

TIJDSCHRIFT VAN DE WETENSCHAPPELIJKE RAAD

bpost  
PB-PP |  
BELGIËN - BELGIQUE

# ZOLarium

Jaargang 20 nr. 84 • juli - augustus - september 2022

LONG COVID  
is revalidatie zinvol?

RAMPOEFENING  
met ruim 400 zorgverleners

## BLAASVERWIJDERING GEBEURT IN ZOL STANDAARD MET BEHULP VAN DE OPERATIEROBOT

# Huisartsenwachtpost Prometheus verhuist in februari 2023 naar campus Sint-Jan in Genk





In februari 2023 zal de huisartsenwachtpost van de huisartsenkring Prometheus verhuizen naar de nieuwe R-blok op campus Sint-Jan van ZOL. Dr. Rob Smeets, voorzitter Prometheus, en Erwin Bormans, algemeen directeur ZOL, brachten een bezoek aan de werf.

De wachtpost van huisartsenkring Prometheus – die instaat voor patiënten uit de regio Genk, As, Oudsbergen en Zutendaal - is momenteel gelegen aan de Jaarbeurslaan in Genk. "Een huisartsenwachtpost op de ZOL-campus, vlak bij de dienst Spoedgevallen heeft heel wat voordelen. Beide diensten kunnen vlot naar elkaar doorverwijzen en patiënten verliezen hierbij nauwelijks tijd. Daarbij is de locatie is zeer toegankelijk," verduidelijkt dr. Smeets.

De nieuwe blok is ingeplant tussen de raadplegingsblok G van campus Sint-Jan en de bezoekersparking. Het wordt een multifunctioneel, open gebouw met veel licht en glas, omringd door heel wat groen. Er komt een aparte ingang aan de Schiepse Hei, een stuk van de voormalige Schabartstraat.

De huisartsenwachtpost wordt gehuisvest op de benedenverdieping. Op de hogere verdiepingen is er plaats voor een multidisciplinaire raadpleging, de cardiale en respiratoire revalidatie en logementen voor artsen in opleiding. Op de vierde verdieping komt het Zorgcentrum na Seksueel Geweld, dat in het voorjaar van 2023 zijn deuren opent. Een passerelle zal het nieuwe R-gebouw verbinden met de eerste verdieping van de G-blok. ■

Erwin Bormans, algemeen directeur ZOL  
en dr. Rob Smeets, voorzitter Prometheus

# Editio

Traditiegetrouw wil ik u op deze tijd van het jaar uitnodigen om even terug te blikken op 2021 en ons jaarverslag te lezen. Net zoals in 2020 was het afgelopen jaar opnieuw een jaar waarin Covid-19 een grote impact had op de werking van de ziekenhuizen en de zwaarte van de zorg voor de zorgverleners.

Dat de impact nog steeds groot is, blijkt uit een recente bevraging van Zorgnet-Icuro bij de Vlaamse ziekenhuizen en woonzorgcentra. De 'war for talent' is al langer gaande maar twee jaar Covid heeft het probleem exponentieel doen groeien, zo blijkt. Heel wat ziekenhuizen moeten hun zorgaanbod afbouwen, bovenop de gebruikelijke zomersluitingen, omdat ze niet meer voldoende zorgverleners vinden.

Ook in ZOL zijn we actief op zoek naar zorgverleners om onze zorgteams opnieuw te versterken en onze kwalitatieve zorg te kunnen blijven garanderen. We stelden hiervoor een 'Marshallplan' op, dit wil zeggen een actieplan om de instroom van verpleegkundigen te blijven garanderen maar ook de verpleegkundigen die bij ons werken 'aan boord' te houden. Een recent uitgevoerde medewerkerstevredenheidsenquête wordt als vertrekpunt gebruikt voor allerlei kleine en grotere initiatieven om ervoor te zorgen dat ZOL een nog meer aantrekkelijke werkgever wordt.

Kernwoorden in de actieplannen zijn onder andere functiedifferentiatie maar ook taakuitzuivering. Uit een KCE-rapport blijkt dat verpleegkundigen een groot deel van hun tijd spenderen aan niet exclusief verpleegkundige taken. Om de tekorten op te vangen, werden onze diensten daarom intern versterkt met extra ondersteunend personeel zoals logistieke medewerkers, zorgkundigen e.a.

Daarnaast wordt het HRM-beleid verder verfijnd en aangepast en werd het 'ZOL Talent Center' opgericht binnen het HR-departement met extra ondersteunende functies die instaan voor verdere borging, groei en ontwikkeling van onze medewerkers.

Intussen doen we in deze zomer heel wat inspanningen om de tekorten zo goed als mogelijk op te vangen zodat iedereen kan genieten van een welverdiende vakantie.

**Dr. Griet Vander Velpen**  
Medisch directeur

Het jaarverslag 2021 vindt u op  
[www.zol.be/jaarverslag-2021](http://www.zol.be/jaarverslag-2021)

“

Het HRM-beleid in ZOL werd verder verfijnd en aangepast en het 'ZOL Talent Center' werd opgericht binnen het HR-departement.



# Inhoud

- 12 Is revalidatie bij long covid zinvol?**  
Ongeveer 10 percent van de patiënten die Covid-19 doormaken, hebben long covid-klachten.
- 16 Thoracoscopische discushernia-chirurgie is geen routineoperatie**  
Hernia-operaties worden frequent uitgevoerd door neurochirurgen, met name in de nek en in de onderrug, maar slechts 0.5 percent in de bovenrug.
- 20 Grootscheepse rampoefening met ruim 400 zorgverleners**  
Op initiatief van ZOL werd op 23 april 2022 een grootscheepse rampoefening georganiseerd op een site van de stad Genk
- 26 Advanced Trauma Life Support – opleiding @ ZOL**  
In de ATLS-opleiding leert de cursist hoe de toestand van een traumapatiënt op een veilige, betrouwbare manier te beoordelen en hoe deze patiënt te reanimeren en stabiliseren.
- 32 Zorg voor longkanker verbeteren: de eerste spiegelbijeenkomst**  
ZOL, AZ Delta en UHasselt/LCRC organiseren samen een platform voor waardegedreven zorg aan longkankerpatiënten.



“Een operatie is niet altijd de beste oplossing voor een pijnlijk gewricht. Patiënten behandelen zoals we onze eigen familie zouden behandelen, dat vind ik belangrijk!”

dr. Filip Robijns, orthopedisch chirurg

De dienst Orthopedie telt 15 chirurgen die allen werken op de ziekenhuissites in Maaseik en Genk. In Lanaken gebeuren de kleinere en dagklinische ingrepen. Alle chirurgen zijn gesubspecialiseerd per gewrichtsregio. Deze regio's zijn schouder, hand-elleboog, heup, knie, voet-enkel en tot slot traumatologie. Alle ingrepen zijn geüniformiseerd en gestandaardiseerd wat betreft techniek en gebruikte materialen.





“

“Mede dankzij robotchirurgie en een goede omkadering kunnen ook wat oudere of minder fitte patiënten toch nog chirurgisch geholpen worden bij invasieve blaaskanker.”

dr. Yannie Raskin,  
uroloog



# Blaasverwijdering gebeurt in ZOL standaard met behulp van de operatierobot

Sinds januari 2021 gebeurt een cystectomie of blaasverwijdering in ZOL standaard met behulp van de Da Vinci robot. Dit maakt dat oudere patiënten deze ingreep nog kunnen ondergaan en dat daarmee hun levenskwaliteit en overleving verbetert. Blaaskanker is immers erg onderschat in ons land. Het is nochtans de vijfde meest voorkomende kanker bij mannen, aldus uroloog dr. Yannic Raskin.

Volgens het Kankerregister kregen 1.140 mannen en 287 vrouwen blaaskanker in Vlaanderen in 2019. Blaaskanker komt vooral voor bij 65-plussers en door de langere levensverwachting zelfs ook bij 80- en 85-plussers. Bij mannen komt de ziekte vier keer vaker voor dan bij vrouwen.

Het eerste, typische symptoom van blaaskanker is pijnloos bloedverlies bij het plassen. Dr. Raskin: "Bij vrouwen is de kanker vaak al verder gevorderd wanneer ze hulp zoeken. Dat is wellicht omdat vrouwen sowieso al eens bloedverlies en andere klachten zoals blaasinfecties ervaren, en dus minder snel alarm slaan. Bij gevorderde blaaskanker ontwikkelen patiënten naast bloedplassen vaak ook meer en meer klachten, zoals vaak, dringend en pijnlijk plassen. Dit heeft daarbij dikwijls ook een negatieve invloed op de nachtrust."

"Blaaskanker is geen ziekte om mee af te wachten. Een tijdige ingreep maakt een groot verschil. Invasieve blaaskanker is een erg dodelijke ziekte met een mortaliteit van 40 tot 50 procent binnen de vijf jaar. Ook bij mensen die wat ouder zijn of andere problemen hebben, kent een invasieve blaaskanker toch vaak een slechte uitkomst."

## Gouden standaard

"Een oppervlakkige tumor of poliepen in de blaas kunnen we endoscopisch via de plasbuis verwijderen. Maar als de tumor te groot is of naar binnen groeit door de spierwand, is het de gouden standaard om de blaas te ver-

wijderen. Bij mannen wordt naast de blaas ook de prostaat verwijderd, en bij vrouwen meestal ook de baarmoeder en de eierstokken."

Dr. Raskin: "Blaaskanker komt vaker voor met toenemende leeftijd en bij hen gaat het dan toch vaker al om vrij uitgebreide aantasting van de blaas. Een blaasverwijdering is zeker voor deze groep toch een zware en complexe ingreep. Bestraling met of zonder chemotherapie is wel een alternatief maar verergert vaak reeds bestaande irritatieve plasklachten en heeft een hogere kans op recidief."

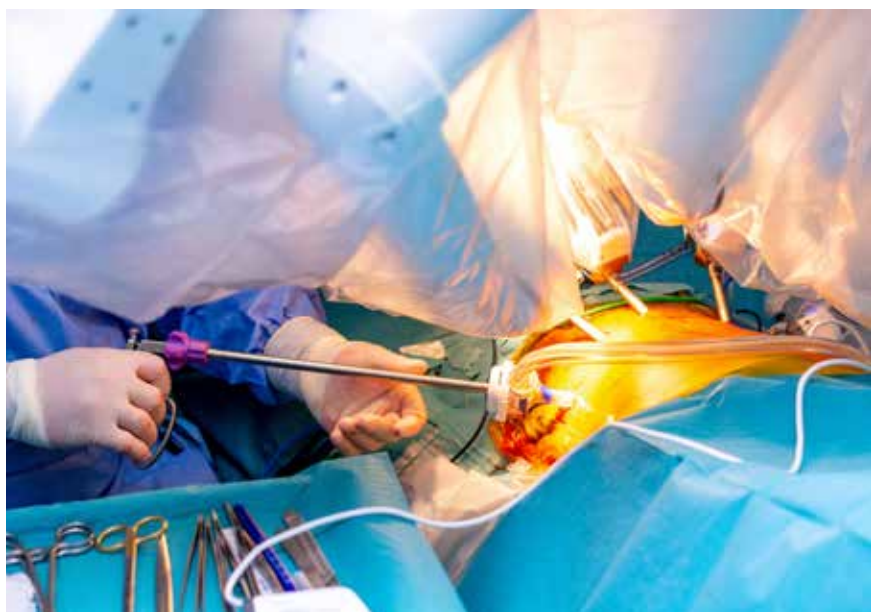
## Sneller herstel met robot

De blaas kan via een klassieke operatie verwijderd worden. Daarbij wordt de onderbuik volledig geopend.

"Deze ingreep gaat vaak gepaard met

significant bloedverlies, en de kans op complicaties is best hoog. Bijgevolg wordt bij oudere patiënten of patiënten met comorbiditeit vaak geen operatie meer uitgevoerd. En dat is soms toch jammer," zegt dr. Raskin.

De robotgeassisteerde cystectomie is sinds anderhalf jaar in ZOL de standaard, ook voor de moeilijkere ingrepen. Dr. Raskin: "Als we met de robot opereren, kunnen we de impact van de ingreep sterk verminderen. De ingreep is minimaal invasief, er is minder bloedverlies, er zijn minder ernstige complicaties en zeker oudere patiënten herstellen toch een stuk vlotter. We werken met een zeer toegewijd team volgens een gestandaardiseerd klinisch pad. Dat maakt dat de ingreep ook voor oudere of minder fitte patiënten nog redding kan bieden."





“

"Een nieuwe blaas, die we construeren uit een stuk van de dunne darm, is enkel mogelijk bij een geselecteerde groep van 'jongere' patiënten die nog in staat zijn om de nieuwe blaas te leren gebruiken."

dr. Yannic Raskin,  
uroloog



En er zijn nog andere, kleine winstmarges mogelijk. Dr. Raskin: "Zo zetten we bij deze patiënten ook in op prehabilitatie. We vragen hen om te stoppen met roken, dagelijks te bewegen en gezond te eten om ze zo fit mogelijk aan de ingreep te krijgen. Je begint immers ook niet aan een marathon zonder te trainen of met fastfood op het menu." Ook de begeleiding door de oncocoach, zowel voor als na de operatie, maakt een groot verschil.

#### **Urostoma of nieuwe blaas**

Nadat de blaas verwijderd is, wordt er een urostoma of een nieuwe blaas aangelegd. Ook dit gebeurt volledig intracorporeel, met behulp van de robot. Dr. Raskin: "Een nieuwe blaas, die we construeren uit een stuk van de dunne darm, is eerder voorbehouden voor goed geselecteerde patiënten. Daarmee bedoelen we jongere, fitte patiënten die geen contra-indicaties hebben. Bij vrouwen zijn we wat terughoudend, gezien bij hen de kans op incontinentie groter is. Een nieuwe blaas kan soms een groot verschil maken in levenskwaliteit. Er is immers geen stomazakje dat je op je lichaam draagt en regelmatig moet leegmaken. Patiënten die twijfelen wat voor hen de juiste optie is en nog meer info willen, verwijzen we naar de patiëntenvereniging Neovida, waar ze contact kunnen hebben met lotgenoten."

#### **Revalidatie en prehabilitatie**

Na een klassieke operatie moeten patiënten twee tot drie weken in het ziekenhuis blijven. Na een robot-geassisteerde operatie kunnen ze na vijf tot zeven dagen alweer naar huis. Dr. Raskin: "We kunnen patiënten soms zeer snel ontslaan. Niet omdat wij het willen maar omdat ze er zelf naar vragen. Eenmaal thuis zijn ze ook veel sneller weer de oude."

#### **Vlotte samenwerking**

Omdat in de meeste ziekenhuizen een blaasverwijdering nog op de klassieke manier gebeurt, vinden steeds meer patiënten hun weg naar ZOL voor een robotgeassisteerde ingreep. "Het laatste anderhalf jaar hebben we 50 blaasverwijderingen uitgevoerd, waarvan nog slechts 2 op de klassieke manier. Dat zijn significant meer ingrepen dan tijdens de voorgaande jaren. Studies wijzen uit dat het aantal ingrepen dat een team uitvoert een positieve invloed heeft op de outcome voor de patiënt. Het valt op dat het hele traject inderdaad steeds vlotter verloopt. Collega's uit onze partnerziekenhuizen verwijzen geregeld patiënten door voor een robotgeassisteerde ingreep. Maar we zien ook patiënten van verder in en buiten Limburg, en zelfs vanuit Nederland. Nadien verwijzen we de patiënten terug naar hun behandelend uroloog zodat de opvolging kort bij huis kan gebeuren."

"Minimaal invasief opereren is de trend waar we meer en meer naartoe willen en ook moeten. Onze dienst Urologie zet hier sowieso heel erg op in wanneer het kan en wanneer het veilig is. Oudere patiënten twijfelen vaak of een dergelijke, zware ingreep nog wel nodig is. Zo had ik onlangs een patiënte van 85 jaar die na overleg toch voor een blaasverwijdering gekozen heeft. Toen ze 3 weken later op de controleraadpleging kwam, sprong ze zelf op de onderzoekstafel. Ze voelde zich fit, had veel minder klachten en was supercontent!" ■

**Een getuigenis met betrekking tot een blaasverwijdering vindt u op pagina 40.**

# Is revalidatie bij long covid zinvol?

Ongeveer 10 percent van de patiënten die Covid-19 doormaken, hebben long covid-klachten. Een goede definitie van long covid met afgelijnd klachtenpatroon is er op dit moment nog niet. Ook het verloop van de klachten is moeilijk te voorspellen, zeggen pneumoloog prof. dr. David Ruttens en revalidatiearts dr. Peter Hallet. Wat betekent dit voor de behandeling?

## Is long covid een ernstig probleem?

**Prof. dr. David Ruttens:** "Farmaceutische bedrijven en onderzoeksgroepen waren zeer snel met het ontrafelen van het SARS-cov-2 virus en ontwikkelen van een vaccin tegen Covid-19 maar tegelijk werden we overspoeld door onjuiste informatie over het virus via social media. Dat zet zich verder als het over long covid gaat. Ook blijven sommige artsen geloven dat long covid tussen de oren zit."

"Waarschijnlijk ligt de waarheid in het midden. Feit is dat het zeer moeilijk is om een duidelijke boodschap over te brengen naast al het 'fake news' dat op ons af komt. Daarnaast lopen er enorm veel studies rond long covid en revalidatie. Dagelijks verschijnen hierover zowat 25 nieuwe publicaties. Dus wat we vandaag zeggen, is morgen alweer gedateerd. Zowel voor artsen als patiënten is dit moeilijk maar ook de 'maatschappij' weet niet goed hoe hiermee om te gaan."

## Zijn er veel patiënten met langetermijneffecten na een Covid-19 besmetting?

**Prof. dr. David Ruttens:** "Ongeveer 10 percent van de patiënten hebben long covid-klachten, afhankelijk van de studie of de vragenlijst die je hanteert."

"Belangrijkste klachten die gerapporteerd worden zijn vermoeidheid, hoofdpijn, geheugenproblemen, spierzwakte, ademhalingsproblemen en hoesten, gehoorproblemen, haarverlies, thoracale pijn, verlies van smaak en/of reukzin, duizeligheid, gewrichtspijn .... Je kan het zo vaag of gek niet bedenken of het zit erbij. 80 percent van de long covid-patiënten kampt met minstens 2 van deze symptomen."

## Is dat onlogisch of niet te verklaren?

**Prof. dr. David Ruttens:** "Nee, in de acute fase zijn de longen aangetast maar er zijn ook neurologische klachten, de typische hepatitis beelden, gastro-intestinale klachten, trombo-embolische en cardiale complicaties, ontregeling van diabetes, dermale afwijkingen..."

"Je ziet bij long covid dat het vaak gaat om klachten die moeilijk te meten of te objectiveren zijn maar die patiënten echt wel geloofwaardig rapporteren. Ik heb voor de sport eens gekeken welke klachten wij al hebben gezien op onze afdeling. Blijkt dat alle klachten uit de opsomming minstens één keer bij onze patiënten zijn voorgekomen."

## Wie loopt het meeste risico op long covid?

**Prof. dr. David Ruttens:** "At risk zijn vooral vrouwen met meerdere aandoeningen als diabetes, obesitas, hoge bloeddruk... En hoe meer aandoeningen hoe meer risico op het ontwikkelen van long covid."

"De WHO heeft een 'clinical progression scale' gemaakt: patiënten die erg ziek zijn geweest, blijken ook meer klachten op langere termijn te hebben. Maar met de op dit moment dominante omicron- en nevenvarianten zien we ook patiënten die minimaal ziek waren maar toch nog veel klachten in allerlei vormen op langere termijn ontwikkelen."

## Wat is de definitie van long covid?

**Prof. dr. David Ruttens:** "De WHO heeft in de 'pass partout' van klachten een consensus willen maken over post covid-19. Hierbij stellen ze dat het om klachten moet gaan die minstens drie maanden na de acute infectie aanwezig zijn en daarna nog minstens twee maanden aanhouden. Ze kunnen onmiddellijk ontstaan zijn of iets later na het herstel van de acute infectie. Ook is het mogelijk dat ze fluctueren. Dit is trouwens wat we inderdaad horen bij onze patiënten: de ene dag voelen ze zich sterk en zijn ze heel actief. De volgende twee dagen liggen ze in bed omdat ze uitgeput zijn."

"Ook andere organisaties of studies proberen tot een definitie te komen en variëren wat in termijnen of symptomatologie maar deze dienen uiteindelijk vooral het onderzoek. De patiënt is hier niet mee geholpen dus daar lopen we nog steeds tegenaan. Er is geen goede definitie, laat staan een adequate behandeling."

## Een vraag die steeds terugkomt: is revalidatie bij long covid zinvol?

**Prof. dr. David Ruttens:** "Ja, dat denk ik wel. Het is heel erg duidelijk dat er onmiddellijk moet gestart worden met revalidatie na een opname op ICU of de afdeling. Bedoeling is patiënten te beschermen tegen trombo-embolische complicaties en spierzwakte te voorkomen. Maar wat doen we met patiënten met long covid die geen uitval hebben, een normale echocardiografie en normale bloedwaarden? Uiteraard is het ook van belang om welke soort van klachten het gaat."

## Zijn er richtlijnen over hoe om te gaan met long covid?

**Dr. Peter Hallet:** "Er zijn al verschillende pogingen gedaan maar we blijven stoten op obstakels omdat er nog geen

uniforme, eenduidige consensus of definitie is. Belangrijk bij de richtlijnen zijn de symptomen, niemand uitsluiten en de problematiek niet erger voorstellen dan hij is..."

"Op basis van wat geweten is, zijn er toch al wat behandelingsrichtlijnen opgesteld. Die richtlijnen worden permanent geüpdatet en daarom spreken we van een living approach."

"Het is moeilijk om een eenduidige behandeling en prognose op te stellen. Hierbij komt dat de symptomen erg kunnen fluctueren in de tijd. We kunnen ook niet voorspellen hoe het ziektebeeld van een patiënt zal evolueren. De onzekerheid alleen al kan een immens grote mentale impact hebben op een patiënt en angstklachten verergeren."

#### Wat is wel al geweten en hoe gaan jullie tewerk?

**Dr. Peter Hallet:** "We weten dat informatieverstrekking erg belangrijk is. In de acute fase kunnen we een aantal zaken heel concreet benoemen nl. welke symptomen we zien, welke symptomen waarschijnlijk langer zullen aanhouden en wat we kunnen verwachten na de acute fase. We weten dat de meeste patiënten na 12 weken weinig of geen klachten meer hebben maar ook dat er een significante groep is die wel nog klachten heeft. Dit is de groep die we hier als de long covid-patiënten beschrijven."

"Belangrijk om weten is ook dat niet iedereen die in de acute fase een ernstige infectie heeft doorgemaakt significant meer lange termijn effecten zal ervaren. En met omicron hebben we op dit moment een coronavariant die veel minder impact heeft op ons functioneren maar waarbij je toch ook die typische long covid-symptomen kan ontwikkelen. Het ontwikkelen van long covid kan dus niet alleen voorspeld worden op basis van de symptomatologie of ernst van de klachten in de acute fase."

#### Hoe wordt long covid op dit mo-

#### ment behandeld?

**Dr. Peter Hallet:** "Vermits 10 percent van de patiënten die een acute infectie doormaken long covid-symptomen ontwikkelen, vreesden we in het begin dat we overspoeld zouden worden op de revalidatie. We zijn hier momenteel immers niet klaar voor en kunnen deze patiënten geen garanties of afdoende therapie geven."

"Ik denk dat het belangrijk is voor deze patiëntenpopulatie dat de eerste en tweede lijn de handen in elkaar slaan. Deze aanpak wordt trouwens ook aanbevolen in de richtlijnen. Empowerment en de patiënt voldoende tools geven voor zelf-management zijn belangrijk, ook om de druk op de gezondheidszorg en het gezondheidssysteem onder controle houden."

"Er is een consensus dat patiënten bij ongerustheid over aanhoudende klachten zich 12 weken na een acute infectie kunnen melden voor een eerste assessment. Dat kan best een fysiek consult zijn want een bepaald klachtenpatroon kan bij



dr. Peter  
Hallet

prof. dr.  
David Ruttens



v.l.n.r.: prof. dr. David Ruttens, dr. Astrid Van Lantschoot, ass. prof. Ann Meulders, dr. Peter Hallet, prof. dr. Marc Van Ranst, prof. dr. Jan Van Zundert

twee patiënten een verschillend klinisch beeld geven, zeker in combinatie met onderliggende comorbiditeit."

### Iedere patiënt vraagt dus een verschillende benadering?

**Dr. Peter Hallet:** "Ik denk dat het belangrijk is om steeds vanuit een holistische visie te kijken en niet alleen naar de pijn, de gastro-intestinale klachten en de longklachten. Ook belangrijk is: wie is die patiënt, wat zijn de cognities ten aanzien van de doorgemaakte covid-19 en wat is het risico dat bepaalde klachten niet meer weg gaan. Luisteren en de klachten ernstig nemen, zorgt ervoor dat een patiënt niet het gevoel heeft zich te moeten legitimeren met de klachten die hij presenteert. Ook de socio-economische impact van de situatie mag hierbij niet onderschat worden."

"Uiteraard moeten eerst een andere aandoening of een opflakking van de onderliggende (chronische) aandoening uitgesloten worden, zo nodig actie ondernomen worden en

onderzoeken opgestart. Dit vanuit het besef dat te veel onderzoeken contraproductief zijn en zo de angst bij de patiënt nogmaals aanwakkeren."

"Verschillende parameters kunnen in de thuissituatie gemonitord worden als een patiënt cardiaal of respiratoir enorm heeft afgezien tijdens de acute fase zodat we kunnen ingrijpen als nodig."

"Het is ook belangrijk met de patiënt en de familie te praten en in te schatten of er eerstelijns, tweedelijns of multidisciplinair gecoördineerde zorg nodig is. Of dat de patiënt voldoende heeft aan tools, handvaten en informatie, bijvoorbeeld via apps, zelfhulpgroepen of online forums. Het zelfmanagement- of empowermentprogramma houdt in dat tijdens het hele proces informatie en feedback wordt gegeven en dat er een haalbaar plan van aanpak met concrete doelstellingen wordt vooropgesteld. Deze aanpak passen we ook toe bij onze chronische pijnpopulatie en is ook in deze context zeker niet onlogisch." ■

*Deze lezing werd gegeven op de Wetenschappelijke Raad van ZOL over covid en (chronische) pijn.*

*Andere sprekers:*

*Dr. Astrid Van Lantschoot (ZOL) sprak over chronische pijn en post-covid.*

*Prof. dr. Marc Van Ranst (KU Leuven) gaf een lezing over de Covid-pandemie: overzicht, lessons learned en perspectief naar de toekomst.*

*Ass. prof. Ann Meulders (Universiteit Maastricht en KU Leuven) sprak over de impact van onzekerheid op chronische pijn tijdens de Covid-pandemie*

# HET HAVIKSOOG

In deze rubriek bespreekt het Haviksoog een opmerkelijke wetenschappelijke publicatie van ZOL-medewerkers of -artsen uit de afgelopen maanden.

Onder leiding van prof. dr. Dieter Mesotten van ZOL werd in de periode van maart tot augustus 2020 een multicentrische observatonele cohort studie uitgevoerd in de Euregio met als doel een beter idee te krijgen van de variatie in patiëntkarakteristieken, interventies en uiteindelijke resultaat bij patiënten die omwille van Corona werden opgenomen op de 'Intensive Care Unit' (ICU) afdelingen.

Het betrof hier een samenwerking tussen de IC-diensten van ZOL, het Jessa Ziekenhuis, het Universitair Ziekenhuis van Maastricht, het Laurentius Ziekenhuis in Roermond, het VieCure Medische Centrum in Venlo, het Zuyderland Medisch Centrum in Sittard/Heerlen en het Duitse Rheinisch Westfälische Universiteitshospitaal Aachen. Uiteindelijk werden 178 Belgische, 310 Nederlandse en 63 Duitse coronapatiënten onderzocht. De gemiddelde leeftijd was 65,4 jaar met een meerderheid aan mannelijke patiënten (71 %).

Een voordeel van deze studie is dat de onderzochte populatie in deze regio verondersteld wordt homogeen te zijn met een vergelijkbare genetische achtergrond en socio-economische status en een vergelijkbare opnamepolitiek aangezien de meeste opnames werden uitgevoerd omwille van COVID-19 pneumonie.

lijik resultaat er opvallend veel verschillen opgetekend werden tussen de 7 centra. Deze verschillen houden waarschijnlijk verband met de verscheidenheid in zorgstelsels, en vooral de ICU-capaciteit, waarbij elk land anders reageert op een snel evoluerende pandemie. Deze onderzoeksresultaten moeten dan ook geïnterpreteerd worden met de nodige reserve ondanks het feit dat een "Mixed-multivariable logistic regression analysis" werd uitgevoerd waarbij o.a. bleek dat de ICU mortaliteit significant verschillend was tussen de landen (België 22 %; Nederland 42 % en Duitsland 44 %), alsook de gemiddelde duur van opname (België 10 dagen, Nederland 14 dagen en Duitsland 33 dagen), ook na het corrigeren voor leeftijd, geslacht, ernst van de ziekte, co-morbiditeiten, uitgevoerde behandeling en complicaties.

De auteurs besluiten dat meer studies naar de verschillen in protocols, zorgpraktijk, richtlijnen en vertrouwen in regionale samenwerking tussen zorgstelsels vereist zijn om de zorg voor ernstig zieke patiënten op de ICU-afdeling in de Euregio te verbeteren, onafhankelijk van de oorzaak van opname.

Dit artikel werd gepubliceerd in 'Critical Care Medicine', een belangrijk, internationaal wetenschappelijk tijdschrift op het gebied van 'Intensive care' en het officieel tijdschrift van de 'Society of Critical Care Medicine'. Het tijdschrift heeft een Impact Factor van 7,59. ■

prof. dr. Willem Ombelet

severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 is a virus that causes one disease in some, heterogeneity in the course of COVID-19 infection exists (17), which might be amplified since no specific treatment for COVID-19 exists. Experimental off-label therapies, such as (hydroxy)chloroquine, antiviral drugs, and convalescent plasma, were used at the time without substantial evidence (18, 19). Thus, the interaction between varying health-care systems and uncertainty and heterogeneity in patient characteristics and outcomes may have led to practice variation.

We therefore hypothesize that variable healthcare systems represent a pandemic driver variability in patient characteristics and disease severity, support treatment, therapies, and complications and, independent of those factors, determine outcomes within a cohort of COVID-19 patients admitted to across ICUs within the Euregio, one region across Belgium, The Netherlands, and Germany.

## MATERIALS AND METHODS

The Euregio intensive care COVID cohort, part of the European Data Platform (CoDA) project, was initiated at the beginning of the pandemic in early March 2020. With the opportunity of disease homogeneity of patients admitted to Euregio ICUs within a short period, provided by the COVID-19 pandemic, we aimed to investigate potential cross-border differences in patient characteristics (20), disease outcomes, including hospital demographics (20), disease severity, and survival potential (21, 25, 26) that system- and structure-variables (11, 25, 26) such as cross-border patient care, investigations at the departments of Intensive Care Medicine of seven Euregio hospitals (two Belgian, four Dutch, including one academic hospital, and one German; academic one academic hospital) and one German academic hospital, situated within a 50 km radius (Fig. 1). We shared their plans selecting variables for data-sharing and collaboration on COVID-19 ICU responses and care were dictated mainly by individual countries. However, pandemic surge drove some interregional transportation of patients within the Euregio Union (transportation of patients within the cross-border area; Fig. 2A), suggesting the cross-border nature of the cohort, for example, delivering care under a mandate (e.g., European Union).

## Differences and Similarities Among COVID-19 Patients Treated in Seven ICUs in Three Countries Within One Region: An Observational Cohort Study

**OBJECTIVES:** To investigate healthcare system-driven variation in general characteristics, interventions, and outcomes in coronavirus disease 2019 (COVID-19) patients admitted to the ICU within one Western European region across three countries.

**DESIGN:** Multicenter observational cohort study.

**SETTING:** Seven ICUs in the Euregio Meuse-Rhine, one region across Belgium, The Netherlands, and Germany.

**PATIENTS:** Consecutive COVID-19 patients supported in the ICU during the first pandemic wave.

**INTERVENTIONS:** Consecutive COVID-19 patients supported in the ICU during the first pandemic wave.

**MEASUREMENTS AND MAIN RESULTS:** Descriptive demographic and clinical data were collected from March 2, 2020, to August 12, 2020. At admission, median age was 66.4 ± 11.9 years, and 71% were male. At admission, median APACHE II score was 22.6 ± 5.5, and 64.8 ± 25.3% were mechanically ventilated. At admission, median SOFA score was 4.4 ± 2.7 (p < 0.0001) and Sequential Organ Failure Assessment score was 4.4 ± 2.7 (p < 0.0001). Large differences in patient characteristics were observed between countries (p < 0.0001). Large differences in patient characteristics were observed between countries (p < 0.0001). Large differences in patient characteristics were observed between countries (p < 0.0001). Large differences in patient characteristics were observed between countries (p < 0.0001).

The coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic spread over the world in 2020. In many countries, a quick rise in infection rate was identified. Many patients were admitted to hospitals with no apparent cause. Many patients were admitted to hospitals with no apparent cause. Many patients were admitted to hospitals with no apparent cause. Many patients were admitted to hospitals with no apparent cause.

Ref:  
Crit. Care Med, 2022 Apr 1;50(4):595-606.

“

“De meeste thoracale hernia's zijn anterior van het ruggenmerg gelegen, zijn vaak verkalkt, en worden best langs voor benaderd.”

dr. Erwin Cornips,  
neurochirurg





# Thoracoscopische discusherniachirurgie is geen routine-operatie

Het team van neurochirurgen werd uitgebreid met staflid dr. Erwin Cornips, gespecialiseerd in de chirurgische behandeling van thoracale discushernia's. Hernia-operaties worden frequent uitgevoerd door neurochirurgen, met name in de nek en in de onderrug, maar slechts 0.5 percent in de bovenrug.

"Nochtans zijn thoracale hernia's helemaal niet zo zeldzaam - dit is een misverstand - maar ze zijn lang niet altijd symptomatisch. Ze worden bovendien vaak miskend, gezien het ziektebeeld zeer divers en minder goed gekend is. 'You only see what you know', zegt dr. Cornips. "Gelukkig komt daar de laatste jaren verandering in, ook in de internationale literatuur. Er blijken toch heel wat mensen rond te lopen met vaak langer bestaande, hardnekkige klachten waaronder aansturingsstoornissen van de benen en/of de blaas en vaak ook invaliderende en therapieresistente pijn."

Dr. Cornips werkt momenteel zelf aan een PhD-thesis over het onderwerp.

De chirurgische behandeling van een thoracale discushernia is evenwel geen routineoperatie. Ze is vrij invasief en hield zeker in het verleden grote risico's in op neurologische beschadiging. De meeste thoracale hernia's zijn immers anterior van het ruggenmerg gelegen, zijn vaak verkalkt, en worden best langs voor benaderd.

Dit kan gebeuren via een klassieke thoracotomie - met een snede tussen de ribben - of via een thoracoscopie - een kijkoperatie via 3 tot 4 cilindervormige poorten (trocars) die tussen de ribben geplaatst worden en die een endoscoop (3D HD-camera) en zuigen- en werkinstrumenten toelaten.

"De kijkoperatie is nog steeds een vrij complexe en invasieve procedure, met

beademing op één enkele long (zgn. single lung ventilation), maar wordt door patiënten als veel minder belastend ervaren," aldus dr. Cornips.

"Voor veel neurochirurgen is dit minder bekend terrein (hart, longen, grote bloedvaten). Er ontbreekt ook aangepast instrumentarium (lange hoge snelheidsboor, lange spoel- en zuiglang, speciaal ontwikkelde tasthaakjes, haptangen, etc). Het hanteren van deze instrumenten en de complexe 3D-oriëntatie, nodig voor deze ingreep in zijligging, vraagt veel oefening en een vrij lange leercurve, zeker wanneer (zoals vaak het geval is) massieve, grotendeels verkalkte hernia's die het ruggenmerg fors beïnvloeden, moeten verwijderd worden."

"Dit is uitdagende chirurgie die enkel mits optimale voorbereiding en een toegewijd team met o.a. gespecialiseerde OK-verpleegkundigen en anesthesisten, veilig kan gebeuren, ondersteund door een neurofysioloog die de integriteit van de motore banen monitort (zgn. MEP (motor evoked potential)-monitoring)", zegt dr. Cornips.

Zijn unieke expertise brengt vele patiënten van ver buiten de eigen regio en zelfs uit het buitenland naar ZOL. Het is de bedoeling deze techniek, ondersteund door een multidisciplinair team waarin ook pijnspecialisten en revalidatie-artsen een belangrijke rol spelen, de komende jaren in ZOL verder te ontwikkelen. ■



“

“Oncologische Whole Body MRI overtreft CT in de correcte stadiëring, de inschatting van de ernst, de uitgebreidheid van peritoneale carcinomatose alsook metastasering en de predictie van operabiliteit.”

Dr. Patrick Gillardin, radioloog

# Whole Body MRI voor optimale oncologische staging

In het kader van de behandeling van rectumcarcinomen en HIPEC-therapie alsook ovariële tumoren ontwikkelde de dienst Medische Beeldvorming van ZOL de onderzoeksmodaliteit ‘Oncologische Whole Body MRI’ (WB-MRI). Dit gebeurde onder leiding van ZOL-radioloog dr. Patrick Gillardin in samenwerking met UZ Leuven.

“Een essentieel element in de adequate behandeling van oncologische problematiek in een gespecialiseerd centrum is een optimale oncologische stadiëring, zeker in een metastatische setting,” aldus dr. Gillardin. Whole Body MRI (WB-MRI) is een relatief nieuwe MRI-techniek, die een waaier aan nieuwe mogelijkheden biedt om een exact beeld te krijgen van de setting waardoor er een optimaal diagnostisch bilan kan gemaakt worden om vervolgens een patient-tailored therapeutisch plan aan te bieden.

**Dr. Gillardin:** “Om uitmuntende kwaliteitszorg aan onze patiënten te kunnen aanbieden, is een verdere subspecialisatie in alle medische disciplines noodzakelijk. Essentiële oncologische en chirurgische vragen bleven door de klassieke beeldvormingstechnieken vaak onbeantwoord.” De dienst Medische Beeldvorming wil met de Whole Body MRI een gamechanger aanbieden binnen het radiologische luik, met de bedoeling de oncologische kliniek verder te optimaliseren.

“WB-MRI overtreft CT in de correcte stadiëring, de inschatting van de ernst, de uitgebreidheid van peritoneale

carcinomatose alsook metastasering en de predictie van operabiliteit. WB-MRI tracht op een niet-invasieve wijze pathologische lymfeklieren en peritoneale metastasen aan te tonen,” aldus dr. Gillardin. Deze revolutionaire modaliteit kan fungeren als valabele gids bij chirurgische planning en kan eveneens functioneren als virtuele laparoscopie.

WB-MRI richt zich in de initiële fase voornamelijk op twee pathologiegroepen: colorectale & gastro-intestinale oncologie en ovariële oncologie. In beide pathologiegroepen heeft WB-MRI reeds zijn meerwaarde bewezen. In een 2e fase kunnen bepaalde senologische indicaties toegevoegd worden.

**Dr. Gillardin:** “De modaliteit laat een verbeterde patiëntselectie toe. Het draagt bij tot een hogere probabilliteit van verlengde overleving van geselecteerde patiëntenpopulaties maar ook tot het bepalen van het optimale tijdstip voor heelkunde. Op deze manier kan onnodige morbiditeit bij deze precare patiëntenpopulatie vermeden worden.”

“WB-MRI is in deze geen concurrent van nucleaire beeldvorming, maar fungeert als ‘fine tuning techniek’, waarbij

de eerste eveneens detectie toelaat van laesies kleiner dan 8 mm, karakterisatie van lymfeklieren als assessment van ziekteverspreiding (zowel focaal als diffuus). Via deze weg kan zowel een micro- en macroscopische inschatting gemaakt worden, als ook een kwantificatie van tumorale viabiliteit en load. Dit was tot op heden beperkt mogelijk via radiologie.”

De dienst Medische Beeldvorming hoopt me deze modaliteit een ‘gamechanger’ aan te bieden binnen het radiologische luik, met als doelstelling de reeds uitmuntende oncologische kliniek verder te optimaliseren.

**Dr. Gillardin:** “De WB-MRI is een onderzoeksmodaliteit die verdere, gedetailleerde ondersteuning kan leveren aan de clinici zodat het opstellen van een patiëntspecifiek, optimaal behandelingsplan mogelijk is.

In een tweede fase kan een WB-MRI netwerk binnen Vlaanderen uitgebouwd worden.” ■

# Grootscheepse rampoefening met ruim 400 zorgverleners

Op initiatief van ZOL werd op 23 april 2022 een grootscheepse rampoefening georganiseerd op een site van de stad Genk. Ruim 400 zorgverleners van verschillende hulpdiensten waren hierbij betrokken. De structuren oefenen en elkaar leren kennen en vertrouwen: dat is waar een oefening om draait. "We hebben veel geleerd en zijn zeer tevreden over de uitkomst", zeggen urgentieverpleegkundige Dries Vanhoudt en urgentiearts dr. Pieter Jan Van Asbroeck.







motorkapoverleg



onderweg naar de vooruitgeschoven medische post



“

“Ik kom pas in beeld wanneer het gaat om een uitgebreide ramp die gemeente-overschrijdend is. Maar uiteraard zijn het dan dezelfde hulpdiensten als vandaag waar wij een beroep op moeten doen. Deze oefening is een goed initiatief want hoe beter hulpverleners elkaar leren kennen hoe beter ze ook kunnen samenwerken in een crisissituatie.”

Jos Lantmeeters, gouverneur Limburg

Plaats van de ramp was een loods van de Groendienst waar het jaarlijkse personeelsfeest van de Technische Dienst van de stad Genk plaatsvond. Rond 9 uur meldde een aanwezige aan noodcentrale 112 dat het dak was ingestort en dat er verschillende mensen onder het puin lagen.

#### Sirenes

De melding aan noodcentrale 112 was de start van de oefening, die zich al snel ontplooidde op het terrein. Na de komst van de eerste ziekenwagen en MUG, gevolgd door het motorkapoverleg met de brandweer en politie, volgden de sirenes elkaar in een snel tempo op. Langzaam wisten de hulpdiensten orde te brengen in de chaos, de eerste zorgen toe te dienen, de slachtoffers onder te brengen in de vlakbij opgerichte vooruitgeschoven medische post en vervolgens af te voeren naar de verschillende ziekenhuizen. Voor de journalisten die naar de site afgezakt waren, werd een heuse persconferentie georganiseerd.

“Het was de eerste, grote inzetoefening na twee jaren 'coronastilte,'” zegt Dries Vanhoudt, verpleegkundig coördinator van het medisch noodplan ZOL. Hij startte een jaar geleden met de voorbereidingen voor de multidisciplinaire rampoefening. De organisatie was dan ook een hele opdracht want naast ZOL Genk en ZOL Maas en Kempen was ook het Noorderhart ziekenhuis betrokken. Daarnaast waren ook de brand-



op de vooruitgeschoven medische post klaarmaken voor transport naar het ziekenhuis



dr. Pieter Jan Van Asbrouck, burgemeester Wim Dries, gouverneur Jos Lantmeeters en Dries Vanhoudt bespreken de oefening.

weer, de politie, de Civiele Bescherming, Rode Kruis Vlaanderen en het Vlaamse Kruis aanwezig. Ook waren er heel wat observatoren op het terrein, die de oefening volgden om er lessen uit te trekken, of als leermoment, om voorbereid te zijn op een echte situatie.

De rol van de slachtoffers werd gespeeld door simulanten van Rode Kruis Vlaanderen en het Vlaamse Kruis. In totaal werden 25 slachtoffers per ziekenwagen getransporteerd naar campus Sint-Jan in Genk. Dries Vanhoudt: "In een echte rampsetting worden deze normaal getransfereerd naar verschillende ziekenhuizen maar om de reflex- en huisvestigingscapaciteit te overstijgen en het ziekenhuisnoodplan actieniveau 2 te activeren, kwamen ze allen naar ZOL."

#### Dienst Spoedgevallen

Op de dienst Spoedgevallen, waar het nachthospitaal werd ingericht voor de medische opvang, doorliepen ze het volledige traject. De bewaking was snel aanwezig voor de ordehandhaving en de dienst Patiëntenbegeleiding stond in voor de psychologische opvang van de slachtoffers.

In het ziekenhuis werd ook een coördinatiecel (CCZ) opgericht met directieleden, managers en andere betrokkenen.

Dries Vanhoudt: "Met ruim 300 deelnemers op het terrein en 100 in het ziekenhuis is er de afgelopen tien jaar



“

Ik was onder de indruk van de goede organisatie en de uitgebreidheid van de oefening. Ik was verantwoordelijk voor de triage aan de vooruitgeschoven medische post vanwaar we slachtoffers met ambulances afvoerden naar de ziekenhuizen. Alles kwam voor mij heel levensecht over. Het was ook een hele meerwaarde dat we tijdens de oefening BITS (Belgian Incident Tracking System) voor de eerste keer konden testen.”

dr. Inge Libbrecht, spoedarts



ziekenwagen naar het ziekenhuis



opvang door arts en (sociaal) verpleegkundigen in het ziekenhuis



“

“Limburg is geen rampenprovincie, er gebeuren minder rampen dan in andere provincies. Maar wat we voor deze oefening vooropgesteld hebben, is geen ondenkbaar scenario. Belangrijkste bij rampenmanagement is structuur kunnen brengen in de chaos. Daarbij wordt een groot deel van de rampenwerking gedragen door vrijwilligers. Oefeningen zijn daarom zeer belangrijk.”

Pieter Jan Van Asbroeck, urgentiearts

in Limburg geen vergelijkbare oefening meer geweest. Onze ambitie was dan ook erg groot. Naast het uittesten en evalueren van de nood- en interventieplannen waren het inoefenen van de multidisciplinaire samenwerking in de ruime regio Genk, het testen van het intern ziekenhuisnoodplan en het oprichten van een coördinatiecel onze doelstelling.”

De oefening werd gevolgd en mee geëvalueerd door federaal gezondheidsinspecteur Winne Haenen en bijgewoond door gouverneur Jos Lantmeesters en Wim Dries, burgemeester van Genk. Ook medisch directeur ZOL dr. Griet Vander Velpen volgde de oefening op het terrein.

Dr. Pieter Jan Van Asbroeck, urgentiearts met een specialisatie in rampenmanagement, organiseerde mee de oefening. “Elke ramp is anders. Een ramp is altijd georganiseerde chaos, net zoals ook de dienst Spoedgevallen dat is. De zaken die tijdens de oefening fout gelopen zijn, nemen we mee in de evaluatie. Waar nodig worden de actiekaarten van het rampenplan bijgesteld. Zoals steeds bij dit soort van situaties, bleek de communicatie een werkpunt. Er is op het terrein heel veel communicatie geweest die in feite niet nodig was.”

**‘Belgian Incident Tracking System’**

Dr. Pieter Jan Van Asbroeck: “Voor het eerst konden we het nieuwe ‘Belgi-





CCZ: Coördinatiecel van het ziekenhuis met directieleden, managers en federaal gezondheidsinspecteur Winne Haenen

an Incident Tracking System' (BITS) van de FOD Volksgezondheid testen. BITS wordt gebruikt om personen die betrokken zijn bij een noodsituatie te registreren en verzamelt, verwerkt en genereert gegevens zodat iedereen steeds een up-to-date overzicht heeft over de situatie."

"Belangrijk is dat we rampscenario's blijven oefenen. Op Spoedgevallen doen we dit regelmatig op kleine schaal. We doen regelmatig 'table top-oefeningen' waar we situaties op papier nabootsen. Of we oefenen het aanrijden op een rampsite, het uitbouwen van een hulppost, het opzetten van een motorkapoverleg..."

Dries Vanhoudt: "Om met de evaluatie van deze rampoefening aan de slag te gaan, bieden we beeld- en fotomateriaal aan dat op de site gemaakt is. Dit materiaal kan gebruikt worden in verschillende opleidingen en trainingen en biedt een uitstekende kans om de samenwerking te versterken en ervoor te zorgen dat alle hulpdiensten, instanties en overheden voorbereid zijn op mogelijke incidenten." ■

“



"Het is erg belangrijk voor het ziekenhuis om rampoefeningen te doen omdat we hier veel uit kunnen leren en zo goed voorbereid zijn op crisissituaties."

dr. Griet Vander Velpen,  
medisch directeur ZOL

“



"Ik kreeg om 9.08 uur het bericht dat het medisch interventieplan was afgekondigd. 30 minuten later was ook de gemeentelijke fase van kracht. Dit betekende dat de crisiscel werd samengeroepen. Zo hebben ook onze diensten hun rol tijdens een ramp kunnen oefenen, hopelijk om nooit te moeten gebruiken."

Wim Dries, burgemeester Genk

# Advanced Trauma Life Support opleiding @ ZOL





Op 29 en 30 april vond in ZOL de opleiding Advanced Trauma Life Support plaats onder leiding van cursusdirecteur-anesthesist dr. Cédric Van Dijck en met gediplomeerde ATLS-instructeurs uit ZOL, UZ Gent en UZ Leuven.

"In de ATLS-opleiding leert de cursist hoe de toestand van een traumapatiënt op een veilige, betrouwbare manier te beoordelen en hoe deze patiënt te reanimeren en stabiliseren", zegt spoedverpleegkundige en deeltijds UCLL-docent Jessica Di Grazio, die mee instond voor de organisatie. ATLS is een traumaprotocol dat een gestandaardiseerde werkwijze vooropstelt in soms chaotische situaties, gebaseerd op twee basisprincipes, 'treat first what kills first' en 'do no further harm'. ATLS focust op aandoeningen waar de patiënt het snelst aan overlijdt indien hij niet behandeld wordt volgens het acroniem 'ABCDE'. Dit staat voor: 'Airway + cervical spine', 'Breathing', 'Circulation', 'Disability', 'Exposure/Environment'.

Het doel van het protocol is om de overleving van traumapatiënten te verbeteren en het overlijden tijdens het eerste uur, het zogenaamde 'golden hour', te voorkomen.

Er komt in de opleiding ook aan bod hoe men deze optimale zorg kan verderzetten gedurende het hele proces en de transfer van de traumapatiënt naar een gespecialiseerd traumacentrum.

Volgens studies kan de ATLS-aanpak het sterftecijfer bij zware ongevallen tot 14 percent terugdringen. De cursus werd de afgelopen 25 jaar gevolgd door 1 miljoen zorgverleners in 80 verschillende landen.

In België worden de ATLS-cursussen georganiseerd door de Royal Belgian Society of Surgery (RBSS), met de ondersteuning van het American College of Surgeons (ACS) Committee on Trauma (COT). Door deze laatste, ACS COT, werd ATLS ontwikkeld en voor het eerst geïntroduceerd in de Verenigde Staten in 1980.

In ZOL werd de ATLS-opleiding voor de eerste keer aangeboden in 2018 maar vanaf nu is de opleiding mogelijk onder leiding van eigen instructeurs, namelijk ATLS-cursusdirecteur dr. Cédric Van Dijck en ATLS-instructeurs prof. dr. Pascal Vanelderden,



dr. Ruben Haesendonck, dr. Ben Van Bylen, dr. Hendrik Stragier en dr. Sam Van Boxstael. Ook instructeurs dr. Wouter Degreve van UZ Gent en dr. An Sermon van UZ Leuven namen deel.

**Dr. Cédric Van Dijck:** "Met het nodige stressgevoel zijn wij, zowel instructeurs als deelnemers, aan deze leerrijke en praktijkgerichte, tweedaagse opleiding begonnen. Er werd getraind op het toepassen van (specialistische) traumatechnieken van thoraxdrainage tot luchtwegmanagement, en op het samenwerken in teamverband. Het oefenen van trauma-opvang via simulatie-onderwijs is van levensbelang om alle zorgverleners voor te bereiden op de echte praktijk. Er is immers bij de opvang van een ernstig gewonde patiënt vaak geen tijd om extra onderzoeken te doen, of zelfs om er iemand bij te roepen. Daarom leiden we zo veel mogelijk van onze artsen, assistenten en spoedverpleegkundigen op om dit hoge niveau van zorg te beheersen en zodat we deze hoge kwaliteit van zorg kunnen aanbieden in ons eigen traumacentrum, een rol die we vervullen in onze regio."

De ATLS-cursus werd afgesloten met een theoretisch en praktisch examen. Dankzij de doorgedreven inspanningen van de opleiders en studenten waren alle 16 deelnemers geslaagd. Van harte proficiat aan jullie allen! ■



prof. dr. Pascal Vaneldereren, dr. Ruben Haesendonck, dr. Hendrik Stragier  
dr. Sam Van Boxstael, dr. Ben Van Bylen, Jessica Di Grazio, dr. Wouter Degreve (UZ Gent)  
dr. Cédric Van Dijck, dr. An Sermon (UZ Leuven)



“

“Het oefenen van trauma-opvang via simulatie-onderwijs is van levensbelang om alle zorgverleners voor te bereiden op de echte praktijk.”

Dr. Cédric Van Dijck,  
anesthesist

# “Sporten is gezond, als je het op een onderbouwde manier doet”

Atleten die last hebben van chronische vermoeidheid, verminderde kracht, stressfracturen, verminderde weerstand, prikkelbaarheid enz. Mogelijk lijden zij aan het syndroom RED-S (Relative Energy Deficiency in Sport), zegt endocrinoloog dr. Yves Kockaerts. Het syndroom wordt vaak niet tijdig herkend. Daarom is het belangrijk om atleten, zorgverleners, coaches en sportorganisaties te informeren over het belang van een gezonde, uitgebalanceerde voeding voor prestaties en gezondheid.



dr. Yves Kockaerts, Endocrinoloog.

### Wat is RED-S?

Dr. Yves Kockaerts: "De term RED-S werd geïntroduceerd in 2014 en gaat over een lage energiebeschikbaarheid (Low Energy Availability of LEA) bij atleten als gevolg van een verstoorde energiebalans. Met 'energiebalans' bedoelen we de hoeveel energie die het lichaam nodig heeft om in een optimale gezondheid te blijven."

"RED-S gaat dus concreet over een disbalans tussen de energie-inname en het energieverbruik, veroorzaakt door fysieke activiteiten als sporten, in combinatie met continue lichaamsprocessen als bijvoorbeeld groei bij jongeren."

"RED-S vervangt het 'female athlete triad'- syndroom dat staat voor een verstoord eetpatroon, onregelmatige menstruaties en een lage botdichtheid bij vrouwelijke atleten. Wetenschappelijke inzichten tonen immers aan dat het syndroom geen typische 'vrouwenziekte' is maar ook voorkomt bij mannelijke atleten en veel meer omvat dan de bovenvermelde triade. Het syndroom ontstaat door een combinatie van ontoereikende voeding, een laag of normaal lichaamsgewicht, zware trainingsarbeid en onvoldoende aandacht voor herstel."

### Die lage energiebeschikbaarheid heeft een grote impact op de gezondheid van de atleet zegt u?

Dr. Yves Kockaerts: "Een aanslepende negatieve energiebalans leidt er uiteindelijk toe dat bepaalde niet-essentiële fysiologische systemen zoals het voortplantingssysteem stilvallen. Bij vrouwen leidt dit tot een veranderde menstruatie, bij mannen tot verlaagde testosteronwaarden. Daarnaast ontstaat er vroegtijdige atherosclerose, een vermindering van de botmassa (osteopenie, osteoporose, stressfracturen) en het rustmetabolisme (om energie te sparen) en tot slot een toename van het katabool metabolisme en het lichaamsvet. Verder ontstaan er ook gastro-intestinale klachten, immunologische gevolgen, hematologische aandoeningen, psychologische problemen en verminderde kracht."

"Een lage energiebeschikbaarheid onderdrukt tot slot insuline, groeihormoon, IGF-1, glucose en leptine. Er is een stijging van cortisol en ghreline."

### Welke sporters lopen een risico op RED-S?

Dr. Yves Kockaerts: "Het risico is groter bij duursporten of sporten waarbij het lichaamsgewicht belangrijk is en mee het resultaat bepaalt zoals lopen, wielrennen, turnen, roeien, gevechtssporten, kunstschaatsen..."

"Opmerkelijk is dat het niet alleen om topsporters gaat. Ook amateursporters die met passie en fanatisme hun sport beoefenen en jonge sporters die zware trainingen opgelegd krijgen door hun sportclub, lopen een risico. Er worden soms amateursporters naar mij doorverwezen met een te laag testosterongehalte. Ze zijn er zich totaal niet van bewust dat ze te weinig eten of te hard trainen."

"De prevalentie van RED-S bij volwassen vrouwelijke topsporters is 20% en 13% bij adolescente vrouwelijke topsporters. Bij mannen is dit respectievelijk 8% en 3%."

### Het syndroom is weinig bekend. Hoe komt je tot een diagnose?

Dr. Yves Kockaerts: "Een snelle diagnose is belangrijk om de gezondheid van de sporter en het prestatieniveau te vrijwaren. Voor een juiste diagnose dien je uiteraard vooral de energiebeschikbaarheid en het energieverbruik te onderzoeken maar er zijn een aantal andere factoren die al een belletje doen rinkelen."

"Ik denk hierbij aan een verstoord eetgedrag, toepassen van gewichtsbeheersingsmethoden (gebruik laxeremiddelen, braken...) menstruatie- of hormonale problemen, groeistoornissen. Ook de hieruit voortvloeiende gevolgen als slokdarmperforaties of oesofagitis, dehydratatie e.a. Bij een vermoeden van ongecontroleerd eten of eetstoornissen kan je gebruik maken van gestandaardiseerde vragenlijsten voor de diagnose (LEAF-Q of Triad Consensus Panel Screening Questions)."

"Naast een anamnese en lichamelijk onderzoek zijn bij ernstige problemen ook technische onderzoeken aangewezen zoals een bloedonderzoek inclusief hormoonanalyse, een botdichtheidsmeting, een dexta-scan, ECG e.a."

"Tot slot kan je ook gebruik maken van de RED-S clinical assessment tool, ontwikkeld door het IOC in 2015."

### Waaruit bestaat de behandeling van RED-S?

Dr. Yves Kockaerts: "Logischerwijze dient de energie-inname verhoogd te worden of het energieverbruik vermindert. Hiervoor is de hulp nodig van een sportdiëtist die een dieet opstelt met inname van voldoende eiwitten en koolhydraten op de juiste momenten. LEA kan immers ook voorkomen bij sporters met een normaal gewicht. Een sportcoach kan zorgen voor goed onderbouwde trainingsschema's. Ook educatie van de atleet is belangrijk. Veel atleten denken dat het normaal is om moe te zijn en last te hebben van wisselende eetlust, moodswings, blessures en menstruatiestoornissen."

"Strenge diëten zijn dus uit den boze. Om de botmassa te verbeteren, is een gecontroleerde inname van calcium en vitamine D aangewezen."

"Ernstige problemen dien je multidisciplinair aan te pakken door ook de hulp van een diëtist, psycholoog/psychiater, gynaecoloog en/of endocrinoloog en de huisarts in te schakelen."

### U bent zelf een fervent sporter. Is het daarom dat deze materie u erg boeit?

Dr. Yves Kockaerts: "Ja zeker, ik vind het een grote meerwaarde dat ik zelf heel graag sport en weet hoeveel inspanning het kost om een bepaald doel te bereiken. Als je je kan inleven, is het gemakkelijker om in de sportieve ambitie van patiënten mee te gaan. Sporten is gezond, als je het op een onderbouwde manier doet." ■

# Zorg voor longkanker verbeteren door in te zetten op waardegedreven zorg: de eerste spiegelbijeenkomst

Ziekenhuis Oost-Limburg, AZ Delta en Universiteit Hasselt/LCRC zetten samen in op de verbetering van de kwaliteit van leven van longkankerpatiënten, en dit door het organiseren van een platform voor waardegedreven zorg (VBHC: value based health care). Op donderdag 19 mei vond de eerste spiegelbijeenkomst plaats.



eerste spiegelbijeenkomst

Bij waardegedreven zorg staat de patiënt centraal en wordt er multidisciplinair samengewerkt op het vlak van zorginhoud, kwaliteit en kosten. Voor het organiseren van een platform voor waardegedreven zorg werd de ICHOM-longkankerset (International Consortium for Health Outcomes Measurement) vertaald naar bruikbare KPI's (Key Performance Indicators) en vervolgens gevisualiseerd via een Power BI dashboard. Een huzarenstuk dat enkel kon gerealiseerd worden dankzij de ondersteuning van de ICT-diensten van de twee ziekenhuizen - In ZOL gaat het om dr. Joycelyn Harris, data scientist en Noëlla Pierlet, hoofd data science - en een projectmanager van UHasselt/LCRC. De klinische uitkomsten en PROMS (patient reported outcome measures) die aan de basis liggen, worden afgeleid uit het elektronische patiënten dossier HIX.

Een team van ZOL- en AZ Delta-artsen (dr. Ingel Demedts, dr. Maarten Criel, dr. Yannick Mandeville, dr. Ulrike Himpe, prof. dr. Michiel Thomeer), een datamanager (Jelle Bossuyt), een kwaliteitsmanager (Edith Guffens), een projectmanager (Katrien Wijnen) en een ervaringsdeskundige (Peter Fels) hebben de KPI's onderling vergeleken en de verschillen besproken.

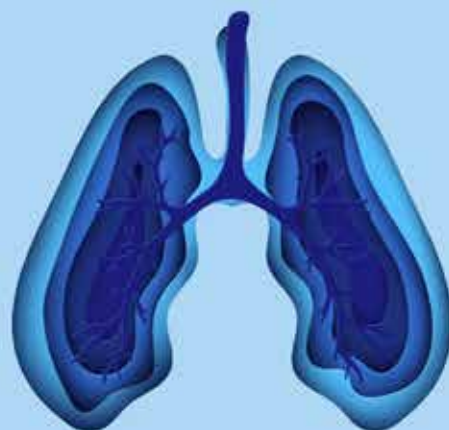
De eerste samenkomst, waar besproken werd hoe de zorg door beide teams wordt aangepakt, was alvast leerrijk. De spiegelgroep nam twee concrete verbeterpunten of KPI's mee als huiswerk:

- een daling van de opnametijd na een longoperatie;
- het vermijden van een opname op de dienst Intensieve Zorgen gedurende de laatste 30 dagen van het leven bij patiënten met gevorderde longkanker.

De komende maanden gaat de werkgroep hiermee aan de slag en brengt de kritische factoren in kaart. Het streefdoel is een verbetering van de KPI's tegen de tweede spiegelbijeenkomst.

Naast de uitkomsten worden ook het proces en de kosten stapsgewijs in kaart gebracht. Zo is een waardegedreven zorgaanpak mogelijk en zijn de eerste stappen gezet tot de oprichting van het Vlaams Oncologisch Platform. Hierbij wil men onder meer aantonen dat verbetering van zorg ook tot een kostenreductie kan leiden. ■

*Dit project loopt in samenwerking met ZOL, AZ Delta, Jessa Ziekenhuis, Universiteit Hasselt/LCRC, MSD, Roche Pharma, Roche Diagnostics en Möbius.*





# ZOL CLASSIC

open fietshappening

11 september 2022



20 – 50 – 80 – 110 KM

IEDEREEN WELKOM!



Meer info of inschrijven?  
[www.zolclassic.be](http://www.zolclassic.be)  
of scan de QR-code



ZOL BEWEEGT  
Choose health, stay fit

Ziekenhuis  
Oost-Limburg

## 5.000 euro voor ALS-liga

De ALS Liga ontving op campus Sint-Jan een cheque van 5.000 euro in het kader van de Chipsoft Charity Challenge!

Op de foto: Rosalinde Reymen, An Martens en Jana Germeys van de ZOL-apotheek die hun schouders onder het project hebben gezet.

De cheque werd uitgereikt door Joke Vermeire en Kim van Duijkeren van ChipSoft, het softwarebedrijf dat het elektronisch patiëntendossier HiX ontwikkelde. ■



Op de foto v.l.n.r.

Jana Germeys (ZOL), An Martens (ZOL),  
Joke Vermeire (Chipsoft), Evy Reviere  
(CEO ALS-Liga), Rosaline Reymen (ZOL)



Foto v.l.n.r.: dr. Griet Vander Velpen, medisch directeur ZOL; prof. dr. Piet Stinnissen, decaan Geneeskunde en levenswetenschappen UHasselt; Erwin Bormans, algemeen directeur ZOL; prof. dr. Veerle Somers, toekomstig decaan Geneeskunde en Levenswetenschappen UHasselt, ZOL-voorzitter Tom Arts; prof. dr. Bernard Vanheusden, rector UHasselt; Jo Vandeurzen, voorzitter UHasselt; dr. Ken Haenen, vicerector faculteit Wetenschappen UHasselt; prof. dr. Pieter Vandervoort, cardioloog ZOL.

# Delegatie UHasselt bezoekt ZOL

Op 28 juni ontving ZOL een delegatie van UHasselt. Er werd een bezoek gebracht aan de dienst Nucleaire Geneeskunde. Ook gaf interventioneel radioloog dr. Luc Stockx een toelichting over het Stroke Centrum.

In het kader van de uitbouw van de Health Campus en de Mobile health Unit werken UHasselt, ZOL en het Jessaziekenhuis steeds nauwer samen. Binnen de Mobile Health Unit van het Limburg Clinical Research Center wordt gezocht naar praktische en evidence-based oplossingen voor telemonitoring en mobiele gezondheidszorg. ■





# Fietsen voor thinkpink

De 'fietsmadammen', onder leiding van medisch directeur **dr. Griet Vander Velpen**, reden op 7 dagen van Oudenaarde naar Poitiers. Het werd een fantastische sportieve uitdaging van **meer dan 800 km**.

De fietstocht was het eerste deel van 'Bike for Think Pink Camino', met vertrek vanuit Oudenaarde naar Poitiers. De fietsmadammen zamelden zo maar liefst **7.010 euro** in voor Think Pink België.

De totale tocht van België naar Santiago de Compostela bedraagt ongeveer 2.000 km en wordt in 3 etappes en dus 3 jaar volledig afgelegd.

Proficiat dames voor jullie super prestatie en bedankt aan iedereen die gesponsord heeft. ■  
#ThinkPinkBelgium #borstkanker



# 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. ARNOU CARPELS**

*psychiatrie*

Dr. Arnout Carpels behaalde zijn diploma geneeskunde aan de KU Leuven in 2016. Zijn specialistenopleiding psychiatrie volgde hij in het Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven, Psychiatrisch Ziekenhuis Asster in Sint-Truiden, ZOL Genk en het Medisch Centrum Sint-Jozef in Munsterbilzen.

Daarnaast volgde dr. Carpels een post-graduaat psychotherapie met als specialisatie systeemtherapie.

In ZOL is dr. Carpels actief op de raadpleging Psychiatrie en is hij supervisor van het team liaisonpsychiatrie voor volwassenen. Hij maakt ook deel uit van het multidisciplinair team van het Gendercentrum van ZOL.

Dr. Carpels werkt ook als psychiater in het psychiatrisch ziekenhuis OPZC Rekem.



**DR. MANON VAN HOOF**  
*pneumologie*

Dr. Manon van Hoof behaalde haar diploma geneeskunde aan de Radboud Universiteit in Nijmegen in 2012. Zij heeft als arts-assistent longziekten gewerkt in het Zuyderland ziekenhuis in Sittard. Haar specialisatie longziekten volgde ze in Maastricht UMC+. Begin 2020 studeerde zij af als longarts.

Dr. van Hoof werkte als longarts in het VieCuri ziekenhuis en Maastricht UMC+. Haar aandachtsgebieden zijn algemene longgeneeskunde, astma, COPD en infectieziekten. Verder heeft zij zich de afgelopen jaren erg ingezet voor COVID-zorg.

Dr. van Hoof is actief als pneumoloog in ZOL Maas en Kempen.



**DR. JOOST PIL**  
*radiotherapie*

In 1999 behaalde dr. Pil zijn diploma als apotheker aan KU Leuven. In 2004 promoveerde hij met een doctoraat in de biomedische wetenschappen.

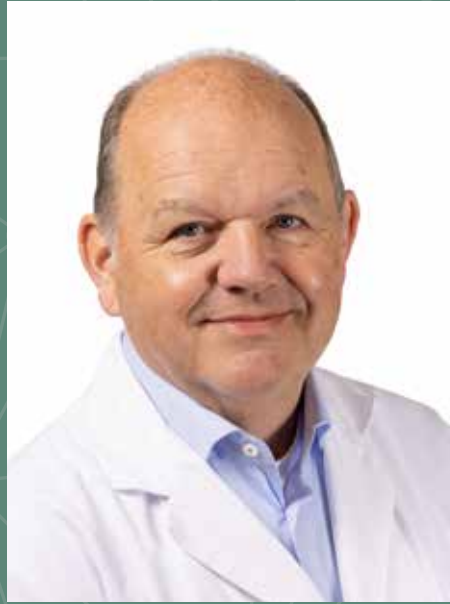
Dr. Joost Pil behaalde zijn diploma geneeskunde aan KU Leuven in 2009. Hij volgde zijn specialistenopleiding in UZ Leuven onder leiding van prof. dr. K. Haustermans. Dr. Pil was eerder actief in UZ Leuven, de Europaziekenhuizen site Sint-Elisabethziekenhuis Ukkel en CHU UCL Namur site Sint-Elisabeth.

In ZOL werkt dr. Pil op de dienst Radiotherapie. Hij legt zich toe op de behandeling van borst-, long-, en urologische tumoren.

In het kader van de samenwerking binnen het Limburgs Oncologisch Centrum is dr. Pil ook actief in het Mariaziekenhuis Noorderhart Pelt en het Jessaziekenhuis Hasselt.



# MET PENSIOEN



**IVO NIJS**  
*Oogziekten*

Op 31 maart 2022 trok dr. Nijs voor de laatste keer de deur van het ziekenhuis achter zich dicht na een rijk gevulde carrière van ruim 35 jaar.

Hij rondde zijn studies geneeskunde af aan de KU Leuven waar hij zich specialiseerde tot oogarts onder de vleugels van prof. dr. Missotten. In 1985 startte zijn loopbaan met een privépraktijk in Maasmechelen en was hij verbonden aan het St-Jozefsziekenhuis te Maaseik. In 1992 breidde hij zijn activiteiten uit naar het toenmalige St.-Barbaraziekenhuis te Lanaken.

In 1996, na de fusie tot Ziekenhuis Oost-Limburg, werd hij diensthoofd Ophthalmologie. Een rol die hij met verve vervuld heeft tot 2017. Door zijn nimmer aflatend enthousiasme en grote drang naar innovatie slaagde hij erin de dienst Oogziekten in al haar subdisciplines stevig op de kaart te zetten in Limburg en verder. Iets waar hij terecht trots op mag zijn!

Ook op bestuurlijk vlak verdiende hij zijn sporen: hij was niet alleen diensthoofd Ophthalmologie maar zetelde ook in de Medische Raad, was stagemees-ter oftalmologie en LOK-voorzitter.

We kennen Ivo als een allround oogarts met een bijzondere interesse voor strabologie en traanwegchirurgie. Refractieve heelkunde was zijn grote passie. Hij introduceerde zo onder andere de LASIK, Femto-laser assisted cataract chirurgie, en de 3D-imaging.

Ivo is een open-minded persoon met een heldere blik op de toekomst maar ook als een warme en betrokken collega, altijd in voor een goede grap.

Beste Ivo, we wensen je het allerbeste en danken je voor je jarenlange inzet voor de dienst, voor het ziekenhuis maar vooral voor wat je altijd betekend hebt voor je patiënten. Dank voor 35 jaar topgeneeskunde!

De collega's van Ophthalmologie

Save the dates

WETENSCHAPPELIJKE RAAD  
PROGRAMMA  
2022 23

Meer info: [www.zol.be/professionals/wetenschappelijke-raad](http://www.zol.be/professionals/wetenschappelijke-raad)

**De lezingen vinden plaats in de aula van ZOL Genk, campus Sint-Jan Genk van 20.30 tot 22.30 uur, tenzij anders vermeld.**

Alle lezingen die in de aula van ZOL plaatsvinden, worden eveneens via ZOOM aangeboden. Meer info en de registratie-link vindt u op [www.zol.be](http://www.zol.be) in de rubriek 'professionals/wetenschappelijke raad'.

<b>Donderdag</b> 22 september 2022	<b>Aanpak van wervelmetastasen</b> <i>Inhoudelijk coördinator: dr. M. Govers (Radiotherapie - oncologie ZOL)</i>
<b>Donderdag</b> 27 oktober 2022	<b>(R)EVOLUTIE in de klinische microbiologie en infectiologie: van aangepaste S-I-R definities voor de interpretatie van een antibiogram tot OPAT</b> <i>Inhoudelijk coördinatoren: dr. apr. D. Steensels (Klinische biologie ZOL) en dr. J. Meeuwissen (Algemeen interne geneeskunde (infectiologie) en (Ortho-)Geriatricie ZOL)</i>
<b>Donderdag</b> 24 november 2022	<b>Symposium prostaatcancer: van PSA screening tot PSMA-radioligand therapie</b> <i>Inhoudelijk coördinator: dr. Y. Raskin (Urologie ZOL), met als gastspreker prof. dr. Van Poppel, wereldautoriteit op vlak van prostaatcancer</i>
<b>Donderdag</b> 15 december 2022	<b>De nier in Oncologie en Hematologie</b> <i>Inhoudelijk coördinator: dr. J. Peeters (Nefrologie ZOL)</i>
<b>Zaterdag</b> 21 januari 2023	<b>Congres Limburgs Oncologisch Centrum 2023, 9 tot 12 uur</b> <b>Een congres van de diensten oncologie, radiotherapie en hematologie van het Jessa Ziekenhuis en ZOL.</b> <i>Inhoudelijk coördinator: dr. T. Wessels (Medisch oncoloog Jessa ziekenhuis)</i> <i>Locatie: Oude Gevangenis Hasselt</i> <i>Inschrijven: via website LOC</i>
<b>Donderdag</b> 26 januari 2023	<b>Waar senologie en medische beeldvorming elkaar kruisen</b> <i>Inhoudelijk coördinator: dr. B. De Peuter (Medische beeldvorming ZOL)</i>
<b>Donderdag</b> 16 februari 2023	<b>Revalidatie - bewegen</b> <i>Inhoudelijk coördinator: dr. P. Hallet (Fysische geneeskunde - revalidatie ZOL)</i>
<b>Donderdag</b> 23 maart 2023	<b>In and around the nose</b> <i>Inhoudelijk coördinator: dr. F. Indestege (KNO ZOL)</i>
<b>Donderdag</b> 27 april 2023	<b>Hoofd - en aangezichtspijn ...Breinbrekers?</b> <i>Inhoudelijk coördinator: dr. K. Buyse (Anesthesie ZOL)</i>
<b>Donderdag</b> 1 juni 2023	<b>Diagnose en behandeling van perifere aangezichtsverlamming</b> <i>Inhoudelijk coördinator: dr. M. Den Hondt (Plastische chirurgie ZOL)</i>
<b>Donderdag</b> 22 juni 2023	<b>Multidisciplinaire behandeling van colorectale levermetastasen: what's new?</b> <i>Inhoudelijk coördinator: dr. D. Wicherts (Abdominale heelkunde ZOL)</i>

## COLOFON

**Verantwoordelijke uitgever:** Dr. Griet Vander Velpen, medisch directeur ZOL ■ **Redactie en samenstelling:** Grete Bollen ■ **Werken mee:** prof. dr. Willem Ombetel, dr. Erwin Cornips, dr. Patrick Gillardin, Jessica Di Grazio, dr. Cédric Van Dijck, dr. Michiel Thomeer ■ **Redactieadviesraad:** dr. Marc Daenen, dr. Jan De Koster, dr. Eline Macken, prof. dr. Dieter Mesotten, prof. dr. Willem Ombetel, dr. Griet Vander Velpen ■ **Foto's:** ZOL, Micha Vandormael, Michiel Malchair, Grete Bollen, Lien Vuylsteke, Marco Mertens, Boumediene Belbachir, Imapictures ■ **Lay-out:** Lien Vuylsteke, dienst Communicatie ■ **Redactie:** Schiepse Bos 6, B, 3600 Genk - Belgium ■ T +32 (0)89 32 17 62 ■ [zolarium@zol.be](mailto:zolarium@zol.be) ■ [www.zol.be](http://www.zol.be) ■ Niets uit deze uitgave mag overgenomen of vereenvoudigd worden zonder schriftelijke toelating van de uitgever. ■ Jaargang 20 nr. 84 • juli • augustus • september • 2022



## Partners in zorg

"Arnolda Kisters (89) uit Genk had al een tijdje last van bloedingen en toen de anti-biotica kuren niet aansloegen, schreef de huisdokter haar een scan voor. Ze kreeg te horen dat 'alles' moest weggehaald worden omdat ze al in een vergevorderd stadium was. "Het woord 'kanker' is nochtans nooit gevallen", verduidelijkt ze.

"Dr. Raskin liet me weten dat hij mijn blaas zou verwijderen met behulp van de robot. Ik heb hem gevraagd of ik de robot eerst eens mocht zien. Het is echt een machtig toestel!"

Na de ingreep was mevrouw Kisters snel weer op de been. "Enkele dagen later kon ik weer uit bed en lukte het al om te wandelen op de gang met de kinesist. Na een week was ik klaar om naar huis te gaan maar ik moest het nog rustig aan doen. Pijn heb ik eigenlijk nauwelijks gehad."

"Langzaam begon ik weer rond de tuinvijver te stappen en zo bouwde ik verder op. Intussen voel ik me weer helemaal goed zodat ik elke dag een uurtje in het bos kan wandelen, want daar is het rustig en koel. Ja, ik zorg er wel voor dat ik elke dag mijn beweging heb."

"Ook in huis doe ik alles nog zelf, behalve poetsen want dat mag ik niet. Maar met wassen, strijken en eten maken, heb ik al heel wat te doen."

"De verpleegster komt elke dag om me te wassen en om mijn stoma te verzorgen. Dat moet immers heel secuur gebeuren."

"Ik heb al van alles meegemaakt, ook met mijn hart, maar ik kom er altijd weer bovenop." ■