

# update

NIEUWS  
OLV ZIEKENHUIS  
september 2022

Update verschijnt vier keer per jaar | Jg. 7 nr. 36 | juli, augustus, september, 2022



HEMODIALYSE IN DE AVONDUREN

**50 JAAR HEMODIALYSE IN OLV ZIEKENHUIS**

GYNAECOLOGIE EN PLASTISCHE CHIRURGIE

**INNOVATIEVE TECHNIEK BORSTAMPUTATIE  
EN -RECONSTRUCTIE**

SAFETY OFFICER

**“EEN PACEMAKER EN TOCH EEN MRI? HET KAN”**

**olv**  
Top in Zorg.

# A.S.Z. en OLV Ziekenhuis klaar voor **gezamenlijke toekomst**

Op 9 juli 2022 hebben het OLV Ziekenhuis, het A.S.Z. Ziekenhuis en de vzw Medische Staf Stedelijk Ziekenhuis een integratieprotocol ondertekend. Daarmee ligt de weg open om op 1 januari 2025 samen één sterk ziekenhuis te vormen. De fusieplannen lagen al een tijdje op tafel, maar nu zitten we in de laatste rechte lijn.

Het protocol legt de grote krijtlijnen vast: de juridische vorm, het bestuur, de afspraken met de artsen en de publieke deelgenoten, garanties voor de medewerkers...

De directie van beide ziekenhuis benadrukt dat alle artsen en medewerkers kunnen meestappen in dit nieuwe verhaal. Alle campussen blijven een rol spelen. Het A.S.Z. ziekenhuis heeft campussen in Aalst, Geraardsbergen en Wetteren en het OLV Ziekenhuis in Aalst, Asse en Ninove.

Het eengemaakte ziekenhuis wordt één van de grootste werkgevers in de regio. Het doel is dat iedere medewerker er zich thuis voelt

en in optimale omstandigheden het beste van zichzelf kan geven voor alle patiënten. We verwachten ook dat het nieuwe eengemaakte ziekenhuis zal groeien en aantrekkelijk zal zijn voor topartsen en zorgpersoneel uit de ruime regio.

Met deze fusie ontstaat één van de grootste ziekenhuizen in België met verregaande expertise en innovatiecapaciteit.



## Gespecialiseerde dienst voor revalidatie

De gespecialiseerde dienst voor revalidatie is recent verhuisd van campus Ninove naar het ziekenhuis in Aalst. Elke patiënt krijgt er een traject op maat.

## Gynaecologie en Plastische chirurgie

Voor jonge vrouwen met een kleine cupmaat is er sinds kort een innovatieve ingreep voor een reconstructie na een borstamputatie.



## Hemodialyse in de avonduren

Patiënten met nierfalen die hemodialyse krijgen, kunnen in het OLV Ziekenhuis ook 's avonds terecht.

## Mijn job bij het OLV

Inge Nobels werkte als verpleegkundige op de kinderafdeling. Toen de functie van hoofdverpleegkundige vacant werd, stelde ze zich kandidaat.



**OLV & A.S.Z.**  
bundelen de krachten!  
De nieuwe entiteit  
staat voor:

JAARLIJKS  
**950.000**  
ambulante  
contacten

**120.000**  
dagziekenhuis-  
opnames per  
jaar



**Op de foto (bladzijde 2)**

Op de foto van links naar rechts: dr. Michaël Rosseel (voorzitter Bestuursorgaan MSSZ), prof. Patrick De Baets (voorzitter Bestuursorgaan OLV), dhr. Christoph D'Haese (voorzitter Raad van Bestuur A.S.Z.), dhr. Jan Vander Stichele (bestuurder OLV), apr. klin. biol. Frederic Winnock (ondervoorzitter Bestuursorgaan MSSZ), mevr. Katlyn Colman (toenmalig algemeen directeur A.S.Z.)

Peter Verhulst (foto boven dit tekstje), algemeen directeur van het OLV, kon wegens een coronabesmetting helaas niet aanwezig zijn op dit memorabele moment.

**90.000**  
aanmeldingen  
spoedgevallen  
per jaar

**2.500**  
bevallingen  
per jaar

MEER DAN  
**500**  
arts-specialisten  
(stafleden)

**58.000**  
verbljvende  
opnames per  
jaar

**1.200**  
gefinancierde  
bedden

MEER DAN  
**5.000**  
medewerkers



11

**Safety Officer**

Kunnen patiënten met een pacemaker een MRI krijgen? De Safety Officers van het OLV Ziekenhuis schatten de risico's in.

**Lynn Burms na preventieve borstamputatie**

"Het was een moeilijke beslissing, maar ik heb er nog geen seconde spijt van gehad," zegt Lynn Burms.



12

**Redactieraad**

Greet De Winne, Karla Lefever, dr. Peter Meeus, Nele Palsterman, Laura Temmerman, dr. Guy Van Camp, Chris Van Raemdonck

vzw 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](http://www.olvz.be)

**Fotografie**

Hendrik De Schrijver

**Campus Asse**

Bloklaan 5, 1730 Asse  
T +32 (0)2 300 61 11  
F +32 (0)2 300 63 00

**Teksten**

Zorgcommunicatie.be

**Vormgeving**

dotplus

**Campus Ninove**

Biezenstraat 2, 9400 Ninove  
T +32 (0)54 31 21 11  
F +32 (0)54 31 21 21

**Verantwoordelijke uitgever**

dhr. Peter Verhulst



[www.facebook.com/OLV Ziekenhuis Aalst Asse Ninove](https://www.facebook.com/OLVZiekenhuisAalstAsseNinove)

## “Elke patiënt krijgt een traject op maat”

De gespecialiseerde dienst voor revalidatie van het OLV Ziekenhuis is recent verhuisd van campus Ninove naar het ziekenhuis in Aalst. Patiënten orthopedie en neurologie kunnen er na een ingreep of behandeling terecht voor (langdurige) gespecialiseerde revalidatie.

“Patiënten op de gespecialiseerde dienst voor revalidatie hebben na een ingreep of een behandeling nood aan intensieve revalidatie, gekoppeld aan goede zorg en opvolging,” zegt hoofdverpleegkundige Yara Roelands. “Orthopedisch gaat het bijvoorbeeld over

patiënten die na een val een nieuwe heup kregen of een zware knieoperatie ondergingen. Neurologisch zien we vooral patiënten na een CVA (beroerte of hersenbloeding). Beide groepen hebben overigens aparte revalidatieruimtes. Beroertepatiënten verkiezen namelijk een ruimte met minder prikkels en hebben ook vaker nood aan individuele therapie en begeleiding.”

### Eigen doelstellingen

De verhuis van campus Ninove naar het ziekenhuis in Aalst kwam er niet zomaar. Yara Roelands: “Dikwijls werden patiënten

geopereerd in Aalst en daarna moesten ze overgebracht worden naar Ninove voor de revalidatie. Dat was omslachtig en niet zo prettig voor de patiënten. Bovendien zijn we in Aalst nog beter omringd door de diverse specialisaties waarmee we nauw samenwerken. Het aantal patiënten met een neurologische problematiek neemt toe en ook voor hen biedt het ziekenhuis in Aalst een betere omkadering. Bovendien hebben we hier de nodige ruimte. Voor de medewerkers was het even wennen aan de nieuwe werkplek. Een verhuis is nooit evident. Maar stilaan valt alles in zijn plooi.”

## “Eerst kon ik zelfs niet meer praten”

“Op 3 juli had ik een kleine hersenbloeding. Het gebeurde op een zondagmorgen. Ik ging naar de badkamer en ik viel. Urenlang slaagde ik er niet in om hulp te roepen, maar uiteindelijk kon ik toch mijn dochter opbellen.

Ik was verlamd over de hele rechterkant van mijn lichaam. In het ziekenhuis verbleef ik twee weken op de afdeling neurologie. Daar al werd de revalidatie opgestart. Na die twee weken verhuisde ik naar de gespecialiseerde revalidatieafdeling, waar ik nog altijd verblijf.

Ik kan ondertussen weer stappen en ik voel me veel beter, maar aan mijn hand is er nog wat werk. Ik kom van ver. De eerste tijd kon ik zelfs niet meer praten. Gelukkig kreeg ik hier logopedie. Met heel veel oefenen kwam mijn spraak terug. Dat motiveert me om door te zetten.

’s Morgens krijg ik individuele begeleiding: kinesitherapie, ergotherapie en logopedie. In de namiddag zijn er vooral groepsessies.

Mij komt het goed uit dat de revalidatieafdeling naar het ziekenhuis in Aalst is verhuisd. Het is dicht bij huis, wat gemakkelijker is voor bezoekers. De inrichting is ook fijn.

Straks ga ik voor het eerst een weekendje naar huis. Ik kijk er hard naar uit om weer eens in een andere omgeving te verblijven. Ik word 69 jaar, maar ik woon nog zelfstandig en dat zal ik blijven doen. Ik heb er een goed oog in.”

*Jozef De Meersman*



De verblijfsduur op de gespecialiseerde dienst voor revalidatie varieert van één of twee weken voor orthopediepatiënten tot enkele maanden voor patiënten na een beroerte. "Elk traject is een traject op maat," duidt Yara. "Elke patiënt heeft eigen, specifieke doelstellingen. Wie thuis veel trappen heeft, laten we bijvoorbeeld veel op trappen oefenen. Het is de bedoeling dat patiënten na de revalidatie zo goed mogelijk opnieuw hun leven kunnen opnemen."

#### **Gezonde groepsdynamiek**

Voor de revalidatie werken verschillende diensten en specialisaties nauw samen. "Naast orthopedie en neurologie hebben we regelmatige contacten met de diensten geriatrie en fysische geneeskunde. In het revalidatiecentrum zelf werken logopedisten, psychologen, ergotherapeuten en kinesitherapeuten. Een logopedist screent alle neurologische patiënten op taaluitval (afasie) en volgt hen nauwgezet op. De psycholoog is vaak nodig om de patiënt en/of de familie bij te staan na een beroerte. Een CVA heeft namelijk vaak ook een impact op het karakter van een persoon. De ergotherapeuten helpen patiënten dan weer in de activiteiten van het dagelijkse leven: de ochtendzorg, de maaltijden... De begeleiding is op maat, maar er zijn ook groepsessies. Ook kinesitherapie maakt een belangrijk deel uit van de revalidatie, zowel met individuele als met groepsessies."

De revalidatieafdeling biedt plaats aan 28 patiënten. "Er is een wachtlijst," zegt Yara. "Dat betekent niet dat patiënten in de kou blijven staan. De revalidatie start sowieso al op de afdelingen orthopedie en neurologie. Ook daar krijgen patiënten de nodige therapie op maat."

"Een voordeel van de revalidatieafdeling is dat patiënten zich aan elkaar optrekken. Er is een gezonde groepsdynamiek. De mensen motiveren elkaar en dat geeft vertrouwen."

*Yara Roelands: "Elke patiënt heeft eigen, specifieke doelstellingen. Wie thuis veel trappen heeft, laten we bijvoorbeeld veel op trappen oefenen."*





Gynaecoloog dr. Koen Traen en plastisch chirurg dr. Dries Opsomer

Jonge vrouwen hebben na een borstamputatie vaak te weinig eigen lichaamsweefsel voor een borstreconstructie. Synthetische implantaten bieden dan een oplossing. Voor jonge vrouwen met een kleine cupmaat is er sinds kort een innovatieve ingreep, die vele voordelen biedt. Gynaecoloog dr. Koen Traen en plastisch chirurg dr. Dries Opsomer geven tekst en uitleg.

Een borstamputatie kan nodig zijn bij borstkanker, maar vindt soms ook preventief plaats. Sommige mensen – vooral vrouwen maar ook mannen – hebben namelijk genetisch een sterk verhoogd risico op borstkanker. Zo hebben vrouwen met een mutatie in het BRCA1- of het BRCA2-gen een risico van 40 tot 80 procent om borstkanker te krijgen. Sommige jonge vrouwen die erfelijk belast zijn, kiezen ervoor om hun borsten preventief te amputeren.

“Dat is altijd een bijzonder moeilijke beslissing,” zegt gynaecoloog dr. Koen Traen. “Is er sprake van een familiale belasting, dan proberen we de fout in het erfelijk systeem op te sporen om het risico op borstkanker in te schatten. Is er effectief 40 tot 80% kans dat iemand vroeg of laat borstkanker krijgt, dan is een preventieve ingreep een optie.”

#### **Eigen weefsel?**

Na een borstamputatie kan een borstreconstructie worden aangeboden. Doorgaans gebeurt die met eigen lichaamsweefsel. Maar dat is niet altijd mogelijk.

“De meest aangewezen manier voor een borstreconstructie blijft het gebruik van eigen lichaamsweefsel,” benadrukt dr. Dries Opsomer. “We gebruiken hiervoor huid en

# Innovatieve techniek borstamputatie en -reconstructie

overtollig vet uit andere delen van het lichaam van de patiënte. Het probleem is dat jonge vrouwen dikwijls onvoldoende eigen weefsel hebben hiervoor. Ze zijn slank, ze hebben nog geen zwangerschap gehad en ze hebben relatief weinig overtollig vet.”

## Geen zichtbaar litteken

Voor een aantal van deze vrouwen is er nu een veelbelovend alternatief. Gynaecoloog dr. Koen Traen: “Het gaat om een recente ontwikkeling. Twee gerenommeerde centra voor behandeling van borstkanker uit Parijs en Milaan hebben een techniek ontwikkeld, die nu ook in het OLV Ziekenhuis – als voorlopig enige centrum in België – in studieverband wordt aangeboden aan onze patiënten.

De amputatie van de borsten gebeurt bij deze nieuwe techniek door middel van robotchirurgie. We maken geen insnede op de borst zelf, maar tussen de borst en de rug, waar de bh-band van de vrouw het litteken verbergt. Ter hoogte van de borst zelf is er dus helemaal geen litteken. Door geen insnede te maken in de huid van de borst zelf, kwetsen we ook minder de bevoeiing van de huid, waardoor we hopen minder risico te lopen op problemen met de huid na de operatie. Nog een belangrijk voordeel: de huid en de tepel van de vrouw kan bij deze amputatie volledig gespaard worden.”

Deze operatie is echter slechts een optie voor een beperkte groep van vrouwen. “Een voorwaarde is dat de vrouw een beperkt borstvolume heeft. Indien we de techniek gebruiken voor de behandeling van borstkanker, dan moet de tumor voldoende ver van de tepel liggen, zo niet kan de tepel niet worden gespaard. Voorlopig hebben we enkel preventieve ingrepen uitgevoerd,” zegt dr. Traen.

## Immens verschil

Het wegnemen van de borsten met robotchirurgie en de reconstructie vinden in één operatie plaats, die vier tot vijf uur duurt (in geval van operatie aan beide zijden).

“Een borstreconstructie met prothesen is in principe levenslang goed. Net als bij een borstvergroting kunnen verwickelingen optreden met de inkapseling rondom het silicone implantaat, maar gelukkig zijn er verschillende technieken om dat op te lossen. Het is in principe zelfs mogelijk om na enkele jaren alsnog te kiezen voor een reconstructie met eigen weefsel, indien er op dat moment wel genoeg huid en vet aanwezig is bij de patiënte.”

“Niemand kiest zomaar voor een borstamputatie,” zegt dr. Opsomer. “Het is een ingrijpende operatie, lichamelijk maar ook emotioneel. Om de tevredenheid te maximaliseren krijgen onze patiëntes inspraak in het postoperatieve volume van de nieuwe borsten. Meestal zijn ze na onze operatie zelfs wat groter dan voordien.”

“Sowieso blijft deze ingreep beperkt tot een kleine groep vrouwen,” benadrukt dr. Traen. “Maar voor deze vrouwen maakt de nieuwe techniek wel een immens verschil.”

*Lees ook de getuigenis van patiënte Lynn Burms op pagina 12 van dit magazine.*



## In memoriam

DR. ERIK ANDRIES (1945-2022)

Elke medewerker van het OLV Ziekenhuis drukt op een of andere manier een stempel op onze identiteit. Maar sommigen laten een diepere afdruk dan anderen.

Wie dokter Andries heeft gekend, zal beamen dat hij één van die personen was die écht zijn stempel op het OLV Ziekenhuis heeft nagelaten. Samen met dokter Paul Nellens stond hij aan de wieg van de dienst Cardiologie, die is uitgegroeid tot het Hartcentrum OLV Aalst en internationaal erkend is als toonaangevend.

Voor zijn collega's en medewerkers was hij de gedreven man die de medische dienst steeds naar een hoger niveau wou drijven. Tegelijk bleef hij aandacht hebben voor het menselijke aspect. Door de huisartsen en professionals van de eerste lijn zal hij vooral herinnerd worden als de man die onvermoeibaar ijverde voor opleiding en bewustwording van cardiale aandoeningen. Voor zijn patiënten was hij de betrokken arts met een warme persoonlijkheid.

Onze gedachten zijn bij zijn echtgenote en familie.

Namens dokter Eric Wyffels, diensthoofd Hartcentrum OLV Aalst, de stafleden van het Hartcentrum OLV Aalst en de directie van het OLV Ziekenhuis

## “We houden rekening met voorkeuren patiënt”

Wie hemodialyse nodig heeft, moet doorgaans drie keer per week vier uur naar het ziekenhuis. Rekening houdend met patiënten die nog werken of een drukke sociale agenda hebben, biedt het OLV Ziekenhuis ook avonddialyse aan. Dr. Van Vlem zet de mogelijkheden op een rij.

“Nieren zijn levensnoodzakelijke organen,” zegt nefroloog dr. Bruno Van Vlem. “Geen mens kan zonder. Als de nierfunctie ondanks alle vertragende maatregelen zoveel achteruitgaat dat het echt onvoldoende wordt, spreken we van nierfalen. Dan heeft de patiënt maar enkele opties.”

“De ideale oplossing is een niertransplantatie. Het is echter niet evident om een geschikte donor te vinden en via de Eurotransplant-wachlijst is het vaak twee jaar of langer wachten. De patiënt moet bovendien fysiek voldoende gezond zijn. Is er bijvoorbeeld een hoge mate van slagaderverkalking, dan is een transplantatie geen optie.”

“In dat geval – of in afwachting van een transplantatie – is hemodialyse nodig. Hemodia-

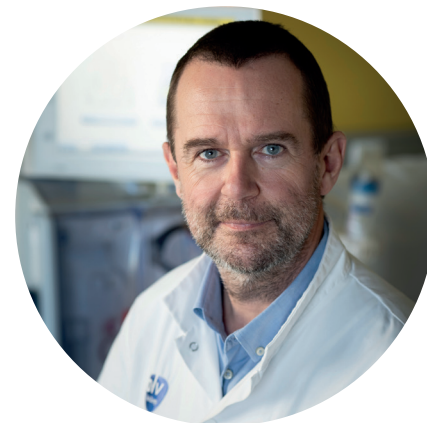
lyse doet wat gezonde nieren doen: het bloed zuiveren. Meestal vindt hemodialyse in het ziekenhuis plaats. Drie keer per week komt de patiënt langs voor een sessie van ongeveer vier uur. In bepaalde gevallen kan hemodialyse ook thuis gebeuren.”

“Naast de hemodialyse is er nog de peritoneale dialyse of buikspoeling. Die gebeurt altijd thuis en meestal 's nachts, terwijl de patiënt slaapt.”

### Comfort

“Omdat hemodialyse zwaar kan wegen op het sociale leven van een patiënt, biedt het OLV Ziekenhuis ook de mogelijkheid van avonddialyse. In plaats van 's ochtends of 's namiddags vier uur aan de dialysemachine te liggen, komt de patiënt rond zes uur 's avonds. Avonddialyse is de perfecte oplossing voor mensen die overdag werken, er een druk sociaal leven op nahouden of hun vrijetijdsbesteding willen behouden.”

“Sowieso is de impact van hemodialyse op het leven van de patiënt groot,” zegt dr. Van Vlem. “Wij zorgen dan ook voor een optimale behan-



deling en totale begeleiding, met verpleegkundigen, zorgkundigen en een paramedisch team (psychologe, sociale dienst, ergotherapeute) onder medisch toezicht van artsen.”

“Het OLV Ziekenhuis is perfect uitgerust voor alle patiënten die een niervervangende behandeling nodig hebben. Ook op de afdeling hartbewaking en intensieve zorgen voorzien we hemodialyse. Het is dan ook van levensbelang.”



## “Zonder avonddialyse moet ik mijn werk opgeven”

“Ik krijg hemodialyse sinds september 2019. Drie keer per week kom ik voor vier uur naar het OLV Ziekenhuis. Ik werk nog voltijds als vrachtwagenchauffeur in de wegenwerken. Ik heb mijn job nodig om me nuttig te voelen. Soms weegt het wel zwaar. Ik sta dikwijls al om half vijf of half zes op om me door het verkeer te haasten. Tegen zes uur 's avonds probeer ik dan aan de avonddialyse te beginnen.

Dat ik 's avonds hemodialyse kan krijgen, is

enorm belangrijk voor mij. Het is heel simpel: ik zou mijn werk moeten opgeven anders. Het is dus echt cruciaal. Hoe zwaar het ook is, ik wil zo lang mogelijk blijven werken.

Als de avonddialyse begint, krijgen we soep met een belegde boterham. We hebben ook televisie en ik sla geregeld een praatje met de andere patiënten. Ik probeer me zo goed mogelijk te verzorgen.”

Jurgen Van Valkenborgh (45)



## “Hemodialyse verandert je leven”

“Ik ben in goede conditie, maar sinds anderhalf jaar heb ik hemodialyse nodig. Ik kies voor avonddialyse, omdat ik dan de hele dag vrij heb. Dat is belangrijk voor mij.

’s Avonds om vijf uur begint de dialyse en rond tien uur kan ik naar huis. Dan lees ik nog wat, drink een glaasje wijn en ga rustig slapen.

Overdag ben ik nog actief. Ik trek de stad in, ik maak wandelingen, ik doe zoveel mogelijk zoals vroeger. De hemodialyse beschouw ik als mijn parttime job. Zo troost ik mezelf.

Op de avonddialyse probeer ik er de sfeer mee in te houden. Af en toe haal ik eens een grapje uit. Ach, waarom niet hé? De

dialyse is pijnloos, maar het duurt lang. Soms praten we wat onder elkaar, maar ik kijk ook graag naar een documentaire. Lezen of schrijven lukt me minder goed aan de machine en in de drukte van de afdeling.

Alle respect trouwens voor de verpleegkundigen en de andere medewerkers! Zij monitoren ons en de machines voortdurend. En als iemand eens een moeilijke dag heeft, dan krijgt die extra aandacht.

Weet je, hemodialyse verandert je leven. Het is heftig. Maar als je het positief bekijkt, dan valt het allemaal best mee.”

*Nelly De Hert (71)*



## 50 jaar hemodialyse in OLV Ziekenhuis



Wist je dat nierpatiënten al vijftig jaar in het OLV Ziekenhuis terecht kunnen voor hemodialyse? In 1972 richtte nefroloog dr. Willy Lornoy de afdeling op.

Dr. Lornoy herinnert zich die pioniersperiode nog levendig. “In die tijd was er in de regio Aalst een groot probleem van nierfalen. Patiënten moesten vaak naar het UZ Gent of zelfs naar Brugge voor hemodialyse. Tot we in 1972 in het OLV Ziekenhuis een eigen dialyseafdeling konden opstarten.”

“We hadden meteen een sterk team van artsen en verpleegkundigen die uitstekende dialyse koppelden aan menselijke warmte, wat zorgde voor een optimale sfeer in de dialysezaal. Heel snel moesten we uitbreiden.”

Door de jaren heen bleef het OLV Ziekenhuis zich ontwikkelen. Er werden symposia en lezingen georganiseerd en ook op sociaal vlak volgden de initiatieven elkaar op. Zo kwam er een jaarlijks ontmoetingsfeest voor patiënten, hun familie en de nefrologen. Op initiatief van dr. Becaus vond de vakantiedialyse ingang, waarbij een groep patiënten gezamenlijk een reis maakte met de nodige dialysevoorzieningen ter plaatse.

In 2002 nam dr. Lornoy afscheid van het OLV Ziekenhuis. “Wij zochten altijd het beste voor onze nierpatiënten en dat is ook vandaag nog zo. Ik ben dus een tevreden man,” zegt hij.

# “Samen dingen realiseren, geeft me veel energie en voldoening”



**Inge Nobels werkte als verpleegkundige op de kinderafdeling. Toen de functie van hoofdverpleegkundige vacant werd, stelde ze zich kandidaat.**

“Als jonge, pas afgestudeerde verpleegkundige wou ik zoveel mogelijk opties openhouden voor de toekomst. Daarom heb ik na een specialisatie pediatrie nog een aanvullende masteropleiding gevolgd.

Ik had al veel goede dingen gehoord over het OLV Ziekenhuis, maar voor ik hier kwam werken, heb ik een meeloopdag gevraagd. Zo'n meeloopdag geeft potentiële medewerkers de kans om al eens kennis te maken met de afdeling, de gang van zaken en de leidinggevende. Die meeloopdag viel zo goed mee, dat mijn laatste twijfels wegsmolten.

Waar het OLV Ziekenhuis dan het verschil maakt? Goede zorgverlening staat natuurlijk voorop, maar er is ook een uitstekende sfeer. Ik voelde me hier vanaf dag één welkom. De collega's zijn open, professioneel en patiëntgericht. Als medewerker kan je hier altijd bij

iemand terecht met je vragen. Je mag ook kritisch zijn en zelf voorstellen doen voor nog betere zorg. Dat apprecieer ik enorm.

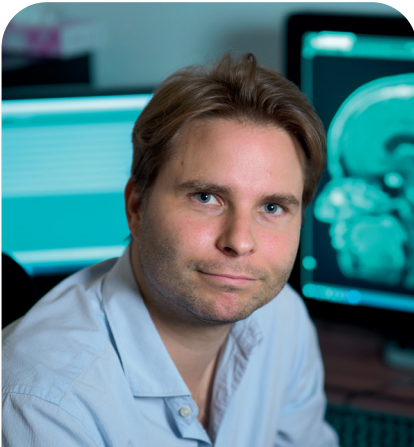
Sinds kort ben ik hoofdverpleegkundige. Leiding geven was niet meteen mijn grootste ambitie, maar toen de functie vrij kwam, heb ik een fijn gesprek gehad met de vorige hoofdverpleegkundige. Ik heb me kandidaat gesteld en de selectieprocedure doorlopen. Mijn collega's heb ik pas op het einde van de procedure op de hoogte gebracht. Toen ik het uiteindelijk vertelde, reageerden ze positief.

Ik ben niet het type dat alle beslissingen alleen neemt. Ik betrek zoveel mogelijk de collega's. Samen staan we zoveel sterker. Samen dingen realiseren, geeft me veel energie en voldoening.

Begin juli is de pediatrie naar een nieuwe locatie verhuisd, met een hele mooie aankleding, een kindvriendelijke uitstraling en een prachtige muurschildering. Ze geeft de afdeling, in lijn met de employer branding campagne #jobvolkleur, ook letterlijk kleur.

Als hoofdverpleegkundige leer ik veel over de complexe dynamiek van het ziekenhuis. Gelukkig kan ik altijd terecht bij mijn collega-hoofdverpleegkundigen. We helpen elkaar en we wisselen ervaringen uit. Ik sta er nooit alleen voor. Dat is een fijn gevoel. Ik ben blij met alle mooie kansen die het ziekenhuis me biedt.”

*Als leidinggevende word je in het OLV Ziekenhuis niet aan je lot overgelaten. Er is voor leidinggevenden een brede waaier aan mogelijkheden om zich te ontwikkelen. Zo is er 'Blits', een leiderschapstraject met verschillende thematische modules voor startende leidinggevenden en 'Talentmanagement', waarbij potentiële leidinggevenden kunnen verkennen of leidinggeven hen aanspreekt. Via Good-Habit zijn verschillende online e-learnings beschikbaar die o.a. soft skills zoals feedback geven en prestaties beoordelen, versterken. Is leidinggeven ook iets voor jou? Ontdek dan onze vacatures op [www.jobvolkleur.be](http://www.jobvolkleur.be)*



dr. Maxim Behaeghe  
Medische beeldvorming



dr. Kathleen De Leeuw  
Urgentiegeneeskunde



dr. Koen De Schouwer  
Hartcentrum OLV Aalst

SAFETY OFFICER

# “Een pacemaker en toch een MRI? Het kan”

**MRI is een veel gebruikte techniek voor medische beeldvorming. MRI werkt met een sterk magneetveld en radiogolven. Belangrijk: je mag niet in de MR-scan met metalen. Daarom vraagt de arts of de verpleegkundige om geen munten of sleutels of kledij met een ritssluiting te dragen. Maar wat met patiënten met een elektronisch implantaat? Soms is het onduidelijk of iemand dan een MRI-scan mag krijgen. Mee dankzij de gespecialiseerde opleiding kunnen de Safety Officers van het OLV Ziekenhuis de risico's inschatten en op een veilige manier een MRI-onderzoek laten doorgaan.**

Gorik Buys is adjunct-hoofdverpleegkundige op de dienst medische beeldvorming, Gilles De Moor is technoloog. Beiden volgden een intensieve en gecertificeerde opleiding tot Safety Officer in Londen.

“Bij het maken van een MRI komt elektromagnetische straling vrij,” zegt Gorik Buys. “Dat is niet zonder gevaar. Vooral voor mensen een elektronisch implantaat: een pacemaker, een

neurostimulator, een blaasstimulator enzovoort. Er zijn meer en meer patiënten met een implantaat en ze komen in veel Belgische ziekenhuizen niet in aanmerking voor een MRI.”

“Het jammere is dat we op die manier veel mensen uitsluiten, terwijl een MRI-onderzoek echt wel het verschil kan maken voor een correcte diagnose en behandeling. Bovendien is die uitsluiting niet altijd nodig. Sommige patiënten met een elektronisch implantaat kunnen toch een MRI krijgen, mits enkele aanpassingen aan de frequentie, de setting of parameters. De MR safety Officer neemt samen met de radioloog en eventueel de fysicus een beslissing op basis van een risk-benefitafweging. De opleiding heeft ons geleerd hoe we de risico's en gevaren moeten interpreteren, onder meer via een beslissingsboom.”

“We wisselen ook expertise en ervaringen uit met collega's op een Amerikaans platform,” vult Gilles De Moor aan. “Het is een complex geheel met veel nuances en een uitgebreide beslissingsboom. Soms vergt het enige tijd om alles te overzien.”



“Het is natuurlijk veel eenvoudiger om ‘neen’ te zeggen tegen patiënten met een elektronisch implantaat. Maar als we na een grondige risico-inschatting toch groen licht kunnen geven voor een MRI-onderzoek, dan is de patiënt beter geholpen. Uiteindelijk blijft het de radioloog die beslist. De samenwerking met de artsen is uitstekend. Dankzij de heldere richtlijnen kunnen we in het OLV Ziekenhuis in Aalst veel meer patiënten een MRI-onderzoek geven.”

“Het OLV Ziekenhuis wil zijn expertise op dit gebied delen,” zegt Gorik. “Daarom organiseren we in 2023 een ‘MR Safety’-congres.”



## “Een moeilijke beslissing, maar nog geen seconde spijt gehad”

“Ik heb het BRCA2-gen geërfd van mijn mama. In mensentaal: ik liep een verhoogd risico op borstkanker. Om de zes maanden liet ik mijn borsten onderzoeken. En dan was het telkens bang wachten op het resultaat. Zo ging het al tien jaar. Tot dr. Traen me twee jaar geleden sprak over de mogelijkheid van een preventieve borstamputatie met een innovatieve techniek voor reconstructie.

Ik moest dat even laten bezinken. Ik sprak erover met mijn partner Brent. Hij wist hoe ik om de zes maanden schrik had voor de MR en de echografie. Mijn mama heeft borstkanker gehad. Twee tantes zijn eraan gestorven. Een

operatie zou me een gerust gevoel geven.

Het was een moeilijke beslissing. Maar Brent stond er volledig achter. In juli 2021 werden mijn beide borsten weggenomen met een tepelsparende amputatie. Tijdens dezelfde operatie kreeg ik meteen twee prothesen.

Na de operatie durfde ik bijna niet in de spiegel te kijken. Ik heb het twee dagen uitgesteld. Maar toen ik mijn angst overwonnen had, was ik helemaal gerustgesteld. Door de nieuwe techniek met robotchirurgie is er zo goed als niets van te zien. Er is een insnede gemaakt aan de zijkant van mijn lichaam,

waar mijn bh of mijn bikini zit. En zelfs dat litteken is nu bijna helemaal weg.

Dr. Traen en dr. Opsomer vormen een top-team. Ik heb nog geen seconde spijt gehad van mijn beslissing. Er hangt niet langer een zwaard van Damocles boven mijn hoofd. Ik durf nu ook open te praten over mijn beslissing en de operatie. Er zijn nog mensen met het BRCA2-gen. Misschien kan mijn verhaal iets voor hen betekenen.”

*Lees ook het gesprek met dr. Traen en dr. Opsomer op pagina 6-7.*