

OVER VROEGER EN NU, WERK  
EN GEZIN, DE PATIËNT EN DE  
PASSIE VOOR HET VAK ARTS,  
VOOR EENS EN VOOR ALTIJD

# IN GESPREK TUSSEN 2 GENERATIES



- + WALANT, een nieuwe manier van opereren
- + Nieuwe artsen@HHLeuven
- + Fasttrack, de snelste weg naar herstel
- + Doorbijter: TMJ syndroom
- + Robotnavigatie vindt de weg naar de operatietafel



**EDITORIAAL:**  
JAN AMPE,  
DIRECTEUR ZORG

Beste arts,

De evolutie in de gezondheidszorg staat niet stil. Ook in deze 'Harttonen' willen we u op de hoogte brengen van onze continue focus op de realisatie van een beter zorgaanbod. We hebben het onder meer over innovatieve ontwikkelingen binnen ons moeder-kind departement, pijnlijke kaakgewrichten en hoe onze MKA-specialisten kunnen helpen, robotchirurgie, operaties via WALANT, fasttrack-raadplegingen...

In het dubbelinterview met dr. Janssens en dr. Desie, komt de gewijzigde arts-patiënten relatie aan bod. Deze evolutie trekt zich ook door in de relatie ziekenhuis(medewerker)-patiënt. Binnen de zorgsector tekent zich immers een tendens af naar meer patiëntenparticipatie. Ook in ons ziekenhuis streven we ernaar patiënten meer te betrekken bij alle aspecten van het zorgproces. De specifieke ervaringsdeskundigheid van de patiënt is waardevol voor ons ziekenhuis, en dit om de kwaliteit van de zorg verder af te stemmen op de noden en wensen van wie op consultatie komt, op onderzoek of in ons ziekenhuis verblijft.

Deze participatie kreeg in 2018 voor het eerst vorm door het opstarten van bedside-briefen op diverse afdelingen. Hierbij gebeurt de verpleegkundige overdracht tussen de ochtend- en avondshift aan bed van de patiënt. Dit concept biedt een dagelijkse kans om patiënten actief in hun zorgprocessen te laten mee beslissen en participeren. We organiseerden ook focusgroepen met patiënten die het einde van hun opname naderden. Hun feedback en ervaringen over onze zorg helpen ons verder verbeteren, zowel qua organisatie als op het gebied van infrastructuur.

Ook extern leggen we contact. Eind 2019 zal het Heilig Hartziekenhuis Leuven intekenen op het project zelfhulpvriendelijk ziekenhuis. Hierover zeker meer in een volgende 'Harttonen'.

Veel leesgenot toegewenst



ALLE OGEN OP(EN)

## WALANT EEN NIEUWE MANIER VAN OPEREREN

---

**Dr. Peters, hand-, pols- en elleboogchirurg op de dienst orthopedie en traumatologie in ons ziekenhuis, voert als één van de eerste chirurgen in België op grote schaal operaties uit met de WALANT techniek.**

WALANT is de afkorting voor Wide Awake Local Anaesthesia No Tourniquet. Daarbij worden operaties onder lokale verdoving uitgevoerd bij een wakkere patiënt zonder dat er een (pijnlijke) knelband nodig is. De operaties zelf veranderen niet van techniek maar er is wel interactie mogelijk met de patiënt, en dat heeft zo zijn voordelen.

### **Dokter, waarom kiest u voor de WALANT techniek?**

Voor ingrepen die traditioneel onder lokale verdoving worden gedaan zijn de grootste bezwaren van de patiënt de pijnlijke injectie en knelband tijdens de ingreep. Ik hanteer een aangepaste techniek van injecteren waardoor de prik als veel minder pijnlijk ervaren wordt. Dankzij de WALANT techniek is er ook geen pijnlijke knelband meer nodig. Zonder de pijnlijke knelband, die de patiënt maar voor beperkte duur verdraagt, kan de chirurg ook langdurigere ingrepen uitvoeren zoals bijvoorbeeld duimbasisvervangingen.

### **Zijn er nog voordelen aan verbonden?**

Een voordeel dat direct een verbetering van resultaten met zich meebrengt, is dat de patiënt de hand kan bewegen tijdens de ingreep. Zo kan de stabiliteit en mobiliteit getest worden. De patiënt kan ook meekijken, wat motiverend is voor de nabehandeling, bijvoorbeeld na losmaken van stijve gewrichten.

Meestal moet de patiënt ook niet nuchter zijn voor een ingreep onder WALANT techniek. Aangezien er geen algemene narcose van toepassing is, ervaart hij geen vervelende bijwerkingen zoals misselijkheid. Veel operaties kunnen bij het gebruik van de WALANT techniek in de kleine ingrepen zaal gedaan worden. Daardoor is een dagopname of klassieke opname zelfs niet meer nodig. De patiënt kan meteen na de ingreep naar huis.

### **Dat korter verblijf zal ook interessanter zijn voor het ziekenhuis.**

Klopt, het ziekenhuis kan efficiënter met haar beperkte middelen omgaan, waardoor wachttijden voor grotere ingrepen op het operatiekwartier kleiner worden.

### **Hoe veilig is deze nieuwe techniek?**

De WALANT techniek is zeker veilig. De toegediende hoeveelheden verdoving worden goed verdragen. Bij sommige patiënten ervaar ik een kort opgejaagd gevoel maar dat verdwijnt doorgaans snel. Een aandachtspunt blijft wel de verdoving, de patiënt mag geen pijn ervaren, maar dat komt gelukkig zelden voor. Om die reden kies ik er momenteel voor om grotere, langdurige ingrepen onder de WALANT techniek in te plannen op het operatiekwartier. Zo kan pijnstilling of in het uiterste geval anesthesie bijgegeven worden.

### **Ik kan mij inbeelden dat sommige patiënten huiverachtig reageren bij de gedachte.**

Ik merk bij hen vooral opluchting omdat die knelband en algemene narcose niet meer noodzakelijk zijn. Bovendien voelen ze praktisch geen pijn van de injectie. Ook werkt het zeer motiverend voor mensen om tijdens de operatie te zien dat ze bijvoorbeeld een vinger die al jaren stijf staat opeens weer kunnen bewegen. Verder hebben ze betere resultaten, zeker bij operaties waarbij het testen van actieve beweging belangrijk is. We kunnen immers tijdens de operatie testen of de juiste spanning gehanteerd wordt. Naar beoogd resultaat kan dit wel tellen.

---

“DE PATIËNT KAN DE HAND BEWEGEN TIJDENS DE INGREEP.  
ZO KAN DE STABILITEIT EN MOBILITEIT GETEST WORDEN.”

---

# DOORBIJTER; TMJ SYNDROOM

## OORZAKEN EN BEHANDELINGSMETHODEN

---

**TMJ syndroom (Temporomandibular Joint Syndrome), ook wel kaakdysfunctie genoemd, ontstaat vaak in de leeftijdsgroep van 17 tot 45 jarigen en frequenter bij vrouwen. Personen boven de 55 jaar kunnen ook te kampen krijgen met TMJ disfunctie, een aandoening die pijn veroorzaakt in en om het kaakgewricht en nabijgelegen spieren. We gingen te rade bij de dienst MKA waar ze dagelijks patiënten met pijnlijke kaakgewrichten zien in de polikliniek. We vroegen dr. Jan Neven en dr. Jan Vanhove naar mogelijke oorzaken en behandelingsmethodieken.**

**Dr. Neven:** "TMJ pathologie uit zich voornamelijk via pijn rond de kaak en functieverlies. Het komt naar schatting bij ongeveer 20% van de bevolking voor. De aandoening is niet ernstig maar kan bij ongeveer 5% dermate hinderlijk zijn dat kauwen, spreken, lachen en andere activiteiten zo pijnlijk zijn dat medische hulp aangewezen is.

**Dr. Vanhove:** "De meeste patiënten komen terecht bij de tandarts of MKA-arts maar ook de huisarts, NKO arts, neuroloog, kinesitherapeut, logopedist, psycholoog komen met deze pathologie in contact. Dure medische onderzoeken en behandelingen kunnen vermeden worden mits de correcte aanpak door de juiste behandelaars."

### **Wat ligt er aan de oorzaak van een kaakdysfunctie?**

**Dr. Vanhove:** "Bij de leeftijdsgroep van 20 tot 40 jarigen is dit vaak het gevolg van klemmen, knarsen, bruxisme, overmatig kauwen, trauma ... Deze patiënten klagen over pijn voor het oor en sinus maxillaris, pijnlijke spieren of hoofdpijn. Soms zelfs nek en schouderpijn. Het gewricht maakt in de meeste gevallen een duidelijke "knap" bij mondopening of helemaal geen "knap" meer in een later stadium, bij een zogenaamd "closed lock". Bij closed lock zit de discus permanent in een antero-mediale blokkade."

### **Welke behandeling hanteert u doorgaans?**

**Dr. Neven:** "De groep patiënten tussen 20 en 40 jaar behandelen we bijna steeds conservatief en multidisciplinair. Na onderzoek en eventuele beeldvorming met MRI pakken we de overbelasting van het kaakstelsel aan. In een eerste fase doen we dit via een gesprek en toelichting van de overbelasting en het klachtenpatroon. Vervolgens adviseren we rust, zachte voeding en NSAIDs. Net na de acute fase kan de kinesitherapeut verder gaan met antalgische massage en het aanleren van correcte kauwtechnieken. Aan het einde kan eventueel een stabilisatiesplint nuttig zijn ter preventie."

### **U sprak ook over de leeftijdscategorie 55 plus. Moeten we daar de oorzaak van kaakpijn elders zoeken?**

**Dr. Neven:** "Klopt. In die tweede piek, na 55 jaar, is er bijna steeds een inflammatoire oorzaak van pijn en bewegingsbeperking van de kaak zoals osteoarthritis of arthrose, slijtage met erosie of perforatie van de discus. Ook chondromalacia wordt met momenten vastgesteld tijdens arthroschopisch onderzoek van het kaakgewricht.

**Dr. Vanhove:** "TMJ dysfunctie wordt onderverdeeld in oorzaken en aandoeningen van de spieren, de discus en het gewricht zelf. Bij de 55-plussers staat pathologie van het gewricht en de discus op de voorgrond. Zij hebben vaak geen spanningshoofdpijn en pijnlijke



palpatie van de spiergroepen. Zij klagen typisch van pijn, soms zelfs erg uitgesproken, ter hoogte van het posterieur gewrichtskapsel. Ook wordt vaak een zanderig, schurend geluid in het gewricht ervaren en stellen we een verminderde maximale mondopening vas. De normale interincisale mondopening bedraagt 35-50 mm. Onder de 35 mm spreken we van 'trismus'. Deze oudere groep patiënten reageert doorgaans veel minder goed op klassieke behandeling met rust, NSAID, fysiotherapie en splint."

### Wat is dan wel mogelijk?

**Dr. Vanhove:** "Uiteraard starten we wel steeds met een conservatieve aanpak en blijft chirurgisch ingrijpen, hoe minimaal invasief ook, de laatste stap. Maar het is dus zeker niet zo dat we alle patiënten goed behandelen door enkel conservatief te benaderen, te wachten, gerust te stellen en te hopen dat het zal verbeteren. Het gaat immers om een vorm van slijtage."

**Dr. Neven:** "Doorgaans is de arthroscopische lysis en lavage van het kaakgewricht een doeltreffende en veilige behandeling voor pijnreductie en mondopening op lange termijn."

### Waaruit bestaat een dergelijke "arthroscopische lysis en lavage"?

**Dr. Neven:** "De behandeling gaat door onder IV sedatie of korte narcose waarbij de bovenste gewrichtsholte kan gespoeld en onderzocht worden. De therapie is tweezijdig."

Eenzijds is het uitwassen van de pijn- en ontstekingsmediatoren een belangrijke factor. Het geeft tevens een betere lubricatie of "smering" van het gewricht.

Anderzijds kunnen zowel door de spoeling als manipulatie bij scopie adhesies en fibrillaties losgemaakt worden. Dit komt de mondopeningsbeperking ten goede. Aan het einde worden corticosteroiden geïnjecteerd. Na de ingreep is een goede follow up

en fysiotherapie noodzakelijk voor een duurzaam resultaat."

**Dr. Vanhove:** "Wanneer we een zestal maanden na de ingreep patiënten ontvangen zijn de ervaringen doorgaans positief, zelf ook tijdens de 5-jaars follow up."



### Heeft u vragen over TMJ syndroom of bij een behandeling via arthroscopische lysis en lavage?

Dr. Vanhove en dr. Neven staan u hierover graag te woord via telefoon of e-mail:

**Dr. Vanhove:**  
016/20 98 86 of [jan.vanhove@hhleuven.be](mailto:jan.vanhove@hhleuven.be)

**Dr. Neven:**  
016/20 91 60 of [jan.neven@hhleuven.be](mailto:jan.neven@hhleuven.be)

## INNOVATIE VOOR MOEDER EN KIND

Het Family Friendly project is reeds stevig geworteld binnen ons departement moeder-kindzorg. Uit deze werkfilosofie vloeiden diverse initiatieven en actiepunten verder die ook de komende jaren vorm zullen krijgen. Enkele maanden geleden werden o.m. co-sleepers aangekocht voor onze kraamafdeling, babybedjes die met één kant open tegen de zijkant van het bed van de moeder geplaatst kunnen worden. Naast het erg prettig gevoel voor moeder en kind, draagt een co-sleeper bij tot de versterking van de fysieke en emotionele band tussen beiden.

Daarnaast werden lessen zwangerschapsyoga voor aanstaande moeders opgestart, een uniek project in België en zeer gesmaakt door de deelnemers.



**"IK WIL GEEN  
COMPUTER-DOKTER ZIJN.  
EEN GOED KLINISCH  
ONDERZOEK PRIMEERT."**

Het Regionaal ziekenhuis Heilig Hart Leuven is een middelgroot ziekenhuis, behapbaar, "waar iedereen iedereen kent". Dat laatste is misschien iets té scherp gesteld en daarom zetten we in deze editie van Harttonen twee stafleden samen, afkomstig van diverse disciplines. Bovendien staat de ene aan het begin van haar loopbaan als specialist. De andere arts is de pensioenleeftijd reeds gepasseerd. Pneumoloog dr. Nele Desie in gesprek met neuroloog dr. Jules Janssens over vroeger en nu, werk en gezin, de patiënt en de passie voor het vak arts, voor eens en voor altijd.

**Waarom hebben jullie gekozen voor het beroep als arts?**

**Dr. Janssens:** "Ik heb mijn secundair onderwijs op internaat bij de Jezuïeten in Turnhout doorlopen. In die periode, was dat één van de strengste scholen van Vlaanderen. Het regime was heel strikt: 's morgens vroeg opstaan, studeren, sporten, studeren, sporten en slapen. Als je bij de sterkere leerlingen van de klas hoorde dan was je bij wijze van spreken voorbestemd om arts, advocaat of ingenieur te worden. Voor mij was de keuze vrij duidelijk aangezien wetenschap mij interesseerde."

**Dr. Desie:** "Bij mij zat het er van kinds af in dat ik dokter zou worden. Het wetenschappelijke aspect trekt mij natuurlijk ook aan maar vooral de maatschappelijk zinvolle kant, het zorgberoep. Ik heb nooit een ander beroep overwogen. Het is mij ook niet opgedragen. Er zijn verder geen artsen in mijn familie."

**Wanneer neemt u dan een beslissing inzake de richting waarin u zich wil specialiseren?**

**Dr. Desie:** "Ik had voor mezelf een aantal specialismen uitgesloten, zoals chirurgie. Ik heb ook een tijdje overwogen om huisarts te worden maar tijdens mij stagejaren heb ik mij gerealiseerd dat de ziekenhuisomgeving mij het meest aan sprak en daarna was de keuze voor interne geneeskunde vrij snel gemaakt. Pneumologie sprong er dan voor mij uit als interessantste vak, en de rest is geschiedenis. De longen zijn dan ook hét belangrijkste orgaan van de mens (lacht)."

**Ben u het daarmee eens dr. Janssens?**

**Dr. Janssens:** "Voor mij is neurologie het interessantste medisch vakgebied dat er bestaat (lacht). Het is enorm divers en "de zin van het leven" komt hier ook vaak om de hoek kijken. Ik denk zelfs dat neurologie filosofie aan het verdringen is omdat we steeds meer inzicht krijgen in de hersenen waardoor we vandaag de wereld realistischer zien dan de vroegere filosofen die de geest en het lichaam los van elkaar zagen. Ik vond en vind het een uitdaging om tot diagnosestelling te komen via observatie en bevraging."

Bij interne geneeskunde moet je toch vaker terugvallen op resultaten van onderzoeken. Binnen ons vakgebied staat het kijken en redeneren centraal, ook al waren de therapeutische mogelijkheden, vooral vroeger dan, beperkt. Als boutade werd gesteld dat een chirurg niets weet maar van alles doet. Een internist weet iets en doet iets en een neuroloog die weet van alles maar



*V.l.n.r. dr. Desie, dr. Janssens*

doet niets (lacht). Dat illustreert ook wel de manier waarop neurologie soms gepercipieerd werd, als een zoekende discipline, met relatief weinig diagnostische en therapeutische mogelijkheden, hetgeen vandaag de dag gelukkig wel enorm geëvolueerd is."

### **Hoe kon u zich alsnog behelpen bij de start van uw loopbaan?**

**Dr. Janssens:** "We bezaten weinig of geen diagnostische middelen. We hadden de EEG. Daarnaast was er een zeer primitief echo-apparaat waarmee we de middellijn van de hersenen konden lokaliseren. In de jaren 60 en 70 waren er enorm veel weekendongevallen door dronkenschap, onvoldoende veiligheidsmaatregelen ...

Op zondag lag de spoeddienst vaak afgeladen vol met jonge mensen die een ongeval hadden gehad. Het was een epidemie, een soort van plaag. Het aantal overlijdens door dronkenschap, onvoldoende veiligheidsvoorzieningen en roekeloos rijgedrag piekte. Wanneer er dan iemand bij een ongeval een zware kneuzing had van de hersenen, dan konden we via dat echo-apparaat zien of de middenlijn van de hersenen verplaatst was, maar dat was dan ook het enige wat we konden vaststellen. Door de komst van de scan is de geneeskunde uiteraard drastisch veranderd."

### **Dr. Desie, kan u zich indenken dat u zo beperkt zou zijn in de middelen om te diagnosticeren?**

**Dr. Desie:** "Ik ken natuurlijk niets anders dan dat we gewoon over de mogelijkheden beschikken om ronduit door de mens te kijken. Maar ik heb wel geleerd ernaar te streven om geen "computerdokter" te zijn.

Het spreken met de patiënt is de hoofdzaak en ik merk ook bijvoorbeeld bij jonge assistenten, dat ze nog te vaak naar het scherm kijken met alle onderzoeksresultaten. Het blijft echter zaak om gewoon goed naar je patiënt te kijken en het hele plaatje te overzien.

Misschien ligt de focus tijdens de opleiding teveel op de onderzoeksresultaten, maar de ervaring leert mij toch dat een klinisch onderzoek primeert en dat je daartoe verplicht bent om een goede arts te zijn."

**Dr. Janssens:** "Ik ben blij te horen dat u daar ook zo over denkt want persoonlijk vind ik dat er vandaag nog te vaak te snel naar een bijkomend onderzoek gevraagd wordt zonder eerst een goed beeld op te bouwen van de patiënt die voor je zit. Door een gesprek te voeren en klinisch onderzoek te verrichten kan je dan een eerste idee vormen van wat er aan de hand is. Bijkomende technische onderzoeken kunnen dat gevoel staven of tegenspreken. Maar daar begint het voor mij wel mee."

### **Dat is misschien een belangrijke, niet noodzakelijk positieve evolutie binnen de geneeskunde. Zijn er ook ontwikkelingen die u als "oudere" arts graag wat vroeger geïntroduceerd had willen zien?**

**Dr. Janssens:** "Dan denk ik dat dat dan toch ook weer de computer is waarbij je de volledige voorgeschiedenis van de patiënt zonder veel moeite kan raadplegen. Je bent meteen veel breder geïnformeerd. Maar ook dan moeten we ervoor zorgen dat een consultatie niet bestaat uit het intippen van vragen op antwoorden."

Het is in die zin ambivalent en het vergt een goed evenwicht om dit correct te gebruiken. Het mag niet ten koste gaan van de tijd van de raadpleging en het uitvoeren van een goede anamnese. Persoonlijk gebruik ik na raadpleging nog een dictafoon waarop ik mijn bevindingen inspreek waarna een secretaresse die uittypt in het dossier."

### **Dr. Janssens, de relatie arts-patiënt, ik vermoed dat u daar een duidelijke evolutie in kan aftekenen?**

**Dr. Janssens:** "Dat kan je wel zeggen. Toen ik startte als arts was het gezag van de arts nog stevig gevestigd en de mensen vertrouwden voluit op het advies van de dokter

die zich op zijn beurt ook vaak zeer "paternalistisch" gedroeg, weliswaar goed bedoeld en met het oog op het welzijn van de patiënt.

De therapiemogelijkheden waren een stuk beperkter en de artsen liepen minder talrijk rond. Misschien waren de patiënten net daarom volgamer. Vandaag vraagt de patiënt vaker een advies terwijl de relatie arts-patiënt vroeger duurzamer was. Je kreeg ook letterlijk kadootjes met momenten (lacht). Een fazant in de herfst, witloof, een fles wijn, druiven uit Overijse ...

Nu vind ik dat we soms teveel neigen naar een symmetrische relatie en dat is niet altijd bevorderlijk voor het beoogde resultaat. De overvloed aan beschikbare informatie leidt ertoe dat de patiënt teveel denkt te weten, maar er zijn zoveel factoren die je in acht dient te nemen."

### **Is het dan zo dat patiënten vandaag met de overvloed aan beschikbare info, zoals online, uw adviezen minder goed opvolgen?**

**Dr. Janssens:** "Ja, maar die trend bestaat toch al een hele tijd en is eigenlijk ingezet na 1968, het breukjaar, zeg maar. Toen zijn mensen mondiger geworden. Dat zijn onze kinderen, die we met de '68 mentaliteit grootgebracht hebben. Sindsdien én met de intrede van het worldwide web, zijn mensen zich veel meer gaan informeren. Waar vroeger alles klakkeloos aangenomen werd, worden sindsdien kritische vragen gesteld en durven patiënten een discussie met de arts aan te gaan. Dat vind ik in se een positieve evolutie. De balans helt echter over wanneer patiënten de arts als een gelijke in kennis gaan beschouwen. Het woord "specialist" illustreert dat ik mij als arts gedurende lange tijd op een specifieke materie heb toegelegd. Dat patiënten mondiger zijn vind ik absoluut positief, maar mondig betekent daarom niet dat hij of zij het specialisme evenzeer beheerst."

**Dr. Desie:** "De mogelijkheid tot wantrouwen is er nu ook veel meer dan vroeger. Op sociale media worden vragen gesteld over wie een "goede" kinder- of longarts is in de regio. Iedereen geeft daar zijn persoonlijke ervaring en soms lees ik niet al te fraaie commentaren over collega's die ik wel als zeer competent beschouw. Ik heb van mezelf gelukkig nog niets zien verschijnen, maar ik hoed mij voor de dag dat dat wel gebeurt want dan moet je machteloos toekijken."

Het gebeurt ook vaak dat de arts gelinkt wordt met het slechte nieuws dat hij of zij moest brengen, bijvoorbeeld na een onderzoek. Of wanneer gewezen wordt op de noodzaak tot het wijzigen van bepaalde levensgewoonten. Dat horen mensen niet graag en soms volgt dan elders een second opinion. Ik vind die kritische blik van patiënten anderzijds ook een goede evolutie. Naar mijn gevoel durven mensen vandaag eerlijker te zijn over hun gedrag. Waar vroeger misschien braver ja geknikt werd toen de arts adviseerde om te stoppen met roken, geven patiënten vandaag grif toe "dat ze daar niet mee gaan beginnen". Ik had recent een oudere patiënt op consultatie die vertelde dat hij niet meer rookte maar aan zijn vingers en adem merkte ik meteen dat daar niets van aan was. Ik kan het dan ook niet laten om daar met een kwinkslag op te reageren (lacht).

Soms is er wat weinig hiërarchie maar ik kan de joviale omgang ook wel appreciëren. Ik ben afkomstig van Bertem, de dochter van de bloemist en het gebeurt regelmatig dat mensen uit die omgeving mij daar nog even op aanspreken. Dat maakt de omgang wat volkser en gezelliger."

**Is het dan de tijdsgeest die maakt dat mensen mondiger zijn of zijn de jonge generaties gewoon minder geremd?**

**Dr. Janssens:** "Het is niet zozeer het verschil tussen oud en jong, misschien is het inderdaad eerder de tijdsgeest."



Ik ben neuroloog, maar van pneumologie heb ik nu eenmaal geen kaas gegeten. Zet mij naast een economist en ik stel mogelijk wel wat domme vragen. Het internet werkt dat fenomeen natuurlijk in de hand. Informatie wordt niet gefilterd op waarheid en iedereen kan zich al snel een expert noemen na het lezen van enkele artikels over een specifiek onderwerp. Het internet wordt vandaag vaak geraadpleegd als "second opinion"."

**Dr. Janssens:** "Inderdaad! Ik heb ooit een patiënt ontvangen met neurologische problemen. Hij bleek aan de ziekte van Lyme te lijden. Blijkbaar was hij al bij enkele artsen langs geweest die deze diagnose

niet gesteld hadden. Sindsdien ben ik gedurende een aantal jaren als de specialist gepercipieerd over Lyme. Vanuit alle hoeken van het land kwamen personen op consultatie die vermoedden dat ze ook de ziekte van Lyme hadden, maar dan met chronische vermoeidheid of andere pathologieën te kampen hadden. Om maar te illustreren wat de kracht van het web is. In dit geval is het een "positief verhaal", maar het kan ook anders uitdraaien, soms ten onrechte."

**Dr. Desie:** "Ik ervaar ook dat de populatie die op sociale media hierover bericht vaak een zeer uitgesproken mening heeft, vaak heel zwart-wit."



**De work-life balance, het is een woord dat 30 jaar geleden misschien niet eens bestond. Vandaag kent iedereen het en zoekt men continue naar het juiste evenwicht. Was dat "vroeger" niet aan de orde?**

**Dr. Desie:** "Vandaag sowieso meer dan vroeger, niettemin door de vervrouwelijking van het beroep. Maar ik denk niet dat we het zwart-wit moeten zien, dat de oudere generatie alleen maar héél hard werkt en geen ruimte laat voor familiale of andere aangelegenheden. Ik zie momenteel nog heel veel jonge collega's bij wie de balans stevig door slaat naar het werk-gedeelte of waar het evenwicht simpelweg zoek is. Maar ik zie wel dat bijvoorbeeld binnen mijn eigen associatie een goede balans gezocht wordt. Als er gewerkt wordt, dan

"WE ZIEN ANDEREN OP DE TOP VAN DE MACHU PICCHU STAAN DUS DAT WILLEN WIJ OOK. VROEGER KON JE NIET ZOMAAR BIJ DE BUREN AAN DE ANDERE KANT VAN DE WERELD GLUREN."

wordt er hard gewerkt, maar we houden de vinger aan de pols. Wanneer we merken dat we als kippen zonder kop van hot naar her rennen, dan gaan we samen zitten en bekijken we welke oplossingen we kunnen vinden, zoals bijvoorbeeld het aantrekken van een nieuwe collega. Ik werk vier vijfde en voel mij daar goed bij. Vaak komen daar ook weekends en nachten bij dus ik heb nog steeds mijn handen goed vol hoor. (lacht)"

**Dr. Janssens:** "Ik vind dat die balans ook zeker in positieve zin geëvolueerd is. Indertijd moest je bij wijze van spreken 24 uur op 24 uur bereikbaar zijn. Ik deed binnen de dienst neurologie alle wachten en weekenddiensten alleen. Toegegeven, de wachtdiensten

waren toen misschien wel wat minder zwaar omwille van het feit dat mensen niet zo snel naar de spoeddienst kwamen. Voor veel aandoeningen, bijvoorbeeld een hersentrombose, bestond immers ook nog geen onmiddellijke therapeutische oplossing waardoor de urgentie om naar het ziekenhuis te komen minder groot "leek".

Dat betekende niet dat je niet bereikbaar diende te zijn. Ik heb tot in 1994 bij de komst van mijn collega, 20 jaar alleen alle wachten voor mijn rekening genomen. Dat gaat vanzelfsprekend wel ten koste van je familiale leven en vriendenkring. De geneeskundige opvang was toen in het algemeen niet zo goed georganiseerd. Als huisarts kon je elke nacht, bij elk feest of elke zondagmiddag opgeroepen worden. Ik ben regelmatig midden in de nacht naar het ziekenhuis gekomen voor een aandoening ten gevolge van een val van een barkruk op café. De verpleegkundige die mij opbelde moest toen ook de inschatting maken of het noodzakelijk was dat ik afkwam. Die toestanden maak je de dag van vandaag gelukkig niet meer mee."

**Het aantal burn-outs vandaag is niet meer bij te houden. Als u in een dergelijk regime leeft, hoe hoedt u zich er dan voor om er niet zelf onder door te gaan?**

**Dr. Janssens:** "Vroeger was die uitval veel kleiner, maar ik denk dat de instelling bij de mensen toen anders was. Het arts-zijn was je leven, je roeping en dat was bij mijn collega's niet anders. Vandaag kiezen mensen ervoor om arts te worden, maar men wil daarnaast ook een toegewijde moeder zijn, echtgenoot, sociale contacten onderhouden. En ik begrijp dat absoluut, maar het is misschien net die combinatie die het confronterend maakt en moeilijk vol te houden. Vroeger was de inzet voor het beroep onvoorwaardelijk, het was een roeping. Mijn vrouw wist dat ook. Als ik erop terugkijk dan denk ik dat ik met momenten wel op de rand van een burn-out gestaan heb. Vandaag staan artsen anders in het leven, en ik nu ook trouwens."

**Dr. Desie:** "Wij zijn een zeer gretige generatie. Wij willen een goede arts zijn, een menselijke relatie opbouwen met onze patiënten, een goed gezinsleven leiden, leuke en avontuurlijke reizen maken. We worden vandaag enorm geprikkeld door allerlei media. We zien anderen op de top van de Machu Picchu staan dus dat willen wij ook. Vroeger kon je niet zomaar bij de burens aan de andere kant van de wereld gluren. Die constante onrust faciliteert volgens mij ook burn-outs."



**Wetende wat u nu weet, zou u dan het liefst als arts gestart zijn in de jaren '70 of nu?**

**Dr. Janssens:** "Als ik zie hoe de geneeskunde op technologisch en diagnostisch gebied geëvolueerd is en wat ons nog te wachten staat, dan vind ik het natuurlijk wel spijtig dat ik het vervolg niet meer kan meemaken. Ik ben intussen wel op een leeftijd gekomen waarbij ik mijn activiteit wat teruggeschroefd heb. Ik heb, gezien mijn voorgeschiedenis, nu ook het gevoel dat ik een zee van tijd heb. Ik ben zeer tevreden over mijn leven en mijn loopbaan tot nu toe, maar als ik kon kiezen dan was ik dus liever wel nu gestart."

**Zal het dan niet moeilijk zijn om die fascinatie voor uw vak wat los te laten binnen afzienbare tijd?**

**Dr. Janssens:** "Dat stel ik ook vast bij andere oud-collega's die nu met pensioen zijn. Die zijn en blijven arts in wezen en hun zorgzaamheid laat zich niet beteugelen."

## NIEUWE ARTSEN

**Naar goede gewoonte stellen we u in Harttonen onze nieuwe specialisten voor. Enkele onder hen hebben intussen al wat maanden ervaring in ons ziekenhuis.**



**DR. RUBEN SPITAELS**

**GASTRO-ENTEROLOGIE**

Dr. Spitaels studeerde geneeskunde aan de KU Leuven en promoveerde als arts in 2011. Zijn opleiding tot gastro-enteroloog verliep via het UZ Leuven en eindigde in 2017. Hij was werkzaam als arts-specialist in opleiding in het UZ Leuven, het AZ Sint-Maarten te Duffel, het Jessa ziekenhuis te Hasselt en het AZ Sint-Lucas te Brugge, waar hij zich de verschillende aspecten van de inwendige geneeskunde en de gastro-enterologie eigen maakte. In 2018 volgde hij nog een bijkomende opleiding voor ERCP in het UZ Leuven. Dr. Ruben Spitaels legt zich in ons ziekenhuis, in teamverband, toe op de algemene gastro-enterologie, hepatologie en digestieve oncologie. In zijn vrije tijd kan hij genieten van sportief reizen, badminton en het bijwonen van concerten. Hij hoopt van harte op een goede samenwerking met u en uw collega's.



**DR. KATRIEN SAMOY**

**NEUS- KEEL- OORZIEKTEN (NKO)**

Dr. Samoy startte in 2018 in ons ziekenhuis als specialist neus-, keel- en oorzakten en gelaat- en halschirurgie. Na haar studies geneeskunde en specialisatie tot NKO-chirurg behaalde ze in 2017 het diploma van master na master in de otorhinolaryngologie, gevolgd door een extra bekwaamheid als Fellow Rhinologie op de dienst van Prof. Javer in het 'St Paul's Sinus Centre' te Vancouver, Canada. Naast de algemene NKO-pathologie heeft ze een specifieke interesse in de rhinologie. Ze hecht veel belang aan een goede samenwerking met collega's, een aangename sfeer op de werkvloer en een goede arts-patiënt relatie. Dr. Samoy woont nabij Heverlee en na de werkuren geniet ze van sporten, voornamelijk zwemmen, fietsen en lopen. Daarnaast houdt ze van reizen en etentjes met vrienden en familie.



**DR. ALIX SOMERS**

**OFTALMOLOGIE**

Dr. Alix Somers vervoegt sinds de zomer van 2018 het artsteam van de dienst oftalmologie. Dr. Somers promoveerde als oogarts in 2015 en volgde daarna een subspecialisatie glaucoom via een fellowship te UZ Leuven en een observership te Melbourne, Australië. In 2017 heeft ze een jaar als glaucoomspecialiste gewerkt op de dienst oogziekten van het UZ Leuven. Ze heeft een brede interesse binnen de oftalmologie met in het bijzonder medisch – en chirurgisch glaucoom en cataractchirurgie.



**DR. MIEKE VANDECASTEELE**

**GYNAECOLOGIE**

Na haar studies geneeskunde en specialisatie gynaecologie-verloskunde koos dr. Vandecasteele voor een subspecialisatie in hoogrisico verloskunde en prenatale echografie tijdens een tweejarig fellowship in foetomaternele geneeskunde aan het UZ Leuven. Dr. Vandecasteele is afkomstig uit en woont in Leuven. Ze ging naar de lagere school in de Bleydenberghschool in Wilsede dorp en nadien in het Heilige Drievuldigheidscollege op de Oude Markt in Leuven. Ze komt uit een muzikaal nest en speelt zelf cello. Ze heeft twee dochtertjes, Clara en Anna.



**DR. BRAHIM HACENE**

**FYSISCHE GENEESKUNDE**

Dr. Hacene studeerde geneeskunde aan de KU Leuven en promoveerde als arts in 2013. Zijn opleiding tot fysisch geneesheer verliep via UZ Leuven en eindigde in 2018. De laatste twee jaar van zijn opleiding als fysisch geneesheer was hij reeds werkzaam in ons ziekenhuis. In 2016 behaalde hij ook zijn master Sportgeneeskunde aan de KU Leuven. Dr. Hacene is al enkele jaren actief als clubarts en tevens hoofd van de medische staf van voetbalclub OH Leuven. Hij legt zich in ons ziekenhuis vooral toe op sportgeneeskunde, manuele geneeskunde, EMG en chronische pijn.



**DR. GREET SWINNEN**

**UROLOGIE**

Sinds februari 2019 is dr. Greet Swinnen werkzaam bij de dienst urologie. Zij studeerde geneeskunde aan de KU Leuven en promoveerde als arts in 2003. Haar opleiding tot uroloog verliep via het UZ Leuven en eindigde in 2009, waarbij ze werkzaam was in Kliniek Sint Jan Brussel, ZOL Genk en AZ Groeninge te Kortrijk. Nadien was zij gedurende drie jaar werkzaam in Nederland om vervolgens terug te keren naar het Sint Jan ziekenhuis te Brussel. Daar was zij gedurende vijf jaar staflid.

Dr. Swinnen woont in Leuven, is gehuwd en mama van Clara en Leon.



**DR. PAKEEZAH DE BEUL**

**RADIOLOGIE**

Dr. De Beul studeerde geneeskunde aan de KU Leuven en behaalde de artsentitel in 2012. Daarna specialiseerde ze in medische beeldvorming waarbij ze haar diploma behaalde in 2017. Haar interessegebieden zijn mammografie en abdominale radiologie.



**DR. SABRI SAGAAMA**

**ABDOMINALE HEELKUNDE**

Dr. Sabri Sagaama's roots liggen in Tunesië maar hij is geboren en getogen te Gent. In 2003 studeerde hij af als arts aan de universiteit van Gent.

Dr. Sagaama had reeds vroegtijdig interesse in de geneeskunde en tijdens de opleiding tot arts werd hij al snel gebeten door de 'multiresistente heerkunde-microbe'. Hij genoot extra opleidingsjaren in de heerkunde te UZ Gent, Bonheiden alsook te Brugge. Hij vergaarde extra bekwaamheid in de digestieve, buikwand, hepatobiliaire, transplantatie en prelevatie heerkunde. Momenteel volgt hij nog een extra opleiding in de subspecialisatie bariatrische heerkunde te Sint Jan in Brugge.

Dr. Sagaama werkt sinds enkele maanden sporadisch in ons ziekenhuis, maar zal vanaf augustus 2019 voltijds tewerkgesteld zijn voor consultaties en ingrepen. Dr. Sagaama is trotse vader van twee dochters.



**DR. MARIJKE GIELEN**

**KINDER-GENEESKUNDE**

Sinds mei 2019 werkt dr. Marijke Gielen als kinderarts in ons ziekenhuis. Zij studeerde af als arts aan de KU Leuven in 2006 en werkte nadien als assistent pediatrie in het AZ Klina in Brasschaat en het UZ Leuven. Haar klinische opleiding combineerde ze met een doctoraatsonderzoek over de neurocognitieve outcome van kinderen na een verblijf op een intensieve zorgen afdeling. Na een bijkomende stage bij de Wereldgezondheidsorganisatie specialiseerde ze zich klinisch verder in mentale en motorische ontwikkelingsstoornissen in het Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen en het Cerebral Palsy referentiecentrum in Leuven. Het voorbije anderhalf jaar werkte ze als algemeen kinderarts in het Sint-Vincentiusziekenhuis in Antwerpen.

Dr. Gielen woont met haar gezin in Kessel-Lo, waar ze binnenkort ook een eigen praktijk zal starten.

---

**NA JARENLANGE DIENST  
GENIETEN DEZE ARTSEN VAN  
EEN WELVERDIEND PENSOEN:**

dr. Walter Van Roost  
dr. Marie-C Stevens  
dr. Frans Misotten



## ABDIJFEESTEN OP 21, 22 EN 23 JUNI T.V.V. FAMILY FRIENDLY PROJECTS

ABDIJFEESTEN  
VLIERBEEK



Op 21, 22 en 23 juni vindt een nieuwe editie van de Vlierbeekfeesten plaats. De opbrengst gaat integraal naar het goede doel, dit jaar het 'Family Friendly' project, een initiatief onze dienst kindergeneeskunde. 'Gus de Octopus', mascotte van het project, staat centraal tijdens de feesten.

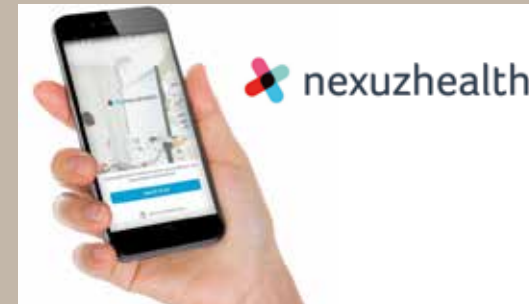
De "Family Friendly" werkfilosofie vertaalt zich in een aanpak en omgangsvorm op de werkvloer enerzijds, en in concrete projecten anderzijds. De teams van de dienst kindergeneeskunde, neonatologie en materniteit willen kinderen en ouders nóg meer betrekken en laten participeren in de beslissingsvorming, tijdens de behandeling en de zorg. De kinderartsen tonen respect voor de inzichten van de familie over hun kind, hebben aandacht voor observatie van het kind en verwerken de voorkeuren van de familie in het gezondheidsplan. Beslissingen worden eveneens zoveel mogelijk genomen in de kamer van het kind ... Dit zijn slechts enkele uitgangspunten die voortvloeien uit de Family Friendly filosofie. Er liggen in dit kader ook uiteenlopende initiatieven op het schap die hopelijk vorm kunnen krijgen met de financiële duw in de rug dankzij de Abdijfeesten.

Diensthofd kindergeneeskunde dr. Inge Van Wambeke licht toe: "We hopen in de nabije toekomst werk te kunnen maken van voorleesnamiddagen, het aanbieden van dokterskoffertjes voor broers en zusjes, kleuterrondleidingen, reanimatielessen voor en door kinderen ... Een ander, grootschalig en financieel zwaarder project is het installeren van webcams op de dienst neonatologie waardoor ouders van een vroeggeboren kindje dat langere tijd op deze dienst verblijft, toch contact kunnen houden via een scherm als ze er niet bij kunnen zijn. Op die manier willen we trachten het verscheurend gemis een beetje te verzachten", aldus dr. Van Wambeke.

Peter en meter van het initiatief, Elodie Ouedraogo en haar echtgenoot Jeroom, kunnen zich helemaal vinden in de denkwijze en werkfilosofie en scharen zich met plezier achter dit project. Ook zij zullen aanwezig zijn op de abdijfeesten, o.m. bij de Vlierbeekrun op zondag.



Het artsteam van de dienst Kindergeneeskunde



## BOEK ONLINE EEN AFSpraak VOOR UW PATIËNT VIA MYNEXUZHEALTHPRO

Met **mynexuzhealthpro** krijgt u reeds inzage in het medisch dossier van uw patiënten. U kunt de beelden, laboresultaten en verslagen van uw patiënten bekijken. Een afspraak maken voor een patiënt in ons ziekenhuis was tot voor kort nog niet mogelijk. Sinds mei 2019 kan dit wel, voor meerdere medische diensten!

### Volledige historiek tegen eind 2019

Medische verslagen die onze artsen vandaag opmaken en valideren worden automatisch zichtbaar gemaakt in mynexuzhealthpro voor u, als verwijzer. We timmeren verder aan de weg en importeren verslagen die opgemaakt werden vóórdat we de overstap maakten naar het elektronisch patiëntendossier (EPD). Die "oudere" verslagen zijn momenteel nog niet beschikbaar, maar tegen eind 2019 brengen we hier verandering in. Vanaf dan heeft u via mynexuzhealthpro inzage in de volledige medische historiek aan verslagen van uw patiënt.

## FASTTRACK, DE SNELSTE WEG NAAR HERSTEL ZOWEL VOOR ORTHOPEDISCHE ALS SPORT-RAADPLEGING

Er stroomt sportief bloed door de aderen van onze artsen, zeker door die van dr. Brahim Hacene en dr. Shevan Mufty. De ene is specialist fysische geneeskunde, dr. Mufty is orthopedisch chirurg.

Vanuit hun eigen ervaring en hun professionele link met sportclubs uit het Leuvense stelden ze vast dat het niet altijd eenvoudig is voor de huisarts, sportarts of kinesitherapeut om snel een consultatie te boeken nadat een sporter een acuut letsel opliep. Vaak zijn er lange wachttijden voor dergelijke consultaties. Daardoor wordt veel tijd verloren alvorens de juiste diagnose gesteld en behandeling opgestart kan worden. Daarom werd in ons ziekenhuis Fasttrack in het leven geroepen door onze diensten orthopedie en fysische geneeskunde.

### **Snelle afspraak, beeldvorming en diagnose**

Via een fasttrack raadpleging kan een patiënt op zeer korte termijn gezien worden door een multidisciplinair team van orthopedisch chirurgen en fysisch geneesheren. Door een vlotte toegang tot de juiste beeldvorming (RX, echo, MRI en CT-scan) krijgt de patiënt snel de juiste diagnose en behandeling. Ook voor sporters met chronische letsels is er een multidisciplinaire sportraadpleging opgericht. De patiënt kan daarvoor telefonisch een afspraak maken via het secretariaat orthopedie (016/20.92.74) of fysische geneeskunde (016/20.92.40). Gelieve steeds een verwijsbrief mee te geven aan de patiënt.

### **Hoe werkt het?**

Fasttrack is een dienst voorbehouden voor sportartsen, kinesitherapeuten en huisartsen. Via [www.orthopedie-leuven.be](http://www.orthopedie-leuven.be) kan een urgente afspraak geboekt worden. Klik door naar de gewenste consultatie: sportraadpleging of orthopedie. Na het ingeven van de noodzakelijke informatie wordt uw aanvraag gescreend en wordt de patiënt opgebeld voor het vastleggen van een afspraak bij de juiste specialist. Doorgaans kan de patiënt in functie van de urgentie binnen 1 tot maximaal 4 werkdagen op consultatie komen.



**De fasttrack raadpleging en de sportraadpleging worden geleid door dr. Brahim Hacene (rechts) en dr. Shevan Mufty (links).**

**Dr. Hacene** is fysisch geneesheer in ons ziekenhuis, waarbij hij zich vooral toelegt op sportgeneeskunde, manuele geneeskunde, EMG en chronische pijn. Hij is ook clubarts, hoofd van de medische staf van voetbalclub OH Leuven en verbonden aan de sportraadpleging in het UZ Leuven, als consulent.

**Dr. Mufty** werkt bij ons als orthopedisch chirurg met als subspecialiteit knie- en schouderpathologie, sportletsels en algemene traumatologie.

## ROBOTNAVIGATIE VINDT DE WEG NAAR DE OPERATIETAFEL

**Het vleugje science fiction dat gepaard gaat met de term "robotchirurgie" is nu helemaal vervlogen, ook in ons ziekenhuis waar de techniek met regelmaat wordt toegepast.**

Orthopedisch chirurg dr. Peter Reynaert startte in 2018 met het gebruik van een navigatierobot voor de plaatsing van totale knieprothesen. Een performant 3D navigatiesysteem helpt de chirurg tijdens de ingreep in het driedimensionaal plannen van de plaatsing van de prothese. In een virtuele planning kan de biomechanica van de prothese en de ligamentaire balans tijdens de volledige range of motion van de knie voorspeld en aangepast worden. Nadien helpt de 3D navigatiesoftware om dit plan perfect uit te voeren. Het is een Belgische primeur.

### **Dr. Reynaert:**

"De kniechirurgie staat in België al op een zeer hoog niveau. Maar misschien kan het nog beter. Met deze nieuwe technologie kunnen we knieprothesen afleveren die in meer gevallen meer de perfectie benaderen."



## OP DE AGENDA

# NAVORMINGSAANBOD VOOR HUISARTSEN

De komende maanden voorzien we diverse navormingsmomenten voor u, als verwijzer.

### 18/6/2019: MIDDAGKRANS

(12u30-14u00)

Spreker: dr. Brahim Hacene (fysische geneeskunde)

**Peesklachten anno 2019; wat, waar en hoe?**

**Accreditatiepunten: 1.5 toegekend**

### 12/11/2019: AFTER WORK SESSIE

(18u-19u30)

Spreker: dr. Joris Dendooven (orthopedie)

**Acute heuppathologie**

### 21/01/2020: MIDDAGKRANS

(12u30 – 14u00)

Spreker: dr. Greet Swinnen (urologie)

**Urologie: back to basics voor de omnipracticus**

### 10/03/2020: AFTER WORK SESSIE

(18u00 – 19u30)

Spreker: dr. Willem Schurmans (cardiologie)

**Ablatie van courante ritmestoornissen**

### 16/06/2020: MIDDAGKRANS

(12u30 – 14u00)

Spreker: dr. Karolien Jacobs (neurologie)

**Behandeling van epilepsie anno 2020 - een update voor de huisarts**

Accreditatie is aangevraagd.

Elke sessie is voorzien van een broodjesmaaltijd.

Wenst u één of meerdere sessies bij te wonen?

Schrijf u dan in via in [www.hhleuven.be/navorming](http://www.hhleuven.be/navorming)

## ZATERDAG 19 OKTOBER:

# HUISARTSENSYMPIOSIUM ACUTE PATHOLOGIE

Onze specialisten zullen praktische workshops verzorgen binnen diverse disciplines. Tijdens deze interactieve sessies werken we o.a. via casussen welke voor de huisarts een acute interventie vragen of minstens een acute doorverwijzing vereisen.

### Op het programma:

1. Acute keelpijn door de dienst NKO
2. Acute COPD opstoot door de dienst pneumologie
3. Acute oogproblemen (retinaloslatting, vreemd voorwerp...) door de dienst oftalmologie
4. Acuut delirium door de dienst geriatrie
5. Acuut hartfalen door de dienst cardiologie
6. Galkolieken door de diensten gastro-entero (IZ) en abdominale heelkunde
7. Acute intoxicatie door de dienst urgentie en labo
8. Acute anafylaxie en quincke oedeem door de dienst urgentie en labo
9. Aanpak in acute fase van knieletsels bij jonge sporters door de dienst orthopedie en fysische geneeskunde

+ **Locatie:** Provinciehuis Leuven, Provincieplein 1, 3010 Leuven

+ **Tijdstip:** zaterdag 19 oktober, vanaf 8u

+ **Schrijf u in:** de officiële inschrijvingen zijn nog niet gestart, maar we brengen u graag op de hoogte van zodra dit het geval is. Via het formulier [www.hhleuven.be/symposium](http://www.hhleuven.be/symposium) kan u aangeven dat u graag bericht ontvangt wanneer de inschrijvingen aanvangen.



*Dichtbij  
beter.*

Regionaal ziekenhuis  
Heilig Hart Leuven

# 2018 IN VOGELVLUCHT

Raadpleeg onze realisaties van het voorbije jaar online via [jaarverslag.hhleuven.be](http://jaarverslag.hhleuven.be).



Regionaal ziekenhuis  
Heilig Hart Leuven

Naamsestraat 105, 3000 Leuven



**58.753**

VERPLEEGDAGEN

**9.820**

HOSPITALISATIES

**837**

AANTAL PERSONEELSLEDEN

**1.289**

BEVALLINGEN

**13.348**

INGREPEN IN DE OPERATIEZAAL

**530**

AANTAL FTE PERSONEEL

**21.237**

DAGOPNAMES

**287**

ERKENDE BEDDEN

**156.838**

RAADPLEGINGEN

**114**

AANTAL ARTSEN

**20.222**

SPOEDCONTACTEN

**73.139**

RADIOLOGISCHE ONDERZOEKEN

**81.333.527 €**

OMZET