

INTRO

Nr. 67 - September 2020

Medisch informatieblad Sint-Franciscusziekenhuis Heusden-Zolder

Even voorstellen:
onze nieuwe
algemeen directeur

Hartfalen: het
belang van een
optimale opvolging

In de kijker:
revalidatie in het SFZ



Gezocht: succesvolle organisatiecultuur



Dr. Inge Wouters,
hoofdarts

Een klein jaar geleden verliet ik het ziekenhuis waar ik 20 jaar van mijn leven heb doorgebracht. Dit ging gepaard met een scala aan emoties. Na een korte bezinningsperiode kwam ik tot de conclusie dat ik 'mijn job' altijd met hart en ziel had gedaan en niet van richting wou veranderen, maar dat ik mezelf een groot plezier zou doen door op zoek te gaan naar een werkplek met een organisatiecultuur die bij me paste.

Met 'organisatiecultuur' bedoel ik hoe mensen zich individueel en collectief gedragen in een organisatie. Dit gaat voornamelijk over gedeelde normen en waarden, manieren van werken en omgangsvormen. Het is in feite het DNA van de organisatie.

Een geleidelijk proces

Een organisatie neemt niet op één dag een cultuur aan, ze ontwikkelt zich doorheen de tijd. Elke dag wordt ze verder gevormd: door nieuwe kennis, nieuwe ervaringen, nieuwe collega's, ...

De impact ervan is groot: de organisatiecultuur bepaalt hoe goed je je voelt op het werk, hoe collega's met elkaar omgaan én hoe succesvol een organisatie is. Ze maakt dat mensen willen blijven, of dat ze net willen weggaan. Kortom, een positieve bedrijfscultuur is hét fundament voor efficiënte teams en gemotiveerde medewerkers.

Positieve impact op medewerkers én patiënten

Dit is niet alleen belangrijk voor de medewerkers. Ook de manier waarop men met de 'klanten' - bij ons zijn dat zorgklanten en patiënten - omgaat, is een direct gevolg van de werkcultuur en het leiderschap dat die cultuur faciliteert, stimuleert en belichaamt. Als de organisatiecultuur goed is, wordt de dienstverlening ook meteen een stuk beter. Dat maakt het leven niet alleen prettiger voor de medewerkers, maar ook voor de patiënten.

Iedereen draagt zijn steentje bij

De cultuur in een organisatie is moeilijk te benoemen, is eerder ongeschreven, maar zit toch overal. Als nieuwe medewerker is het dan ook aftasten, wennen, aanpassen, maar ook bijdragen. Het duurt even om de cultuur in je op te nemen, maar de eerste kennismaking zegt heel veel over de heersende ziekenhuiscultuur.

Vanaf dag één kon ik merken dat er in SFZ een positieve cultuur heerst, die gebaseerd is op vertrouwen, vrijheid en verantwoordelijkheid.

Hierdoor kan ik dagelijks mijn eigen waarden realiseren in mijn werk waardoor ik meer voldoening haal uit het werk en het leven.

Ik ben dan ook heel blij dat ik deel mag uitmaken van het SFZ-team!



Een positieve bedrijfscultuur is hét fundament voor efficiënte teams en gemotiveerde medewerkers.



Even voorstellen: onze nieuwe algemeen directeur

Op 1 september 2020 startte Nele Sneyers als algemeen directeur in het SFZ. Van 2016 tot 2019 was ze financieel directeur van ons ziekenhuis, dus ze is geen onbekende. Wij spraken Nele voor een kort interview...

Dag Nele, welkom als algemeen directeur. Mogen we vragen om uzelf even voor te stellen?

“Heel graag! Ik ben afkomstig uit Heusden-Zolder en ben geboren in dit ziekenhuis. Ook na mijn studies ben ik gebleven en woon hier, samen met mijn man en twee dochters van 6 en 8 jaar, die trouwens ook hier geboren zijn. Gedurende de tien jaar die ik werkte bij Deloitte ben ik veelvuldig op de baan geweest, maar van nature ben ik eerder honkvast en verblijf ik graag dicht bij mijn familie en vrienden.”

Hoe is uw keuze voor economische wetenschappen gegroeid?

“Ik heb een grote affiniteit met algemene wetenschappelijke vakken, economie en wiskunde. En heb dit ook doorgetrokken door toegepaste economische wetenschappen te gaan studeren.



Ik wil de focus leggen op de juiste prioriteiten, met aandacht voor de patiënt en voor alle medewerkers.

Initieel had ik de intentie om nog verder te studeren, maar werd aangetrokken door de carrièremogelijkheden bij Deloitte evenals de positieve dynamiek en groepssfeer, die je direct kon vaststellen bij de eerste kennismakingen. De klik zat daar onmiddellijk goed en bovendien kreeg ik kansen aangeboden om zowel opleidingen te volgen als te geven. Ook in deze functie als algemeen directeur wil ik graag mijn huidige kennis en ervaringen blijven aanvullen met trajecten die me kunnen ondersteunen in deze nieuwe rol.”

U bent jong met ruime ervaring in het auditen en ook op beleidsmatig vlak al mee ondergedompeld in de cultuur van de organisatie. Wat is uw persoonlijke sterkte-uitdaging voor deze nieuwe functie?

“Ik ben op zich blij gestart te zijn als consultant, waarbij je in veel verschillende organisaties terecht komt, met een grote verscheidenheid in organisatiestructuur, omvang en sectoren. De uitdaging was daar telkens op een korte tijd het bedrijf, de aansturing en zijn processen te leren kennen, evenals de potentiële valkuilen vanuit risicoanalyse en de bijhorende financiële impact.

Hierin heb ik steeds mijn ambitie gevolgd om door te groeien, maar ook de nood gevoeld om aan de andere kant van de tafel te kunnen gaan zitten, en zelf de touwtjes in handen te nemen.

Maar je leert je dus snel inwerken in een nieuwe omgeving, en voornamelijk via teamwerk streven naar de vooropgestelde doelstellingen. Dit achterliggende leerproces heeft ook mee geholpen in mijn overstap naar de gezondheidszorg.

Vanuit mijn vorige functie als financieel directeur neem ik de reeds opgedane kennis van de organisatie mee, er heerst hier een erg loyale en gedreven mentaliteit, waar ik zelf ook veel waarde aan hecht. Er is nog erg veel potentieel voor de organisatie. Dit wil ik meenemen om samen met het team vanuit een gezamenlijke visie een beleid op poten te zetten dat ons sterk vooruit helpt om onze doelen te realiseren.”

Het SFZ is voor u bekend terrein: hoe kijkt u terug op de voorbije periode vanuit uw positie als financieel directeur?

“De gezondheidssector op zich is een heel boeiende omgeving, met complexe materie, processen en veel belanghebbenden. Er beweegt veel, we zitten in een fase waar de wetgeving, de gezondheidszorg in brede zin, een snelle evolutie doormaakt en dit biedt diverse uitdagingen maar ook opportuniteiten. Ook voor het SFZ liggen er nog veel mogelijkheden en projecten op ons pad, die ik graag samen met de directie wens op te nemen.

Zoals net reeds ter sprake kwam, is het typerend voor het SFZ dat je hier terecht komt in een groep van heel gedreven medewerkers, die met elkaar omgaan op een open en spontane manier. In moeilijke situaties zoals de voorbije coronaperiode merk je hoe hard het team aan elkaar hangt en op elkaar inspeelt en ervoor gaat, dit is zo mooi. Ook in vorige projecten heb ik dit zelf kunnen ervaren en hierin heb ik me steeds thuis kunnen voelen. Hiervan wil ik uiteraard dan ook graag verder deel uitmaken.”

Algemeen directeur, verandert dit iets aan de invalshoek om naar het SFZ te kijken?

“Absoluut, de uitdaging bestaat erin dat mijn werkveld erg verbreed wordt en dat ik des te meer zal moeten vertrouwen op

de kennis en expertise van mijn collega's, waar ik voordien de dossiers volledig zelf beheerste. Met het team dat er vandaag staat, heb ik hier alle vertrouwen in.”

Netwerken met de specialisten, huisartsen, andere ziekenhuizen: hoe ziet u dat?

“Het is voor ons als regionaal ziekenhuis van belang dat we de kwaliteit van de zorg voor onze patiënten uiteraard op de eerste plaats zetten maar ook kort bij onze patiënten staan in functie van hun noden. Dit zal ook meer en meer betekenen dat we vanuit een breder perspectief moeten kijken dan enkel ons ziekenhuis. Met name het voortraject meenemen in dit verhaal, een goede doorstroming naar nazorg, maar eveneens de juiste zorg op de juiste plaats aanbieden binnen ons ziekenhuis of ons netwerk. Het is al langer niet meer verantwoord enkel te redeneren vanuit de toegangspoort van ons ziekenhuis tot aan het ontslag van de patiënt.

Vanuit dit kader gaan we de netwerkvorming verder moeten invullen en de rechtstreekse en onrechtstreekse opportuniteiten tot samenwerking moeten benutten. Daar waar je met dezelfde middelen meer kan bereiken, moet dit vanzelfsprekend zijn. Wel vind ik het belangrijk om dit op het juiste moment/ juiste volgorde te doen én met de juiste prioriteiten.”

Welke uitdagingen ziet u voor de toekomst van het SFZ en voor uzelf?

“De focus leggen op de juiste prioriteiten, met aandacht voor de patiënt maar ook voor elkaar als zorgverleners, artsen en collega's, is voor mij belangrijk binnen alle stappen die we zullen zetten.”

Hartelijk dank voor dit interview!

Hartfalen: het belang van een optimale opvolging

Dr. Sarah Stroobants, cardioloog



Een vlotte overgang van hospitalisatie naar ambulante zorg is vereist om rehospitalisaties zoveel mogelijk te beperken. Daarom werd de hartfalenraadpleging opgestart.

Hartfalen kan de cardiologische epidemie van de 21e eeuw genoemd worden. Door de vergrijzing van de bevolking groeit het aantal patiënten met deze chronische aandoening. We onderscheiden 3 grote vormen: hartfalen met gereduceerde ejectiefractie (HFrEF, LVEF < 40%), hartfalen met 'mid-range' ejectiefractie (HFmrEF 40-50%) en hartfalen met bewaarde ejectiefractie (HFpEF, LVEF > 50%). Elk van deze entiteiten vraagt zijn eigen aanpak. De etiologieën van hartfalen zijn divers en vallen buiten de scope van dit artikel.

Er gebeurt erg veel onderzoek in het domein van hartfalen, waarbij vooral op het vlak van HFrEF de nieuwe gespecialiseerde behandelingen elkaar op korte termijn opvolgen. Naast een wetenschappelijk onderbouwde behandeling, is een goed gestructureerde dienst hartfalen nodig om al deze patiënten optimaal op te volgen.

(Re-)hospitalisaties zoveel mogelijk vermijden

De grootste uitdagingen zijn het stabiliseren van de ziekte en het proberen te vermijden van hospitalisaties wegens decompensatie. Opnames wegens hartfalen zijn immers verantwoordelijk voor het gros van de impact van de ziekte:

herhaalde hospitalisaties hebben een negatieve invloed op zowel morbiditeit als mortaliteit en zijn verantwoordelijk voor minstens 60% van de totale kost van hartfalenzorg.

De transitie van een ziekenhuisopname, waar de patiënt alle zorgen aan bed krijgt aangereikt, naar de ambulante zorg waar de patiënt terug op zichzelf aangewezen is, is in vele gevallen te groot. Een vlotte overgang van hospitalisatie naar ambulante zorg is vereist om rehospitalisaties zoveel mogelijk te beperken. Daarom werd de hartfalenraadpleging opgestart.

De hartfalenraadpleging

In het SFZ volgen we sinds een 2-tal jaren onze hartfalenpatiënten op via de



gespecialiseerde hartfalenraadpleging. In eerste instantie is het de bedoeling om de patiënt op zeer korte termijn (binnen 1-3 weken) na een hartfalen-hospitalisatie terug op controle te zien. Anderzijds wordt er op deze raadpleging extra aandacht besteed aan een holistische aanpak en is er tijd voor (re-)educatie.

Tijdens elke raadpleging worden volgende kernzaken bekeken:

> Evaluatie van de vullingsstatus klinisch en echocardiografisch

Hartfalen gaat vaak gepaard met congestie of volume-opstapeling. Een nauwgezette opvolging van de volumestatus onder het ingestelde diuretischschema is dan ook essentieel om symptomen van hartfalen te controleren. Samen met de nierfunctie wordt de volumestatus in rekening gebracht voor het aanpassen van de diuretische therapie. Zo nodig wordt een nieuwe controle op korte termijn afgesproken.

> Therapie-optimalisatie (medicamenteus/devices/specifieke investigaties)

De 3 hoekstenen van de medicamenteuze behandeling van HFrEF zijn bèta-blokkers, RAAS-inhibitoren en mineralocorticoidreceptor-antagonisten (MRA, spironolactone).

Er wordt gepoogd om deze 3 therapieën op te titreren naar de maximaal tolererbare dosis. Een rustpols van < 70

slagen per minuut wordt nagestreefd, hiervoor kan eventueel nog ivabradine (procoralan) aan de betablokkertherapie geassocieerd worden. RAAS-inhibitie (ACE-inhibitoren, sartanen en ARNI (Angiotensine Receptor Nephilysine Inhibitor: Entresto)) worden opgetitreerd naar de maximale dosis met aandacht voor nierfunctie en ionogram.

Lage bloeddruk (indien asymptomatisch) en lichte nierfunctie-achteruitgang, alsook lichte hyperkaliëmie worden getolereerd. In de nabije toekomst zullen ook de SGLT-2-inhibitoren, nu enkel als antidiabeticum op de markt, aan deze lijst toegevoegd worden door hun gunstige effecten bij hartfalen. Verder wordt bij elke consultatie de indicatie voor device-therapie (ICD, cardiale resynchronisatie-therapie: CRT) geëvalueerd. Als de patiënt al een device heeft, wordt dit uitgelezen en eventueel geoptimaliseerd.

Zo nodig wordt de patiënt doorverwezen naar het Jessa Ziekenhuis voor meer geavanceerde investigaties en/of behandelingen zoals coronarografie, MRI hart, fietsechocardiografie, myocardiopsie, ablatie, chirurgie, ...

> Holistische aanpak

Hartfalen gaat gepaard met verschillende comorbiditeiten zoals nierinsufficiëntie, diabetes, perifere vaatlijden, ... Ook ijzerdeficiëntie is veelvoorkomend en gaat gepaard met een verminderde inspanningscapaciteit. Daarom wordt aan de huisarts gevraagd om op geregelde basis een controle bloedname

uit te voeren ter opvolging van anemie, nierfunctie, lipiden, ... en om 2 keer per jaar een ijzerstatus te bepalen. Er is een indicatie voor IV ijzertoeiening bij hartfalen indien het ferritine < 100 bedraagt, of bij een ferritine tussen 100-300 en een transferrinesaturatie van < 20%. De toediening van IV ijzer wordt georganiseerd via het dagziekenhuis.

> (Re-)educatie

Zelfzorg en ziekte-inzicht kunnen veel problemen en onnodige interventies voorkomen. Daarom wordt er reeds educatie gegeven tijdens de hospitalisatie aan de hand van een hartfalenbrochure. De patiënt wordt geïnformeerd over symptomen en alarmsignalen, krijgt het advies om zijn vocht- en zoutinname te beperken en het gebruik van NSAID's te vermijden. Het belang van een goede therapietrouw en gezonde levensstijl wordt benadrukt en de patiënt wordt aangespoord om dagelijks zijn gewicht en bloeddruk te meten en deze parameters te noteren. Reëducatie op de raadpleging blijkt nodig en nuttig, daarom is hiervoor op de hartfalenraadpleging extra tijd voorzien.

> Communicatie

Er is aandacht voor een duidelijke brief met richtlijnen voor de huisarts, waarbij er regelmatig gevraagd wordt om tussentijdse bloednames uit te voeren en eventueel ook hartfalen therapie verder op te titreren. Ook wordt er werk gemaakt van een overzichtelijke medicatielijst voor de patiënt om zo de therapietrouw te bevorderen.



Gezien de lange wachttijden op de algemene raadplegingen en om spoedopnames zoveel mogelijk te vermijden, is er een geïjk kanaal nodig om dringende consultaties te organiseren.



De rol van de hartfalen-verpleegkundige

Op de hartfalenraadpleging wordt de arts ondersteund door een hartfalen-verpleegkundige, die een specifieke opleiding via het postgraduaat hartfalen heeft genoten. In het SFZ zijn dit Marleen Saenen en Aytan Parlak.

Een overzichtelijke medicatielijst opstellen, patiënten in de thuissituatie telefonisch contacteren en opvolgen, laboresultaten opvragen, educatie geven, thuisverpleging inschakelen/contacteren, aanvullende onderzoeken of afspraken plannen, ... het zijn allemaal taken die de hartfalen-verpleegkundigen op zich nemen.

Zij zijn het eerste aanspreekpunt voor de patiënt, familie of thuisverpleegkundigen als er zich problemen voordoen in de thuissituatie en zij geven begeleiding en eventuele therapeutische adviezen na overleg met de cardioloog. Zij worden ook ingeschakeld om hartfalenpatiënten op de verschillende afdelingen in het ziekenhuis mee op te volgen. Zo nodig overleggen zij de noodzaak voor therapie-aanpassingen of extra onderzoeken met een van de cardiologen.

De cardiologen in het SFZ zijn: dr. Dirk Mertens, dr. Peter Put, dr. Tommy Mulleners, dr. Joris Schurmans en ikzelf (dr. Sarah Stroobants).

De hartfalenverpleegkundigen staan in nauw contact met hun collega's in het Jessa Ziekenhuis, die via telemonitoring enkele van onze patiënten met een ICD- of CRT-toestel opvolgen. Zo er een alarm gedetecteerd wordt (bv. nieuw ontstane VKF, of een ICD-shock) wordt de patiënt gecontacteerd voor een ambulante evaluatie op korte termijn, om zo mogelijk een hospitalisatie te vermijden.

Kort op de bal blijven spelen

Enmaal het hartfalen 'gestabiliseerd' is, kan de patiënt verder op een gewone cardiologische raadpleging opgevolgd worden. De hartfalenkliniek moet echter openstaan om elke hartfalenpatiënt met een dreigende achteruitgang of telemonitoringalarm op korte termijn te kunnen evalueren. Gezien de lange wachttijden op de algemene raadplegingen en om spoedopnames zoveel mogelijk te vermijden, is er een geïjk kanaal nodig om deze 'onplanbare', maar dringende consultaties te organiseren.

Het ultieme doel is om vroeg in te grijpen bij het instabiel worden van een hartfalenpatiënt, en met relatief kleine aanpassingen dreigende decompensaties ambulante te behandelen, desnoods met herhaalde contacten gespreid over enkele weken.

Tot slot, maar zeker niet minder belangrijk, bieden we cardiale revalidatie aan voor onze hartfalenpatiënten. Het is bewezen dat dit zowel bij HfrEF als bij HfpEF een gunstig effect heeft op het functioneren van de patiënt. Het programma start al tijdens hospitalisatie, en wordt nadien ambulante verder gezet (2 à 3 keer per week). De nadruk ligt op reconditionering en het aanleren van een gezonde levensstijl. Indien nodig is er ook rookstop-, psychologische- of dieetbegeleiding mogelijk.

Contactgegevens hartfalenverpleegkundigen

Tel.: 011 71 59 27
E-mail: hartfalen@sfz.be

Revalidatie in het SFZ in de kijker!

Edith Voortmans, diensthoofd revalidatie

Maak kennis met het revalidatieteam van het SFZ! Samen zetten deze collega's zich iedere dag in om revalidanten te begeleiden en te ondersteunen. Op de volgende pagina's krijgt u een overzicht van het revalidatieaanbod in ons ziekenhuis.



Ons team

Artsen: Kathleen Vanbilsen, Philippe Noe, Bert Jennes.

Diensthoofd: Edith Voortmans.

Medewerkers: kinesitherapeuten, 2 logopedisten, 2 ergotherapeuten, 1 sociaal werkster, 1 psycholoog, 1 secretaresse.

Rug- en nekrevalidatie

Dr. Kathleen Vanbilsen, fysisch geneesheer

Rug- en nekklachten komen voor bij meer dan 80% van de Belgische bevolking. Een passievere levensstijl werkt klachten van de wervelzuil in de hand.



In ons ziekenhuis organiseren we al jaren het 'rug- en nekrevalidatieprogramma'. Dit programma wordt gekenmerkt door een multidisciplinaire aanpak: arts, kinesitherapeut, ergotherapeut, psychologe en sociaal assistente.

De opstart van een behandeling

De patiënt wordt eerst voor een intake- raadpleging gezien door één van de fysisch geneesheren. Vaak gebeurt dit op verwijzing van de huisarts of een collega-specialist. Als de patiënt fysiek en psychisch in aanmerking komt, wordt een eerste afspraak ingepland voor een evaluatie door de kinésitherapeut en een eerste testing op de rugrevalidatie-toestellen.

Het revalidatieprogramma

Een goede motivatie van de patiënt is heel belangrijk om met het programma te kunnen starten. Na de intake worden verdere afspraken vastgelegd: oefenprogramma, een sessie bij de ergotherapeute en een gesprek met de psychologe.

Het oefenprogramma bestaat uit grond- en toesteloefeningen, inzicht verwerven in rug- en pijnproblematiek en het aanpassen van handelingen/houdingen in functie van de bestaande problematiek. Het programma loopt over een periode van maximum 6 maanden met 2 sessies per week.

Tijdens de laatste sessie wordt een nieuwe evaluatie uitgevoerd op de rugrevalidatietoestellen met nadien ook een eindevaluatie bij de arts op onze dienst. Nadien kan de patiënt nog een follow-up programma volgen (enkel toesteloefeningen - 1 à 2 sessies per week). Binnen onze (ambulante) revalidatiedienst kunnen patiënten ook terecht voor andere (multidisciplinaire) programma's waaronder neurologische revalidatie, pulmonaire revalidatie, oncologische en obesitasrevalidatie, handrevalidatie, revalidatie na heup- en knieprothese, enz. Hierover leest u hieronder meer.

Overige revalidatieprogramma's

Cardiale revalidatie

Bij cardiale revalidatie is het doel om de cardiovasculaire conditie te optimaliseren na een cardiovasculaire aandoening. De klemtoon ligt hier op uithoudingstraining, o.a. loopband, fietsen, armergo, enz. Deze training dient om de aerobe capaciteit te verhogen: de VO_2 -max verhogen en vooral de eerste ventilatiedrempel opschuiven. Hier komt weerstandstraining bij om het uithoudingsvermogen te optimaliseren.



Het luik therapeutische educatie dient vooral om de patiënt ervan bewust te maken dat hij zelf ook een positieve invloed kan uitoefenen op de evolutie van de ziekte door bv. gezonde gedragingen aan te nemen, een dieet te volgen, zijn gewicht op te volgen, geneesmiddelen regelmatig in te nemen, te reageren op alarmsignalen en eventueel de dosering van de diuretica aan te passen volgens de omstandigheden (hittegolf, diarree, ...).

Bepaalde aandoeningen of ingrepen aan het hart geven recht op een tussenkomst van het ziekenfonds voor 45 revalidatiesessies, op te nemen binnen een periode van 6 maanden na de hospitalisatie. Cardiale revalidatie wordt ondersteund door een multidisciplinair team.

Relaxatietherapie

Relaxatietherapie heeft als doel tekenen van spanning te herkennen en inzicht te krijgen in de manier waarop iemand met stress omgaat. Na de intake maak je kennis met één of meerdere relaxatietechnieken. Daarna wordt er geoefend met de techniek die het best aansluit op jouw hulpvraag. Na een evaluatie van je toestand wordt er een aangepaste behandeling opgestart die aansluit bij je hulpvraag. Dit gebeurt onder individuele begeleiding van een kinesitherapeut.

Voorbeelden van klachten die baat kunnen hebben met relaxatietherapie, zijn: stressklachten, burn-out, chronische vermoeidheidssyndroom, fibromyalgie, hyperventilatie, chronische pijnklachten, spanningshoofdpijn, ...

Bekkenbodembreëducatie

Pelvische reëducatie richt zich specifiek op revalidatieproblemen bij patiënten met urogenitale en gastro-enterologische aandoeningen zoals stressincontinentie, urge-incontinentie, mixed incontinentie, prolaps (baarmoeder en blaas), enz.

Ook na een radicale prostatectomie of andere chirurgische ingreep is bekkenbodembreëducatie aangewezen. Verder kunnen ook stoelgangincontinentie en seksuele problemen, zoals dyspareunie en vaginisme, behandeld worden.



Handrevalidatie

De anatomie van de hand is complex: beenderen, ligamenten, spieren, zenuwen en huid zijn nauw verbonden en op elkaar afgestemd. Een klein letsel, ook al lijkt het er in eerste instantie eenvoudig uit te zien, kan dit evenwicht verbreken en grote gevolgen hebben. De handtherapeuten in het SFZ leggen zich toe op dit domein.

Volgende letsels kunnen aan bod komen:

- 1 **Trauma's:** fracturen, ligamentaire letsels, peesletsels, zenuwletsels of -compressie, amputaties, complexe handtrauma's, ...
- 2 **Andere:** letsels door overbelasting, hypermobiliteit, artrose van de duimbasis, artrose van de gewrichten, dupuytren, ...

Oncologische revalidatie

Kanker is een ingrijpende ziekte. De behandeling vraagt veel van de patiënt op zowel lichamelijk, emotioneel, familiaal als sociaal vlak en beïnvloedt de levenskwaliteit en het algemeen welzijn.

Tijdens de behandeling kan men ongemakken ervaren, maar ook erna maken klachten zoals vermoeidheid, verminderde conditie, ... het opnieuw oppakken van het actieve leven niet vanzelfsprekend. In tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht, kan fysieke activiteit je helpen om die ongemakken tegen te gaan.



Fysische revalidatie

De ambulante fysische revalidatie situeert zich binnen volgende domeinen:

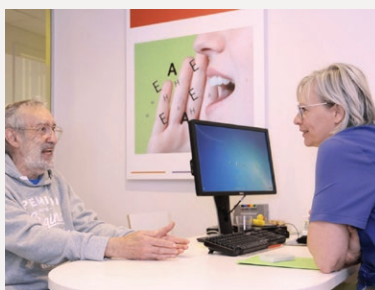
- 1 **Neurologische revalidatie:** CVA, MS, Parkinson, ...
- 2 **Neurochirurgie:** microdissectomie, lumbale en cervicale fusie, laminectomie
- 3 **Orthopedische revalidatie:** totale heupprothese, schouderoperaties, fracturen, ...
- 4 **Algemene revalidatie en kinesitherapie:** letsels aan de enkel, knie, schouders, rug-en-nekproblematiek, ...

Een verantwoorde en gefundeerde aanpak van de fysische revalidatie vereist een interdisciplinaire aanpak waarbij leden van verschillende disciplines zich als team inzetten.



De **kinesitherapie** tracht door aangepaste behandelingen en oefentherapie de letsels en afwijkingen van diverse lichaamsfuncties te verbeteren.

Het therapieaanbod omvat o.a. gangrevalidatie, evenwichtstraining, krachtraining, mobilisaties, ...



De **logopedie** richt zich op alle aspecten van taal, spraak en stem. In samenspraak met de patiënt en via testing worden de uitvallen op het vlak van taal en/of spraak en stem in kaart gebracht. Van daaruit wordt een individueel behandelingsplan opgesteld.

Het therapieaanbod omvat o.a. oefeningen op woordvinding, taaldenk-oefeningen, articulatie-oefeningen, PLVT (aangepast programma voor de Ziekte van Parkinson), mime-therapie (bij perifere facialis parese), ...



Het doel van de **ergotherapie** is het terugwinnen, verbeteren of in stand houden van de functionele mogelijkheden van de patiënt. Hierbij staan het zelfstandig handelen en een optimale participatie centraal.

Het therapieaanbod omvat o.a. het trainen van de arm- en handfunctie, het oefenen van dagelijkse handelingen, advies geven over hulpmiddelen, ...

REVALIDATIE



Obesitasproject

Overgewicht en obesitas zijn uitgegroeid tot een wereldwijd gezondheidsprobleem. De belangrijkste oorzaak ligt in een onevenwicht tussen de inname van voedsel enerzijds en het verbruik van calorieën anderzijds: er is een enorm overaanbod aan voedsel en steeds meer mensen leiden een sedentair leven.

Voor de revalidatie komen zowel de patiënten met een conservatieve als een operatieve behandeling in aanmerking. Het programma bestaat zowel uit duur- als krachttraining.

Prenatale therapie en babymassage

Prenatale kinesitherapie

In samenwerking met de kraamafdeling organiseert de dienst revalidatie infosessies ter voorbereiding op de bevalling. De vroedvrouw informeert je in 2 sessies over het verloop van arbeid tot de bevalling.

Tijdens de 3 kinesitheraopiesessies krijg je praktische info over:

- de verschillende aspecten van de zwangerschap
- de bevalling
- de postnatale periode

Babymassage

Babymassage is een leuke manier om met je baby te spelen en te communiceren. Het bevordert de band tussen ouder en kind (= hechting), stimuleert de motorische ontwikkeling en de massage kan verlichtend werken bij krampjes of een moeilijke spijsvertering/darmtransit. Bovendien brengt het ontspanning, waardoor de baby na de massage beter en langer slaapt. Ook wordt de lichaamstaal gestimuleerd, waardoor de kindjes expressiever worden.



De prenatale kinesitheraapie & babymassage worden gegeven door Kathy Dupon, kinesitheraapeute.

Rugschool

Rugklachten kunnen ernstige ongemakken veroorzaken en het dagelijks functioneren belemmeren. Een verantwoorde en gefundeerde aanpak van rugproblemen vraagt om een multidisciplinaire samenwerking waarbij leden van verschillende disciplines zich als team inzetten.



Spierversterkende en stabiliserende oefeningen zijn opgenomen in het trainingsprogramma. Door het spierkorset (de verzameling van buik-, rug en heupsieren) te trainen, wordt er kracht en stabiliteit opgebouwd. De patiënt krijgt ook ergonomische tips en tiltechnieken aangereikt.

Het rugschoolprogramma bestaat uit een psychologisch consult, een theoretische les bij de ergotherapeute en gedurende 6 maanden praktische lessen, bestaande uit 2 oefensessies per week. Nadien kan het programma verlengd worden door 1x per week met de toestellen verder te werken.



Pulmonaire revalidatie

Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat patiënten met COPD die een belangrijk functieverlies hebben, dat zelfs na optimale medicamenteuze therapie niet verdwijnt, baat hebben bij het volgen van een pulmonaal revalidatieprogramma.



Eerst worden de beperkingen van de patiënt in kaart gebracht door een pulmonaire testing: 6 minutenwandelttest, MIP MEP, handknijpkracht, quadricepskracht en gewicht. Vervolgens krijgt de patiënt een individueel programma onder multidisciplinaire begeleiding. Het team bestaat uit de pneumoloog, kinesitherapeut, ergotherapeute, diëtiste, psychologe en een sociaal verpleegkundige. Na 3 maanden volgt een 2de testmoment om de progressie na te gaan.

De revalidatie heeft een duidelijke invloed op de frequentie van exacerbaties, met de daaraan gekoppelde verminderde ziekenhuisopnamen, het doorbreken van de vicieuze cirkel en het positiever omgaan met de ziekte door de patiënt.

Psychosociale begeleiding

Tijdens de revalidatie kunnen de patiënt en zijn naaste omgeving een beroep doen op de psychosociale dienst. De sociaal werker biedt hulp bij de psychosociale en praktische gevolgen die de aandoening/ziekte met zich meebrengt met het oog op re-integratie in de maatschappij.

Zij helpt de patiënt en de familie met:

- Vervoersproblemen
- Aanvragen van verschillende tegemoetkomingen, voorzieningen
- Regelen van professionele thuiszorgdiensten
- Ondersteunen bij werkhervatting
- Aanvragen hulpmiddelen
- Continueren van revalidatie na de acute fase
- Verzekeringstechnische dienstverlening: mutualiteit, verzekering, ...
- ...

Gedurende het revalidatietraject kan de patiënt bij de psycholoog terecht. Meestal wordt er standaard een intakegesprek gepland. Tijdens dit verkennende gesprek worden verschillende psychosociale thema's besproken. In samenspraak met de patiënt kan er nadien verdere psychologische ondersteuning afgesproken worden. Er is ook de mogelijkheid tot ondersteunen en informeren van de partner en/of gezinsleden.

Thema's die aan bod kunnen komen:

- Manieren om met pijn om te gaan
- Bewegingsangst
- Gezonde levensstijl
- Evenwicht tussen stress en ontspanning
- Assertiviteit
- Piekergedachten reduceren
- Levenskwaliteit
- Psycho-educatie rond angst, stress, neerslachtigheid, ...
- Aanvaarden van en omgaan met beperkingen
- ...

Secretariaat

Om alles in goede banen te leiden wat betreft afspraken, voorschriften, ... staat onze medisch secretaresse voor u klaar!

Ons secretariaat is iedere dag te bereiken van 08.00u tot 12.00u en van 12.30u tot 16.00u.

Tel.: 011 71 55 63

E-mail: secretariaat.revalidatie@sfz.be



De preoperatieve voorbereiding van de chirurgische patiënt

Dr. Stijn Loonbeek, anesthesist

Om de opvang van de chirurgische patiënt beter te organiseren, werd onlangs het preoperatieve traject hertekend. Dit gebeurde in overleg met de medisch directeur, de IT-afdeling, afgevaardigden van het verpleegkundig departement, de dienst anesthesie en de huisartsen. De huisarts zal immers een belangrijke rol blijven innemen in de preoperatieve voorbereiding.

De preoperatieve KCE-richtlijnen zullen de basis vormen voor onderzoeken. De huisartsen maken hierbij gebruik van een preoperatief E-form waarin de nuttige medische informatie, in voorbereiding op de ingreep, terug te vinden is. Een opleiding volgt in september.

2 stromen binnen het SFZ

Het SFZ werkt met 2 stromen: een voor ingrepen onder algemene anesthesie via het dagziekenhuis en een voor operaties waarvoor opname vereist is.

De eerste stroom

Patiënten in de eerste stroom worden in het preoperatieve traject begeleid door het dagziekenhuis. Ze krijgen de nodige ondersteuning bij het correct invullen van het opnamedossier, met extra aandacht voor de medicatielijst en in het bijzonder voor het gebruik van anticoagulantia en medicatie die moet worden ingenomen de ochtend van de operatie. De nodige uitleg over de opname en het nuchter zijn wordt verstrekt en de infobrochure 'Anesthesie' wordt meegegeven. Als er daarna nog vragen zijn, kan de patiënt een afspraak maken op de preoperatieve raadpleging anesthesie.

Aan de hand van de KCE-app 'preoperatieve richtlijnen' wordt nagegaan of bijkomende onderzoeken (labo, ecg, ...) nodig zijn. In dat geval wordt de patiënt doorverwezen naar de huisarts. Het dossier wordt verder opgevolgd door de verpleegkundigen van de preoperatieve raadpleging. De



dag voor de ingreep belt de patiënt zelf naar het onthaal van het ziekenhuis om een uur van opname te krijgen. Het dagziekenhuis werkt volgens het 'just in time' principe, waardoor patiënten kort voor het geplande uur van de ingreep opgenomen worden.

De tweede stroom

Patiënten in de tweede stroom worden gescreend door de medewerkers van de preoperatieve raadpleging aan de hand van de operatielijsten, het medische dossier en de KCE-preoperatieve richtlijnen. Zij worden opgebeld om in te schatten in hoeverre de voorbereiding goed verloopt en ze worden aangemoedigd om het opnamedossier volledig en correct in te vullen, met de nodige aandacht voor de actuele medicatie. De noodzakelijke preoperatieve onderzoeken gebeuren bij voorkeur bij de huisarts.

Indien nodig wordt er een afspraak voorzien op de preoperatieve raadpleging. Hier krijgt de patiënt ondersteuning bij het vervolledigen van het opnamedossier en uitleg over de opname en het nuchter zijn. Er wordt ook aandacht besteed aan de medicatielijst met richtlijnen rond het stoppen van anticoagulantia, welke medicatie de ochtend van de opname mag worden ingenomen en uitleg gegeven over postoperatieve pijnmedicatie.

Op de preoperatieve raadpleging wordt nagekeken of de nodige preoperatieve onderzoeken uitgevoerd zijn bij de huisarts. Eventueel wordt er contact opgenomen met de huisarts om de preoperatieve voorbereiding af te stemmen. Patiënten kunnen hier met al hun vragen terecht, eventueel wordt de chirurg gecontacteerd bij onduidelijkheden. Anesthesieproblemen kunnen besproken worden met een anesthesist.





In de preoperatieve voorbereiding neemt de huisarts dus een actieve rol op.

Als de preoperatieve onderzoeken niet bij de huisarts uitgevoerd kunnen worden, gebeurt dit in het ziekenhuis. De huisarts bezorgt ons dan volgende gegevens:

- Medische voorgeschiedenis
- Actuele medicatielijst
- Preoperatieve onderzoeken a.d.h.v. de KCE-app
- Andere relevante informatie (nazorg, familiale toestand, ...)

Deze informatie wordt digitaal aangeleverd in E-forms (PDF) die naar de dienst Anesthesie gestuurd kunnen worden.

Coronaproof

Elke patiënt wordt 2 dagen voor de operatie opgebeld om de Covid-vragenlijst te overlopen en dan 'al dan niet' groen licht te krijgen voor de opname en operatie. Dit gebeurt nu aan de hand van een digitale vragenlijst.

Het belang van het KWS

Alle informatie wordt opgenomen in het elektronisch patiëntendossier (KWS) zodat ze beschikbaar is voor de zorgverleners betrokken bij de opname en het ziekenhuisverblijf. Dit is een belangrijke meerwaarde van het project. Het verzamelen van deze informatie vergemakkelijkt ook de nazorg voor de patiënt. De huisarts kan door de betrokkenen of de sociale dienst gecontacteerd worden bij nood aan organisatie van postoperatieve thuiszorg.

TEAM ANESTHESIE

Dr. Ann Demot
 Dr. Christine Lescrenier
 Dr. Guy Hoes
 Dr. Hanne Hoskens
 Dr. Joke Meyns
 Dr. Katleen Mertens
 Dr. Kris Nelissen
 Dr. Lut Jaspers
 Dr. Patricia Ruts
 Dr. Sofie Lambrichts
 Dr. Stijn Loonbeek



Obstructief slaapapneusyndroom

Dr. Tanya Kluyt, pneumoloog



dr. Tanya Kluyt

Apneu komt vaker voor dan gedacht. 5 à 10% van de bevolking krijgt ermee te maken. Het komt vaker voor bij mannen dan bij vrouwen, meer bij zwaarlijvigen en het neemt toe met de leeftijd.

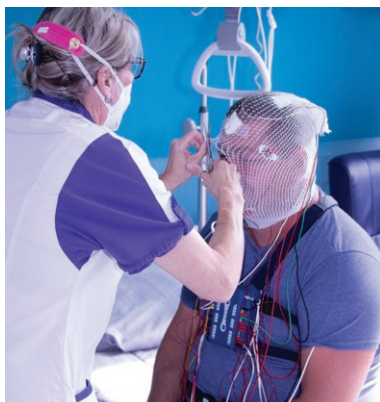
Bij het slaapapneusyndroom treden ademstilstanden op in de slaap. De meeste mensen hebben weleens een (sterk) verminderde ademhaling of een ademstilstand in de slaap, maar we spreken pas van een slaapstoornis wanneer dit meer dan 5 keer per uur gebeurt en minimaal 10 seconden duurt. Als gevolg van een verminderde ademhaling of ademstilstand daalt de zuurstofspiegel in het bloed waardoor onwenselijke wekreacties (arousals) ontstaan.

Apneu

Apneu betekent letterlijk 'geen lucht'. Sommige mensen stoppen tijdens het slapen regelmatig even met ademen. Zij hebben ademstilstanden. Bij apneu duurt een ademstop minstens 10 seconden, met vrijwel altijd een zuurstofdaling in het bloed tot gevolg.

Hypopneu

Tijdens de slaap kan er ook sprake zijn van hypopneus waarbij de ademhaling



sterk verminderd is (gedurende minimaal 10 seconden). Er is geen ademstap (zoals bij apneus), maar een verminderde verplaatsing van lucht naar de longen. Het zuurstofgehalte in het bloed kan hierdoor flink dalen, net zoals bij apneus.

OSAS en CSAS

Apneus kunnen optreden doordat de spieren tijdens de slaap ontspannen, waardoor de tong en zachte delen in de keel de ademhaling blokkeren. We spreken dan van het 'obstructief slaapapneusyndroom', afgekort 'OSAS'. Apneus kunnen ook ontstaan doordat de hersenen te weinig prikkels afgeven om te ademen. Dit noemen we 'centrale slaapapneusyndroom', afgekort 'CSAS'. Dit komt echter weinig voor.

Klachten bij OSAS

Door ademnood en gebrek aan zuurstof ontwaakt de patiënt telkens eventjes, meestal zonder zich bewust te zijn van die slaaponderbreking. De ontwaakreacties zorgen er wel voor dat men niet in een diepe slaap komt, die voor een goede nachtrust erg belangrijk is. Het normale slaappatroon wordt verstoord door de 'ontwaakreactie' waardoor er chronisch slaapttekort ontstaat en men overdag erg moe is.

Andere symptomen zijn o.a. snurken, stemmingswisselingen, hoofdpijn in de ochtend, concentratieproblemen en vergeetachtigheid.

Bovendien zorgen de dalingen van het zuurstofgehalte in het bloed voor schadelijke effecten, zeker op lange termijn. Zo hebben apneupatiënten een verhoogde kans op o.a. (verkeers-) ongevallen door vermoeidheid/concentratiegebrek, depressies en hart- en vaatziekten zoals hart- en herseninfarcten en hersenbloedingen.

Polysomnografie

Om te onderzoeken welke problemen er zich juist voordoen tijdens de slaap en wat de oorzaak is, kan een uitgebreid slaapregistratie-onderzoek worden gedaan, een polysomnografie. Tijdens deze slaapregistratie worden diverse lichaamsfuncties tijdens de slaap gemeten en kan men de hoeveelheid en kwaliteit van de slaap beoordelen.

Voor het onderzoek bevestigt de laborant elektroden, verbonden met meetapparatuur, op de hoofdhuid, rond de ogen, onder de kin en op de benen. Hiermee worden volgende functies gemeten: hersenactiviteit, ademhaling (buik en borst), luchtstroom bij het in- en uitademen, hartritme, spieractiviteit in kin en benen en zuurstofgehalte in het bloed. De verschillende elektroden en sensoren zijn verbonden met een recorder, een draagbaar kastje dat de patiënt bij zich draagt en dat de metingen registreert.

De patiënt wordt tijdens zijn slaap ook gefilmd. Dit kan nodig zijn als er sprake is van overmatig bewegende ledematen,

bij nachtangst of slaapwandelen. De slaapregistratie gebeurt altijd in het ziekenhuis. Op basis van de resultaten kan er een diagnose worden gesteld of wordt er aanvullend onderzoek gedaan.

Diagnose en behandeling OSAS

Bij het stellen van de diagnose wordt gekeken naar het aantal ademstaps of sterk verminderde ademhalingen per uur en de mate van slaperigheid die de patiënt ervaart. Er bestaat een indeling in licht, matig en ernstig slaapapneus. Welke behandeling het meest geschikt is, hangt dan ook af van de ernst van de OSAS.

Algemene behandeladviezen zijn: afvallen als er sprake is van obesitas, 's avonds geen alcohol meer drinken en geen slaapmedicijnen nemen. Bij een lichte vorm van OSAS zijn deze maatregelen vaak voldoende en is er geen verdere behandeling noodzakelijk. Bij matige en ernstige OSAS is behandeling met een MRA-beugel of CPAP wel noodzakelijk.

Contactgegevens Pneumologie

Tel.: 011 xx xx xx
E-mail: xxxxxx@sfz.be

Sandro Botticelli: Slaap en dromen, een fascinerend onderwerp binnen de kunst

Dr. Fons Henckens, kinderarts

Botticelli behoorde, samen met o.a. Michelangelo, da Vinci en Raphael, tot de meest prominente renaissancekunstenaars van Florence. 'Venus en Mars' is een zijn bekendste schilderijen. Het dateert van rond 1483.



Mars, de Romeinse god van de oorlog, was een van de vele minnaars van Venus, de Romeinse godin van de liefde. Het schilderij toont Mars in slaap, vermoedelijk uitgeput door het vrijen met Venus. Venus is echter wakker en waakzaam, vermoedelijk genietend van haar verovering. Het schilderij zit vol symboliek en kan op verschillende manieren geïnterpreteerd worden.

Wat zit er allemaal verborgen in dit ogenschijnlijk idyllische tafereel?

Mars heeft zijn militaire uitrusting afgelegd. Saters* spelen met zijn harnas. De sater in de rechterbenenhoek, hij zit in de borstplaat van Mars, trok de aandacht van de kunsthistorische wereld vanwege de merkwaardige vrucht onder zijn hand. Kunsthistoricus David

Bellingham suggereerde dat dit '*datura stramonium*' is, een hallucinogeen. Deskundigen van Kew Gardens in Londen bevestigden dit. Mars verkeert dus in een gedrogeerde slaap. De interpretatie en betekenis hiervan staan ter discussie. Aangezien de vrucht in de Bijbel niet als een appel wordt genoemd, kan dit een Bijbelse verwijzing zijn, een poging om de toeschouwers aan Adam en Eva te herinneren. Merk ook op dat Venus bescheiden gekleed is.

In het midden staat de lans van God, met aan het eind een helm - allemaal seksuele toespelingen om te laten zien dat Mars ontwapend is en overwonnen door liefde. Een van de saters blaast op een schelphoorn in het oor van de God om hem proberen wakker te maken.

Het paar ligt tussen mirthebomen. De mirthe was de boom van Venus en werd als een sterk afrodisiacum beschouwd. Romeinse bruiden droegen mirthe in hun bruidsboeketten. Er is ook een laurierstruik - laurier was het symbool van de Medicis in Florence, dus dit kan een subtiel knikje in hun richting zijn.

Kijk goed naar de rechterkant van het schilderij, boven het hoofd van de slapende Mars, en je zult een aantal wespen vinden. Er zijn verschillende stromingen over de betekenis van de wespen. De ene school zegt dat ze moeten laten zien dat Mars is gestoken door de pijl van de liefde, een andere dat omdat Venus getrouwd is en de liefde ongeoorloofd is, de zoetheid een engel in zijn staart heeft.

* Saters zijn kleine wezens uit de Griekse mythologie, bekend om hun wellust en speelsheid. Men dacht dat ze in bossen en op het platteland woonden en dat ze volgelingen waren van de extatische cultus van Dionysus. Het publiek dat naar dit schilderij keek, zal goed op de hoogte zijn geweest van wat de saters betekenden.

Anderen wijzen op de vrouw die model stond voor Venus: **Simonetta Cattaneo de Candia**. Ze stond destijds bekend als de mooiste vrouw van Florence en Botticelli schilderde haar in 2 van zijn beroemdste schilderijen: 'Primavera' en 'De geboorte van Venus'. Ze was getrouwd met een lid van de machtige Vespucci-familie. Het Italiaanse woord voor wesp is 'vespe' en de beestjes komen voor op het wapen van Vespucci. Het kan dus een subtiel compliment zijn aan het adres van Simonetta's Vespucci-echtgenoot.

Aan de andere kant komen we terug op het feit dat Venus overspeld pleegde met Mars. Simonetta was populair bij het Medici-hof vanwege haar schoonheid en kende de Medicis goed. Sommige commentatoren hebben gewezen op de gelijkenis tussen Mars en de man afgebeeld in Botticelli's portret van Giuliano de Medici, dat omstreeks 1477 werd geschilderd.

Er is een duidelijk verschil in de behandeling van de 2 figuren. Venus wordt volledig gekleed afgebeeld, in eigentijdse klederdracht. Mars daarentegen ziet eruit alsof hij is geschilderd naar een marmeren beeld.

Dit werk is geschilderd op populierenhout, in tempera en olie. Tempera werd gemaakt door pigmenten tot een poeder te malen en ze toe te voegen aan een medium zoals water, honing of ei om een werkbare verf te maken. Het schilderij is iets minder dan 70 cm hoog en 175 cm breed en was waarschijnlijk bedoeld als hoofdeinde van een bed. We weten echter weinig over wie het werk heeft besteld en waarom. We weten dat Botticelli's beschermheer Lorenzo de Medici was en dat Botticelli in 1470 zijn eigen werkplaats had opgericht.

Zin in meer?

Op digitaal magazine.sfz.be/intro5 vindt u enkele andere werken en de biografie van Botticelli.

Interessante tentoonstellingen

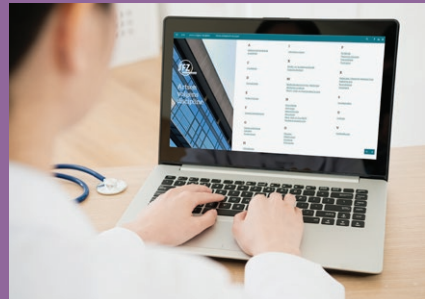
Ulrike Bolenz - Der ewige Mensch

Husk Gallery - Ukkel
Nog tot 24 oktober 2020

Van Gogh - The immersive experience

Rijnkaai 150 - Antwerpen
Van 21 september tot 8 november

Rechtstreeks contact met onze artsen



In het belang van de patiënten is een vlot contact tussen verwijzers en artsen in het SFZ essentieel.

Om de communicatielijnen te verkorten en sneller toegankelijk te maken, lanceert het SFZ daarom een digitale telefoonlijst.

Deze telefoongids is beveiligd met een paswoord en enkel te raadplegen door geneesheren.

Vraag uw paswoord aan bij de dienst communicatie van het SFZ: communicatie@sfz.be



Wilt u Intro liever digitaal ontvangen?

- Altijd en overal raadpleegbaar op pc, laptop en smartphone
- Meer diepgang voor boeiende topics over de dagelijkse ziekenhuisrealiteit
- Interactieve mogelijkheden, educatieve filmpjes, fotoreportages, nuttige links, enz.

Mail uw naam, functie, e-mailadres en gemeente naar diane.momers@sfz.be of scan de QR-code en vul meteen uw gegevens in.



Colofon

Algemeen

Sint-Franciscusziekenhuis
P. Paquaylaan 129
3550 Heusden-Zolder
Tel. 011 71 50 00 (algemeen)
011 75 55 55 (polikliniek)

Algemeen directeur

Dhr. Bruno Van Eesbeeck (ad interim)

Eindredactie

Diane Mombers

Redactieraad

Voorzitter, dr. Stijn Loonbeek
dr. Christoph Kenis, dr. Nele Guion,
dr. Fons Henckens, Mevr. Diane
Mombers, dr. Inge Wouters

Foto's

Kris Dexters

V.U.

Dr. Bruno Van Eesbeeck

Hebben meegewerkt

Dr. Vanbilsen Kathleen, Dr. Inge
Wouters, Dr. Henckens, Dr. Stijn
Loonbeek, Dr. Sarah Stroobants,
Dr. Tanja Kluyt, Mevr. Nele Sneyers,
Dr. Fons Henckens, mevr. Edith
Voortmans, Diane Mombers