektrische activiteit van het hart meet - ingeplant. Sinds een zestal jaar kunnen deze patiënten opgevolgd worden via home monitoring. Paul Langendries getuigt: "Een jaar geleden kreeg ik een defibrillator met home monitoring ingeplant. Sindsdien worden eenmaal per dag, in de regel 's nachts, gegevens over de defibrillator en het ritme van mijn hart doorgestuurd naar een communicator, een zendertje dat verbonden is met mijn vaste telefoon." Willy Timmermans, Device Manager Pacemaker & ICD van het OLV Ziekenhuis, gaat verder: "Er bestaat ook een draadloos systeem dat de gegevens naar een speciale gsm stuurt. De communicator of de gsm zendt de gegevens naar een centraal vergrendelde computer, die de gegevens decodeert en ze via een netwerk naar onze computer stuurt. Wij kunnen te allen tijde inloggen om de gegevens op te vragen en te evalueren. Zo houden we een oogje in het zeil."

Automatische e-mail bij alarm

Paul Langendries: "Bij hartritmestoornissen stuurt het zendertje automatisch een alarm naar het ziekenhuis. Dit gebeurt ook bij technische problemen, zoals lege batterijen of elektroden die niet meer functioneren." Willy Timmermans vult aan: "Wij krijgen dan automatisch een e-mail, zodat we meteen op de hoogte zijn en niet eerst op het netwerk hoeven in te loggen. Als dit gebeurt, nemen we zo snel mogelijk contact op met de patiënt." Andere, niet-alarmerende gegevens worden dagelijks opgevolgd. De hartfalenverpleegkundigen staan daarnaast ook in voor de wekelijkse controle van het vochtgehalte van de longen. Margot De Proft, hartfalenverpleegkundige, legt uit: "Patiënten met hartfalen lopen een grote kans op vochtophoping. Zij krijgen een defibrillator ingeplant die een functie bevat om het vochtgehalte van de longen te meten. De patiënten sturen deze gegevens wekelijks door. Bij een te hoog vochtgehalte bellen we de patiënt meteen op



Dankzij home monitoring staat Paul Langendries een stuk geruster in het leven.

en contacteren we de cardioloog en de huisarts om de volgende stappen te bekijken." Bij Paul Langendries is er nog geen alarm afgegaan. "Ze hebben me wel al eens gebeld omdat er iets niet in orde was. Ik ben op consultatie gegaan en men heeft enkele parameters veranderd. Sindsdien verloopt alles zoals het moet."

Regelmatische opvolging biedt gemoedsrust

Paul Langendries voelt zich dankzij telemonitoring een stuk geruster: "Ik weet uit ervaring dat de verpleegkundigen mijn gegevens opvolgen. Dat stelt me gerust. Bovendien kan ik zelf ook gegevens doorsturen wanneer ik wil. Zo kreeg ik ooit een elektrische schok. Ik was in paniek, dus besloot ik de gegevens manueel door te sturen. Ik nam contact op met de verpleegkundigen om hen op de hoogte te brengen. Ze stelden mij meteen op mijn gemak." Margot De Proft voegt toe: "Dankzij deze methode kunnen we zeer kort op de bal spelen. Nog voor de patiënt symptomen ondervindt, kunnen wij al zien of er vochtophoping is of niet. Als de batterij leegloopt, weten wij dat onmiddellijk. Zonder home monitoring zouden we dit pas ontdekken wanneer de patiënt op consultatie komt."

Telemonitoring is geen behandeling

Het enige nadeel dat Paul Langendries ondervindt, is de afhankelijkheid van de telefoonlijn en de zender. "Als ik me niet in een straal van vijf meter van de zender bevind, gebeurt er niets. Dat is jammer, maar ik laat het reizen er zeker niet voor." Willy Timmermans vervolgt: "Dit systeem stelt patiënten inderdaad gerust, maar ze mogen er niet van uitgaan dat het hun leven redt. We kunnen snel inspelen op problemen, maar als een patiënt levensbedreigende ritmestoornissen krijgt en zich niet in de buurt van de zender bevindt, komt er geen alarm door. Bij het draadloze systeem via de gsm ontvangen we wel een alarm, maar we weten niet waar een patiënt zich bevindt, waardoor het onmogelijk is om tussen te komen. Telemonitoring is geen behandeling. Dat maken we patiënten van bij het begin duidelijk." Patiënten die ritmestoornissen krijgen moeten dus meteen handelen en niet wachten op een telefoon van een verpleegkundige of arts. ■

Kunsthart bij onomkeerbaar hartfalen

Een andere vorm van hartziekte is een verminderde pompfunctie van het hart. Dit betekent dat het hart te zwak is om voldoende bloed door het lichaam te pompen. Als bij deze patiënten medicatie, operatie, een pacemaker of defibrillator niet baten, komen ze in aanmerking voor harttransplantatie. "Er is in België, net zoals in de ons omliggende landen, echter een tekort aan donorharten, met lange wachtlijsten tot gevolg", weet Pascal Vanmeenen, programmamanager Cardiologie. "Daarom bestaan er een aantal alternatieven, zoals een kunsthart, een oplossing die sinds

de jaren 80 sterk geëvolueerd is. Een kunsthart vandaag kan weken, maanden of zelfs jaren het hart vervangen."

Luc Kesteloot heeft al acht maanden een kunsthart: "Tien jaar geleden had ik een hartaanval, zonder dat ik het zelf besepte. Een vriend van mij stuurde me naar de dokter, die vaststelde dat de aanval heel ernstig was. Ik kreeg een defibrillator ingeplant, maar doorheen de jaren verzwakte mijn hart. Uiteindelijk kon het niet meer zelfstandig pompen. In het OLV Ziekenhuis besloten ze me op de wachtlijst te zetten voor een donorhart. Tot die tijd heb ik een kunsthart."

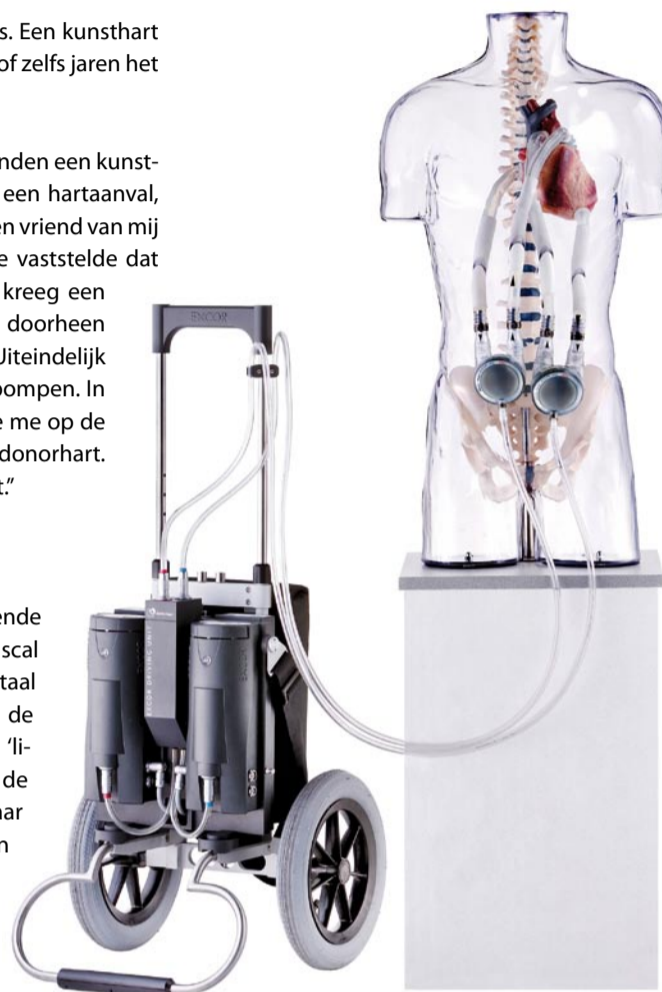
Types kunstharten

"Er bestaan verschillende soorten kunstharten", gaat Pascal Vanmeenen verder. "Het totaal implanteerbare hart wordt in de buikholte geïmplanteerd. Een 'lifeline' of stroomkabel komt uit de buik van de patiënt en leidt naar het stopcontact of batterijen die in een rug- of buikzak gedragen worden. Zo laadt het hart op." Luc Kesteloot heeft een uitwendig kunsthart: "Ik draag twee canules op mijn buik. Dit noemen ze hier ook wel 'hartjes'. Ze bestaan uit een bloed- en luchtgedeelte en leiden naar de kamers van mijn hart. Ze zuigen het bloed uit mijn lichaam, en pompen het terug mijn lichaam in. De canules zijn verbonden met twee pompjes, die samen met de batterijen op een trolley zijn geplaatst. Ik loop nu constant met een karretje rond."

Multidisciplinaire ondersteuning

Kunstharten zijn een oplossing voor patiënten met onomkeerbaar hartfalen die wachten op een donorhart, zoals Luc Kesteloot. "Dit noemen we 'bridge to transplant', legt Pascal Vanmeenen uit. "Een tweede situatie waarbij een kunsthart wordt gebruikt, is 'bridge to recovery'. Hierdoor kan het gewone hart rusten en op krachten komen."

"Een kunsthart is een erg invasieve ingreep die multidisciplinair wordt benaderd", gaat Pascal Vanmeenen verder. "Er is een team van cardiologen, cardiovasculaire chirurgen, anesthesisten, kinesisten, perfusionisten, verpleegkundigen en psychologen om de patiënt te ondersteunen." Luc Kesteloot werd goed opgevangen door dit multidisciplinair team. "Ik heb lange tijd in het ziekenhuis gelegen om te revalideren en gewend te raken aan mijn kunsthart. Nu kom ik één keer per week naar het ziekenhuis op controle. Verder moet ik revalidatie blijven volgen, om spieren aan te sterken en mijn lichaam voor te bereiden op de transplantatie. Ondertussen moet ik erop toezien dat ik genoeg drink, zodat mijn bloed niet te dik is. Anders kunnen er zich bloedklontertjes vormen." Pascal Vanmeenen legt uit: "Patiënten met een kunsthart lopen inderdaad het risico op de vorming van bloedklonters. Daarom nemen zij ook bloedverdunners, zodat de canules niet dichtslibben. Het bloed mag echter ook niet te dun zijn, want dan kunnen er bloedingen ontstaan."



EXCOR® Ventricular Assist Device, Berlin Heart, Germany

Nieuwe kans op leven

Desondanks biedt een kunsthart een enorm voordeel. Luc Kesteloot getuigt: "Ik stond met mijn rug tegen de muur. Een operatie of medicatie hielp niet, en ook de defibrillator bood geen oplossing meer. Dankzij mijn kunsthart kan ik verder leven." Bovendien kunnen patiënten met een kunsthart door middel van intensieve revalidatie heel wat activiteiten hervatten. Luc Kesteloot besluit: "Ik voel mij super. Ik draag wel een karretje mee, maar dat belemmert me niet in mijn bewegingsvrijheid. Ik fitness vaak en ga regelmatig wandelen. Eerst denken de mensen dat je op boodschappen gaat, maar als ik dichterbij kom, kijken ze vaak raar op." ■



Luc Kesteloot heeft al acht maanden een kunsthart en voelt zich super.

ORSI leert medische teams robots gebruiken

Het OLV Robotic Surgery Institute (ORSI), opgericht onder impuls van uroloog dr. Alexandre Mottrie, wil hét opleidingscentrum van Europa worden voor robotchirurgie. In samenwerking met de Universiteit Gent biedt ORSI specialisten én OK-teams wereldwijd de kans om de kneepjes van de robotchirurgie onder de knie te krijgen.

Robotgeassisteerde chirurgie is aan een rongekeende opmars bezig. Het OLV Ziekenhuis was een van de eerste, met de afdelingen Cardiovasculaire en Thoracale Heelkunde en Urologie resp. in 1998 en 2001, om robotchirurgie toe te passen. ORSI maakt gebruik van de ruime ervaring van de OLV-artsen met deze revolutionaire interventietechnologie, die veel minder belastend is voor de patiënt dan klassieke ingrepen en zelfs dan laparoscopische ingrepen.

Opleiding, onderzoek en klinische praktijk

De opleiding bestaat uit een theoretisch gedeelte in het OLV Ziekenhuis en een praktisch deel, dat aan de Universiteit Gent plaatsvindt, beide goed voor twee tot drie dagen in functie van het opleidingstype. Dr. Alexandre Mottrie: "ORSI biedt training aan klinici én OK-teams. De teambenadering is de enige goede want het optimale gebruik van de robottechnologie vergt een aangepaste benadering van heel het OK-team. We hebben een akkoord met de leverancier van de Da Vinci robots, die zo'n honderd opleidingssessies afneemt op jaarbasis, maar uiteraard willen we de robotopleiding aan de

hele klinische gemeenschap aanbieden. We willen ze ook wetenschappelijk ondersteunen. Daarom verrichten we onderzoek samen met de Universiteit Gent, waar we in de faculteit dierengeneeskunde onder leiding van prof. F. Gasthuys een volledig gebouw renoveren om er de opleidingen te organiseren, zowel in 'dry lab' (op dode materie) als in 'wet lab' (op levende materie)." De samenwerking met de Universiteit Gent loopt erg constructief, onderstreept dr. Mottrie. De studenten, die aan het einde van hun opleiding een certificaat ontvangen, krijgen ook nog de kans om een dag robotchirurgie in het OLV Ziekenhuis mee te volgen.

Internationale faculteit met steun van de Europese urologiegemeenschap

ORSI is alvast sterk vernetwerkt in de urologiewereld. De tien meest gerenommeerde urologiecentra van Europa maken deel uit van de internationale faculteit van het trainingscentrum en werken volop mee aan de uitbouw ervan, aldus nog dr. Mottrie: "De opleidingen en de academische invulling moeten op korte termijn al tot de erkenning door de European Board of Urology leiden. We willen zo'n netwerk



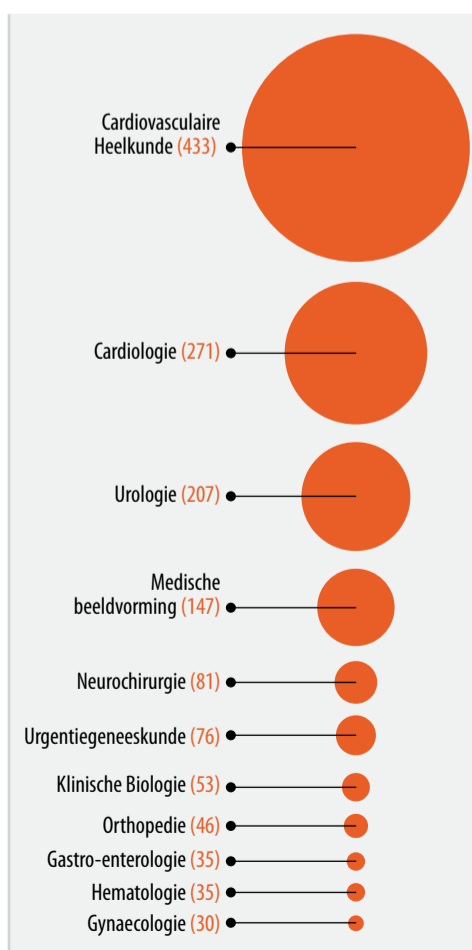
Dr. Alexandre Mottrie is een van de Europese hardmakers van de robotchirurgie en legde met de oprichting van het OLV Robotic Surgery Institute (ORSI) de basis van wat hét opleidingscentrum van Europa in robotchirurgie moet worden.

uitbouwen voor elke discipline waarin het opleidingscentrum actief is. In de context van het wetenschappelijke werk, is zopas prof. dr. Ficarra van de universiteit van Padua (IT) aangekomen, een Italiaanse professor die gedurende een jaar het wetenschappelijke onderzoek van het centrum zal uitbouwen en structureren."

Samen met Fabian Laeveren, manager ORSI, Sandra Martens, management assistant en Nathalie Coppens, datamanagement, vormt hij dan een vierkoppig team dat ORSI in samenwerking met de Universiteit Gent zowel wetenschappelijk als klinisch op de kaart moet zetten. ■

Steeds meer internationale patiënten vinden de weg naar topzorg in OLV Ziekenhuis

In 2010 verrichte het OLV Ziekenhuis ongeveer 2000 hospitalisaties, dagopnames en consultaties voor buitenlandse patiënten. Zij betalen de volledige kost van hun behandeling (zelf of via hun verzekeraar), zodat dit geen impact heeft op de courante financiering van het ziekenhuis. Buitenlandse patiënten krijgen ook geen voorrang op de Belgische patiënten. Maar de competentie en ervaring van onze medische teams slaat wereldwijd aan. Fabian Laeveren, manager van het International Patient Care (IPC)-programma van het ziekenhuis, zet de puntjes op de i.



Aantal buitenlandse patiënten per discipline in 2010

"De patiënten komen bij ons terecht via diverse kanalen. Vaak is de tussenkomst van een zorgbemiddelaar in het buitenland de sleutel, soms hebben patiënten zelf van ons gehoord en informeerden ze zich via onze website of via pathologie- of technologiegebonden websites, of via onze klinici. We hebben inderdaad een vindstrategie uitgewerkt op internet, zodat de patiënten die echt zoeken op competentie bij ons terecht komen." We willen geen medisch toerisme aanmoedigen, onderstreept Fabian Laeveren: "Buitenlandse patiënten bieden we uitsluitend zorg aan binnen het kader van onze centers of excellence: de disciplines waarin we een bewezen internationale faam hebben, zoals cardiologie, cardiovasculaire heelkunde, urologie, algemene heelkunde, neurochirurgie, en disciplines die gebruik maken van technologie waarin we toonaangevend zijn, zoals robotchirurgie."

Een netwerk van contacten in het buitenland

Sinds de Europese Commissie een richtlijn uitvaardigde over grensoverschrijdende zorgverstrekking, is voor Europese patiënten een duidelijk kader geschapen, ook wat de financiële dimensie betreft. Voor andere internationale patiënten heeft het OLV Ziekenhuis

een duidelijk referentiekader uitgewerkt. "We werken samen met internationaal gekende partners, zoals Royal Doctors, B4Care (World Medical Assist), Best Medical Treatment, maar ook met erkende zorgverzekeraars zoals Axa." De internationale patiënten komen uit diverse landen: onze buurlanden, maar ook in toenemende mate Rusland en Oost-Europa, de Verenigde Staten en het Midden-Oosten. Dat het OLV Ziekenhuis een centrale rol speelt in het federale Healthcare Belgium project, is hieraan niet vreemd. "Binnen dit programma verwierven we een zekere reputatie bij de overheden en partners die we in het buitenland bezoeken. We krijgen dus wel wat vragen langs die kant, ook voor 'second opinions' van eerdere diagnoses van lokale experts. Maar ook onze eigen missies, zoals in het voorjaar van 2012 naar Marokko, dragen bij tot het succes van ons IPC-programma."

Gelijke behandeling, tegen de volle kost

Internationale patiënten krijgen een behandeling in het OLV Ziekenhuis na goedkeuring van een OLV-arts en na aanvaarding van het budget door hun verzekeraar of door henzelf. Eens de goedkeuring gegeven neemt IPC Client Service Manager Guy Van Impe de

logistieke afwikkeling voor zijn rekening. Hij maakt de afspraken, plant alles netjes in en gaat na aan welke eisen het OLV-personeel tegemoet dient te komen om het verblijf van de patiënt zo vlekkeloos mogelijk te laten verlopen. We houden rekening met taal, praktische afspraken, eetgewoontes, culturele gewoontes en religieuze verplichtingen. "Het personeel zal in de nabije toekomst opleidingen krijgen die hen de nodige gevoeligheden moet bijbrengen: hoe reageer je in een gesprek, welke voeding mag en welke niet... De informatiesessies 'Internationale patiënten: hoe ga ik ermee om?' is een aanvulling op de ervaring die ze sowieso al hebben met het behandelen van patiënten uit andere culturen dan onze westerse." Fabian Laeveren onderstreept dat buitenlandse patiënten de volledige kost van hun behandeling betalen en geen prioriteit krijgen op andere patiënten: "Ze betalen de volledige kost en dat is meer dan de Belgische patiënt, die maar een fractie van de kosten dient te betalen, of zelfs helemaal niks. Daarmee loopt voor de buitenlandse patiënt de factuur snel op, want hij draagt zelfs bij in de afschrijving van de gebruikte apparatuur. Het budget bezorgen we op voorhand, zodat er geen misverstanden ontstaan. Bovendien is planning ook hier cruciaal. We willen de andere patiënten niet benadelen." ■

Kinderen en jongeren met psychologische en psychiatrische problemen vinden rust en ruimte op de nieuwe Kinder- en jeugdpsychiatrie in Campus Aalst

Vier maanden geleden verhuisde een deel van de Kinder- en jeugdpsychiatrie van Campus Asse naar een ruime, ambulante dienst op Campus Aalst. Een multidisciplinair team staat klaar om kinderen en adolescenten samen met hun familie en leerkrachten of opvoeders op te vangen.

De afdeling Kinder- en jeugdpsychiatrie werd in 1994 opgericht op Campus Asse, toen nog het Heilig Hartziekenhuis. Begin maart verhuisde het grootste deel van de medewerkers naar Aalst. "Er is een intense samenwerking tussen de twee campussen", vertelt diensthoofd dr. Marc Van Bellinghen. "Op beide plaatsen is de multidisciplinariteit overigens erg belangrijk." In totaal telt de dienst drie kinderen en jeugdpsychiaters, één geneesheer-specialist in opleiding, drie kinder- en jeugdpsychologen en twee logopedisten. "Wie de begeleiding van een patiënt op zich neemt, bepaalt de patiënt oorspronkelijk grotendeels zelf", zegt dr. Van Bellinghen. "Bij een dienst als de onze gebeuren verwijzingen gewoonlijk op naam. Een patiënt die zich hier aanmeldt, vraagt dus meestal specifiek naar iemand, maar indien nodig wordt binnen het team gekeken wie de begeleiding het best op zich neemt. Het gaat hier dan ook om psychotherapeutische behandelingen. Het therapeutische proces is onlosmakelijk verbonden met de therapeutische relatie die opgebouwd wordt."



"We trachten bij elke patiënt zoveel mogelijk het zelfwaardegevoel te vergroten. We helpen hem zijn krachten opnieuw te ontdekken en ze te bundelen."

Dr. Marc Van Bellinghen,
diensthoofd Kinder- en
jeugdpsychiatrie

Continu multidisciplinair overleg

In feite is er permanent overleg tussen alle medewerkers: "We bespreken de patiënten samen op een wekelijkse teamvergadering", vertelt psychologe Hilde Lenaerts. "Maar ook tussendoor overleggen we continu." Dr. Van Bellinghen vervolgt: "Elke problematiek is namelijk gelaagd. Door de samenwerking met de verschillende medewerkers kunnen we alle lagen zien. Elk apart kunnen we dat niet." De dienst werkt ook nauw samen met andere ziekenhuisdiensten, maar dat moet volgens dr. Van Bellinghen nog verder groeien. "We staan al in heel nauw contact met de dienst Pediatrie, mede doordat we op dezelfde gang zitten. Het contact met de kinderneuroloog is heel belang-

rijk, omdat er heel wat evidente raakvlakken zijn." Zo kunnen lichamelijke aandoeningen psychologische gevolgen hebben, of kan bij een kind met psychiatrische problemen ook iets neurologisch aan de hand zijn.

Kleuren en infrastructuur brengen rust

In theorie kunnen kinderen op de dienst terecht van 0 jaar tot 18 jaar. "We sturen een patiënt echter niet weg wanneer hij 18 wordt", vertelt Hilde Lenaerts. "Therapeutische behandelingen zijn immers vaak langetermijnbehandelingen. De patiënt bouwt vertrouwen op met de therapeut. Je kan dat niet zomaar afbreken." Dr. Van Bellinghen voegt toe: "We trachten bij elke patiënt zoveel mogelijk het zelfwaardegevoel te vergroten. We helpen hem zijn krachten opnieuw te ontdekken en ze te bundelen. De locatie en de infrastructuur van de dienst spelen in dat groeiproces een belangrijke rol. Om naar hier te komen, hoeft je bv. geen ziekenhuisgangen te doorkruisen."

Hilde Lenaerts onderstreept ook het belang van kleur en vorm: "Via groene kleuren en boomstructuren hebben we geprobeerd de natuur naar binnen te brengen. Dit straalt rust uit en creëert een aangename sfeer, waardoor patiënten zich hier op hun gemak voelen. De wachtzaal is ingericht als een marktplaats waar iedereen elkaar ontmoet. De patiënten reageren erg positief." "Je doet hier aan geneeskunde met de vele mogelijkheden van samenwerking met collega's uit andere disciplines, maar de mensen hebben niet het gevoel in een ziekenhuis te zijn", benadrukt dr. Van Bellinghen.

Therapie individueel afgestemd op het kind

De dienst werkt enkel ambulante; patiënten worden niet opgenomen. "Wij geloven heel sterk in het ambulante therapeutisch werk", aldus dr. Van Bellinghen. "Kinderen blijven in hun eigen milieu, waardoor je veel meer met hun sterktes kan werken. Als je ze hospitaliseert, moet je ze ooit eens weer in de maatschappij brengen. De schok is dan vaak groot. Bovendien



De groene kleuren en de boomstructuren staan voor natuur en ruimte en creëren een rustige sfeer.

kan men het gezin ook meer mobiliseren in een ambulante setting."

"We stemmen elke therapeutische behandeling individueel af op de patiënt. Toch proberen we telkens alle partijen te betrekken die zich engageren om zorg te dragen voor het kind", legt Hilde Lenaerts uit. "We brengen hierbij drie niveaus heel nauw met elkaar in contact: het kind en zijn gezin, de school en de dienst Kinder- en jeugdpsychiatrie zelf." De samenwerking met de scholen wordt steeds belangrijker in de behandeling van het kind. "Daarom gebeurt het vaak dat iemand van bij ons overleg pleegt met het lerarenkorps, of dat leerkrachten mee op consultatie komen."

Verschuiving in maatschappelijke accenten

Doorheen de jaren zag dr. Van Bellinghen niet zozeer een evolutie in psychiatrische stoornissen, maar in maatschappelijke aspecten. "Een aantal stoornissen kan je duidelijk omschrijven, zoals leer- en gedragstoornissen of ADHD. Daarnaast heb je ook de context waarin een kind leeft. Deze kan protectief zijn, maar kan ook een pathogene of ziekmakende invloed hebben. Evoluties in de maatschap-

pij dragen hier zeker toe bij. Ik denk maar aan vechtscheidingen, de steeds groter wordende keuzemogelijkheden op alle niveaus van functioneren, de maatschappij die steeds com-



"We stemmen elke therapeutische behandeling af op de patiënt. We proberen telkens alle partijen te betrekken die zich engageren om zorg te dragen voor het kind."

Hilde Lenaerts,
psychologe

plexer wordt." Deze context varieert van kind tot kind. "We starten daarom altijd met een diagnostische fase, waarin we het probleem in kaart brengen. We gebruiken hierbij een handelingsgericht diagnostisch model", benadrukt dr. Van Bellinghen. "Dat wil zeggen dat we steeds zo snel mogelijk nagaan hoe we op het probleem kunnen inspelen." Hilde Lenaerts voegt toe: "Hoe de maatschappij ook evolueert, we moeten onze kennis blijven uitbreiden en elke dag informatie inwinnen. We hebben onze visie al geformuleerd door de jaren heen, die staat vast. Toch moeten we onze handelingen telkens aan de context aanpassen." ■

Fotorubriek

De nieuwe medische raad van het OLV Ziekenhuis bestaat

uit de volgende 15 leden (van links naar rechts):

dr. Geertrui Meganck, dr. Peter Meeus, dr. Dirk Vandeput,
dr. Wim Jorissen, dr. Steven De Gendt, dr. Evert Munghen,
dr. Patty Souffriau, dr. Vincent Roosens, dr. Herbert De
Raedt (secretaris), dr. Jo Vandervoort, dr. Kris Van Der Steen
(voorzitter), dr. Ivan Degrieck en dr. Lucien Lefèvre.

Ontbreken op de foto: dr. Erik Kersschot (ondervoorzitter)

[zie pag. 4] en dr. Eric Wyffels [zie pag. 3]



Vrijwilligers geven extra waarde aan Palliatieve Eenheid

In juni 2010 startte de Palliatieve Eenheid op Campus Asse met een proefproject waarbij vrijwilligers palliatieve patiënten bezoeken. Het project werd enthousiast onthaald en kreeg groen licht om verder te gaan.



Raymond Boterberg, vrijwilliger, bezoekt een patiënt op de Palliatieve Eenheid.

Vrijwilligerswerk in het ziekenhuis

Het project kan een aanleiding zijn tot ruimere vrijwilligerswerking binnen het ziekenhuis. Ludo De Roo: "Men wil op Campus Aalst en Asse starten met vrijwilligerswerk voor het onthaal van patiënten. Ook op de Palliatieve Eenheid is nog ruimte voor vrijwilligers. Ze vragen extra tijd en inspanning van de medewerkers van de dienst, maar ze vormen steeds een meerwaarde voor de patiënt." Raymond Boterberg denkt alleszins nog niet aan stoppen: "Ik doe hier heel wat levenservaring op en wil me als vrijwilliger blijven inzetten zo lang ik kan." ■

"We startten het project op naar aanleiding van mijn eindwerk over vrijwilligers op palliatieve eenheden", vertelt Anja Callebaut, verpleegkundige. "Ik merkte dat veel palliatieve diensten in Vlaanderen met vrijwilligers werken. In Asse was dit nog niet het geval. Ik bevroeg de verpleegkundigen van de dienst over de aanwezigheid van vrijwilligers en hun reactie was positief. Samen met Erik Verliefdde stelde ik, als basis voor het project, een draaiboek op rond vrijwilligerswerk."

Vrijwilligers zijn een deel van het team

In juni 2010 gingen vijf vrijwilligers van start. Ondertussen zijn het er al negen. Erik Verliefdde, psycholoog, vertelt: "We screenen de vrijwilligers die zich aanbieden op enkele karakteristieken zoals motivatie en enthousiasme. We zoeken mensen die zich op lange termijn actief willen inzetten voor de patiënten." Elke vrijwilliger is drie uur per week aanwezig en staat in voor zes palliatieve patiënten. "Vrijwilligers bieden extra steun, maar voeren geen verpleegkundige taken uit", benadrukt Ludo De Roo, hoofdverpleegkundige. "We zijn hierin erg strikt, omdat dit bijdraagt tot de veiligheid van de patiënt én de vrijwilliger." Anja Callebaut voegt toe: "Bovendien mag een dienst niet op de schouders van vrijwilligers rusten. Ze moet ook zonder blijven draaien." Vrijwilligers zijn dus geen werknemers van het ziekenhuis. "We zeggen ook nooit dat ze hier *werken*", vertelt Erik Verliefdde. "Maar ze zijn wel een belangrijk deel van het team."

Luisterend oor voor de patiënt

Raymond Boterberg is al sinds juni aanwezig op de dienst: "Wij vormen een luisterend oor voor patiënten en zorgen ervoor dat ze zich zo comfortabel mogelijk voelen. Patiënten en hun families reageren erg dankbaar." Anja Callebaut merkt op: "Verpleegkundigen en artsen kunnen zich niet voltijds toespitsen op de patiënt, vrijwilligers wel. Ze brengen ook het dagelijkse leven mee naar binnen. Dat is erg belangrijk voor onze patiënten."

Vrijwilligerswerking binnen het ziekenhuis

Naar aanleiding van het project op de Palliatieve Eenheid gaf het directiecomité van het OLV Ziekenhuis recent groen licht voor ruimere vrijwilligerswerking binnen het ziekenhuis. "We willen beginnen met een project rond vrijwilligers voor het onthaal van patiënten op Campus Aalst en Asse", vertelt Huguette Mortier, directeur verpleegkunde. "Patiënten die naar het ziekenhuis komen, zitten vaak met heel wat twijfels, angsten en vragen. De vrijwilligers zullen deze patiënten begeleiden naar de juiste plaats. Zo zullen patiënten zich meer op hun gemak voelen. Dit biedt een grote meerwaarde." Elke vrijwilliger zal, met ondersteuning van de HR-dienst, gescreend worden op luister- en communicatievaardigheid, enthousiasme en zin voor initiatief. "De vrijwilligers zullen ook persoonlijk opgevolgd en geëvalueerd worden. Bovendien krijgen ze een opleiding, waarin ze leren vlot te communiceren en met patiënten om te gaan. Het is evenmin de bedoeling dat vrijwilligers verpleegkundige of administratieve taken op zich nemen. Ze zorgen wel voor een extra zonnetje door patiënten bij te staan en te begeleiden." Later zal de vrijwilligerswerking uitgebreid worden naar de diensten zelf. "Als het project rond onthaalvrijwilligers een succes is, zal het hele vrijwilligerswerk in een stroomversnelling geraken. Het draaiboek van Anja Callebaut en Erik Verliefdde is een perfecte basis om dit verder uit te werken", besluit Huguette Mortier.

Heeft u interesse of wilt u solliciteren?
Bekijk de vacature op www.olvz.be

Studenten nemen afdeling Geriatrie over

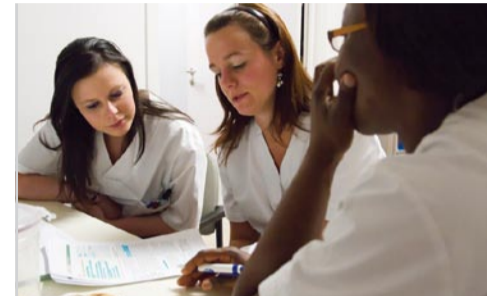
Van 5 mei tot 1 juni namen 13 laatstejaarsstudenten verpleegkunde van de Katholieke Hogeschool (KAHO) Sint-Lieven een derde van de afdeling Geriatrie over. Twee student-hoofdverpleegkundigen zorgden om beurten voor een vlotte organisatie. Dit project "leerwerkplaats", een organisatie van KAHO Sint-Lieven en het OLV Ziekenhuis, moet de studenten beter voorbereiden op de arbeidsmarkt.

"Afgestudeerde studenten verpleegkunde hebben vaak nog een lange inlooptijd nodig vooraleer ze 100% op een dienst kunnen meedraaien", steekt Marion Boriau, lector aan KAHO Sint-Lieven, van wal. "Het project 'leerwerkplaats' wil afstuderende studenten beter voorbereiden op het werkveld. De eerste keer vond het project plaats in Sint-Niklaas, op de afdeling Neurologie. Dit jaar werkten we samen met het OLV Ziekenhuis."

De studenten mochten vrijwillig aan het project deelnemen en konden zich ook opgeven voor de functie van hoofdverpleegkundige. Bruno Van Der Schueren, hoofdverpleegkundige van de afdeling Geriatrie D2, legt uit: "De twee studenten die zich inschreven voor het profiel van hoofdverpleegkundige moesten een sollicitatiegesprek voeren en werden door de HRM-afdeling onderworpen aan enkele tests. Ze stonden elk een halve maand aan het hoofd van een team van 12 studenten." Elke Van Hemelryk nam de eerste helft van de maand voor haar rekening, Liesbeth Van Der Straeten stond in voor de tweede helft: "Op 5 mei startte het project, maar daarvoor kreeg iedereen een vooropleiding. Daarnaast kregen we op de afdeling een grondige inscholing door de verpleegkundigen, hoofdverpleegkundige en door dr. Gielke Monsieur, geriater. Eens het project was opgestart, stonden we zelfstandig in voor de organisatie van de zorg van 12 patiënten", aldus Elke Van Hemelryk.

Opmerkelijke evolutie

"We hebben de studenten zien groeien en openbloeien", vertelt Bruno Van der Schueren. "Na één week viel alles in zijn plooi." Elke Van Hemelryk: "De samenwerking tussen de studenten en



Na elke shift organiseren de studenten zelf een briefing.

de verpleegkundigen verliep heel vlot. We stonden steeds onder toezicht van een coachende verpleegkundige." Marion Boriau voegt toe: "Deze coach stuurde bij waar nodig. Bovendien kwam er tweemaal per dag een lector van KAHO Sint-Lieven langs om het project mee te begeleiden."

Leerproces voor iedereen

"We leerden andere zaken dan tijdens een gewone stage", vertelt Liesbeth Van der Straeten. "We leerden bijvoorbeeld verantwoordelijkheid nemen, zelfstandig instaan voor de totaalzorg van de patiënt, functioneren in teamverband en interdisciplinair samenwerken, zoals met gerieters, diëtisten, ergotherapeuten en kinesisten." Maar Bruno Van der Schueren merkt ook dat het project een meerwaarde was voor de eigen afdeling: "Wij leerden beter feedback geven. Sommige vragen van de studenten verplichtten ons na te denken over onze eigen organisatie en handelen." Hij merkt bovendien op dat de verpleegkundigen hun schouders volledig onder dit project zetten. "Het project was een uitdaging voor het hele team, maar was bovenal een positieve investering. Iedereen heeft eruit geleerd, zowel de studenten en de school, als de verpleegkundigen." ■

Website OLV Ziekenhuis in een nieuw kleedje

Onlangs lanceerde het OLV Ziekenhuis zijn vernieuwde website, met een nieuwe stijl en navigatie. De website is dynamisch, overzichtelijk en gebruiksvriendelijk. Zo kunt u gemakkelijk navigeren tussen de verschillende pagina's. Hierbij hoeft u niet meer te zoeken op campus, maar ziet u een algemeen overzicht van de drie campussen samen. Bovendien kunt u de ombudsdienst nu ook online via een contactformulier benaderen. Op de nieuwe website vindt u tevens een overzicht van al onze vacatures,

onze personeelsvoordelen, onze bedrijfsfilm en enkele nuttige weetjes over het ziekenhuis terug.

Begeleidingsverpleegkundigen kunnen de stage-aanvragen voortaan ook elektronisch verwerken en inschrijvingen voor symposia zullen in de toekomst via de website kunnen gebeuren. ■

Neem gerust een kijkje: www.olvz.be

Jaarverslag 2010

Het jaarverslag 2010 van het OLV Ziekenhuis is beschikbaar. Het verslag is beknopt, aantrekkelijk en modern. Wenst u exemplaar, contacteer:

Karla Lefever
Tel: 053 72 44 92
E-mail: karla.lefever@olvz-aalst.be

Werkten mee aan dit nummer

dr. Stefan Bände
dr. Hans Bequé
mevr. Marion Boriau
dhr. Raymond Boterberg
dr. Miriam Bouckaert
mevr. Anja Callebaut
mevr. Tine Callebaut
dhr. Kristof Carpentier
mevr. Sofie Colpaert
dr. Karen De Jongh
mevr. Margot De Profijt
dhr. Luc De Roo
dr. Jan Desmet
dr. Dieter Devriese
dhr. Alexis De Waele
mevr. Greet De Winne
dhr. Filip Dumez
mevr. Valérie Duynslaeger
dr. Paul Jordens
dr. Erik Kersschot

dhr. Luc Kesteloot
dhr. Fabian Laeveren
dhr. Paul Langendries
dr. Rinaldo Lauwers
mevr. Karla Lefever
dr. Lucien Lefevre
mevr. Hilde Lenaerts
dr. Frederic Martens
dr. Vanessa Meert
dhr. Edwin Moerenhout
mevr. Huguette Mortier
dr. Alexandre Mottrie
dhr. Bruno Termonia
dhr. Willy Timmermans
dr. Marc Van Bellinghen
dhr. Steven Van Den Bogaert
dhr. Luc Van den Bremt
dr. Geert Vandembroucke
dhr. Bruno Van der Schueren
mevr. Elke Van Hemelryk
dr. Yves Van Molhem

dr. Katrien Van Rie
dr. Kristien Van Vaerenbergh
dr. Bruno Van Vlem
dhr. Bart Verduyn
dhr. Erik Verliefdde
dr. Guido Vermeersch
dr. Thierry Verplancke
dr. Marleen Vieren
dr. Eric Wyffels

Fotografie
Pieter Coomans
Peter De Schryver

Realisatie
Living Stone nv
www.livingstone.eu

Verantw. 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



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



Al onze vacatures vind je op www.olvz.be