



Jan Palfijn
ALGEMEEN ZIEKENHUIS
GENT
AUTONOME VERZORGINGSINSTELLING

najaar 2012

medisch informatiemagazine
periodieke uitgave - nr. 15

informatiemagazine

Palfijn.nieuws



- p. 4 > KOALA: integratieve benadering van huilbaby's
- p. 7 > Endoveneuze behandeling van spataders
- p. 10 > Symbolische eerstesteenlegging renovatie Jan Palfijn

Obesitas bij kinderen: voeding is ook opvoeding

Jan Palfijn en UGent zetten met succes ook ouders centraal bij behandelingsplan.



Het AZ Jan Palfijn Gent AV en de vakgroep Ontwikkelings-, Persoonlijkeids- en Sociale Psychologie van de Universiteit Gent ontwikkelden een nieuwe individuele aanpak voor de behandeling van kinderen met obesitas. Eén kerngedachte staat hierbij centraal: voeding is onlosmakelijk verbonden met opvoeding. Het programma richt zich, in tegenstelling tot een

klassieke benadering, namelijk niet enkel tot het kind maar evenzeer tot het gezin. Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat deze benadering werkt bij de behandeling van het kind, maar ook tegemoet komt aan specifieke noden van ouders. Het programma wordt immers uitgewerkt op maat van het individuele gezin waardoor de therapieontrouw die vaak voorkomt bij groepssessies tot een minimum kan herleid worden. ► blz. 2

Toename van obesitas bij kinderen. Ook in uw praktijk?

Wereldwijd is er de laatste 20 à 30 jaar een sterke toename van obesitas bij kinderen. In België kennen we een prevalentie van overgewicht en obesitas van respectievelijk 9,9% en 1,5% bij jongens en 13,1% en 2,1% bij meisjes (Roelants & Hoppenbrouwers, 2001). De gevolgen situeren zich zowel op medisch, psychosociaal als economisch vlak. Medische complicaties manifesteren

zich vooral op volwassen leeftijd. Maar ook op jonge leeftijd stelt men een aantal problemen vast. Zo kunnen er respiratoire, orthopedische, dermatologische en immunologische aandoeningen optreden en zijn endocrinologische en metabolische stoornissen mogelijk (Must & Strauss, 1999; Wabitsch, 2000).

De psychosociale gevolgen zijn vaak veel prominenter aanwezig. Kinderobesitas heeft immers een sterke impact op de fysieke verschijning en kan bijgevolg leiden tot discriminatie, sociale isolatie en een verlaagd gevoel van zelfwaarde. Als gevolg daarvan kunnen er bovendien gevoelens van angst, eenzaamheid en depressiviteit optreden. Daarnaast rapporteren de ouders van deze kinderen meer emotionele en gedragsproblemen en ervaren de gezinsleden vaak een negatieve gezinssfeer.

Onderzoek maakt ook duidelijk dat hoe ouder het kind is bij aanvang van de behandeling, hoe kleiner de slaagkans. Daarom is er een belangrijke taak weggelegd voor onder meer huisartsen en artsen in de preventieve jeugdgezondheidszorg. De huisarts is daarenboven ook vaak vertrouwd met de voorgeschiedenis van het gezin.

Ontstaan van obesitas en de rol van het gezin

Het ontstaan van overgewicht kent een sterke familiale component. Enerzijds is er de factor erfelijkheid, maar daarnaast speelt ook het gezin van het kind als

leeromgeving een erg belangrijke rol. Vooreerst vormt het gezin het voedingsmilieu. Ouders staan in voor de boodschappen en de bereiding van de maaltijden: zij bepalen wat, waar en wanneer er gegeten wordt.

Ouders en andere familieleden vervullen

ook een voorbeeldfunctie met betrekking tot eet-, bewegings- en ander gewichtsgelateerd gedrag. Kinderen imiteren deze gedragingen bewust en onbewust. Bovendien kunnen ouders met hun reacties op gedragingen van hun kinderen bepaald gedrag aan- of afleren. Op die manier wordt het duidelijk dat voeding en opvoeding niet los van elkaar kunnen worden gezien. Het betrekken van ouders in de behandeling van overgewicht bij een kind is dan ook essentieel.

Multidisciplinair team van Jan Palfijn en UGent richt zich op kind én ouder

In het Gentse Jan Palfijnziekenhuis werd onlangs een multidisciplinaire gewichtszorgunit opgericht om kinderen jonger dan 12 jaar die kampen met problematisch overgewicht te behandelen. Het team bestaat uit een kinderarts, een psycholoog en een voedings- en bewegingsdeskundige. De focus ligt hierbij sterk op het betrekken van de ouders.

De behandeling steunt op drie, wetenschappelijk onderbouwde, componenten. De eerste twee componenten worden gevormd door het principe van de energiebalans van het kind. Samen met het gezin

wordt gezocht hoe beide polen van deze balans (energie-inname en energieverbruik) in evenwicht gebracht kunnen worden. Het betreft een combinatie van enerzijds minder energierijk en gezonder eten en anderzijds op een leuke manier meer beweging en dus energieverbruik inlassen in het dagelijkse leefpatroon.

Een derde essentiële component is van gedragstherapeutische aard: inzicht krijgen in de eet- en leefgewoonten van het gezin en samen streven naar gedragsverandering en -behoud. Omdat ouders het voedings- en bewegingsmilieu van het kind voor een groot deel vormgeven, zijn zij de aangewezen personen om hierin stapsgewijs verandering aan te brengen. Hier ligt meteen ook de kern van het programma: het ondersteunen van het kind via mediatie van de ouders. Deze holistische aanpak geeft als bijkomend voordeel dat het kind niet als individu wordt benaderd en zich niet gestigmatiseerd voelt.



Naast erfelijkheid speelt ook de leeromgeving van het gezin een belangrijke rol bij het ontstaan van overgewicht.

De behandeling in de praktijk

Het programma richt zich op ouders en hun kind met overgewicht dat tussen de 4 en 12 jaar oud is. De sessies worden gepland op maat van het gezin en omvatten afwisselend een voedingsluik (begeleid door de voedingsdeskundige) en een opvoedingsluik (begeleid door de psycholoog). Het voedingsge-

deelte bevat informatie en educatie over wat een gezonde levensstijl inhoudt en wat de neveneffecten van strenge dieetbeperkingen zijn. Daarnaast worden de verscheidene voedingsgroepen van de actieve voedingsdriehoek systematisch overlopen en per sessie in detail besproken. Het gedragsmatige gedeelte is cognitief gedragstherapeutisch geïnspireerd en omvat elementen die ook te vinden zijn in andere protocollen voor het werken met ouders (cf. Merlevede, Meerschaert, Bosmans, De Mey & Braet, 2004).

Voorafgaand vindt een screeningsfase plaats. De diagnose gebeurt hier steeds door een kinderarts. Deze berekent de mate van overgewicht gebaseerd op de gewicht voor lengte-curves en de BMI-normen. Er wordt ook bijkomend klinisch onderzoek verricht om na te gaan of een primair medische oorzaak aan de basis ligt van het gewichtsprobleem en om te onderzoeken of er secundaire gevolgen zijn door het overgewicht.

Aan de ouders wordt vooraf gevraagd een voedings- en bewegingsdagboek in te vullen en mee te brengen naar de intake-middag. De voedingsdeskundige zal een voedingsanamnese uitvoeren. Ten slotte zal de psycholoog een psychologische anamnese afnemen. Deze is tweedelig en omvat een interviewgedeelte en een psychodiagnostische testing.

De informatie verkregen op basis van deze uitgebreide screening, dient als basis voor het opmaken van het behandelplan. Naast het doorlopen van de standaardbehandeling, kan het aangewezen zijn om een extra behandelingsmodule aan te bieden aan het kind zelf en/of de ouders. Kinderen leren proeven, kinderen zelfcontrole- en andere copingvaardigheden aanleren in functie van een gezond eetpatroon zijn daar enkele voorbeelden van.



Dr. Nele Baeck, Kinderarts en -Gastro enteroloog
09 265 12 52

KOALA-project: integratieve begeleiding voor huilbaby's



Het KOALA-project, acronym voor Kind en Ouder Advies voor Langdurige huilende baby's, is ontstaan als een antwoord op de hulpvraag van ouders met een 'huilbaby' in samenwerking met de dienst Ontwikkelings-, Persoonlijkheds- en Sociale Psychologie van de Universiteit Gent (Prof. Barbara De Clercq). Het project biedt een systematische en gestruc-

tureerde begeleiding van huilgedrag waarbij interdisciplinaire samenwerking (kinderarts, verpleegkundige, lactatiekundige en psycholoog) een cruciaal gegeven vormt. Men vertrekt hierbij vanuit een evidence-based theoretisch kader dat verschillende etiologische benaderingen van huilgedrag integreert.

► blz. 5



VOORWOORD

2012 stond voor een groot deel in het teken van het grootschalige infrastructuurproject dat ons ziekenhuis ook in de 21ste eeuw zijn plaats in het Gentse ziekenhuislandchap verzekert. De bouwactiviteiten gaan nu bijna een half jaar onverminderd voort. In dit kader konden we onlangs de 'eerste steen' inhuldigen. Een 'eerste steen' die voor bestuur, directie en alle personeelsleden een grote symbolische waarde met zich meedraagt.

Het doet mij plezier te merken dat ook de medische innovatie zich blijft manifesteren binnen ons ziekenhuis. Zo informeren wij u in deze nieuwsbrief graag over enkele unieke projecten op onze Kinderafdeling en de investering in een gloednieuwe scanner op de dienst Nucleaire Geneeskunde. Dit toestel werd trouwens geplaatst in een volledig gerenoveerde afdeling. Meteen het eerste wapenfeit van ons voornemen om de volledige infrastructuur van ons ziekenhuis grondig te moderniseren.

Geert Versnick, voorzitter

Huilen is deel van een normale ontwikkeling

Huilen vormt voor een baby de belangrijkste vorm van communicatie en kan evolutionair gezien als een overlevingsmechanisme worden beschouwd. De mate waarin baby's huilen, vertoont echter een grote inter-individuele variabiliteit en is leeftijdsgebonden. Het huilgedrag van een pasgeboren baby volgt hierbij een typische ontwikkelingscurve, met een huilpiek van 3 uur/dag tijdens de zesde levensweek na de geboorte, gevolgd door een graduele daling vanaf week 7.

Wanneer spreken we van een 'huilbaby'?

Bij een aantal baby's treedt deze daling echter niet op en blijven zowel frequentie als duur van de huilbuien hoog. Het huilen doet zich voor zonder aanwijsbare oorzaak, is niet meer leeftijdsadequaat en vormt een grote bron van emotionele spanning bij ouders. Dit overmatig huilen kan aanleiding geven tot vroegtijdig stopzetten van de borstvoeding, een frequente voedingswissel, een verhoogde kans op post-partum depressie bij de moeder en een verhoogd risico op kindermishandeling (95% van Shaken Infant Syndrome wordt mede veroorzaakt door excessief huilgedrag).

Deze 'huilbaby's' vertonen vaak een hoge activiteitsgraad, hebben het moeilijk om de slaap te vatten en raken snel overstuur door externe prikkels. Hoewel het begrip 'huilbaby' subjectief is, definieert men het doorgaans in de literatuur volgens de 3/3/3-regel van Wessel: meer dan 3 uur per dag huilen, en dit 3 dagen per week gedurende minstens 3 weken. Ongeveer 10-15% van de pasgeboren baby's voldoet aan deze

3/3/3-regel, wat impliceert dat de ouderlijke hulpvraag relatief groot is. Uit de praktijk blijkt dat deze ouders vaak tegenstrijdige adviezen krijgen en dat er weinig 'evidence based' informatieverlening bestaat omtrent normaal huilgedrag en de bijdragende factoren.

Factor 1: medisch-organisch

Vanuit wetenschappelijk oogpunt is men het er over eens dat zowel medische als psychosociale factoren een etiologische rol kunnen spelen.

Hoewel een medisch-organische oorzaak voor slechts 5% van de baby's een verklaring biedt voor het huilprobleem, verdient deze invalshoek prioriteit in functie van het uitsluiten van een onderliggende organische pathologie. Een uitgebreide anamnese en volledig klinisch onderzoek resulteert in een 70% detectie van organische pathologie en vormt aldus

de hoeksteen van een efficiënt en trapsgewijs diagnostisch proces. Een urine-sediment en -cultuur vormen hierbij cruciale elementen, gezien de hoge prevalentie van urineweginfecties als etiologische factor van excessief huilen. Andere

technische onderzoeken (echografie abdomen, echografie hersenen, bloedonderzoek...) kunnen worden uitgevoerd op geleide van de conclusies van de eerste intake en het verloop.

Factor 2: interactie moeder-kind

Een tweede invalshoek is het interactionele model waarbij men vooral op de wederkerige invloeden ouder-kind focust. Postnatale vermoeidheid en depressieve klachten, de socio-economische toestand van het gezin en de rangorde van de zuigeling

'We focussen niet enkel op het medische. De interactie tussen moeder en kind én de psychologische ontwikkeling van de baby spelen een zeer bepalende rol.'

► blz. 6

binnen het gezin kunnen elk op zich een risicofactor vormen voor het ontwikkelen van een inadequate moeder-kind band. De subtiele signalen bij de zuigeling leren herkennen, er tijdig op in te spelen en fysiek ouder-kindcontact stimuleren, blijken belangrijke handvaten in de contextuele begeleiding van gezinnen met een huilbaby.

Factor 3: psychologische ontwikkeling baby

Een derde invalshoek gaat uit van de sterke verschillen in temperament tussen baby's. Dit ontwikkelingspsychologisch standpunt veronderstelt dat zuigelingen verschillen in de mate waarin ze in staat zijn tot zelfregulatie en verklaart het huilgedrag mede vanuit omgevingsgestuurde over- of onderstimulatie. Vanuit dit denkkader vormt de populatie van premature baby's een risicogroep, gegeven hun neuro-psychologische immaturiteit. Principes als rust en regelmaat, prikkelreductie en het installeren van vaste patronen vormen vanuit dit model belangrijke schakels in het toewerken naar het subjectief welzijn van de zuigeling.

KOALA-project: integratie van drie invalshoeken

Het **KOALA**-project binnen de afdeling Pediatrie van het AZ Jan Palfijn Gent AV integreert deze drie invalshoeken in een multidisciplinair begeleidingsproces. In de praktijk betekent dit dat de kinderarts in een eerste consult voldoende tijd voorziet (30 minuten) om alle aspecten aan bod te laten komen.

Een werkboekje voor de ouders met eenduidige adviezen en een herhaling van de rationale is voorhanden. Ouders krijgen hierbij de mogelijkheid om opmerkingen te noteren en om het huilpatroon van hun baby te registreren. Dit laatste gebeurt aan de hand van een huilkaart.

Een tweede contact, relatief kort nadien, wordt afgesproken. Dit contact kan telefonisch of onder de vorm

van een tweede consult. Op dat ogenblik worden de resultaten besproken en wordt het effect op het huilpatroon getoetst. Eventueel kan ook overgegaan worden tot een multidisciplinaire ambulante interventie waarbij een medisch en psychologisch consult worden gecombineerd. Als alternatief, bij dreigende decompensatie, kan een mid-week opname gepland worden waarbij alle disciplines aan bod komen en observatie een sleutelrol speelt.

Het type en de sequentie van de contacten kan worden aangepast, afhankelijk van de concrete situatie van het gezin. Het is hierbij ook belangrijk om de huisarts, die de gezinsdynamiek goed kent, in te lichten en te betrekken in het overleg.

Een evaluatie van de behandelde cases van de voorbije maanden is tot op heden positief. De aanpak lijkt vruchten af te werpen met veelal een gunstige feedback van de ouder(s).

Overdiagnose Gastro-Oesofagale Reflux Ziekte

Maar liefst 15% van alle zuigelingen in België wordt behandeld met zuurremmende medicatie in de loop van de eerste levensmaanden. Geen enkele studie toont echter een positief effect van het gebruik van proton pomp inhibitoren (PPI) op het huilgedrag van baby's. Het is dan ook belangrijk de overdiagnose en overbehandeling van Gastro-Oesofagale Reflux Ziekte (GERD) bij huilbaby's te benadrukken.

De bijwerkingen die men bij volwassenen beschrijft, kan men extrapoleren naar de zuigelingenpopulatie. Er is bovendien het vermoeden dat vroegtijdig toedienen van PPI geassocieerd is met latere voedselallergieën en een verhoogde prevalentie van lagere luchtweginfecties. Vanuit observationeel perspectief is het tot slot van belang te melden dat er geen bewezen verband bestaat tussen regurgiteren, overstrekken, huilen en GERD.

i Dr. Tom Vercruyse, Kinderarts
09 265 12 33

Endoveneuze behandeling van spataders: minder invasief, minder pijnlijk en terugbetaald

Spatadervorming is een veel voorkomende aandoening. Tot 40% van de vrouwen en 20% van de mannen lijdt eraan. Vaak gaat dit gepaard met symptomen als moeheid, pijn en zwelling in de onderste ledematen. Op lange termijn kunnen ze huidproblemen veroorzaken en ulcera. Varices of spataders (aders waarvan de kleppen niet goed meer sluiten, functiegestoorde aders) werden, na het falen van conservatieve therapie, tot nu toe vrij invasief behandeld via zogeheten 'stripping'. Binnen het AZ Jan Palfijn Gent AV hanteert men de 'endoveneuze behandeling' en gebruikt men hierbij een zeer performante lasergenerator met bewezen voordelen.

Bij de 'endoveneuze behandeling' van de varix wordt via een punctie op het uiteinde van de grote of kleine saphena vene (de vena saphena magna of parva) een lasercatheter opgeschoven tot in het bovenbeen. De catheter wordt vervolgens zachtjes teruggetrokken en dankzij de vrijstelling van laserenergie wordt de ader gesloten. Hij verschrompelt en verdwijnt.

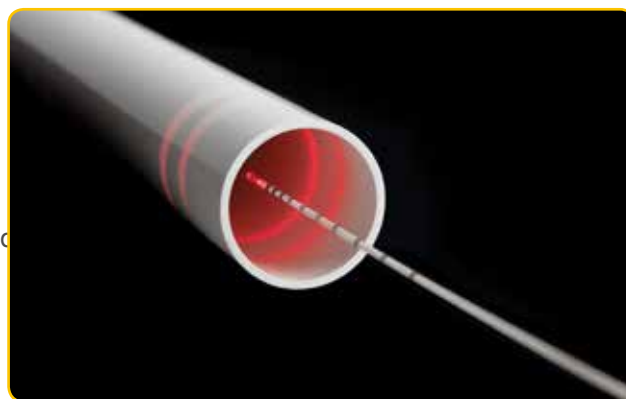
Voordelen

Deze beduidend minder invasieve techniek veroorzaakt minder weefselschade dan een stripping en is daardoor veel minder pijnlijk. Ook de snede in de lies is niet meer nodig. Daarenboven gebeurt deze behandeling, dankzij de forfaitaire terugbetaling van het materiaal, nu aan aanvaardbare tarieven voor de patiënt. Het remgeld op de lasercatheter wordt door hospitalisatieverzekeringen steeds volledig terugbetaald. Ons ziekenhuis zal de patiënt ook geen supplementen ten laste leggen.

Efficiëntere technologie

Het team van fleboloog-chirurgen in het AZ Jan Palfijn Gent AV heeft zich omringd met de nieuwste en

meest efficiënte apparatuur. Het stel werkt met een hogere laserfrequentie dan de oude toestellen. Deze hogere en betere frequentie is gerandomiseerd bewezen efficiënter en veiliger voor de patiënt. De nieuwe catheters zijn erg ingenieus gemaakt. Dankzij spiegeltjes in de top wordt de energie niet recht vooruit maar circulair afgegeven waardoor de venewand heel gericht wordt behandeld (zie foto). Dit heeft beduidend minder postoperatieve last tot gevolg.



Dagopname en nazorg

De behandeling gebeurt in een one-day-care setting: de patiënt komt 's morgens (nuchter) binnen. De behandeling gebeurt onder algemene narcose. Ontslag vindt de dag zelf 's avonds plaats. De nazorg bestaat uit 14 dagen steunkousen gevolgd door een ambulante controle.

De zeldzame patiënten die niet in aanmerking komen, hebben spataders die een te tortueus (kronkelig) of oppervlakkig verloop vertonen.



Dr. Katelijne Derveaux: 09 265 12 66

Dr. Jean-Pierre Deleu: 09 240 98 14

'Fast Track' herstelprogramma's. Sneller is beter?

Binnen de verschillende heelkundige disciplines merkt men steeds meer hoe allerlei 'Fast Track'-operatieprotocols of 'Rapid Recovery'-programma's ontwikkeld worden. Het doel van zo'n versneld herstelprogramma is ervoor te zorgen dat de patiënt eerder recupereert van de operatie en dit met minder complicaties. De patiënt kan het ziekenhuis zo sneller verlaten en zijn leven weer hervatten als voorheen. Het gezondheidseconomisch belang van dergelijke protocols wordt steeds belangrijker.

In het Gentse Jan Palfijnziekenhuis worden deze vormen van optimalisatie reeds enkele jaren toegepast bij knieprothesechirurgie. In principe komen alle patiënten hiervoor in aanmerking. Uitzonderingen zijn cognitief gehandicapte patiënten en heel zware afwijkingen die uitzonderlijke technieken vragen.

Positief economisch en klinisch effect

Programma's die vroegtijdige mobilisatie, revalidatie en ontslag aanmoedigen, hebben als doel de efficiëntie en de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Deze inspanningen zorgen ontegensprekelijk voor een duidelijk positief economisch en klinisch effect.

Samen met de lengte van het verblijf, dalen ook de bijhorende kosten en de wachtlijsten van het ziekenhuis. Patiënten op hun beurt merken een duidelijke toename van hun levenskwaliteit en zijn ook meer tevreden. Ze ervaren minder postoperatieve pijn en hebben minder te maken met morbiditeit van de

ingreep (de veiligheid neemt toe). Hierdoor verloopt het postoperatief herstel sneller en vlotter.

Samenwerking binnen én buiten het ziekenhuis

Het hele proces is dynamisch en vraagt continue samenwerking van verschillende actoren binnen het zorgpad waaronder de huisarts, anesthesist, chirurg, ziekenhuislogistiek en verpleegkundige. Deze samenwerking moet ook voortdurend geëvalueerd worden op diverse parameters. Op het vlak van anesthesie en pijnbeheersing kan men opteren voor

centrale pijnblokkade of meer perifere waarbij men opioïden zoveel mogelijk vermijdt.

Op het gebied van mobilisatie gaat men uit van gestandaardiseerde technieken en protocols (denk aan 'snel uit bed', spierkrachtverlies tegenwerken en het risico op diep-veneuze trombose verminderen).

Patiënten die dit soort herstelprogramma volgen, dienen uitvoerig geïnformeerd én gemotiveerd te worden. Onder meer het opstellen van een psychologisch profiel, het inschatten van de pijngevoeligheid en het verlenen van voedingsadvies spelen hier een belangrijke rol.

In combinatie met de evoluties op het gebied van chirurgische technieken en de steeds betere protheseresultaten, wordt een pijnvrije en risico-arme prothesechirurgie in de toekomst mogelijk realiseerbaar.



i Dr. Wouter Van den Broecke, Orthopedist
wouter.vandenbroecke@janpalfijngent.be

Nieuwe SPECT-CT gamma-camera operationeel

De dienst Nucleaire Geneeskunde heeft de voorbije jaren een sterke reputatie opgebouwd. De meeste onderzoeken uit de Nucleaire Geneeskunde worden er aangeboden en daarnaast zijn er zeer specifieke onderzoeken (o.m. schildkliertomoscintigrafie- en colonscintigrafie) die door de dienst zelf ontworpen werden en internationale weerklink kregen in de literatuur en op congressen. Met de ingebruikname van een nieuwe SPECT-CT gamma-camera blijft de dienst haar patiënten de best mogelijke dienstverlening aanbieden. Dit gebeurt daarenboven in een volledig gerenoveerde afdeling.

Klassieke scintigrafie: twee onderzoeken

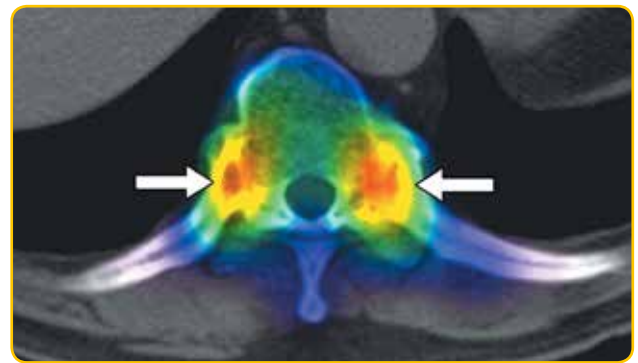
Een scintigrafie gebeurt meestal na een quasi-pijnloze inspuiting van een lage dosis radioactieve stof in de arm. Deze zal zich naargelang het type product integreren in het te onderzoeken lichaamsdeel (skelet, longen, schildklier, hersenen, hart ...). Na de inspuiting moet de patiënt, afhankelijk van het type onderzoek, na een min of meer lange incubatieperiode onder een gamma-camera gaan liggen. De gamma-camera zal beelden construeren, die dankzij de SPECT-technologie het orgaan, als het ware in sneetjes gaat snijden om er achteraf een driedimensionaal beeld van te maken. De beelden die worden gemaakt geven een functioneel aspect van het desbetreffend orgaan weer.

Daarnaast worden van de patiënt ook CT-beelden gemaakt. Deze geven een morfologisch (anatomisch) beeld van het onderzochte lichaamsdeel. De afzonderlijke SPECT- en CT-beelden worden vervolgens naast elkaar gelegd om een volledig beeld te krijgen.

Nieuwe SPECT-CT: één alomvattend onderzoek

De nieuwe dubbelkops SPECT-CT gamma-camera van het AZ Jan Palfijn Gent AV maakt het nu mogelijk om simultaan SPECT- en CT-beelden te maken

met één en hetzelfde toestel. De verkregen beelden bevatten zowel de functionele als de anatomische informatie over het betreffende lichaamsdeel. Eén alomvattend onderzoek is zo voldoende om een accuratere en snellere diagnose te stellen.



De nieuwe SPECT-CT gamma-camera combineert de beeldinformatie van een CT-scan en een klassieke SPECT-camera.

Voordelen

De patiënt spaart tijd uit. Het is immers niet langer nodig om nog een aparte CT-scan te nemen. Onder meer bij disciplines als de orthopedie (osteointegratie van prothese en osteosynthese materiaal), oncologie en facetpathologie kan men makkelijker de letsels lokaliseren en karakteriseren. Hierdoor zal men minder vals positieve en vals negatieve resultaten bekomen.

Dit nieuw type onderzoek zal, zoals alle onderzoeken, steeds op verwijzing gebeuren. Het uitvoeren van een SPECT-CT fusie-opname wordt door de verwijzende arts of door de nuclearist beslist. De beelden worden zowel door de radiologen als de nuclearisten geïnterpreteerd om zo beide expertises samen te brengen tot één besluit.



Dr. Alain Sand, Nuclearist: 09 224 81 18
Dr. Nick Baelde, diensthoofd Medische beeldvorming: 09 265 12 54

Symbolische eerstesteenlegging voor renovatiewerken site Watersportbaan



Op dinsdag 13 november 2012 werd de symbolische eerste steen van de renovatie van de site aan de Watersportbaan feestelijk onthuld in naam van mevrouw Laurette Onkelinx (Vice-Eerste Minister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid), de heer Daniël Termont (burgemeester van Gent), de heer Geert Versnick (voorzitter AZ Jan Palfijn Gent AV) en mevrouw Marleen Porto-Carrero (bestuurder-directeur AZ Jan Palfijn Gent AV). Minister Onkelinx liet zich bij de tegenwoordigen door mevrouw Griet Ceuterick, adviseur-generaal van de FOD Volksgezondheid. Intussen gaan de werkzaamheden op het terrein onverminderd voort. De opening van de eerste vernieuwde afdelingen is voorzien voor het voorjaar 2013.

Eerste steen met grote symboolwaarde

Bij de creatie van de eerste steen ging de kunste-

naar aan de slag met hoogwaardig en weerbestendig cortenstaal. Het eindresultaat is een opvallende kubusvorm van een halve meter waaruit de letters 'EERSTE STEEN 13.11.12' werden gesneden. Binnenin werd een lamp gemonteerd waardoor licht uit de kubus straalt.

Voor voorzitter Geert Versnick symboliseert de eerste steen veel meer dan de renovatie van een ziekenhuisgebouw: *'Het licht dat uit onze eerste steen straalt, verwijst naar een vernieuwingsoperatie die Jan Palfijn deze en de volgende jaren zal kenmerken, niet enkel op het gebied van infrastructuur maar zeer zeker ook op het vlak van medische ontwikkelingen. Met de stevige kubusvorm van de steen wensen we tegelijkertijd aan te geven dat elke Gentenaar kan blijven rekenen op onze fundamentele basisopdracht: sociale en betrouwbare tweedelijnszorg, mét tariefzekerheid.'*

De steen is momenteel te bewonderen in de inkom-

hal van het ziekenhuis en zal nadien aan de nieuwe hoofdingang van het ziekenhuis worden geplaatst.

Renovatiewerken: stand van zaken

Na enkele maanden van afbraak en ruwbouw krijgt het nieuwe Jan Palfijn meer en meer vorm. In de achterzijde van het gebouw is men momenteel volop bezig met de afwerking van de eerste, volledig vernieuwde verpleegafdelingen. Ook de voorbereidende werken om de gloednieuwe Spoedafdeling naar deze vleugel onder te brengen zijn gestart.

Aan de buitenzijde werden achteraan alle nieuwe ramen en een extra isolatieschil geplaatst. Op het middendeel bouwt men intussen een extra verdieping om alle technieken en verwarmingsinstallaties in onder te brengen.

Wie de werken op de voet wenst te volgen, kan nog steeds terecht op www.palfijnindesteigers.be. Op deze minisite kan u onder meer een virtuele wandeling door de toekomstige inkomlobby maken.

Alle ziekenhuisdiensten blijven operationeel

Dankzij de gefaseerde aanpak van de werken, de beschikbaarheid van de site op de Fabiolalaan en de opening van een tijdelijke ziekenhuisvleugel deze zomer, kunnen alle diensten van het ziekenhuis open blijven. De dienstverlening blijft volledig behouden.

Verder stellen het ziekenhuis en de aannemers alles in het werk om de hinder voor patiënten te beperken. Er werden geluids- en stofwerende wanden voorzien en speciale bufferruimtes gecreëerd. Deze lege gangen en kamers liggen strategisch tussen de plaatsen waar gewerkt wordt en waar patiënten verblijven.



www.palfijnindesteigers.be
09 224 70 09

Publicaties

- Van Der Straeten C., Grammatopoulos G., Gill H.S., Calistri, A., Campbell P. **De Smet K.** (2012). The Interpretation of Metal Ion Levels in Unilateral and Bilateral Hip Resurfacing. *Clinical Orthopaedics and Related Research*
- **Ebo D.**, Hagendorens M., Bridts C., Stevens W. J.M.K. (2012) ****In vitro**** diagnosis of IgE-mediated allergy: breakthroughs in the last decade. *Expert review of clinical immunology*. 8:1, p. 9-11
- Verweij M., Hagendorens M., Trashin S., Cucu T., De Meulenaer B., Devreese B., Bridts C., de Clerck L. S., **Ebo D.** (2012). Age-dependent sensitization to the 7S-vicilin-like protein cor a 11 from hazelnut (****Corylus avellana****) in a birch-endemic region. *Journal of investigational allergology & clinical immunology*. 22:4, p. 245-251
- **Ebo D.**, Bridts C., Mertens C., Hagendorens M., Stevens W. J.M.K., de Clerck L. S. (2012). Analyzing histamine release by flow cytometry (HistaFlow): a novel instrument to study the degranulation patterns of basophils. *Journal of immunological methods*. 375:1/2, p. 30-38.
- Philipse E., Sabato V., Bridts C., de Clerck L. S., **Ebo D.** (2012). Basophil activation in the diagnosis of life-threatening hypersensitivity reaction to iodinated contrast media : a case report. *Acta clinica Belgica*.
- Cox C.E., **Ebo D.** (2012). Carmine red (E-120)-induced occupational respiratory allergy in a screenprinting worker: a case report. *B-ENT*. 8, p. 229-232
- Sabato V., Verweij M., Bridts C., Levi-Schaffer F., Gibbs B. F., de Clerck L. S., Schiavino D., **Ebo D.** (2012). CD300a is expressed on human basophils and seems to inhibit IgE Fc RI -dependent anaphylactic degranulation. *Cytometry: part B: clinical cytometry*. 82B:3, p. 132-138
- **Ebo D.**, Bridts C. (2012). Images in clinical medicine: disfiguring angioedema. *The New England journal of medicine*. 367:16, p. 1539.
- Cucu T., De Meulenaer B., Bridts C., Devreese B., **Ebo D.** (2012). Impact of thermal processing and the Maillard reaction on the basophil activation of hazelnut allergic patients. *Food and chemical toxicology* 50:5(2012), p. 1722-1728
- Verweij M., Sabato V., Nullens S., Bridts C., de Clerck L. S., Stevens W. J.M.K., **Ebo D.** (2012). STAT5 in human basophils: IL-3 is required for its Fc RI-mediated phosphorylation. *Cytometry: part B: clinical cytometry*. 82B:2, p. 101-106
- Vanhoof, R., Bertrand S., Fux F., Van Eldere J., Verhaegen J., the Belgian SP Study Group (**Ide L.**, e.a.). *Significant increase in Penicillin resistance in Belgian non-invasive clinical isolates of Streptococcus pneumoniae. Survey of antimicrobial resistance rates in isolates collected during winter 2011-2012.* (poster).
- Coomans C., Schelstraete P., **Vallaey J., Lagae Ph., Ide L., Jeannin Ph.** (2012). *Persisting fever: unusual presentation of a mycobacterial infection.* (poster)

Kinderkliniek.be toont bezetting in real time.

Op initiatief van het AZ Jan Palfijn Gent AV werd een site opgericht waarbij pediaters de bezetting op kinderafdelingen van collega-ziekenhuizen kunnen nakijken. Dit levert een grote tijds winst op bij het zoeken naar een alternatief indien de eigen afdeling volzet is.

Naast de vier Gentse ziekenhuizen zijn ook het AZ Alma, AZ Nikolaas, OLV Aalst, AZ Sint-Vincen-tius, AZ Oudenaarde en AZ Sint Blasius aangesloten. Huisartsen zouden in de toekomst toegang kunnen krijgen.



i Dr. Philippe Jeannin, diensthoofd Pediatrie
09 265 12 32

Nieuwe arts in dienst: dr. Annelies Van Erck

Dokter Van Erck studeerde geneeskunde in Gent met nadien een specialisatie Fysische Geneeskunde en Revalidatie. Tijdens haar specialisatie volgde ze de opleiding sportgeneeskunde, manuele therapie en musculoskeletale echografie.



Dr. Van Erck werkt halftijds op onze dienst Fysische Geneeskunde en Revalidatie. Daarnaast werkt ze halftijds in het UZ Gent in het kader van een aanvullende opleiding revalidatie.

Nieuwe arts in dienst: dr. Gaëtane De Buysser

Dokter De Buysser studeerde geneeskunde in Gent, specialiseerde zich in de neurochirurgie en studeerde af in 2006. Daarnaast behaalde ze het brevet acute geneeskunde.



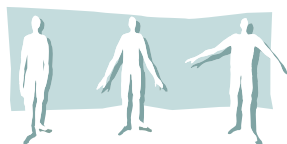
Momenteel engageert dr. De Buysser zich deeltijds bij het Rode Kruis (bloedtransfusie Oost-Vlaanderen) en werkt ze ook als arts bij Kind en Gezin. Sinds 3 juli 2012 is dr. De Buysser deeltijds werkzaam op de Spoedafdeling van ons ziekenhuis.

Palfijn.nieuws in uw brievenbus?

Wenst u Palfijn.nieuws te ontvangen?
Heeft u deze nieuwsbrief liever in uw mailbox?
Is uw adres gewijzigd?
Of wenst u de nieuwsbrief liever niet langer te ontvangen?

>>> communicatie@janpalfijngent.be

COLOFON



Jan Palfijn
ALGEMEEN ZIEKENHUIS
GENT
AUTONOME VERZORGINGSINSTELLING

Periodiek infomagazine voor huisartsen en zorgverleners
Redactieraad: dr. Tom Bovyn, dr. Yves Depaepe, dr. Bruno Heyndrickx (hoofdgeneesheer), dr. Philippe Jeannin, dr. Valerie Verstraeten en mevr. Marleen Porto-Carrero (bestuurder-directeur) - Eindredactie en layout: Communicatiedienst AZ Jan Palfijn Gent AV. Foto cover: ©iStockPhoto. V.U.: Geert Vernick, voorzitter, H. Dunantlaan 5 - Gent - 09 224 71 11