

ZOLarium

Jaargang 19 nr. 78 · 2021

DIENST ABDOMINALE
HEELKUNDE ORGANISEERT
zich als **expertisecentrum**

NEUROSTIMULATOR VOOR
PATIËNT MET COMPLEX
regionaal pijnsyndroom

ZOL EN ZMK FUSEREN TOT GROOTSTE LIMBURGS ZIEKENHUIS

Ziekenhuis Oost-Limburg

CAMPUS SINT-JAN

Ziekenhuis Oost-Limburg is een dynamisch ziekenhuis met vier campusen: campus Sint-Jan (Genk), campus Sint-Barbara (Lanaken), medisch centrum André Dumont (Waterschei) en sinds 1 januari ook campus Maas en Kempen (Maaseik).

Naast haar regionale functie vervult het ZOL een aantal belangrijke expertfuncties binnen een euregionale context. Speerpunten zijn onder andere beroer-
tezorg, MIC, NIC, hartchirurgie, neuro-
chirurgie, fertiliteitscentrum, radiothe-
rapie, abdominale heekunde...



CAMPUS SINT-BARBARA

CAMPUS MAAS EN KEMPEN



**MEDISCH CENTRUM
ANDRÉ DUMONT**

Edito

In de eerste week van februari organiseerden we ons traditioneel nieuwjaarsevent voor huisartsen. Weliswaar online dit jaar, maar de belangstelling was met 140 deelnemende artsen evenzeer groot.

Thema was de fusie met het Ziekenhuis Maas en Kempen en de impact ervan op onze medische diensten en de zorg voor de patiënt. Bedoeling is immers te komen tot een overkoepelend medisch beleid voor alle ZOL-campusen met eenzelfde kwalitatieve zorg voor de patiënt, waar die zich ook bevindt.

Ook in dit ZOLarium willen we verder ingaan op de nieuwe situatie. Voorzitter Tom Arts en algemeen directeur Erwin Bormans focussen op de bestuurlijke organisatie. Mijn collega dr. Claessens en ikzelf zoomen in op het medische beleid en de samenwerking tussen de medische diensten.

Inspirerend voorbeeld van een dienst die al snel het voortouw genomen heeft met een mooi uitgebouwde, overkoepelende werking is de dienst Abdominale Heelkunde. Met hun dynamische aanpak tonen ze aan dat de fusie heel wat opportuniteiten met zich meebrengt, zowel voor de uitbouw van de zorg in de regio als voor verdere subspecialisering. Ook hierover meer in dit ZOLarium.

Ook andere medische diensten zijn al geassocieerd of werken al op een gestructureerde manier samen. In de toekomst zullen we u hier zeker verder over informeren. Ik wens u alvast veel leesplezier!

Dr. Griet Vander Velpen
Medisch directeur

“

Bedoeling is te komen tot een overkoepelend medisch beleid voor alle ZOL-campusen met eenzelfde kwalitatieve zorg voor de patiënt, waar die zich ook bevindt.



Inhoud

- 08 ZOL en ZMK fuseren**
Interview met Erwin Bormans en Tom Arts
- 16 Dienst Abdominale Heelkunde doorgelicht**
Zes verschillende pijlers stellen zich voor
- 26 Slimme pleister voor gehospitaliseerde COVID-19-patiënten**
Sneller achteruitgang vaststellen
- 30 Nieuwe chirurgische aanpak voor behandeling van niertumoren**
Transperitoneaal en robot-geassisteerd
- 33 Cardiologieprijs voor UHasselt/ZOL-onderzoeker dr. Pieter Martens**
Behandeling van personen met niet-synchronoon samentrekkende hartkamers
- 38 Dissectiekamer**
Gezondheidszorg in Genk (1880-1980)

Cover: dr. Griet Vander Velpen en dr. Frank Claessens (de foto werd genomen conform de coronamaatregelen)





“Wij opereren al lang in Maaseik, daar kwamen later ook raadplegingen bij. De fusie is voor ons een logische stap die het werken gemakkelijker maakt. Niet alleen voor de inzet van medewerkers en artsen maar ook omdat procedures en afspraken uniform zijn nu.”

ZOL en ZMK fuseren tot grootste Limburgse ziekenhuis

interview met Tom Arts en Erwin Bormans



Sinds 1 januari maakt het Ziekenhuis Maas en Kempen (ZMK) deel uit van het Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL). Het ziekenhuis aan de Diestersteenweg in Maaseik wordt hiermee campus Maas en Kempen. ZOL-voorzitter Tom Arts en algemeen directeur Erwin Bormans tekenden mee de fusieplannen uit en zorgden er zo voor dat het ZOL straks met voorsprong het grootste Limburgse ziekenhuis is, dat derdelijnszorg voorziet voor een regio met zo'n 250.000 inwoners.

“Een kleine 10 jaar geleden werd duidelijk dat de verstrengeling in de Raden van Bestuur van de vier zorginstellingen van onze zorgregio op haar limieten liep”, steekt Erwin Bormans van wal. Ziekenhuis Noorderhart in Pelt - het vroegere Mariaziekenhuis - zou de structuur van het MS-centrum in Pelt overnemen en het ZOL nam de bestuurlijke verantwoordelijkheid over van ZMK. Toen wel nog met het idee om twee aparte ziekenhuizen te blijven.”

“We hebben toen een toekomstplan uitgetekend met een visie voor het voortbestaan van de ziekenhuizen in Limburg”, vult Tom Arts aan. “Dat plan heeft een versnelling genomen door de beslissing in 2014 dat er een nieuw ziekenhuis zou gebouwd worden in Maaseik. De steden en OCMW's in Bree en Maaseik beseften dat het uitbaten van een ziekenhuis niet langer hun 'core business' was. Dat pleit voor hun, zeker omdat ze tegelijkertijd hun gewicht in de schaal wierpen om het voortbestaan van een ziekenhuis in de regio Maaseik-Bree te verzekeren. En zo kwam het ZOL in beeld om te helpen bij de exploitatie van het ziekenhuis.”

“Ik denk ook dat ZMK op een bepaald moment - ondanks het feit dat men wel groei realiseerde - de uitdagingen nog moeilijk alleen aankon”, zegt Bormans. ‘Denk bij-

voorbeeld aan de enorme investering in een elektronisch patiëntendossier. Dat lukt enkel als je deel uitmaakt van een grotere familie.”

Op 1 januari hield ZMK op met bestaan als rechtspersoon. Het blijft wel een apart erkend ziekenhuis met een eigen medische raad. Dat heeft als voordeel dat de campus Maas en Kempen haar rol als basisziekenhuis in de regio zal blijven vervullen. Dit in een medische structuur die helemaal geïntegreerd is in ZOL.

“We kijken naar een zo groot mogelijke integratie van medische diensten om specialismes die ZMK nu niet heeft ook daar uit te bouwen. “Bijvoorbeeld zoals met de Multidisciplinaire Pijnkliniek op campus Sint-Barbara gebeurd is,” verduidelijken voorzitter Arts en directeur Bormans. “Juridisch betekent dit dat de ziekenhuiswetgeving van toepassing blijft voor beide ziekenhuizen. Voor alle andere wetgeving - zoals vennootschapswetgeving, sociale wetgeving,... - zijn we sinds 1 januari één geheel”

De integratie van beide ziekenhuizen biedt voordelen voor beide partners. ZOL kan haar hinterland verruimen zodat de capaciteit nog meer benut kan worden. “De uitdaging hierbij is om goed de puzzel te leggen voor wat betreft de activiteiten die voortaan op de



Erwin Bormans en Tom Arts

diverse campussen zullen ontplooiën", aldus Erwin Bormans. "Moeten we alles op drie campussen doen of kiezen we ervoor om bepaalde activiteiten op één of twee plaatsen uit te oefenen? En hoe positioneren we ons in relatie tot ziekenhuis Noorderlicht in ons ziekenhuisnetwerk?"

"ZMK heeft het voordeel dat het voortaan deel uitmaakt van een groter ziekenhuis", pikt voorzitter Arts in. "Dit brengt mee dat het makkelijker is om hooggekwalificeerde mensen aan te trekken om zo de kwaliteit van de zorg verder te verbeteren. De onzekerheid rond het voortbestaan van diensten zoals Spoed of het Verloskwartier is trouwens ongegrond. Dat ligt nu niet op tafel. Campus Maas en Kempen blijft

een basisziekenhuis, al kan uiteraard niemand de toekomst voorspellen."

"Bedoeling is dat mensen in Noord-oost-Limburg zich minder moeten verplaatsen om dezelfde zorg te krijgen als op campus Sint-Jan in Genk", legt voorzitter Arts uit. "Er zijn in het verleden tussen ZOL en ZMK al heel wat overkoepelende samenwerkingen of associaties ontstaan op medisch niveau", besluit directeur Bormans. "Deze fusie heeft hier nog een bijkomende boost aan gegeven. Momenteel zijn er trouwens tal van gesprekken gaande om nog bijkomende associaties te vormen. Ik denk dat er weinig ziekenhuisfusies zijn waarbij pakweg 70 procent van de diensten op het moment van de fusie al zo hecht samenwerken." ■

“

De integratie van beide ziekenhuizen biedt voordelen voor beide partners.

Erwin Bormans,
algemeen directeur

ZOL EN ZMK IN CIJFERS 2019



1.034

aantal erkende bedden



4

aantal ziekenhuiscampussen
(Genk, Maaseik, Lanaken
en Waterschei)



398

aantal artsen



3.909

aantal medewerkers



2.585

aantal geboortes



700.800

aantal raadplegingen



53.924

aantal ingrepen



70.294

aantal Spoedgevallen



99.114

aantal dagklinische
behandelingen



46.412

aantal opnames

“

De patiënt van het
vroegere ZMK is tevreden
dat de zorg in zijn regio
gewaarborgd blijft en
verder zal groeien.

Dr. Griet Vander Velpen,
medisch directeur



Dr. Griet Vander Velpen en dr. Frank Claessens

“We willen de voetafdruk van ZOL in Maaseik verstevigen”

Raadplegingen en OK-activiteit op campus Maas en Kempen worden verder uitgebreid.

Op 1 januari fuseerden Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL) en Ziekenhuis Maas en Kempen. Er wordt intussen hard gewerkt aan het medisch strategisch plan van het ‘nieuwe’ ZOL en de uitvoering ervan. Al heel wat medische diensten werken nauw samen of hebben een overkoepelende associatie opgericht.

Medisch directeur dr. Griet Vander Velpen en adjunct dr. Frank Claessens: “De patiënt is tevreden dat de zorg in zijn regio gewaarborgd blijft en verder zal groeien.”

Enkele jaren geleden heeft minister De Block bepaald dat ziekenhuizen structureel moeten samenwerken. Heeft dit voor ZOL en ZMK geleid tot deze fusie?

Dr. Frank Claessens: “Wij zijn al heel lang goede burens. In 1993 toen ik begon als abdominaal chirurg in ZMK wilden we al samenwerken met ZOL. Iedereen verwachtte een fusie tussen beide ziekenhuizen maar het kwam er nooit van.”

Dr. Griet Vander Velpen: “Kleinere ziekenhuizen hebben het de laatste jaren sowieso moeilijk om te blijven bestaan. De financiële situatie van ZMK heeft het proces versneld om te komen tot een intensievere samenwerking. ZOL maakte al enkele jaren deel uit van de raad van bestuur van ZMK, samen met het Mariaziekenhuis, voor we tot de fusie zijn gekomen.”

“Maar het is inderdaad zo dat de overheid ons oplegt om op een gestructureerde manier samen te werken. De laatste jaren is er ook de progressieve samenwerking met Noorderhart in Pelt – het Mariaziekenhuis en Revalidatie en MS-centrum – voor de oprichting van een officieel netwerk en de uit-

werking van een zorgstrategisch plan Noord-Oost-Limburg.”

Hoe zal de medische zorg in ZOL georganiseerd worden met de uitbreiding van ‘campus Maas en Kempen’?

Dr. Frank Claessens: “We willen de poli-activiteit in Maaseik op korte termijn verder uitbouwen om de zorg voor de regio te stabiliseren. Maar het is de bedoeling om op langere termijn te kijken welke activiteit we best kunnen uitvoeren op welke locatie en om eventueel activiteiten te verplaatsen tussen de beide campussen.”

Dr. Griet Vander Velpen: “Campus Maas en Kempen heeft een specifieke functie voor de regio en deze willen we optimaliseren in complementariteit met de andere campussen. Het is niet de bedoeling om in Maaseik een tweede ZOL uit te bouwen. We willen activiteiten op campus Maas en Kempen die daar op hun plaats zijn en die passen binnen het geheel van ZOL. Het kan niet zijn dat we bijvoorbeeld cardio-chirurgische ingrepen doen in Maaseik omdat we dat in Genk doen. Cardiochirurgie vraagt een specifieke omkadering en die is in Maaseik niet aanwezig.”

Dr. Frank Claessens: “Het is belangrijk dat iedereen begrijpt dat we één ziekenhuis zijn. Diensten als Abdominale Heelkunde, Orthopedie en Anesthesie hebben hierin het voortouw geno-

men door al snel samen te werken en de verschillende pathologieën over verschillende campussen te verdelen. Het is onze taak om die filosofie ook naar andere medische diensten uit te dragen.”

Hoe ziet het medisch strategisch plan van het nieuwe ZOL er uit op korte en langere termijn?

Dr. Griet Vander Velpen: “Er is een algemeen strategisch plan uitgeschreven met een beleidskader voor de uitbouw van de raadplegingsactiviteiten, de OK-activiteiten, de medisch-technische activiteiten en de activiteiten van de dagziekenhuizen. Zo zullen we kijken naar de spreiding van de pathologieën over de verschillende campussen, zoals momenteel ook al gebeurt voor de campussen Sint-Barbara en Sint-Jan.”

“Sint-Barbara is een campus met een chirurgisch dagziekenhuis, met het Multidisciplinair Pijncentrum, het Revalidatiecentrum en met chronische afdelingen voor langdurige opnames geriatrie en revalidatie. De activiteiten in Maaseik zullen breder en gedifferentieerder zijn maar we willen toch een duidelijk profiel uittekenen voor de campus. Hierbij zullen we er zeker rekening mee houden dat Maaseik ver van Genk gelegen is en dat we de specifieke functies voor de regio zoals een Spoedgevallendienst dienen te behouden.”



Dr. Griet Vander Velpen, medisch directeur

Julie hebben al concrete bouwplannen voor Maaseik, ondanks het feit dat het nieuwe gebouw daar slechts twee jaar oud is?

Dr. Griet Vander Velpen: "Het is de bedoeling om de voetafdruk van ZOL in regio Maaseik en heel Noord-Oost-Limburg verder te verstevigen. Dat betekent dat we de raadplegingsactiviteiten verder gaan uitbreiden, ook wat een aantal subdisciplines betreft. Hiervoor hebben we meer raadplegingsruimte nodig. Het is al heel snel gebleken dat die nood groot is, ook omdat de limieten nu eigenlijk al bereikt zijn. In een eerste fase zal er een optimalisatie gebeuren van de beschikbare capaciteit en zal er een voorlopige snelblok gebouwd worden zodat we ruimte creëren om te groeien."

Dr. Frank Claessens: "Een tweede bekommernis is het uitbreiden van de

OK-capaciteit in Maaseik, waar nu zes OK-zalen zijn. Bijbouwen in Maaseik is eenvoudiger dan in Genk omdat daar de ruimte voorhanden is. We zijn momenteel aan het inventariseren wat mogelijk en nodig is."

Een goede samenwerking uitbouwen vraagt tijd. Heeft de coronapandemie voor een vertraging gezorgd op dit vlak?

Dr. Griet Vander Velpen: "Er is wel wat vertraging geweest maar eigenlijk zijn we al veel langer bezig met het voorbereiden van de fusie. Ook met het ondersteunen van activiteiten binnen verschillende disciplines in Maaseik."

"Belangrijk is nu dat de artsen overkoepelende associaties vormen of toch minstens samenwerken en eenzelfde beleid voeren. Dat is noodzakelijk voor het maken van afspraken zoals bijvoorbeeld bij het verdelen van de OK-tijd."

Is er een verschil in bedrijfscultuur tussen beide ziekenhuizen?

Dr. Frank Claessens: "Zeker wel ja. In het voormalige ZMK kennen alle 60 artsen al hun collega's. Hetzelfde geldt trouwens voor alle andere medewerkers. De sfeer is gemoedelijk en daarom was er wat angst voor het grote ZOL. Maar intussen is de drempelvrees voorbij en is er een zekere rust gekomen."

"Medewerkers en artsen voelen dat het ziekenhuis in beweging is en ze ervaren dit als heel positief. Een aantal medische associaties zullen we nog moeten helpen om de stap tot samenwerking te zetten maar we zijn al heel tevreden over de realisaties op dat vlak in het afgelopen jaar."

De fusie betekent ook het ziekenhuisbreed implementeren van een aantal beleidsorganen en comités?

Dr. Griet Vander Velpen: "Beide ziekenhuizen hebben een apart erkenningsnummer. Dat betekent dat er twee medische raden, twee algemene regelingen en twee financiële regelingen blijven bestaan. Samenwerking en ten slotte integratie van de structuren zal er progressief wel komen. Beslissingen in verband met de fusie worden op dit ogenblik opgenomen door een overkoepelend comité van artsen met vertegenwoordigers uit beide ziekenhuizen."

"Ook de medische diensthoofden blijven diensthoofd op hun campus, behalve als de diensten zelf beslissen dat er een overkoepelend hoofd komt. Dat geeft veel minder druk en voor bepaalde diensten is dit belangrijk. Zo hebben ze de tijd om te zoeken en elkaar geleidelijk aan te vinden."

"De divisiestructuren die nu in ZOL bestaan, worden wel ziekenhuisbreed doorgetrokken. Dit betekent dat de huidige medisch coördinatoren, de divisie-managers en de zorgcoördinatoren ook op de campus Maas en Kempen hun divisie zullen beheren."

ZOL wordt door de fusie met 1.034 bedden één van de grootste ziekenhuizen van Vlaanderen. Dit is een grote opdracht.

Dr. Griet Vander Velpen: "Ik ben heel blij dat dr. Claessens als adjunct-medisch directeur het gezicht blijft in Maaseik. Zo kan hij kort op de bal spelen bij

medische issues. De afstand Genk-Maaseik bedraagt 30 km. Daarom is het niet mogelijk om de hele tijd over en weer te rijden."

Ook wat betreft kwaliteit en systemen moet er een integratie gebeuren?

Dr. Frank Claessens: "Wat het elektronisch patiëntendossier (EPD) HiX betreft, zijn er al belangrijke stappen gezet, wat natuurlijk essentieel is. Artsen moeten op alle campussen in hetzelfde dossier kunnen werken. Daarbij wordt Orbis, het EPD van ZMK, technisch niet meer ondersteund."

"Wat de accreditatie betreft: in ZMK hadden we een accreditatietraject met NIAZ ingezet maar toen de fusie er aankwam, zijn we daarmee gestopt omdat ZOL samenwerkt met JCI. Concreet moeten we tegen 2023 hierin ingewerkt zijn."

Dr. Griet Vander Velpen: "Normaal zouden wij in 2022 heraccrediteren maar door de COVID-19 pandemie hebben wij op dat vlak even een stilstand gekend. Maar ook JCI, als entiteit in de VS, heeft vertraging opgelopen.

“

Het is belangrijk dat iedereen begrijpt dat ZOL en ZMK nu één ziekenhuis zijn.

dr. Frank Claessens
adjunct-medisch directeur

Daarom zijn we in onderhandeling met JCI om de heraccreditering een jaar uit te stellen. We willen samen, met alle campussen, in 2023 voor de volgende accreditatieronde gaan."

"2022 zou te snel zijn, alhoewel in ZMK al veel gebeurd was voor de NIAZ-accreditering. Maar NIAZ heeft natuurlijk niet hetzelfde normenkader als JCI en de implementatie van HiX moet helemaal afgerond zijn voor we kunnen accreditatie op campus Maas en Kempen. We hebben in het accreditatietra-

ject ervaren dat een geïntegreerd EPD noodzakelijk is."

"Een voordeel van de implementatie van HiX op campus Maas en Kempen is dat veel accreditatienormen al in het systeem vervat zijn, zoals bijvoorbeeld: wat moet in een operatieverslag staan, wat moet in een ontslagbrief staan... Het is niet nodig dat we in Maaseik het warm water opnieuw uitvinden."

Hoe reageert de patiënt op de fusie?

Dr. Frank Claessens: "De reacties zijn zeer positief. De bouw van het nieuwe ziekenhuis enkele jaren geleden en de fusie met ZOL geeft hen de zekerheid dat er altijd zorg zal zijn in de regio en dat is voor hen belangrijk. Er was vroeger wel wat ongerustheid over de financiële situatie maar nu praat niemand daar nog over."

Dr. Griet Vander Velpen: "Het belangrijkste is dat de patiënt uit regio Maaseik dezelfde zorg krijgt als in Genk. De fusie moet leiden tot een betere kwaliteit door de integratie en rechtstreekse link tussen ZOL en ZMK." ■



Dr. Frank Claessens, adjunct medisch directeur



dr. Hans Verhelst

dr. Anne Dams

dr. Frank Claessens

dr. Dennis Wicherts

dr. Kim Govaerts

prof. dr. Joep Knol

dr. Mathieu D'Hondt

dr. Steven Bessemans

WE REGISTREREN ALLE DATA ROND DE PATIËNT

Dienst Abdominale Heelkunde
organiseert zich als expertisecentrum



dr. Wim Bouckaert

Prof. dr. Kurt Van der Speeten

De dienst Abdominale Heelkunde van ZOL organiseerde zich enkele maanden geleden als Limburgs Expertisecentrum voor Digestieve en Oncologische chirurgie. LEDOC telt zes verschillende pijlers of zorgpaden waarin de expertise van de verschillende chirurgen en hun team gebundeld wordt.

Het chirurgisch team, dat uit tien artsen bestaat, komt historisch van 3 verschillende locaties en heeft een zeer grote expertise. Binnen LEDOC werden de chirurgen per zorgpad of pijler ingedeeld. Binnen elke pijler staat kwalitatieve expertzorg voorop. LEDOC bestaat naast wat 'algemene chirurgie' wordt genoemd.

Medisch diensthoofd prof. dr. Kurt Van der Speeten: "Met onze expertise, via onze samenwerking en met onze wetenschappelijke en klinische ervaring kunnen wij het verschil maken. Dit willen we in onze profilering als expertisecentrum naar buiten brengen."

"Om die kwaliteit te garanderen en permanent te evalueren, hebben we de expliciete optie genomen om alle data rond de patiënt te registreren. 'Data is the new oil'. Dat stellen we vast in wat Google doet met onze gegevens maar ook in de geneeskunde is dit het geval. Het financiersmodel voor ziekenhuizen zal in de toekomst conventie-gebaseerd zijn voor tertiaire pathologie. In zo een conventie zijn real-time klinische data en procesdata uitermate belangrijk om het patiëntentraject continue te verbeteren. Perfide is wel dat de overheid op dit moment enkel financiering voorziet voor zo een dataregistratie in universitaire ziekenhuizen."

"In het ZOL engageert de directie zich, samen met de artsen, om dataregistratie structureel op te nemen maar ook de nodige manpower hiervoor te voorzien. Met ons elektronisch patiëntendossier HiX kunnen we deze dataregistratie volledig integreren."

"In deze pilootfase starten we met twee van onze pijlers, nl. de colorectale kliniek en de obesitaskliniek.

Deze initiatieven werken dienstoverschrijdend. Bedoeling is de dataregistratie te realiseren voor het volledige zorgpad van de patiënt; dus vanaf het moment dat hij voor de eerste keer in het ziekenhuis komt tot en met de follow-up op lange termijn. Willen wij alle data in verband met bijvoorbeeld rectumtumoren registreren, zijn we evenzeer afhankelijk van bijvoorbeeld de data van de radiotherapie als van de follow-up door gastro-enterologie."

"Om dit alles waar te maken, heb je een bepaalde schaalgrootte nodig: binnen een netwerk met voldoende grote patiëntaantallen maar ook logistiek-organisatorisch. We kunnen ons expertisecentrum nu realiseren omdat we al voor de fusie met onze collega's van het voormalige Ziekenhuis Maas en Kempen in bad zijn gegaan als één dienst. Hiervoor werkten we ook al 8 jaar samen. Verder hebben we al jaren een goede samenwerking met de gastro-enterologen van campus Maas en Kempen. De fusie geeft ons nu de opportuniteit om de facto volledig samen te werken."

"Het is onze bedoeling om maximaal binnen het model te schuiven tussen de campussen en de opportuniteiten te gebruiken. Basisidee is dat de 'expertise' zich zo veel als mogelijk verplaatst. Binnen de conventies is dit niet altijd toegelaten en dan zal de patiënt zich moeten verplaatsen. Onze filosofie hier is: "local if it can, regional if it's necessary".

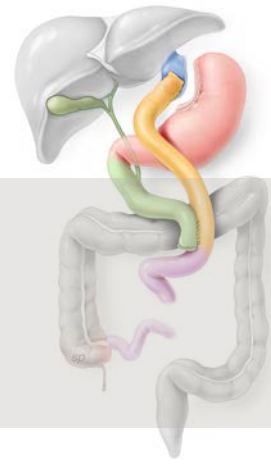
"Tot slot: We vinden het erg belangrijk dat patiënten zich gewaardeerd voelen, goed begeleid worden en een optimale behandeling krijgen. Onze zorg moet topklinisch zijn, maar ook heel menselijk."



Meer info:
www.zol.be/abdominale-heelkunde

OBESITASKLINIEK

Dr. Wim Bouckaert, dr. Frank Claessens, prof. dr. Joep Knol,
dr. Hans Verhelst



De behandeling van obesitas is in vele centra erg chirurgie-gericht. Nochtans schrijven de richtlijnen voor bariatrische heelkunde een multidisciplinaire aanpak voor. In onze filosofie komt chirurgie bij de behandeling van obesitas op het einde van de rit en is pas aangewezen als al het andere niet werkt.

Over mensen met overgewicht bestaan onterecht veel vooroordelen. Het gaat om een specifieke patiëntengroep die veel van onze aandacht verdient. Velen van hen hebben een zware rugzak en worstelen al jaren met hun problematiek. De stap om naar het ziekenhuis te komen is voor hen erg groot.

Er bestaan duidelijke richtlijnen, vastgelegd door de overheid en de overkoepelende wetenschappelijke organisatie voor zwaarlijvigheidschirurgie, over wie in aanmerking komt voor



DR. WIM BOUCKAERT
hoofd obesitaskliniek

bariatrische heelkunde. Wij kijken niet alleen naar het BMI van een patiënt. Voor de zorg rond obesitas is een klinisch pad uitgewerkt. Betrokken hierin zijn onder andere de huisarts, de familie, de endocrinoloog, de cardioloog, de gastro-enteroloog, de pneumoloog, de radioloog, de obesitaschirurg, de orthopedisch chirurg, de diëtist, de kinesist, de psycholoog, de verpleegkundige, de opnameafdeling... De obesitascoördinator coördineert het traject van de patiënt en is het aanspreekpunt.

Tijdens het wekelijkse multidisciplinair overleg worden alle patiënten besproken en opgevolgd en wordt het traject verder uitgetekend. Opzet is steeds om de patiënt te helpen en op de juiste plaats de juiste behandeling te geven. Wij vragen dat patiënten die bij ons komen, steeds verwezen zijn door hun huisarts of een verwijzend specialist. Heel dikwijls meldt de patiënt zich nog zelf aan. Na een intakegesprek bij de obesitascoördinator volgen een aantal pre-operatieve onderzoeken. Er volgt een multidisciplinair overleg en pas dan kan een definitieve beslissing tot heelkunde vallen. De meest uitgevoerde chirurgische ingrepen in ons centrum zijn de gastric bypass (laparoscopisch of robotisch) en de sleeve gastrectomie. Welke ingreep de voorkeur heeft, is afhankelijk van het voedingspatroon, de leeftijd, comorbiditeiten en de voorkeur van de patiënt.

Een chirurgische ingreep is een groot gebeuren voor een zwaarlijvige patiënt en een enorme kans om zijn probleem aan te pakken. Wij kunnen één keer hun systeem als het ware resetten en dit moet de goede keer zijn. Maar er wordt ook een grote inspanning

gevraagd van de patiënten. Ze moeten hun levensstijl aanpassen en hun gewoonten drastisch veranderen. Anders heeft chirurgie minder kans op slagen.

“

Wij vragen dat de patiënten die bij ons komen, steeds verwezen zijn door hun huisarts of een specialist.

Patiënten die obesitaschirurgie ondergaan, worden strikt opgevolgd tot twee jaar na de ingreep door verschillende zorgverleners volgens een vooraf uitgetekend traject. Patiënten die plots weer in gewicht toenemen ('weight regain') krijgen advies op maat om hen opnieuw op het juiste pad te krijgen. In 2021 zullen we dit traject ook uitrollen op de campus ZMK. Ons chirurgisch team komt historisch van 3 verschillende locaties. We brengen al onze know-how samen en bieden een gestandaardiseerde aanpak.

Alle relevante data worden prospectief verzameld in een gegevensbank. Doel is hieruit jaarlijks een rapport te genereren en bij te sturen waar nodig.

Via deze multidisciplinaire aanpak kunnen we elke patiënt met een probleem van obesitas, een maximale kans tot slagen van zijn ingreep bieden.



KLINIEK VOOR COMPLEXE ONCOLOGISCHE CHIRURGIE

Prof. dr. Kurt Van der Speeten, dr. Kim Govaerts

“Complexe oncologische chirurgie is de behandeling van complexe tumoren in het spijsverteringsstelsel en soms ook verder in de buik. Standaardisatie is bij deze ingrepen niet mogelijk. Bij complexe oncologie zijn procedures steeds ‘custom made’. Omdat het vaak om heel specifieke situaties gaat, is de beslissing wanneer en hoe behandelen erg belangrijk maar moeilijk.

Slechts enkele ziekenhuizen in Vlaanderen zetten in op de behandeling van complexe tumoren zoals buikvlieskanker of weke delentumoren.

Voor HIPEC-procedures ter behandeling van buikvlieskanker zijn er slechts twee hoogvolume centra in Vlaanderen, nl ZOL en UZ Gent. HIPEC staat voor ‘Heated Intra-Peritoneal Chemotherapy’. Een HIPEC-procedure wordt onder andere uitgevoerd voor dikke darm- en endeldarmkanker, appendixkanker, eierstoktumoren en is aangewezen voor een lokaal uitgezaaide kanker binnen de buikholte (peritoneale metastasen). Tijdens een HIPEC-procedure wordt het zichtbare tumorweefsel weggesneden, waarna de buikholte gespoeld wordt met chemotherapie van 42°C. De chemotherapie zal penetreren tot enkele millimeters diep en de achtergebleven kankercellen doden. Vervolgens krijgt de patiënt meestal aanvullende chemotherapie.

Sarcoom- of weke delenchirurgie wordt eveneens slechts in een aantal centra (ZOL, UZ Leuven,...) uitgevoerd. Weke delentumoren in de buik zijn zeldzaam, geven weinig klachten, zijn nauwelijks bekend en worden daarom vaak laattijdig gediagnostiseerd waardoor ze soms tot enorme volumes

kunnen uitgroeien. ‘You only see what you suspect’.

Een oncologisch chirurg is iemand die technisch handvaardig is, maar ook goed ingelezen is in oncologie en tumorbiologie. Bij een complexe ingreep is het niet alleen belangrijk te beslissen wat je doet, maar ook wanneer je dit doet. Complexe oncologie is bij uitstek multidisciplinair. “Decisions are more important than incisions,” is een bekende uitspraak in deze context.

Bij de behandeling van complexe tumoren zijn de strikte grenzen tussen chirurgie en medische disciplines gesneuveld: de abdominaal chirurg geeft chemotherapie in de operatiezaal, de radiotherapeut en uroloog behandelen samen prostaatcancer met brachytherapie in de operatiezaal, de gastro-enteroloog voert invasieve tumorale procedures uit op de dienst Endoscopie..

Voor het nemen van goede beslissingen moet je de ander zijn taal en specialisme goed kennen. Om me zelf hier in bij te scholen heb ik twee jaar geleden de post-PhD-opleiding ‘High impact cancer research: cancer biology’ in Harvard Medical School (VS) gevolgd. Basis kennis over kanker is immers erg belangrijk bij hetgeen wij doen. Mijn collega dr. Govaerts heeft deze know-how opgedaan tijdens haar opleiding in het NHS Basingstoke Hospital in Engeland, een referentiecentrum voor buiktumoren. Blijvend bijscholen is een must: de kenniscycli in de geneeskunde en zeker in de oncologie zijn zo drastisch versneld dat continue opleiding noodzakelijk is. Het gaat loeiend hard.

Wij werken als oncologisch chirurgen vaak samen met disciplines als gynaeco-

logie en urologie. Op de MOC-vergaderingen wordt besproken welke ingrepen best door chirurgen van beide disciplines samen uitgevoerd worden. In die zin zijn ook de grenzen tussen chirurgische specialismen aan het vervagen. Als oncologisch buikchirurg opereer ik bijvoorbeeld ook vaak in de thorax. Bijgevolg zie je meer en meer chirurgische expertise ontstaan, niet op basis van anatomische plaatsen in het lichaam, maar uitgaande van pathologieën. Kanker respecteert geen organen, dus de oncologisch chirurg heeft die luxe ook niet.

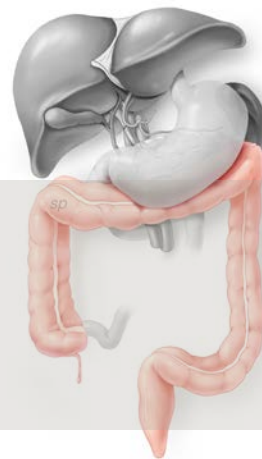
Als goed oncologisch chirurg heb je best enkele maanden meegedraaid in een expertcentrum voor urologische oncologie, een expertcentrum voor gynaecologie, ... Je combineert dat met je eigen expertise en probeert de lijm te zijn in het complexe verhaal van de patiënt.



PROF. DR. KURT VAN DER SPEETEN
hoofd kliniek voor complexe oncologische chirurgie

COLORECTALE KLINIEK

Prof. dr. Joep Knol, dr. Anne Dams, dr. Kim Govaerts,
dr. Steven Bessemans en prof. dr. Kurt Van der Speeten



“

Aandoeningen van de dikke darm (colon) en endeldarm (rectum) zijn in drie grote groepen te verdelen: tumoren, ontstekingsziekten en functionele afwijkingen.

Colorectale tumoren

Elke tumor kan goed- of kwaadaardig zijn. Een kwaadaardige tumor in het colon of rectum is de derde doodsoorzaak onder de kankers.

De behandeling van colorectale tumoren gebeurt multidisciplinair, waarbij chirurgie de hoeksteen van de behandeling vormt. Essentieel is dat het aangetaste deel van de darm wordt verwijderd, met daarbij ook het vetweefsel, de bloedvaten en klieren waarlangs de tumorcellen zich kunnen verspreiden (meso-colon/rectum). De kwaliteit van darmkankerchirurgie wordt grotendeels bepaald door de



PROF. DR. JOEP KNOL
hoofd colorectale kliniek

volledigheid van de wegname van dit mesocolon- of rectum. We spreken daarom van een Complete Mesocolische Excisie (CME) of Totale Mesorectale Excisie (TME).

Terwijl het colon vrij makkelijk bereikbaar is, ligt het rectum diep in de 'koker' van het bekken. De kunst bij rectumchirurgie is om enerzijds een goede TME te verrichten en anderzijds de structuren in de zijwand, zoals bloedvaten en zenuwen, intact te laten. Als er te veel van de zijwand wordt meegenomen, is er een invloed op wat prof. Bill Heald (grondlegger van de TME-techniek) de 'Pelvic Happiness' noemt; in dat geval worden zenuwen voor seksuele functie, plas- en stoelgangsfunctie beschadigd.

Om overal goed aan te kunnen, moet je soms verschillende technieken combineren. Vanuit de buik gebruiken we naast de klassieke open chirurgie, ook laparoscopische en robotchirurgie. Het probleem is wel dat het bij sommige patiënten met een nauw bekken, bvb. mannen met een grote prostaat en soms een grote tumor, moeilijk is om enkel vanuit de buik een inschatting te maken van de afstand van de tumor tot aan de sluitspier en door ruimtegebrek het verrichten van een optimale TME.

In die gevallen kan er ook een deel van de operatie, meestal het moeilijkste, tegelijkertijd langs de anus worden verricht. We noemen dit taTME, ofwel Transanale Totale Mesorectale excisie, geïntroduceerd door prof. Lacey.

Door van in het begin met prof. Heald en prof. Lacey samen te werken, was prof. Knol een van de eersten die de

taTME-techniek in Europa uitvoerde, en bovendien de eerste in België. Patiënten komen van ver voor een taTME-ingreep.

Door een combinatie van technieken kunnen we nog meer sluitspiersparend werken en dus minder definitieve stoma's aanleggen, hetgeen voor veel patiënten cruciaal is.

Ontstekingsziekten

Ook de behandeling van chronische ontstekingsziekten van de darm gebeurt multidisciplinair, maar hier blijft chirurgie zo lang mogelijk op de achtergrond. Het gaat vooral over de ziekte van Crohn en Colitis Ulcerosa.

Als er uiteindelijk toch een chirurgische behandeling nodig is, vraagt dit een specifieke benadering waarbij we zoveel mogelijk darm sparen en waarbij we extra voorzichtig zijn omdat de weefsels veel broser zijn door de ontsteking.

Een ander verhaal is natuurlijk de behandeling van acute ontstekingen. Appendicitis wordt meestal geopereerd, terwijl een diverticulitis meestal kan worden 'afgekoeld' met antibiotica. Elke situatie wordt individueel ingeschat.

Functionele afwijkingen van colon en rectum

Dit is een heel gevarieerde groep van afwijkingen, gaande van obstipatieproblemen (bv. een traag werkende darm), tot incontinentieproblemen en verzakkingen. Elk probleem vraagt een eigen aanpak en vooral een goede investigatie, waarbij we volgens een beslissingsboom het probleem inzichtelijk maken en vereenvoudigen.

Het probleem van verzakkingen (prolaps) zien we veel, met name bij vrouwen. Dit kan een hele waaier van klachten geven, die soms zeer invaliderend zijn. Het volledig uitklaren van het probleem vraagt deskundigheid en geduld. Dr. Anne Dams, die de bekkenbodembodemkliniek leidt, heeft zich gespecialiseerd in deze problematiek. We overleggen de moeilijke gevallen onderling, maar bovendien is een multidisciplinaire aanpak soms noodzakelijk omdat de verschillende structuren in het bekken elkaar kunnen laten verzakken of kantelen.

In de colorectale kliniek zijn we actief met vijf chirurgen. We maken deel uit van verschillende (wetenschappelijke) boards. Enkelen onder ons geven ook training en opleiding, en we publiceren op regelmatige basis onze resultaten. Het is vrij uniek dat we alle technieken beheersen: open, laparoscopie, robot en transanaal. Elke ingreep is op maat van de patiënt en is afhankelijk van de pathologie en soms van de anatomie of werkruimte.

Twee keer per week vindt er een colorectale raadpleging plaats. Daar worden alle colorectale tumoren en andere moeilijke dossiers besproken en wordt aan de patiënt een behandelplan voorgesteld. Er zijn altijd twee chirurgen van de groep aanwezig, soms met collega's van andere disciplines.

Ook onze verpleegkundig coördinator voor het zorgpad colorectale en peritoneale ziekten, Marga Bogaert, is aanwezig op deze raadpleging. Zij verzamelt de gegevens van de patiënt, contacteert de huisarts of verwijzer, en begeleidt de patiënt. Patiënten en verwijzers kunnen bij haar terecht, maar bovendien ziet zij toe op een correcte terugverwijzing. Marga staat ook in voor de data-registratie; door onze cijfers bij te houden kunnen we kwaliteitscontroles doen. Er wordt een multidisciplinaire database opgebouwd om nog meer parameters te registreren en onderlinge verbanden te leggen.



HEPATO-PANCREATICO-BILIAIRE (HPB)KLINIEK

Dr. Dennis Wicherts, dr. Hans Verhelst, dr. Mathieu D'Hondt (consulent AZ Groeninge Kortrijk)



HPB staat voor chirurgie van de lever, de galwegen en de pancreas. Het gaat hoofdzakelijk om oncologische ingrepen voor tumoren in de lever en pancreas.

Bij leverchirurgie gaat het vaak om uitzaaiingen van darmkanker. We kunnen deze patiënten zeer goed behandelen en zelfs genezen als we de uitzaaiingen volledig kunnen weghalen. Komt daarbij dat een lever zich gemakkelijk herstelt en na verloop van tijd opnieuw aangroeit.

De lever is een sterk doorbloed orgaan. Dat maakt leverchirurgie erg uitdagend. Omdat het om complexe ingrepen gaat, gebeurde tot kort geleden veel leverchirurgie via een open ingreep. Tegenwoordig vinden laparoscopie en robotchirurgie steeds meer ingang. Wij bieden in het ZOL alle mogelijkheden aan, waarbij zoveel mogelijk operaties minimaal invasief worden verricht.

Om onze expertise op het vlak van robotchirurgie te vergroten, assisteert consulent en ervaren robot-leverchirurg dr. Mathieu D'Hondt de complexe robotingrepen. Dit is mogelijk omdat het ZOL beschikt over een robot met dubbele console, waarin twee chirurgen samen kunnen opereren (zie foto p. 27).

Voor pancreaschirurgie hebben we een samenwerkingsovereenkomst met het Jessa Ziekenhuis in het kader van de conventie. Concreet betekent dit dat wij onze patiënten in Hasselt opereren en dat de nabehandeling en opvolging in Genk wordt verdergezet. Recent heeft dr. Wicherts binnen de conventie de allereerste pancreasoperatie met de robot uitgevoerd.

Elke week vindt er een multidisciplinaire bespreking plaats met de gastro-enterologen en de radiologen waar alle HPB-pa-

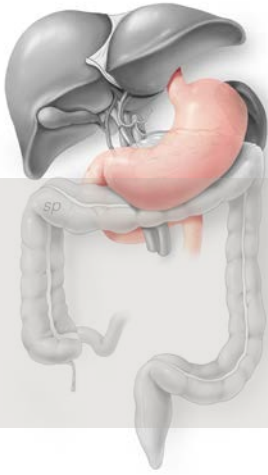
tiënten besproken worden. Als er een indicatie is voor een ingreep krijgen ze een afspraak bij ons. Na de ingreep zien we de patiënt nog één keer terug en dan gaat hij of zij terug naar de gastro-enteroloog voor opvolging of nabehandeling.

Met onze HPB kliniek nemen we deel aan wetenschappelijke studies en bouwen we aan een database met alle relevante patiënteninformatie voor kwaliteitsopvolging en verbetering op lange termijn. Voordeel van de samenwerking met dr. D'Hondt is ook dat we onze studies samen kunnen opzetten met AZ Groeninge. Ander voordeel van het consulentenschap is dat we moeilijke casussen samen kunnen bekijken en opereren. Met drie gespecialiseerde HPB-chirurgen in ons team zijn we ruim bedeed, kunnen we steeds overleggen en is er altijd iemand beschikbaar.



DR. DENNIS WICHERTS
hoofd HPB-kliniek





SLOKDARM-MAAGKLINIEK

Dr. Wim Bouckaert, dr. Hans Verhelst, dr. Dennis Wicherts
en dr. Bart Appeltans (consulent Jessa Ziekenhuis),

Gespecialiseerde zorg en hoogtechnologische, complexe ingrepen zoals slokdarmheelkunde kunnen enkel op een kwaliteitsvolle wijze geleverd worden door een dienst waar voldoende expertise aanwezig is die continu getoetst en verbeterd wordt.

Daarom worden ingrepen bij slokdarmtumoren, gastro-oesofageale junctietumoren en niet-oncologische aandoeningen van de slokdarm geconcentreerd in centra voor complexe slokdarmchirurgie. Deze centra moeten 24/24 en 7/7 een kwaliteitsvolle verzorging bieden op het vlak van heelkunde, intensieve zorgen, anesthesie, verpleegkunde en andere medische en paramedische disciplines betrokken bij de multidisciplinaire aanpak van deze patiënten.

Uit de cijfers van het Kankerregister blijkt dat het sterftecijfer per verpleeginrichting daalt naarmate er meer ingrepen worden uitgevoerd. Zo werd over de jaren 2008 tot 2015 een gemiddeld 30 dagen-sterftecijfer vastgesteld van 3,9 %. Dit cijfer daalt naar 1,3 % in inrichtingen waar ten minste 20 ingrepen per jaar uitgevoerd worden.

De dienst Abdominale Heelkunde van ZOL kreeg als enig Limburgs centrum een erkenning voor deze overeenkomst (conventie), nadat was aangetoond dat aan de hoge kwaliteitscriteria voldaan is.

Dr. Verhelst volgde een opleiding van 2 jaar in het Hôpital Pitié de la Salpêtrière, gespecialiseerd in slokdarmchirurgie, en startte in 2001 de slokdarmheelkunde in het ZOL op. In die

20 jaar is er een evolutie opgetreden van zware 'mutilerende' heelkunde naar minimaal invasieve technieken en robot-geassisteerde operaties. De slokdarmchirurgen van ZOL beheersen al deze technieken, gaande van open chirurgie tot laparoscopie en robotchirurgie.

Om de door de overheid opgelegde volumes te halen, werd een unieke samenwerking opgezet met het Jessa Ziekenhuis. De operatieve interventies van de slokdarm worden gecentraliseerd op campus Sint-Jan van ZOL. In deze samenwerking blijven de netwerkstructuren met alle Limburgse ziekenhuizen belangrijk, namelijk Noorderhart in Pelt, het Sint-Franciscusziekenhuis in Heusden-Zolder, het Sint-Trudo Ziekenhuis in Sint-Truiden en AZ Vesalius in Tongeren.

Tegelijkertijd werd binnen het netwerk ook een gelijkaardige samenwerking voor maagtumoren afgesproken.

Wekelijks worden alle patiëntencasussen besproken tijdens een zoom super-MOC waarbij alle betrokken artsen aanwezig zijn, om zodoende de beste behandeling voor elke patiënt te kunnen garanderen. Er zijn korte wachttijden en er is een duidelijk uitgetekend zorgpad voor de behandeling en de opvolging.

Om de kwaliteit te garanderen worden de data geregistreerd, wordt er een jaarrapport opgesteld en een verbeterplan uitgewerkt indien er indicatoren zijn die voor verbetering vatbaar zijn. Tot slot neemt de dienst actief deel aan wetenschappelijk onderzoek naar betere behandelingstechnieken.

“

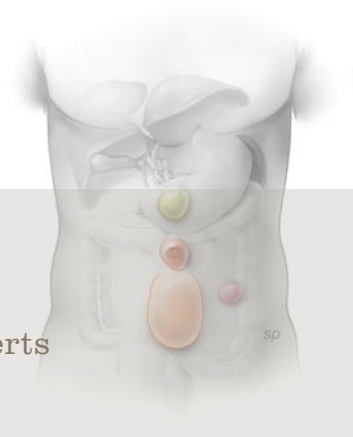
In 20 jaar is er een evolutie opgetreden van zware 'mutilerende' slokdarmheelkunde naar minimaal invasieve technieken en robot-geassisteerde operaties.



DR. HANS VERHELST
hoofd maag- en
slokdarmkliniek

BUIKWANDKLINIEK

Dr. Steven Bessemans, dr. Wim Bouckaert, dr. Dennis Wicherts



“

Buikwandchirurgie, dit wil zeggen chirurgie van defecten of breuken van de buikwand. Deze pathologie behelst een groot aandeel van de abdominale heilkunde. Een breuk of hernia is een opening in de spierlaag die aangeboren is of ontstaan is door de jaren heen (na een trauma of chirurgie). Door de breuk puilt soms een deel van de buikinhoud naar buiten.

Vaak voorkomende breuken zijn liesbreuken en navelbreuken. Deze zijn doorgaans redelijk vlot te herstellen. Daarnaast heb je de meer complexe breuken zoals littekenbreuken na chirurgie en parastomale breuken naast een stoma. Er zijn een aantal risicofactoren die de kans op het ontwikkelen van een breuk verhogen. Zo hebben obese patiënten meer risico, maar ook rokers, diabetes- en longpatiënten zijn



DR. STEVEN BESSEMANS
hoofd buikwandkliniek

risicogroepen. Ook leeftijd speelt een belangrijke rol.

Patiënten lopen na open chirurgie 20 tot 30 procent kans op een littekenbreuk. Door de evolutie naar steeds meer laparoscopische chirurgie neemt het aantal grote littekenbreuken af. Maar ook de insteekplaatsen bij een laparoscopie kunnen aanleiding geven tot hernia's. Een CT-scan van de buik is essentieel in de diagnostiek en evaluatie van de anatomie van de buikwand. Deze wordt aldus altijd voor een ingreep uitgevoerd.

In de afgelopen 15 jaar is er weinig evolutie geweest wat betreft de technieken voor complexe buikwandchirurgie. Sinds enkele jaren hebben een aantal nieuwe technieken hun intrede gedaan. Het algemene principe is het herstellen van de anatomie van de buikwand (sluiten van de breukpoort), telkens verstevigd met een prothese (netje of mesh) dat in de buikwand (achter de spieren) wordt geplaatst. Bij de oudere, doch heden nog meest courante technieken, wordt de prothese ofwel via een open manier achter de spieren geplaatst (Rives Stoppa techniek) ofwel via kijkchirurgie in de buikholte tegen het buikvlies (IPOM). Deze laatste techniek heeft tot tweemaal meer kans op een recidief.

Bij de laparoscopische 'intraperitoneal onlay mesh' (IPOM)-techniek worden de vergroeiingen met de breukzak en buikwand losgemaakt en wordt er een mesh in de buikholte gebracht die wordt vastgeniet of gelijmd tegen het buikvlies of de buikwand. Mogelijke complicaties zijn vergroeiingen en fistulisatie van de darm naar het net, wat soms kan leiden tot chronische pijn.

“

Door de evolutie naar steeds meer laparoscopische chirurgie neemt het aantal grote littekenbreuken af.

Ook bij de open techniek worden de vergroeiingen in de buikholte vrijgemaakt, gevolgd door het sluiten van de breukpoort na het plaatsen van een mesh achter de spieren. Soms is het nodig om de schuine buikspieren los te maken om de breukpoort te kunnen sluiten.

Deze techniek noemt men de 'component separation technique'. Het gaat om een type rectus abdominis-spierspieroefening die een reconstructie van grote ventrale defecten mogelijk maakt. Hierbij wordt één van de drie lagen schuine buikspieren opgeofferd maar functioneel is dit van weinig belang. Deze patiënten kunnen achteraf perfect hun normale activiteiten hervatten. De voordelen van de componentenscheidingstechniek zijn dat deze de functionele en structurele integriteit van de buikwand herstelt, een stabiele dekking van zacht weefsel biedt en het esthetische uiterlijk optimaliseert. Het net wordt steeds achter de spieren gestoken zodat het niet kan vergroeien met de darmen of andere organen.

Tot voor kort was het nodig om voor deze techniek over te gaan tot een insnede over de gehele lengte van de breuk.

Tegenwoordig is het mogelijk om in veel gevallen deze techniek volledig via laparoscopie uit te voeren. Men kan ofwel de buitenste spierlaag (m. obliquus externus) scheiden waarbij een winst tot 8 cm per kant kan bekomen worden of de binnenste spierlaag (m. obliquus internus) waarbij minder mobilisatie wordt bekomen maar wel een groter vlak kan gemaakt worden om een grote prothese te plaatsen en/of om breuken in de schuine buikspieren te behandelen. Men kan tevens een combinatie toepassen om de behandeling te 'shapen' al naargelang de plaats van de breuk(en) en de geschiedenis van de patiënt.

De voordelen hierbij zijn groot. De patiënten hebben beduidend minder pijn, minder wondproblemen, minder kans op verklevingen en een beter esthetisch resultaat. Dit alles leidt ook tot een korter ziekenhuisverblijf.

Omdat bij robotchirurgie ook makkelijker naar boven, naar 'het plafond', kan worden gekeken en gewerkt, is robotchirurgie hierbij een meerwaarde.

De leercurve van de nieuwe techniek is groot voor de chirurg. Dr. Bessemans heeft een training gehad in chirurgische centra in Gent en Dundee (Schotland) en past deze techniek ondertussen reeds drie jaar toe. De techniek is op dit moment nog niet wijdverspreid. Dr. Wicherts en dr. Bessemans zijn pioniers in deze regio voor de toepassing ervan. Om de kwaliteit van ons werk op te volgen en te verbeteren, registreren we alle relevante data qua ingrepen en verdere opvolging. ■



Info verdieping
A30-A35



Obesitas
chirurgie



Medicatie
gastric bypass



Galstenen



Diverticulose/
itis



Colon kanker



Anale Fissuur



Hemorroiden



Sacrococcygeale
Cyste

**meer brochures vindt u op
www.zol.be/abdominale-heelkunde**

MEER INFO:



Marga Bogaert

Verpleegkundig Coördinator Colorectaal Zorgpad
T 089 32 60 26
marga.bogaert@zol.be



Sandra Latet

Verpleegkundig Coördinator Obesitas Zorgpad
T 089 32 60 25
sandra.latet@zol.be



Leen Van Lierop

Verpleegkundig Coördinator Obesitas Zorgpad
T 089 32 60 25
leen.vanlierop@zol.be



Inge Cosemans

Verpleegkundig Coördinator Stomazorg
T 089 32 15 33
inge.cosemans@zol.be

DIENST ALGEMENE EN ABDOMINALE CHIRURGIE

DIENSTHOOFD: PROF. DR. KURT VAN DER SPEETEN

PATHOLOGIE DIVERS	dr. Steven Bessemans, dr. Wim Bouckaert, dr. Frank Claessens, dr. Anne Dams, dr. Mathieu D'hondt, dr. Kim Govaerts, prof. dr. Joep Knol, prof. dr. Kurt Van der Speeten, dr. Hans Verhelst, dr. Dennis Wicherts					
PATHOLOGIE SUB- SPECIALISATIE	MAAG- SLOKDARM- KLINIEK	OBESITAS- KLINIEK	HPB- KLINIEK	COLO- RECTALE KLINIEK	KLINIEK VOOR COMPLEXE ONCOLOGIE	BUIKWAND- KLINIEK
KLINIEK- HOOFD	dr. Hans Verhelst	dr. Wim Bouckaert	dr. Dennis Wicherts	prof. dr. Joep Knol	prof. dr. Kurt Van der Speeten	dr. Steven Bessemans
	dr. Wim Bouckaert dr. Dennis Wicherts	dr. Frank Claessens prof. dr. Joep Knol dr. Hans Verhelst	dr. Mathieu D'Hondt dr. Hans Verhelst	dr. Steven Bessemans dr. Anne Dams dr. Kim Govaerts prof. dr. Kurt Van der Speeten	dr. Kim Govaerts	dr. Wim Bouckaert dr. Dennis Wicherts
VERPLEEG- KUNDIG COÖRDINATOR ZORGPAD		Sandra Latet T 089 32 60 25 Leen Van Lierop T 089 32 60 25		Marga Bogaert T 089 32 60 26	Marga Bogaert T 089 32 60 26	
COÖRDINATOR STOMAZORG				Inge Cosemans T 089 32 15 33	Inge Cosemans T 089 32 15 33	



ZORGCENTRUM VOOR SLACHTOFFERS VAN SEKSUEEL GEWELD VANAF 2022 IN HET ZOL

In 2022 komt er in ZOL een zorgcentrum voor slachtoffers van seksueel geweld. In het centrum kunnen slachtoffers zich 24/7 aanmelden voor medische en psychische zorg. Tegelijkertijd kan er bewijsmateriaal verzameld worden en kan een aangifte bij de politie gedaan worden.

Vlaams minister Zuhair Demir richtte in 2017 de eerste zorgcentra op. In die centra, gevestigd in ziekenhuizen in Brussel, Gent en Luik, kan een slachtoffer van seksueel geweld zich 24/7 aanmelden. In 2021 komen er centra bij in het UZ Antwerpen, UZ Leuven en CHU Charleroi. In 2022 zullen er nog vier zorgcentra opgericht worden, waaronder in ZOL. Bedoeling is dat slachtoffers in elke provincie in een zorgcentrum binnen het uur hulp kunnen krijgen en een dossier kunnen opstellen tegen de dader.

"We hebben dit belangrijke dossier grondig voorbereid," zegt divisie manager Guido Van Hamme. "We werken samen met onder meer de stad Genk, politiezone Carma en het Family Justice Center. Het centrum zal open zijn voor slachtoffers uit

heel Limburg, van elke leeftijd en van elk geslacht. Op basis van de huidige cijfers wordt er een 1000-tal slachtoffers per jaar verwacht."

In totaal zullen er ongeveer dertien voltijdse medewerkers in het zorgcentrum in ZOL tewerkgesteld worden, vooral psychologen die instaan voor de psychische ondersteuning van de slachtoffers en forensisch verpleegkundigen die de vaststellingen doen. Urgentiearts Pieter Jan Van Asbroeck neemt de medische coördinatie op zich.

Slachtoffers zullen ook een aangifte kunnen doen in het centrum aan de politie. ■



QR-code geeft toegang tot het ziekenhuis

Patiënten die op raadpleging komen in het ziekenhuis krijgen vooraf een vragenlijst toegestuurd waarin hun risico op besmetting wordt bevestigd. De resultaten worden weergegeven in het elektronische dossier van de patiënt, samen met een kleurcode naargelang het risico op besmetting.

Als patiënten (potentieel) besmet zijn, schat de behandelende arts de dringendheid van de consultatie in. Indien mogelijk wordt een nieuwe datum vastgelegd.

Als patiënten toegang krijgen tot het ziekenhuis, wordt hen een QR-code toegestuurd. Met die code kunnen ze passeren aan het geautomatiseerde toegangssysteem aan de hoofdingang. Het geavanceerde systeem combineert verschillende functionaliteiten: temperatuurmeting van het voorhoofd, controle op het dragen van een mondmasker en het scannen van de QR-toegangscodes.

Er zijn steeds begeleiders aanwezig aan de poortjes die patiënten indien nodig helpen bij hun toegang tot het ziekenhuis. Bezoekers of begeleiders hoeven de vragenlijst niet in te vullen. Alle patiënten die worden opgenomen moeten een PCR-test laten afnemen. ■



V.l.n.r. Julie Vrancken (Mobile Health Unit), professor dr. Ronald Thoelen (UHasselt), Tom Vandeput (Gedeputeerde van Economie) en prof. dr. Pieter Vandervoort (ZOL)

SLIMME PLEISTER VOOR COVID-19-PATIËNTEN

De Universiteit Hasselt ontwikkelt een slimme pleister om gehospitaliseerde COVID-19-patiënten permanent op te volgen.

Zo kunnen we sneller vaststellen of een patiënt achteruitgaat. Daarnaast kan het systeem de werkdruk van het zorgpersoneel op COVID-afdelingen verlichten", zegt ZOL-cardioloog prof. dr. Pieter Vandervoort.

Tijdens de eerste COVID-19-uitbraak was er een acuut tekort aan IC-bedden en werkten zorgverleners onder hoge druk en in moeilijke omstandigheden. COVID-19 is immers onvoorspelbaar en heterogeen wat betreft de expressie en het beloop en vergt vaak een lang verblijf in het ziekenhuis. COVID-19-patiënten kunnen erg snel achteruit gaan en de nood aan zuurstoftherapie kan zeer snel ontstaan.

Belangrijke parameters in de opvolging van COVID-19 zijn ademhalingsfrequentie (RR), zuurstofverzadiging (SpO₂), hartslag (HR) en hartslagvariabiliteit (HRV). Continue metingen zijn echter cruciaal voor vroege detectie van verslechtering. Zorgprofessionals geven aan dat ze niet kunnen vertrouwen op klinische symptomen bij het voorspellen van de achteruitgang van een patiënt wat belangrijk is bij het nemen van medische beslissingen. Daarbij zijn algemene verpleegafdelingen niet uitgerust voor geavanceerde en permanente monitoring van patiënten.

Met de tweede COVID-19-uitbraak in het vooruitzicht werd gezocht naar hulpmiddelen voor beslissingsondersteuning bij de klinische opvolging van COVID-patiënten, zodat achteruitgang van de algemene toestand tijdig kan worden gedetecteerd.

In een vorig Interreg EMR-project wearIT4health, werd al een prototype van een beslissingsondersteunend systeem geconcipeerd. Om het systeem te optimaliseren werd een nieuw systeem, namelijk een intelligente pleister, ontwikkeld specifiek voor COVID-19-patiënten.

"De vitale functies worden via meerdere sensoren in realtime vastgelegd via een draadloze, draagbare en comfortabele pleister die op het lichaam van de patiënten wordt gekleefd", verduidelijkt professor dr. Ronald Thoelen van het Instituut voor Materiaalonderzoek van de UHasselt. "De meetgegevens die verzameld worden met de pleister worden via de cloud gedeeld met het elektronisch medisch dossier van de patiënt. Als er een drempelwaarde wordt overschreden, gaat er een alarm af."

"Wij onderzoeken intussen wat de kritische drempelwaarde is waarop artsen en verpleegkundigen gewaarschuwd moeten worden wanneer de algemene

toestand van een COVID patiënt achteruitgaat. Ook de pleister zelf staat nog niet helemaal op punt. COVID-19-patiënten bewegen veel omdat ze vaak hoesten. De slimme pleister mag natuurlijk niet loskomen," stelt cardioloog prof. dr. Pieter Vandervoort.

De slimme pleister is voorlopig nog in onderzoek en wordt vandaag nog niet ingezet in het ziekenhuis. ZOL volgt via de CovidCare@Home-box wel al COVID-19-patiënten op, die het ziekenhuis hebben mogen verlaten. Daarvoor moeten de patiënten drie keer per dag zelf hun hartslag, ademhaling, zuurstofverzadiging en temperatuur meten. Ook alle andere Limburgse ziekenhuizen werken al met de CovidCare@Home-box.

Binnen 'WearIT4COVID' werken het ZOL en de UHasselt samen met zes andere partners uit de euregio Maas-Rijn. Op voorstel van gedeputeerde van Economie Tom Vandeput kan het project ook rekenen op Europese middelen via Interreg Euregio Maas-Rijn. "Europa legt meer dan 870.000 euro op tafel voor dit baanbrekend onderzoek. Het illustreert hoe de kruisbestuiving tussen domeinen als gezondheid en IT onze zorg efficiënter kan maken", aldus gedeputeerde Vandeput. ■

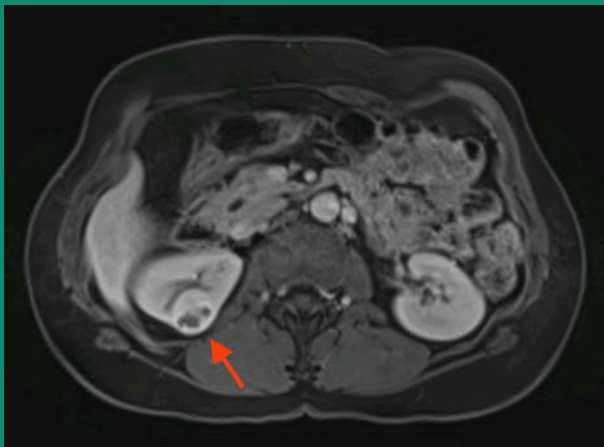
“

Door het exponentieel toegenomen gebruik van echografie en CT-scan worden niertumoren in een steeds vroeger stadium ontdekt.

Dr. Bernard Bynens,
Uroloog



fig 1
posterieur
gelegen
niertumor



Nieuwe chirurgische aanpak voor behandeling van niertumoren

Patiënten met een niertumor waarbij een partiële nefrectomie haalbaar is, worden in ZOL retroperitoneaal en volledig robotgeassisteerd geopereerd. Deze approach biedt vele voordelen, zowel voor de chirurg als voor de patiënt. De dienst Urologie van ZOL is één van de weinige centra in de Benelux die deze ingreep systematisch op deze manier uitvoert.

Door het exponentieel toegenomen gebruik van echografie en CT-scan worden niertumoren in een steeds vroeger stadium ontdekt. Deze kleinere niertumoren of 'incidentaloma' - een toevallige vondst van een klein renaal celcarcinoom - zijn meestal nog asymptomatisch.

Voor de opkomst van moderne beeldvorming werd een niertumor gediagnosticeerd door symptomen als flankpijn, hematurie of de aanwezigheid van een palpabele massa. Omdat deze triade pas in een gevorderd stadium van de tumor optreedt, werd nierkanker ook wel een 'silent killer' genoemd.

De behandeling van nierkanker bestond uit een nefrectomie of het volledig weghalen van de nier. Met de vroegtijdige diagnose van kleinere niertumoren, wordt een volledige nefrectomie een zeer drastische behandeling. Patiënten met een unieke nier hebben meer kans om nierinsufficiëntie te ontwikkelen, met bijgevolg een grotere kans op vroegtijdig overlijden, cardio-vasculaire events of een evolutie naar nierdialyse.

De eerste partiële nefrectomieën - een niersparende operatie waarbij enkel de tumor in de nier verwijderd wordt - werden verricht via een lumbotomie. Het gaat hierbij om een incisie die vrij moeilijk verdragen wordt en vaak gepaard gaat met bulging, pijnklachten en sensibiliteitsproblemen. Met de komst van de laparoscopie en later de robot-geassisteerde laparoscopie (RAL) gebeurt deze ingreep steeds vaker minimaal invasief, met minder postoperatieve pijn, een kortere hospitalisatie, minder bloedverlies en een snellere recuperatie van de patiënt.

De standaard behandeling is tegenwoordig de transperitoneale robot-geassis-

teerde partiële nefrectomie, waarbij de tumor in de nier door de buikholte wordt weggenomen en de nier opnieuw wordt gehecht, al dan niet met het tijdelijk afklemmen van de arteria renalis.

Soms worden we geconfronteerd met zeer posterieur gelegen niertumoren (fig 1.), of met patiënten met een uitgebreide heelkundige abdominale voorgeschiedenis. In deze gevallen kan de tumor moeilijk te bereiken zijn of een transabdominale toegang zelfs onmogelijk zijn. Hier biedt de retroperitoneale toegang een oplossing.

Hoe bent U met deze operatietechniek in contact gekomen?

Dr. Bernard Bynens: "Enkele jaren geleden zag ik een patiënt met een kleine niertumor op de consultatie. Hij was al een achttal keren in het abdomen geopereerd waarbij onder andere een groot abdominaal net was geplaatst. Transabdominaal was deze operatie daarom onmogelijk uit te voeren."

"In die tijd was er in België één uroloog die deze techniek systematisch uitvoerde, nl dr. Peter Dekuyper uit Gent. Die eerste casus heb ik samen met hem hier in ZOL geopereerd. Hij gebruikt een 'hybride' techniek, waarbij eerst door middel van klassieke laparoscopie de retroperitoneale ruimte wordt gemaakt en de nierhilus wordt gedissecteed. De robot wordt aangesloten op het moment dat de niertumor wordt verwijderd en het tumorbed opnieuw wordt gehecht."

"Omdat tijdens de ingreep zowel een laparoscopiëren als een robot worden gebruikt, is deze benadering vrij omslachtig. Samen met uroloog prof. Christoph Vaessen uit Parijs zetten we de stap naar de eerste volledig robot-ge-

assisteerde retroperitoneale partiële nefrectomie. Omdat deze ingreep intussen gestandaardiseerd werd, is de retroperitoneale weg onze preferentiële benadering geworden. Daarmee zijn we nu één van de weinige centra in de Benelux die deze ingreep systematisch op deze manier uitvoert."

Wat maakt deze ingreep zo bijzonder?

Dr. Bernard Bynens: "Gezien het abdomen niet wordt geïnsuffleerd en het colon niet wordt gemobiliseerd is de kans op ileus of intraperitoneale problematiek zeer klein. Daarnaast hebben de patiënten postoperatief zeer weinig pijn en kunnen zij vaak reeds daags na de operatie met ontslag." "Voor de chirurg kent deze approach een langere en vooral steilere leercurve omdat de werkruimte, die veel kleiner is, moet gecreëerd worden in de virtuele ruimte rond de nier."

Welke patiënten hebben baat bij deze operatie?

Dr. Bernard Bynens: "In feite elke patiënt met een niertumor waarbij een partiële nefrectomie haalbaar is. Deze approach biedt daarnaast een bijkomend voordeel in geval van zeer posterieur gelegen niertumoren alsook bij patiënten met een moeilijk toegankelijk abdomen na eerdere abdominale chirurgie. We zien ook een duidelijk voordeel bij ernstig obese patiënten en patiënten met een complexere vascularisatie van de nier. Bij de meer dan 50 patiënten die in ZOL via deze weg zijn geopereerd was er nog geen conversie nodig, stelden zich geen hooggradige complicaties en was de mediane ligduur twee dagen. We kunnen dan ook de voordelen die beschreven zijn in de literatuur volmondig bevestigen." ■

Dr. Bernard Bynens, Uroloog

'DORSAL ROOT GANGLION'-STIMULATIE BIJ PATIËNTEN MET PIJNSYNDROOM IN ONDERSTE LEDEMATEN



v.r.n.l.: dr. Klaas Buyse, dr. Martine Puylaert,
Jmia N'ait-si-lahcen, prof. dr. Jean-Pierre Van Buyten (AZ Nikolaas)

In december 2020 heeft een team van het Multidisciplinair Pijncentrum (MPC) een neurostimulator geplaatst bij een patiënt met een 'complex regionaal pijnsyndroom' in een been, na een onderbeenbreuk met orthopedisch herstel maar blijvende pijn. Het MPC is hiermee het eerste centrum in Limburg voor deze indicatie.



In december 2019 werd door de overheid een beperkte en tijdelijke goedkeuring verleend tot neurostimulatie bij patiënten met een 'complex regionaal pijnsyndroom' (CRPS) in de onderste ledematen. 'CRPS' is de nieuwe naam voor wat men vroeger 'Sudeck-atrofie' noemde. Een aantal centra kregen goedkeuring tot implantatie waaronder het MPC van ZOL. Na 5 jaar wenst men dit project te evalueren.

Het ZOL heeft meer dan twintig jaar ervaring met ruggenmergstimulatie. Hierbij wordt door middel van een geïmplanteerde elektrode een elektrische prikkel aan het ruggenmerg gegeven om de pijn te onderdrukken. De elektrode wordt in de epidurale ruimte van het ruggenmerg geïmplanteerd en verbonden aan een batterij die de elektrische prikkel afgeeft. Dit is een hoogwaardige behandeling die enkel mag toegepast worden binnen een multidisciplinaire setting. Alle andere mogelijke behandelingen dienen niet effectief te zijn. Vooraf wordt ook onderzocht of de patiënt psychologisch stabiel is.

Sinds 2018 werd de indicatie tot terugbetaling van ruggenmergstimulatie teruggeschroefd tot enkel persisterende pijn na rug- of nekoperaties. Nochtans is er een ruime evidentie dat neurostimulatie ook een gunstig effect heeft op verschillende andere pijnsyndromen waaronder het CRPS.

CRPS is een pijnsyndroom dat voorkomt in de ledematen. Het kan ontstaan na een traumatisch letsel, al dan niet met zenuwbeschadiging. De precieze oorzaak van CRPS is onbekend. Het overheersende symptoom is hevige pijn die zeer moeilijk te behandelen is, naast gevoeligheid bij aanraking, veranderingen van de huid, beharing en nagelgroei, zwelling, spierzwakte en functionele beperking.

Hier gaat het om een nieuw soort stimulatie. Bij de klassieke stimulatie wordt een elektrode geplaatst in de epidurale ruimte van het ruggenmerg. Bij deze nieuwere techniek wordt ter hoogte van het 'dorsal root ganglion' (DRG), het zenuwknopje aan de basis van de spinale zenuw, een heel dunne elektrode geplaatst om op die manier de pijn te dempen. Deze methode geeft betere resultaten voor dit pijnsyndroom. Gezien zijn expertise kregen we assistentie van prof. dr. Van Buyten bij het uitvoeren van deze eerste toepassing.

Alvorens een mogelijke behandeling te starten, dient elk patiëntendossier te worden geëvalueerd door het Nationaal Adviesorgaan. Naast evaluatie van de pijn op zich wordt een uitgebreide psychologische testing uitgevoerd. Dit kan nu elektronisch via het nationale platform waarbij de patiënt thuis verschillende vragenlijsten, pijnschalen, slaapkwaliteit en medicatiegebruik moet invullen.

De behandeling dient onder perfect steriele omstandigheden te gebeuren. Daarom wordt deze in het operatiekwartier uitgevoerd. Na de implantatie is er een proefperiode van drie weken met een uitwendige batterij om het effect op de pijn te evalueren. De patiënt moet opnieuw dagelijks zijn of haar pijn, slaap en activiteit via een app aan de overheid rapporteren. Na de drie testweken volgt een herbeoordeling door het Nationaal Adviesorgaan vooraleer de implantatie van een definitieve batterij mag plaatsvinden. Deze batterij kan de patiënt voor verschillende jaren pijnverlichting geven en hopelijk een nieuw leven... ■

Dr. Klaas Buyse, dr. Martine Puylaert, prof. dr. Jan Van Zundert, algologen Multidisciplinair Pijncentrum



Live a Life overhandigt 14.500 euro aan kankeronderzoek UHasselt-Jessa-ZOL

Live a Life schonk eind 2020 een cheque ter waarde van 14.500 euro aan het Limburg Clinical Research Center (LCRC). Een mooi geldbedrag dat de organisatie inzamelde tijdens een coronaproof zomerevent. Het geld zal dienen voor het kankeronderzoek dat binnen het LCRC aan Universiteit Hasselt, Ziekenhuis Oost-Limburg en Jessa Ziekenhuis plaatsvindt.

Voor het elfde jaar op rij kunnen de onderzoekers van LCRC rekenen op de zeer gewaardeerde steun van Live a Life. Jaarlijks organiseren zij een festival in Stevoort ter nagedachtenis van Saartje Vennekens, op 30-jarige leeftijd overleden aan kanker. Met dit evenement houden haar ouders Georges en Ria de nagedachtenis aan hun dochter, die eventmanager was, levend. En dat deden ze ook afgelopen jaar, ondanks de coronapandemie. "2020 was een jaar dat we niet snel zullen vergeten", zeggen de organisatoren. "Uiteindelijk gaf de stad Hasselt dan toch de toestemming om iets kleinschaligs voor het goede doel te organiseren. Terwijl alle andere organisaties één voor één de handdoek in de ring gooiden, pakte Live a Life twee weekends uit met optredens voor een beperkt publiek in kleine bubblen."

Betere behandelingen, opsporingen en zorg

De opbrengst van het festival gaat naar het kankeronderzoek van het Limburg Clinical Research Center - een samenwerking tussen UHasselt en de ziekenhuizen ZOL en Jessa - en zal dienen voor de ontwikkelingen van betere behandelingen, opsporing en zorg voor kankerpatiënten. "We zijn de organisatie van Live a Life erg dankbaar. Hun steun is al jaren een duw in de rug van het vele onderzoek dat binnen ons onderzoekscentrum loopt. Het is mooi om te zien dat de coronapandemie hun engagement niet heeft getemperd, en dat ze zich blijven inzetten voor het goede doel", zegt Piet Stinissen, voorzitter van het LCRC. ■

CARDIOLOGIEPRIJS VOOR ONDERZOEKER DR. PIETER MARTENS

Cardioloog dr. Pieter Martens heeft de Jacqueline Bernheimprijs ontvangen voor zijn onderzoek rond de behandeling van personen met niet-synchroon samentrekkende hartkamers. Het onderzoek werd uitgevoerd in ZOL, met de steun van het Limburg Clinical Research Center.

De prestigieuze prijs ter waarde van 25.000 euro wordt uitgereikt door het Fonds voor Hartchirurgie voor baanbrekend onderzoek binnen de cardiologie. Het Fonds voor Hartchirurgie reikt jaarlijks de Jacqueline Bernheimprijs uit aan een jonge onderzoeker (-40) van een Belgische universiteit, die zich verdienstelijk maakt binnen cardiologie, hartchirurgie of de transplantatie van hart en/of longen. Dit jaar gaat de eer naar cardioloog dr. Pieter Martens voor zijn doctoraatsonderzoek onder leiding van prof. dr. Wilfried Mullens binnen het Limburg Clinical Research Center aan Universiteit Hasselt en Ziekenhuis Oost-Limburg.

Niet-synchroon samentrekkende hartkamers

Binnen zijn doctoraatsonderzoek richtte Pieter Martens zich op 'cardiale resynchronisatietherapie' (CRT). Een behandeling die al enkele tientallen jaren toegepast wordt bij patiënten met hartfalen van wie de hartkamers niet synchroon samentrekken. "Bij deze patiënten wordt een speciaal type pacemaker met of zonder defibrillatorfunctie geplaatst om de hartkamers opnieuw synchroon te laten samentrekken. Maar hoewel deze behandeling al vele jaren bestaat, wordt ze nog niet altijd optimaal gebruikt en zijn er nog vraagtekens rond het precieze werkingsmechanisme", vertelt dr. Pieter Martens. "Mijn onderzoek bestond er uit om nieuwe inzichten in de werking van deze behandeling te verkrijgen, inzichten te verwerven in de patiëntselectie en te kijken hoe patiënten na deze behandeling beter opgevolgd kunnen worden."

CRT-behandeling nog te weinig gebruikt

Binnen dit onderzoek publiceerde dr. Pieter Martens veelvuldig in wetenschap-

pelijke tijdschriften over de resultaten van zijn onderzoek. In verschillende studies beschrijft hij het werkingsmechanisme van CRT tijdens inspanning en ook de effecten die CRT kan hebben op microscopisch niveau in het hart. Verder blijkt uit internationale data dat CRT te weinig gebruikt wordt in de praktijk. In zijn onderzoek toont dr. Martens aan dat juist deze patiëntengroepen waar CRT wordt ondergebruikt, baat hebben van de therapie. "Bij patiënten ouder dan 80 jaar of patiënten met hartfalen door kransslagaderlij-

den wordt de CRT-behandeling nog te weinig gebruikt. Terwijl deze patiënten hier zeker voordeel uit halen", zegt dr. Pieter Martens. "Samen met mijn promotor heb ik deze bevindingen kunnen samenvatten in een internationaal aanbevelingsdocument dat wereldwijd frequent gelezen zal worden."

Het ontvangen van de Jacqueline Bernheim prijs is een hele eer voor de 32-jarige cardioloog. "Ik ben ontzettend blij met deze erkenning in zo een groot en uitgebreid vakgebied. Vier jaar heb ik zeer hard gewerkt aan dit doctoraatsonderzoek. Dat ik hier deze prijs voor mag ontvangen, is dan ook een heel mooi resultaat." De 25.000 euro prijzengeld zal geïnvesteerd worden in verder wetenschappelijk onderzoek binnen het Limburg Clinical Research Center. ■



dr. Pieter Martens en prof. dr. Wilfried Mullens

NIEUWE ZOL ARTSEN

Het beheer, de directie en de artsen van het Ziekenhuis Oost-Limburg hebben het genoeg u de uitbreiding van de medische staf aan te kondigen. Volgende artsen zijn in ZOL gestart.



DR. CUSTERS DEEPANJALI

Pediatrie

Dr. Custers behaalde haar diploma geneeskunde aan de KU Leuven in 2013 met grote onderscheiding. Ook haar specialisatie kindergeneeskunde volgde ze aan UZ Leuven.

Dr. Custer subspecialiseerde zich in kindergastro-enterologie aan UZ Antwerpen.

In ZOL zal dr. Custers actief zijn op de diensten Pediatrie, Neonatologie, Materniteit en Spoedgevallen.

Haar hoofdactiviteit vindt plaats op campus Maas en Kempen in Maaseik. Ze zal één dag per week aanwezig zijn op campus Sint-Jan in Genk.



DR. DEN HONDT MARGOT

Plastische heelkunde

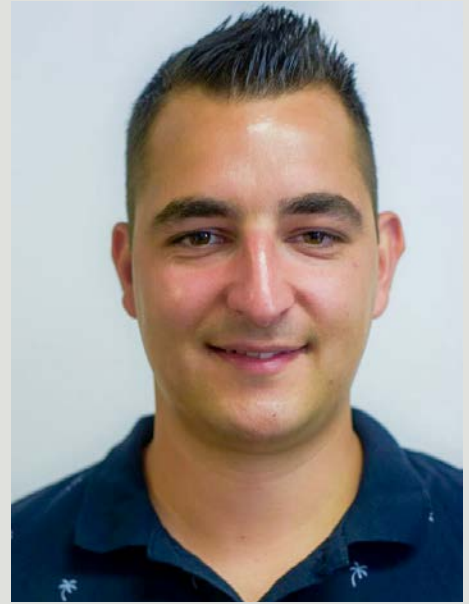
Dr. Margot Den Hondt behaalde haar diploma geneeskunde met grootste onderscheiding in 2011 aan de KU Leuven.

Haar specialistenopleiding plastische heelkunde volgde ze in UZ Leuven onder leiding van prof. dr. Jan Vranckx en in MUMC Maastricht onder leiding van prof. Rene Van der Hulst.

Dr. Den Hondt volgde een 'travel' fellowship aan de universitaire ziekenhuizen in Helsinki (Finland), Palermo (Sicilië) en Barcelona (Spanje). Vervolgens een fellowship complexe aangezichts chirurgie aan Chris O'Brien Lifehouse en Melanoma Institute Australia in Sydney (Australië) en tot slot een fellowship esthetische (aangezichts)chirurgie bij het Coupure Centrum in Gent.

In 2018 verdedigde dr. Den Hondt een PhD aan de KU Leuven met als titel: 'Van de kliniek terug naar het labo: naar de ontwikkeling van een tissue-engineered trachea'. Ze behaalde in 2018 eveneens de master 'Management en Beleid van de Gezondheidszorg' aan de KU Leuven.

In het ZOL zal dr. Den Hondt actief zijn op de dienst Plastische Heelkunde. Daar zal ze zich subspecialiseren in hoofd-hals chirurgie, esthetische gelaatschirurgie, huidtumoren (oncoplastisch), chirurgie van de aangezichts zenuw (nervus facialis) en migrainechirurgie.



DR. GRIETENS JENTE

Anesthesie

Dr. Jente Grietens behaalde zijn diploma geneeskunde aan de KU Leuven in 2014 met onderscheiding.

Zijn specialistenopleiding anesthesie volgde hij in UZ Leuven bij prof. dr. Marc Van de Velde, in Hôpital Kirchberg Luxemburg bij dr. Ivo Baeckelmans (locoregionale anesthesie) en in UCL Brussel bij prof. dr. Christine Watremez (cardio-anesthesie).

Dr. Grietens volgde een bijkomende opleiding Intensieve Zorgen.

In het ZOL zal dr. Grietens actief zijn op de Kritieke Diensten en voornamelijk in het Operatiekwartier. Zijn bijzondere interesses gaan naar locoregionale anesthesie, abdominale anesthesie en cardioanesthesie.



DR. HABIBI RAHELA

Psychiatrie

Dr. Rahela Habibi behaalde haar diploma geneeskunde met onderscheiding aan de KU Leuven in 2012. Haar specialistenopleiding volgde ze in UZ Leuven, UPC Kortenberg en UPC Bierbeek bij prof. dr. Rudi Vermote, prof. dr. Demyttenaere en prof. dr. Bouckaert.

In ZOL is dr. Habibi actief op de dienst Psychiatrie. Ze is gesubspecialiseerd in psychotraumattherapie.



DR. RASKIN YANNICK

Urologie

Dr. Yannick Raskin behaalde zijn diploma geneeskunde aan de KU Leuven in 2012. In 2018 rondde hij zijn specialisatie Urologie af aan het UZ Leuven en werd hij tevens Fellow of the European Board of Urology.

Van 2018 tot 2020 volgde dr. Raskin een vervolgoopleiding als fellow onco-urologie aan het UZ Leuven onder leiding van prof. dr. Joniau. In 2019 legde hij zich toe op de Retzius-sparende techniek voor robot-geassisteerde prostatectomie bij dr. Assenmacher in het Europaziekenhuis in Brussel. Deze techniek kon hij nadien in Leuven opstarten samen met prof. dr. Joniau. Daarnaast verwierf hij onder andere ook de robottechniek voor radicale cystectomie bij prof. dr. Everaerts, en dit zowel met Brickerstoma als met neoblaas. Een alternatieve aanpak van deze ingreep leerde hij ook kennen bij dr. Assenmacher in Brussel en prof. dr. Minervini in Firenze.

In ZOL zal dr. Raskin werken op de dienst Urologie waar hij zich voornamelijk zal toelleggen op onco-urologie en robotchirurgie. Daarnaast blijft hij één dag per week actief als consulent onco-urologie aan het UZ-Leuven. Hij zal zijn onderzoek in verband met minimaal invasieve en sparende robot-geassisteerde onco-urologische behandelingen dan ook verderzetten.



DR. STRAGIER HENDRIK
Anesthesie

Dr. Hendrik Stragier behaalde zijn diploma geneeskunde met grote onderscheiding aan de KU Leuven in 2014. Zijn specialistenopleiding anesthesie-reanimatie behaalde hij in ZOL onder leiding van dr. Heylen en in het UZ Leuven onder leiding van prof. dr. Van de Velde en prof. dr. Van den Berghe.

Hij volgde een fellowship in ZOL onder leiding van dr. Margot Vander Laenen en behaalde de bijzondere beroepstitel Intensieve Zorgen. Dr. Stragier volgde ook een verdiepend jaar Intensieve Geneeskunde aan UZ Leuven.

In ZOL zal dr. Stragier werken op de Kritieke Diensten, namelijk het Operatiekwartier, Intensieve Zorgen en Spoedgevallen. Daarnaast zal hij zich toeleggen op de verdere uitbouw en ondersteuning van de opleidingsactiviteiten van de assistenten in het Operatiekwartier en het simulatieonderwijs voor medewerkers en assistenten van de Kritieke Diensten.

Dr. Stragier heeft bijzondere interesse voor complexe beademing, infectiologie, hemodynamische monitoring, Extra Corporeal Life Support en echocardiografie.

WERKEN NIET MEER IN ZOL

DR. ERIC DE SMET,
fysische geneeskunde (pensioen)

DR. SARAH HERDEWIJN
neurologie

DR. LUC MERCKX
anesthesie (pensioen)

DR. LINDE STESENS
anatomopathologie (pensioen)

DR. WILLY VAN DE CASSEYE
pediater (pensioen)



André Dumont, kraambed en baby



André Dumont kliniek



Sint-Jansziekenhuis

GEZONDHEIDSZORG IN GENK

1880 - 1980

Tot op het einde van de 19de eeuw was er geen noemenswaardige gezondheidszorg in het rustieke dorpje Genk. Een eeuw later stond in Genk, inmiddels tot stad gepromoveerd, een van de grootste niet-universitaire ziekenhuizen van het land, ZOL (Ziekenhuis Oost-Limburg).

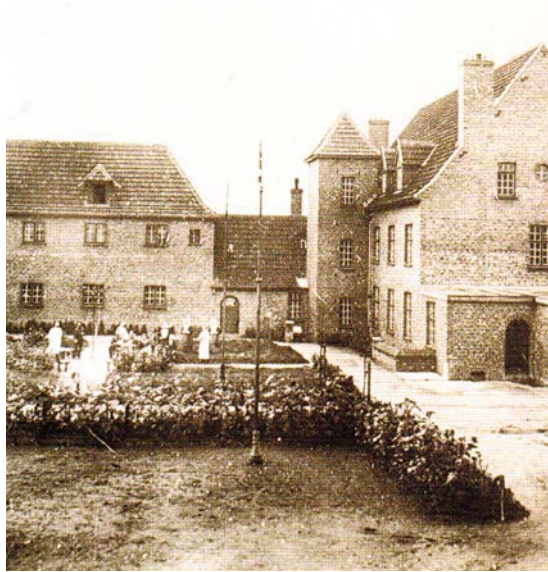
Rond 1850 telde Genk zo'n 1.820 inwoners, hoofdzakelijk keuterboertjes. Op de geur van varkensmest en schapenkeutels na, was de lucht er gezond en zuiver. Zó zuiver dat in 1893 in het bosrijke Bokrijk een sanatorium werd opgericht, het Kneippinstituut. De naam verwijst naar de Duitse priester en natuurgenezer, Sebastian Kneipp, die beroemd werd om zijn lucht- en waterkuren. Maar die aëro- en hydrotherapie was enkel weggelegd voor de meest welgestelde burgers van binnen- en buitenland.

De arme boertjes moesten het ondertussen stellen met de zelfgenezende kracht van het menselijk lichaam, kruidenmengsels en kwakzalverij. Een dokter of apotheker was er niet in Genk, laat staan een ziekenhuis. Wel 4 vroedvrouwen. Ter vergelijking: in Hasselt waren er in die tijd 8 dokters, 9 apothekers en 5 vroedvrouwen. Om genezing te bekomen staken de boertjes kaarsen aan (novenen) of ging men op bedevaart naar alle mogelijke heiligdommen of kapelletjes. De gemiddelde levensduur van de bevolking lag onder de vijftig jaar en de kindersterfte was bijzonder hoog. Tyfus, paratyfus en tuberculose waarden als spoken in het rond, al hadden die ziekten meer te maken met slecht drinkwater,

ondervoeding en een schrijnend gebrek aan hygiëne. Wie ziek werd moest het thuis uitzweten. Slechts één enkeling die het betalen kon, werd overgebracht naar het stedelijke ziekenhuis van Hasselt, Tongeren of Sint-Truiden. Of naar het Bavière-ziekenhuis van Luik.

Sint-Rafaëlkliniek

Over geestelijken en zielenherders kan veel geschreven worden, maar ze waren toch de gangmakers van een degelijk onderwijs en gezondheidszorg in rurale gebieden. Zo haalde pastoor Raeymaekers in 1890 enkele zusters van de orde van de 'Dochters van het Kruis' naar Genk om er een schooltje te stichten voor meisjes. Aan de zanderige weg die nu Grotestraat werd genoemd, liet hij een klooster bouwen met daarin twee klaslokalen. Omdat een congregatie nonnen een streng gesloten gemeenschap vormde, werd er in 1907, in de achtertuin van het klooster, een soort rusthuisje gebouwd. Aanvankelijk bedoeld om er zieke en stokoude zusters te verzorgen. Maar tijdens de eerste proefboringen naar steenkool in Winterslag gebeurden enkele min of meer serieuze ongevallen. De gewonde pioniers van het 'zwarte goud' met paard en kar naar een verafgelegen ziekenhuis afvoeren, was



't Kliniekske binnenhof



Verpleegzaal 1927

geen optie. Vandaar dat de nonnen met hun aangeboren goedheid en zelfopoffering de mijnwerkers in hun rusthuisje opnamen en liefdevol verzorgden. Zo werd dat bijgebouwtje het eerste ziekenhuis in Genk, de Sint-Rafaëlkliniek. Er waren 15 bedden.

't Kliniekske

Naarmate men in de koolmijn van Winterslag dieper en dieper begon te boren, vielen er meerdere arbeidsongelukken te betreuren zodat de directie besloot een eigen hospitaal voor gewonde mijnwerkers op te richten. In hun oorspronkelijk plan van aanleg hadden de architecten wel aan alle voorzieningen gedacht, zoals moderne woningen voor elk mijnwerkersgezin, logementshuizen voor alleenstaande mijnwerkers, paardenstallen voor de lastdieren en luxueuze villa's voor de directeurs, ingenieurs en kaderleden. Zelfs aan een aparte nonnenschool voor de meisjes en een broederschool voor de jongens. En als kers op de taart uiteraard een torenhoge kerk, gewijd aan Sint-Barbara, patroonheilige van de mijnwerkers. Maar in het totaalconcept van architect Adrien Blomme, ooit geïnspireerd op de tuinwijkgedachte in Engeland, was hij een ziekenhuis vergeten. Om daar een mouw aan te passen werd één van de logements-

huizen op de Noordlaan verbouwd tot de 'Sint-Elisabethkliniek'. Groot woord voor een soort veredelde EHBO-post, die daarom in de volksmond algauw 't Kliniekske' werd genoemd. Er waren 10 bedden, een feestzaal, een wachtzaal en een kleine operatiekamer. In 1924 werd het bestaft door 4 zusters van Liefde van de H. Vincentius à Paulo, later onder de supervisie van de mijndokter, dokter Reynaert. Ze hadden al onmiddellijk hun handen vol, want op 19 oktober 1924 was er in de Winterslagmijn een zware grauwvuurontploffing. Naast enkele verminkten waren er 11 slachtoffers met brandwonden te betreuren.

André Dumontkliniek

In navolging van Winterslag richtte de koolmijn van Waterschei in 1928 de 'André Dumont Clinique' op. Veel groter dan 't Kliniekske' in Winterslag. Er waren aanvankelijk 90 bedden. Ook hier konden de mijnwerkers en hun gezinnen kosteloos terecht voor verzorging. De architect was Gaston Voutquenne, die ook de huizen van de tuinwijk, de mooie ingenieursvilla's en de majestueuze kerk tekende. Van meet af aan werd in de André Dumontkliniek ook een apart tuberculosecentrum ingericht. Zoals in de Sint-Rafaëlkliniek stonden de 'Dochters van het Kruis' in voor de verzorging van de patiënten.

Sint-Jansziekenhuis

Dankzij de ontdekking van de rijke steenkolenlagen groeide de bevolking van Genk explosief. Van 6.276 inwoners in 1920 tot 24.574 in 1930. Het werd de volkrijkste gemeente van Limburg. Omdat de ziekenhuizen van de mijn van Winterslag en Waterschei privé-ziekenhuizen waren (enkel voor de mijnwerkers en hun gezinnen), kwam de C.O.O (tegenwoordig OCMW) in 1926 tot het besluit om in Genk een groot stedelijk ziekenhuis te bouwen. Daarvoor kochten ze in 1929, even buiten het centrum, de villa en het prachtig beboste landgoed van de Juffrouwen Vent aan. Samen met enkele aanpalende percelen besloeg het oppervlak 5ha21a. Kostprijs 240.000 Fr.

De oorspronkelijke plannen voor het stedelijk ziekenhuis waren groots. Het moest niet enkel voldoen aan de behoeften van de ondertussen 28.000 inwoners van Genk maar ook die van enkele aangrenzende gemeenten. Men voorzag aanvankelijk 153 hospitaalbedden (uitbreidbaar tot 509) met een afzonderlijk paviljoen voor besmettelijke ziekten, een apart gebouw voor raadplegingen, een keuken en een losstaand wasserijgebouw. Voor de congregatie van de Dochters van het Kruis die er de zieken zouden komen verzorgen, uiteraard ook

een klooster en een kapel. Maar zoals gekend sloeg de beurscrash van 1929 toe en werden alle beloofde staatstoelagen stopgezet. Bovendien was na de aankoop van Villa Vent de C.O.O-kas leeg en wilden de aangrenzende gemeenten geen extra financiële bijdrage leveren. Ook de besturen van de kolenmijnen wilde geen duit in het zakje doen. Ze vonden het stedelijk ziekenhuis je reinste 'geldverspilling'. Gelukkig kreeg het project de volledige steun van de toenmalige gouverneur Verwilghen, mits een en ander uit het groots opgezet plan kon worden geschrapt. Het aantal hospitaalbedden werd verminderd tot 108, dit van het besmettelijk paviljoen tot 26 en de keuken werd verkleind. De wasserij kreeg geen apart gebouw maar werd ondergebracht in het keldercomplex, waar ook het mortuarium en de autopsiezaal ondergronds gingen. De aanvanke-lijk groots geconcipeerde kapel verschrompelde tot een simpel kamertje op het gelijkvloers.

De eerste steen werd op 14 augustus 1934 gelegd en op 21 april 1936 werd het Sint-Jansziekenhuis feestelijk ingehuldigd. Er werd gestart met vier artsen: dr. Hermans (heelkunde), dr. Bollen (algemene geneeskunde), dr. Vandormael (NKO) en dr. Misotten (oogziekten). In de jaren veertig kwamen daarbij dr. Kerkhofs (bevallingen), dr. Lantmeeters (inwendige ziekten), dr. Diepers (oogziekten) en dr. Vanbekbergen (kinderziekten). Al snel bleek er een tekort aan bedden en operatiezalen en voor

nieuwe specialismen (radiologie, klinisch labo) was er niets voorzien. Zo werden er in de jaren vijftig twee nieuwe vleugels aangebouwd. De beddencapaciteit steeg naar 468. Ondertussen bood zich ook een kersverse lading specialisten aan: dr. Van Waes en dr. Van Hoof (gynaecologie), dr. Olbrechts en dr. De Bie (heelkunde), dr. Kestemont (radiologie) en dr. Heylen (anaesthesie). Tussen 1960 en 1970 kwamen tientallen geneesheren het medisch kader versterken en in 1970 waren er 34 artsen werkzaam, verspreid over 20 verschillende disciplines, waaronder ook anatomopathologie (dr. Van Strijthem).

Genk was in volle expansie en jaar na jaar werd het duidelijk dat met interne verschuivingen en aanbouw van allerlei koterijen de toestand een beetje chaotisch begon te worden. Zo ontstond rond 1973 het idee om elders een geheel nieuw ziekenhuis te bouwen. Onder impuls van toenmalige C.O.O.-voorzitter Alex Arts, werd er een bouwcomité opgericht om alweer een groots plan uit te werken. Dat kreeg de goedkeuring van de toenmalige minister van Volksgezondheid Jos De Saeger. Het project ging op 17 januari 1974 van start.

Negen jaar later stond het er in het Schiepse bos. Het nieuwe Sint-Jansziekenhuis, dat nu Ziekenhuis-Oost-Limburg wordt genoemd, afgekort het ZOL. ■



Dr. Johan Van Robays
Anatomopatholoog

Save the dates

WETENSCHAPPELIJKE RAAD
PROGRAMMA
2020 | 21

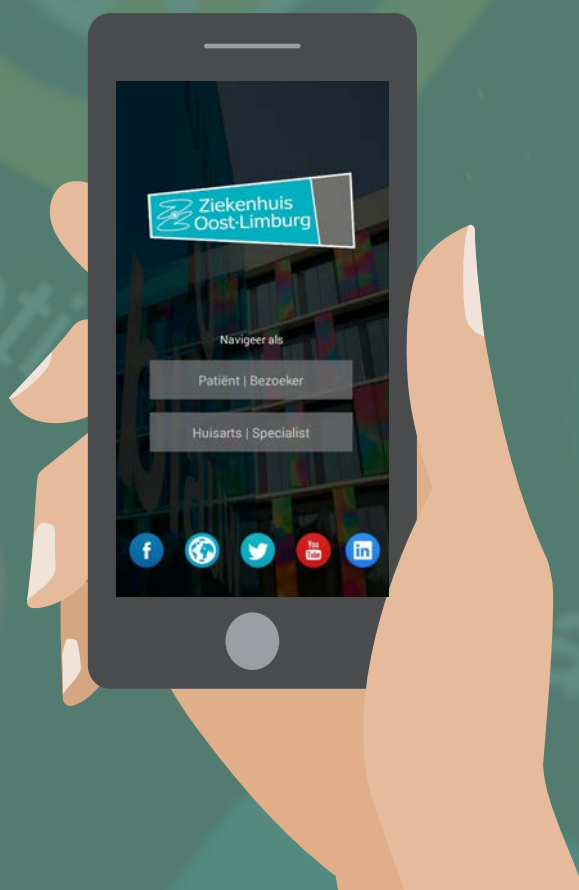
Donderdag 18 maart 2021	Endocrino@ZOL 2021 'Unlimited': Endocrinologie in al zijn aspecten <i>Inhoudsverantwoordelijke: dr. Y. Kockaerts, Endocrinologie</i>
Vrijdag 19 maart 2021	Congres endocrino@ZOL2021 'unlimited' <i>Inhoudsverantwoordelijke: dr. Y. Kockaerts, Endocrinologie</i>
Donderdag 25 maart 2021	Opvang en behandeling van de acute beroertepatiënt <i>Inhoudsverantwoordelijke: dr. L. Ernon, Neurologie</i>
Zaterdag 27 maart 2021	Fertiliteit in Limburg, een unieke samenwerking tussen Genk en Hasselt <i>Inhoudsverantwoordelijke: dr. N. Dhont, IVF</i>
Zaterdag 27 maart 2021	Symposium cardiologie 2021 <i>Inhoudsverantwoordelijke: dr. M. Vrolix & dr. H. Van Herendael</i>
Donderdag 22 april 2021	Behandeling van kanker... maar vergeet de pijn niet <i>Inhoudsverantwoordelijke: dr. A. Van Lantschoot & dr. M. Puylaert</i>

Alle lezingen die in de aula van het ZOL plaatsvinden, worden eveneens via ZOOM aangeboden. Meer info en de registratielink vindt u op www.zol.be in de rubriek Professionals/Wetenschappelijke Raad

HEEFT U DE ZOL-APP VOOR HUISARTSEN EN SPECIALISTEN AL GEDOWNLOAD?

De app is nu beschikbaar
voor Android-versie en iOS-versie.

Vraag uw wachtwoord aan met
uw Riziv-nummer bij: communicatie@zol.be
en download 'ZOL' in de
Google Play Store of in de App Store.



COLOFON

Verantwoordelijke uitgever: Dr. Griet Vander Velpen, medisch directeur ZOL ■ **Redactie en samenstelling:** Grete Bollen ■ **Werken mee:** Jurgen Ritzen, dr. Bernard Bynens, dr. Martine Puylaert, dr. Johan Van Robays. ■ **Redactieadviesraad:** dr. Marc Daenen, dr. Jan De Koster, dr. Eline Macken, prof. dr. Dieter Mesotten, prof. dr. Willem Ombelet, dr. Griet Vander Velpen, dr. Johan Van Robays, dr. Luc Vrielinck ■ **Foto's:** ZOL, Micha Vandormael, Marco Mertens, Boumediene Belbachir, Michiel Malchair, UHasselt, Dissectiekamer: @PhotoStraka ■ **Lay-out:** Lien Vuylsteke & Liesbeth Grondelaers, dienst Communicatie ■ **Redactie:** Schieperse Bos 6, B, 3600 Genk - Belgium ■ T +32 (0)89 32 17 62 ■ zolarium@zol.be ■ www.zol.be ■ Niets uit deze uitgave mag overgenomen of vereenvoudigd worden zonder schriftelijke toelating van de uitgever. ■ Jaargang 19 nr. 78 ■ januari • februari • maart • 2021

Partners in zorg



Prof. dr. Joep Knol
Abdominaal chirurg

Leon Reuser

Een jaar geleden kreeg ik pijn aan mijn stuitje. De huisarts dacht aan aambeien. Hij stuurde me naar het ziekenhuis in de buurt om ze te laten verwijderen. Daar dachten ze aan een fissuur en werd ik met een zalve terug naar huis gestuurd. Na nog een visite aan de huisarts en aan het ziekenhuis, kon ik de pijn niet meer verdragen. Mijn vriendin bracht me naar de Spoedgevallendienst waar ik weer dezelfde diagnose kreeg maar nog steeds geen behandeling. Na lang aandringen werd toch verder onderzoek gestart en uiteindelijk een kankergezwell van 6 cm in mijn endeldarm gevonden. "Wat nu," vroeg ik aan de dokter. "Het is niet goed," zei hij. Op basis van alle onderzoeken werd gekozen voor een combinatie van chemotherapie en bestraling om het gezwell te verkleinen.

Na afronden van deze behandeling ben ik voor een tweede opinie naar het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis in Amsterdam gegaan. De tumor was kleiner geworden door de behandelingen maar er waren nog heel wat tumorplekjes overgebleven. Daarom adviseerden ze een operatie die ik in het ziekenhuis in Den Bosch wilde laten uitvoeren, kort bij mijn familie en vrienden. Probleem was alleen dat het ziekenhuis de ingreep steeds uitstelde omwille van corona.

Omdat de pijn terugkwam en zelfs onhoudbaar werd zocht mijn vriendin contact met prof. dr. Knol. Ze kende hem omdat hij me een zevental jaar eerder al geopereerd had voor een galblaasontsteking. Het was kerstavond maar de professor vroeg me hem de scans te bezorgen en onmiddellijk na Kerstmis mocht ik langskomen.

Prof. Knol zei me dat het uitstellen van de ingreep steeds gevaarlijker werd, zeker omdat de pijn was weg geweest en nu weer was terug gekomen. De bestraling was al meer dan 15 weken geleden gestopt. Met uitzaaiingen naar de lever zou het een heel ander verhaal worden, zei hij. Hij besloot snel in te grijpen, waarbij er helaas wel een definitief stoma moest worden aangelegd. Leven met een stoma is goed mogelijk, zeker als je als jong persoon een deel van de zorg zelf kan doen.

Op 6 januari werd ik geopereerd. De ochtend nadien om 7 uur 's ochtends stond de professor al aan mijn bed om te vragen hoe het met me ging. En om 9 uur 's avonds kwam hij opnieuw bij me langs, tussen twee ingrepen door. En ook op zaterdag en zondag heb ik hem gezien. Maar ook het verplegend personeel op de afdeling verdient een pluim. Ze zijn allemaal even bezorgd en vriendelijk.

Prof. Knol zegt dat hij de tumor helemaal heeft kunnen weghalen. Misschien moet ik nog chemotherapie krijgen, en ik moet zeker goed opgevolgd worden. Prof. Knol is een tovenaar. Hij heeft mijn leven gered. Hij is een dokter met een hart voor zijn patiënten. Ook aan de verdere zorg wordt hier gedacht. Het verzorgen van het stoma wordt me aangeleerd maar ik krijg ook nog hulp bij de thuiszorg.

Ik mag nu snel weer naar huis. Prof. Knol zegt me dat ik nog een aantal weken rust moet houden maar daarna kan ik weer aan het werk. Ik ben een gelukkig mens.

Leon Reuser (59) uit Den Bosch (NL)