

25 maart 2012

## Marathon/ aflossingsmarathon in Lier

Het ziekenhuis loopt voor onze oncologiepatiënten.

Allerhande sponsors steunen ons.

Heb je zin om mee te lopen?

Neem een kijkje op  
[www.hhzhlier.be](http://www.hhzhlier.be) ■



Ugadougou, waar we orthopedie voor volwassenen aanboden.

### "Lokale mensen leren intuberen en ventileren"

Mijn laatste missie was er een in Orodara, waar we vesicovaginale fistels (een niet-natuurlijke verbinding tussen de urineblaas en de vagina, die vaak voorkomt na een langdurige bevalling) behandelden. Eén van de dada's van Artsen Zonder Vakantie."

#### Opvolging

De omstandigheden waarin Artsen Zonder Vakantie werken, zijn niet te vergelijken met die in een westers ziekenhuis. "Ik werkte in een ziekenhuis in opbouw. Dat betekende dat nog niet alles in gereedheid was. Maar ik werkte wel in afgewerkte kamers, met degelijke operatietafels. Medisch materiaal was dan weer eerder zeldzaam. Het beperkte orthopedisch materiaal was allemaal door ons meegebracht. Ik ben weliswaar geschrokken van de omstandigheden waarin we moesten werken, maar het was nog net doenbaar. Ik heb ook de indruk dat we steeds met steriel materiaal werkten."

Dr. Lyssens keerde in elk geval met het gevoel terug dat hij iets zinnigs gedaan had in Congo. Het enige waar hij spijt van heeft, is dat het niet mogelijk is om de medische opvolging te doen. "We hebben de mensen chirurgisch geholpen. Na de ingreep moeten zij nog zes maanden een plaaster dragen, maar het is uiteraard moeilijk om dat van hieruit op te volgen. Gelukkig zijn er twee Franse medewerkers van Caritas die de postoperatieve opvolging doen. Zij laten regelmatig iets van zich horen. Positief en negatief, want het gebeurt uiteraard dat een geopereerde patiënt overlijdt. Wanneer we volgend jaar teruggaan, is het wel de bedoeling om de geopereerde mensen nog eens opnieuw te zien." ■



een hart  
voor zorg

Nr. 37 - Januari 2012 - Lierse Ziekenhuisbrief



## Sprankelend Nieuwjaar

#### 2011

De geschiedenisboeken zullen het beschrijven als het jaar waarin de oude grote wereldeconomieën stevig zijn gaan wankelen. Het verdere verloop kennen we nog niet. Een eerste stap op weg naar nieuwe evenwichten? Het jaar van de Arabische lente, en de dood van Khadafi. Ook het jaar waarin Steve Jobs overleed. Het jaar van de grote overstroming in Thailand. Het jaar van de droogste novembermaand bij ons. Het jaar waarin België de langste regeringsvorming in de wereldgeschiedenis afrondde. Ook een klein land mag ergens de grootste in zijn.

#### 2011 in het H.-Hartziekenhuis

Een jaar dat zich niet zo erg onderscheidt van de voorgaande. Een dynamisch jaar. Een jaar vol "nieuw".

De administratieve diensten nemen hun intrek in een vernieuwde infrastructuur. Operatiezalen 1 en 4 worden vernieuwd.

Een hele nieuwe dienst fysiotherapie "RevaLier". De eerste afdeling van blok B in het nieuw. Nieuwe kamers voor artsen van wacht. Een frisse nieuwe dialyseafdeling in blok C. Een nieuwe website. Een nieuw gezicht voor de nieuwsbrief, die in nieuwheid niet kon achterblijven...en ga zo maar verder.

Maar ook achter de schermen nieuw: een nieuwe centrale verwarmingsinstallatie voor blok B, C en D. Niet zomaar nieuw maar milieunieuw: hoogrendementsketels en warmtekraftkoppeling. Onze kleine bijdrage om Thailand en Pakistan, maar ook onze novembermaand op het juiste waterpeil te houden. Ook waw!-nieuw in uitvoering: stookplaatsdak eraf, met reuzenkraan ketels erin, en dak er weer op. Duizend leidingen die er toch in slagen warmte op de juiste plaats te brengen.

Ook een jaar vol zorg.

Meer dan 1.000 artsen en medewerkers die zich onverstoort elke dag weer ingezet hebben om met een "hart voor zorg" te zorgen. Soms met een waterlek hier, geklop en gehamer daar, maar toch met een hart, een ziel en een glimlach.

Tallose projecten om zorgzame zorg ook veilig te houden: handhygiëne, veilige heelkunde, brandveiligheid, veiligheid voor medewerkers, veilige medicatie, veilige identificatie en noem maar op.

Zorg om patiënten en zorg om medewerkers. Zorg voor mekaar.

Het past dan ook om bij deze gelegenheid een woord van appreciatie en dank uit te spreken voor allen, in het ziekenhuis en daarbuiten, die mee gezorgd hebben en mee vernieuwd hebben, en wanneer nodig geduld en begrip hebben getoond. Want zelfs met de beste planning loopt het wel eens anders dan verwacht.

#### 2012

De hoop dat de Europese economische storm bedaart.

De wetenschap dat we hoe dan ook meer gaan moeten doen met minder, zowel professioneel als in de privésfeer. Het geloof dat we samen het tij kunnen keren, en alsnog welvaart voor allen kunnen beveiligen voor de toekomst.

#### Aan allen een intens gelukkig 2012.

Dr. Anne-Mie Van den Bossche  
algemeen directeur

## WOORDENLIJST

De **klompvoet** (wetenschappelijke term: Talipes equinovarus) is een aangeboren afwijking, die bij 1 op de 800 pasgeborenen voorkomt. De voetafwijking bestaat meestal uit meerdere onderdelen: De voet staat naar beneden en naar binnen gekanteld, de voorvoet wijst naar binnen, waardoor een komvorm ontstaat en de achillespees is te kort.

Een **fistel** (van het Latijnse: fistula) is een niet-natuurlijke verbinding tussen een lichaamsholte en de huid. Het kan ook een opening zijn tussen een klier en de huid, of tussen twee holtes in het lichaam. Een fistel ontstaat meestal na een ontsteking in de lichaamsholte of in de klier. Als de ontsteking zich heeft uitgebreid tot de huid kan deze spontaan openbreken, of worden doorgebroken. Als de ontsteking zelf is genezen, kan er toch een fistel overblijven, waar af en toe weer vuil of vocht uit naar buiten kan komen. Meestal groeit de fistel echter vanzelf weer dicht als de ontsteking is genezen.

Een **vesicovaginale fistel** is een fistel tussen de urineblaas en de vagina. Deze kan ontstaan ten gevolge van operaties of bestraling. Ook een langdurige bevalling kan deze fistel doen ontstaan. Wanneer de urineblaas en de vagina van de patiënt langdurig gekneld zijn tussen het benige deel van het kind (hoofd) en het eigen schaambeen, ontstaat hierdoor lokaal weefselschade met als gevolg een open verbinding (= fistel) door afsterven van het weefsel.

## colofon

Deze nieuwsbrief wil informatie verstrekken en communicatie bevorderen binnen en buiten het H.-Hartziekenhuis.

#### Redactiecomité

Patrick Bellinck  
Filip Ceulemans  
Annik De Langh  
Tom Feyt  
Anne-Mie Van den Bossche  
Dirk Van der Auwermeulen

#### Fotografie

Marcel Schoeters

#### Redactieadres

H.-Hartziekenhuis vzw  
Mechelsestraat 24  
2500 LIER  
Tel. 03-491 20 60  
Fax 03-491 20 19  
[www.hhzhlier.be](http://www.hhzhlier.be)

#### Verantwoordelijke uitgever

Anne-Mie Van den Bossche  
Mechelsestraat 24  
2500 LIER

Alle rechten voorbehouden.  
De informatie is afkomstig van bronnen welke wij als betrouwbaar beschouwen.  
De inhoud van een artikel blijft echter de verantwoordelijkheid van de betrokken auteur.

Raadpleeg voor individuele vragen of problemen uw arts.  
Er kan derhalve geen aansprakelijkheid worden opgeëist.

# VitaLier: borstkliniek en RevaLier slaan handen in elkaar



Team Vitalier (van l naar r): Elke Robijn, dr. Annelies Troch, dr. Catherine Gorris, dr. Sabine Dobbelaere, dr. Cathy Caeymaex

**De borstkliniek en de dienst fysische geneeskunde en revalidatie (RevaLier) van het H.-Hartziekenhuis slaan de handen in elkaar om patiënten die borstkanker hebben nog beter te begeleiden door middel van oncologische revalidatie (VitaLier).**

Jaarlijks worden er in Vlaanderen ongeveer 5.500 nieuwe gevallen van borstkanker geregistreerd. Dat maakt het tot de meest voorkomende vorm van kanker bij vrouwen. Hoewel ook mannen borstkanker kunnen krijgen, zijn het toch vooral vrouwen die er mee te kampen krijgen. Het risico ligt bij vrouwen honderdmaal hoger dan bij mannen. Eén vrouw op tien wordt voor de leeftijd van 75

jaar met borstkanker geconfronteerd. Hoewel borstkanker een kanker is met relatief goede vooruitzichten voor de patiënt, overlijdt toch nog steeds naar schatting één op vier patiënten die de ziekte krijgt.

In de vorige editie van de Lierse Ziekenhuisbrief stelden we u de vernieuwde dienst fysische geneeskunde en revalidatie voor. Dr. Catherine Gorris gaf toen al aan dat ze in samenwerking met de borstkliniek van het ziekenhuis werk wilde maken van oncologische revalidatie. Samen met dr. Sabine Dobbelaere en haar team werkte ze dit verder uit, wat recent resulteerde in een programma oncologische revalidatie voor patiënten die recupereren van borstkanker: VitaLier.

**Waarom is oncologische revalidatie zo belangrijk voor patiënten met borstkanker?**

Dr. Dobbelaere: "Borstkankerpatiënten hebben vaak een lange behandeling voor de boeg. Ze worden geopereerd en bestraald. Ze krijgen vaak chemotherapie en hormonale therapie. Vaak zijn het jonge, gezonde vrouwen die ineens gedurende een periode van negen tot twaalf maanden een zware behandeling krijgen. Dat brengt vermoeidheid en een aantal nevenwerkingen met zich mee. We stelden vast dat de patiënten vaak blijven klagen over vermoeidheid, zeker nadat ze het werk hebben hervat. Ze zitten in een neerwaartse spiraal: ze zijn moe en hebben geen zin in fysieke activiteiten. Daardoor gaat hun

conditie verder achteruit en neemt de vermoeidheid toe.

*"Zowel fysisch als emotioneel biedt oncologische revalidatie een meerwaarde"*

Wetenschappelijke studies tonen aan dat een verbetering van de conditie leidt tot verminderde vermoeidheid en dat de patiënt zich beter voelt. Dit effect blijft langdurig aanwezig.

**Is er alleen op fysiek vlak een meerwaarde?**

Dr. Dobbelaere: "Neen, ook emotioneel biedt oncologische revalidatie een meerwaarde. Gedurende de negen maanden tot een jaar behandeling, zijn de patiënten 'gepamperd' door artsen, verpleegkundigen en psychologen. Na de intensieve behandeling stopt die zorg en komt de patiënt om de drie maanden op medische controle. Vaak ontstaat er angst omdat ze niet weten wat er verder gebeurt. Ze moeten terug aan het werk en men verwacht van hen dat ze opnieuw in het normale leven stappen. Voor veel patiënten is dat niet evident. Zij ondervinden problemen om hun ziekteproces te verwerken. De aandacht die ze gedurende verschillende maanden kregen, verdwijnt. Bovendien kunnen ze niet altijd bij hun partner terecht. We stellen vast dat patiënten het emotioneel niet altijd makkelijk hebben en plots in een zwart gat vallen. Daarom hebben we het plan opgevat om deze vorm van revalidatie uit te bouwen. Het revalidatieprogramma VitaLier is het resultaat van een intensieve samenwerking

met dr. Catherine Gorris, specialist in de fysische geneeskunde en revalidatie en Elke Robijn, psychologe van de borstkliniek. In VitaLier herken je het woord 'vita' (leven) en het verwijst ook naar vitaal, terug fit zijn en het gewone leven hernemen."

Het programma oncologische revalidatie is ondertussen enkele maanden in werking. Hoe ziet dat er voor de deelnemers uit? Dr. Dobbelaere: "We laten de deelnemers tweemaal per week één tot anderhalf uur trainen. Dr. Gorris doet een intakegesprek. Zij beoordeelt de fysieke toestand van de patiënt en spoort eventueel bijkomende fysieke problemen op. Er wordt een programma op maat opgesteld. De oefeningen, onder begeleiding van een kinesitherapeut, vinden plaats in de revalidatiezaal van het ziekenhuis. Het programma duurt twaalf weken."

**Wanneer ging het programma van start?**

Dr. Dobbelaere: "We hebben gewacht tot de dienst fysische geneeskunde en revalidatie en de revalidatiezaal vernieuwd waren. In april-mei gingen we van start met een 'try-out-groep'. Hun opmerkingen namen we mee om het programma voor de tweede groep, die intussen van start ging, te verfijnen. Momenteel maken enkel patiënten die borstkanker hadden deel uit van het programma. Het is wel duidelijk de bedoeling om dit uit te breiden naar alle kankerpatiënten: man of vrouw en ouder dan 18 jaar. Een voorwaarde is wel dat hun behandeling (operatie, chemo- en radiotherapie) beëindigd is.

*"Om in aanmerking te komen, moet je verwezen worden door een huisarts of een specialist"*

Een hormonale behandeling is geen probleem om deel te nemen. Ook patiënten die in een ander centrum behandeld werden of die reeds geruime tijd klaar zijn met de behandeling kunnen deelnemen. Om in aanmerking te komen moet je verwezen worden door een huisarts of specialist.

**Wat kost dit de patiënt?**

Dr. Dobbelaere: "Het wordt aangerekend als kinesitherapeutische behandeling waarop de patiënt een remgeld moet betalen. Vergelijk het met een bezoek aan de kinesitherapeut. We proberen wel door sponsoring iets extra's te doen, bijvoorbeeld een bijkomende spreker aantrekken. Op termijn willen we in De Waterperels, het zwembad van Lier, aquagym geven."

Wie meer informatie wil over de borstkliniek, kan steeds terecht op de website van de borstkliniek [www.borstkliniek-lier.be](http://www.borstkliniek-lier.be) of op de website van het ziekenhuis [www.hzhlier.be](http://www.hzhlier.be). Telefonisch kan u het secretariaat van RevaLier bereiken via 03/491 27 86 (tussen 8 en 12 uur) of de borstkliniek via 03/491 27 33 (tussen 8.30 en 12.30 uur). ■



**BEHANDELD VOOR BORSTKANKER. EN WAT NU?**

Op 19 november van vorig jaar organiseerde de borstkliniek een congres met als titel: "Behandeld voor borstkanker. En wat nu?". Dit congres sluit aan bij de filosofie van de borstkliniek: borstkanker treft de patiënt in zijn geheel. Naast de optimale medische behandeling die voor elke patiënt individueel vastgelegd wordt, zijn er veel andere problemen en vragen. Seksualiteit, anticonceptie, zwanger worden na borstkanker en lymfoedeem roepen vragen op bij de patiënten. Ook laattijdige gevolgen van chirurgie en bestraling zijn belangrijk. De oudere patiënt met borstkanker verdient ook speciale aandacht. Allemaal topics die op het congres aan bod kwamen.

# Nieuwe nystagmografie helpt diagnose stellen

**Sinds kort beschikt de dienst Neus-Keel-Oor (NKO) van het H.-Hartziekenhuis over een nieuw toestel waarmee een nystagmografie kan uitgevoerd worden. Het oude was aan vervanging toe. Dr. Leen Vanlerberghe, die een jaar geleden het NKO-team versterkte, geeft tekst en uitleg.**

Een elektronystagmografie (ENG), want dat is eigenlijk de officiële naam, is een relatief eenvoudige, niet-invasieve onderzoeksmethode die wordt gebruikt bij patiënten met evenwichtsstoornissen. Het stelt de NKO-arts in staat om de evenwichtsfunctie objectief en kwantitatief te evalueren.

Hoe werkt het toestel? "De patiënt krijgt drie elektroden opgekleefd, één naast elk oog, en een referentie-elektrode in het midden van het voorhoofd. Tussen de verschillende delen van het oog bestaat een elektrisch spanningsverschil dat door de elektroden wordt gedetecteerd. Bij oogbewegingen ontstaat er een spanningsverandering die we kunnen registreren", legt dr. Vanlerberghe uit.



## Rijdende trein

Ogen testen om na te gaan of het evenwicht goed zit? Zit het evenwichtsorgaan dan niet in het oor? "Toch wel, maar het evenwichtssysteem kan niet rechtstreeks onderzocht worden, zoals dat gaat bij het oor en het gehoor. Hoofd-

bewegingen worden in de evenwichtsorganen waargenomen. Bij gezonde mensen zal bij elke hoofdbeweging reflexmatig, via de vestibulo-oculaire reflex, een corrigerende oogbeweging, de nystagmus, ontstaan die tegengesteld is aan de hoofdbewegingen (zoals het verspringen van de ogen bij het door het raam kijken in een rijdende trein).

Bij het ENG-onderzoek worden deze nystagmi uitgelokt en geregistreerd, zowel de normale als de pathologische. Afhankelijk van de resultaten kunnen we besluiten tot een al dan niet normaal functioneren van de evenwichtsorganen."

## Pendel

"Na een ijking en het opsporen van een spontane nystagmus gebeurt een draaioproef. Hierbij wordt de stoel waarop de patiënt zit losgekoppeld, waardoor deze draait, afwisselend naar links en naar rechts. Dit veroorzaakt een rotatiebeweging ter hoogte van het hoofd wat zorgt voor een nystagmus, die wij registreren. In normale omstandigheden zullen er evenveel nystagmi naar links als naar rechts zijn. Bij een pathologische situatie is er een verschil.

*"Het ENG-toestel is een belangrijk instrument bij het onderzoek van evenwichtsproblemen"*

"Na de draaioproef voeren we calorische testen uit waarbij de evenwichtsorganen door middel van warme en/of koude lucht worden gestimuleerd. De patiënt kan hierbij een lichte tot meer uitgesproken duizeligheid ervaren, die echter snel weer verdwijnt. Deze stimulus resulteert opnieuw in nystagmi. We leggen die vast



en kunnen de reacties van links en rechts vergelijken. Een asymmetrische reactie, we spreken ook wel van een eenzijdige hypofunctie, kan bijvoorbeeld wijzen op een neuronitis vestibularis of een reeds langer bestaande ziekte van Ménière.



## Vertigo

Kan men met een ENG elke oorzaak van duizeligheid vaststellen? "Neen, evenwichtsproblemen ontstaan niet altijd door een probleem ter hoogte van de evenwichtsorganen. Ook een onderliggende cardiovasculaire of neurologische pathologie, een algemeen internistisch probleem of cervicogene pathologie kunnen duizeligheidsklachten geven. Verder zijn er ook aandoeningen van het labrynt zelf waarbij het ENG-onderzoek volledig normaal zal zijn. Dat is zo bij een benigne

paroxysmale positieduizeligheid (BPPV). Die moet gediagnosticeerd worden door positionele proeven. Ook bij een beginnende ziekte van Ménière zal het ENG enkel gestoord zijn tijdens een acute aanval." Kortom, het ENG-toestel is een belangrijk instrument bij het onderzoek van evenwichtsproblemen, ofwel om een vermoeden van perifeer vestibulair lijden te bevestigen, ofwel om een probleem in de evenwichtsorganen uit te sluiten.

*Voor meer informatie kan u terecht op de website van het ziekenhuis ([www.hhzhlier.be](http://www.hhzhlier.be)).* ■

## WOORDENLIJST

- Benigne paroxysmale positieduizeligheid (BPPV): ziekte die ontstaat door verplaatste kristallen in het evenwichtsorgaan en die een typische kortdurende draaiduizeligheid geven bij bruske hoofdbewegingen
- Cervicogeen: afkomstig uit de nek
- Hypofunctie: te geringe werkzaamheid van een orgaan
- Labrynt: evenwichtsorgaan
- Neuronitis vestibularis: ontsteking van de evenwichtszenuw (nervus vestibularis)
- Nystagmus: verschijnsel waarbij de ogen op een specifiek manier heen-en-weer bewegen
- Vertigo: (draai)duizeligheid
- Ziekte van Ménière: ziekte die gekenmerkt wordt door drie symptomen: duizeligheid, oorsuizen (tinnitus) en gehoorverlies

# Dienst geriatrie krijgt facelift

**De afdeling van de dienst geriatrie van het H.-Hartziekenhuis, gelegen op de zesde verdieping van blok B, kreeg onlangs een echte facelift. Ze transformeerde in een moderne afdeling waar ouderen verzorgd kunnen worden in een afdeling die rekening houdt met de modernste vereisten. Dit maakt deel uit van de eerste fase van de volledige renovatie van blok B. Omwille van technische redenen wordt er van boven naar beneden gewerkt. De moeilijkheid daarbij is dat de nutsvoorzieningen steeds liggen in het plafond van de onderliggende verdieping. De vernieuwing van de vijfde verdieping is voorzien voor 2012. Eerder werd blok A al aangepakt.**

Geriatricie, de geneeskundige specialiteit die zich richt op ouderen, heeft toekomst. Daar zorgt de vergrijzing van de bevolking voor. We worden met zijn allen steeds ouder, met als gevolg ook meer kwaaltjes en een veranderend ziektebeeld. Het wekt dan ook



Van L naar R: hoofdverpleegkundige Ann Gryp en diensthoofd dr. Liliane Nestor

geen verbazing wanneer medisch diensthoofd dr. Liliane Nestor stelt dat het aantal opnames van de dienst geriatrie jaarlijks toeneemt. Die patiënten kunnen sinds kort terecht in een volledig vernieuwde dienst.

"Na twintig jaar was de infrastructuur aan vernieuwing toe", zegt dr. Nestor. "Een eerste verschil is de nieuwe, frisse look van de zesde

verdieping." De modernisering werd aangegrepen om op infrastructuur vlak aanpassingen te doen die de patiënten ten goede komen. "Tot voor de vernieuwing had de dienst gemeenschappelijke badkamers met toilet tussen twee aanpalende kamers. Soms gebeurde het dat zich aan de ene kant een 'mannenkamer' en aan de andere kant een 'vrouwen-

# Artsen zonder vakantie



kamer' bevond. Uiteraard niet echt aangenaam. Op de plaats waar zich de gemeenschappelijke badkamer bevond, zijn er nu twee badkamers. Voor elke kamer één. Elke tweepersoonskamer heeft nu een eigen toilet en twee lavabo's. Elke patiënt heeft zijn eigen wastafel waarop hij zijn wasgerief kan zetten. Dat is door middel van een kleur (zwart en wit) gepersonaliseerd. Een personalisering die via die kleuren in de hele kamer wordt doorgetrokken. Tot in kleine details als de klerhangers toe." Voortaan heeft elke patiënt zijn eigen televisietoestel, opnieuw een tegemoetkoming aan de moderne noden.

## Privacy

Vroeger had elke gemeenschappelijke badkamer een douche. Die is nu verdwenen, maar in de plaats kwam een grote, centraal gelegen, moderne en aan de noden van de patiënt aangepaste doucheruimte, met oog voor de privacy. "Deze ruimte bevat een ruime inloopdouche, waar de patiënt ook met een rolstoel kan inrijden, en een bad dat in de hoogte verstelbaar is en dat tevens voorzien is van een lift waarmee de patiënten het bad kunnen ingetild worden", geeft dr. Nestor de voordelen van deze ruimte aan. "Nog een wijziging is de omvorming van twee driepersoonskamers in een eenpersoons- en een tweepersoonskamer. Dat brengt het totaal aantal eenpersoonskamers op de dienst op vier. En dat is tegenwoordig geen luxe. Wanneer je maar twee eenpersoonskamers hebt, zijn deze voortdurend ingenomen en

meestal voor lange duur. Dit was jammer voor nieuwe patiënten die een eenpersoonskamer vroegen maar ook voor patiënten die om medische redenen (terminale ziekte, ernstige agitatie, besmettelijke ziekten,...) een eenpersoonskamer nodig hadden. De vraag naar dit type kamers zal in de toekomst ongetwijfeld verder stijgen.

## "Aanpassingen die de patiënten ten goede komen"

De drang naar meer privacy is duidelijk aanwezig." Naast de vier eenpersoonskamer telt de dienst nog twaalf tweepersoonskamers, wat betekent dat er maximaal 28 patiënten kunnen worden opgevangen.

## Schilderij

Eveneens nieuw is de ruimte voor het verplegend personeel: centraal gelegen en met veel glas, wat het effect van een open ruimte creëert. "Het maakt het voor de familie makkelijker om een aanspreekpunt te vinden bij de ver-

pleging", stelt hoofdverpleegkundige Ann Gryp vast. Tegenover de ruimte voor het verplegend personeel bevindt zich de grote gemeenschappelijke ruimte waar een patiënt zijn familie op een aangenamere manier kan ontvangen dan in de eigen kamer. Wandelend door de afdeling valt meteen op dat naast de deur van elke kamer een reproductie van een schilderij hangt. "Dat is de manier om patiënten met geheugenproblemen een steuntje te geven om hun kamer te vinden. Het schilderij hangt in de kamer zelf dan ook aan de muur", legt dr. Nestor de bedoeling uit. Dr. Nestor en Ann Gryp blikken tevreden terug om de facelift die de afdeling onderging en stellen ook vast dat de patiënten positief reageren. ■

## FRAGIELE OUDEREN

De dienst geriatrie is er specifiek voor 75'plussers met multipathologie, met meerdere aandoeningen. Men noemt hen ook wel eens mensen met een zekere 'zwakheid', in medische termen luidt dat 'frailty'. "Wanneer één systeem van het lichaam faalt, kunnen ze het niet meer aan. In hun geval kan zelfs een 'banaal' gegeven als een blaasinfectie of een bronchitis tot hospitalisatie op onze dienst leiden", legt dr. Nestor uit. Hoewel de bezettingsgraad van de afdeling het hele jaar door groot is, stelt zij toch vast dat er in de winter steeds een piek is. Met een absoluut hoogtepunt tijdens de strenge winter van 2010-2011.

**Dertig jaar geleden richtte de Mechelse arts Frans De Weer Artsen Zonder Vakantie op. Ook in het H.-Hartziekenhuis zijn er twee artsen, toevallig twee anesthesisten, die al eens een vakantie opofferen om in Afrika hun diensten aan te bieden.**

Artsen Zonder Grenzen kent iedereen. Artsen Zonder Vakantie is heel wat minder bekend. Nochtans is het een chirurg uit Bonheiden, Frans De Weer, die in 1980 tijdens een vakantie in Kameroen op het idee kwam om voortaan als arts naar Afrika te gaan in plaats van een gewone vakantie te nemen. Iets meer dan dertig jaar later schrijven zo'n 600 artsen en verpleegkundigen zich in de filosofie van Artsen Zonder Vakantie in. Zij gaan tijdens hun vakantie twee tot drie weken patiënten behandelen in Afrikaanse ziekenhuizen. Wekelijks vertrekken er minstens twee teams naar het zwarte continent. Zowel dr. Patrick Lyssens als dr. Karel Gilliams 'offerden' al een vakantie op om in Afrika medische hulp te verlenen tijdens een vakantie.



"Artsen Zonder Vakantie begon erg kleinschalig en focuste in de beginjaren vooral op Kameroen,

Congo en de landen rond de Grote Meren", schetst Karel Gilliams het ontstaan van de organisatie. "Ondertussen werd het terrein uitgebreid naar zowel Oost – als West-Afrika, met landen als Tanzania, Benin, Burkina Faso en vele anderen." "Het blijft wel beperkt tot zwart Afrika", voegt dr. Lyssens er aan toe.

## Klompvoet

"Een van de typische kenmerken van Artsen Zonder Vakantie is dat het steeds gaat om kortstondige missies van twee tot drie weken. Een aantal artsen, verpleegkundigen en soms ook kinesitherapeuten worden geselecteerd om een bepaalde missie te doen. De eerste missie kan overigens lang op zich laten wachten", herinnert Patrick Lyssens zich. "Nadat ik bij Artsen Zonder Vakantie gesolliciteerd had, duurde het meer dan zeven, acht maanden voor ik op een gesprek gevraagd werd. Toen wist men me wel meteen te zeggen dat er nog plaats was in een tweetal missies die in de loop van de komende maanden zouden vertrekken." Zijn eerste missie was in Kashobwe, een klein dorpje in de buurt van het in het zuiden van Congo gelegen Lubumbashi. "Er was een ziekenhuis in aanbouw, met steun van de provincie. De gouverneur was uit die buurt en wilde zijn regio opwaarderen. Onze missie richtte zich voornamelijk op mensen met klompvoeten. Genetisch bepaald komt dat er veel vaker voor dan bij ons.

*"Zowel dr. Patrick Lyssens als dr. Karel Gilliams 'offerden' al een vakantie op"*

Tijdens de missie opereerden we zo'n vijftig patiënten met deze aandoening. De operaties varieerden fel in lengte. Soms was het een echte mini-operatie, dan duurde ze weer meer dan vijf uur per voet. Bij ons zijn klompvoeten



een pathologie die nog amper voorkomt en dan ook universitair behandeld wordt."

## Fistels

Hoewel de zorg op het eerste gezicht eerder op korte termijn gericht lijkt, heeft de organisatie toch ook oog voor de iets langere termijn. "Meer en meer probeert Artsen Zonder Vakantie de nadruk te leggen op vorming. Het gaat niet meer zozeer om die vijftig klompvoeten an sich, maar wel om het aanleren van de techniek aan de hand van deze patiënten. Voorlopig is het een soort 'bedside teaching', maar ik heb wel de indruk dat men meer wil gaan in de richting van een meer systematische opleiding. In samenwerking met de universiteiten. Men wil er ook scholen oprichten om lokale mensen te leren intuberen en ventileren", zegt dr. Lyssens. "Vergeet ook niet dat Artsen Zonder Vakantie zorgt voor een belangrijke toevoer van materiaal", voegt dr. Gilliams er aan toe. "Ik moet toegeven, dat materiaal werd door de lokale zorgverstrekkers beschermd als was het een tabernakel." Dr. Gilliams ging in het begin van de jaren 2000 driemaal naar Afrika. "De eerste missie was naar een centrum voor kinderorthopedie in Rwanda, waar we vooral genetische aandoeningen behandelden. Daarna ben ik tweemaal naar Burkina Faso geweest. Eerst naar het Hôpital Paul VI in