

ZOLarium

Jaargang 20 nr. 85 - oktober - november - december 2022

**CENTRUM VOOR LYMFECHIRURGIE
WORDT VERDER UITGEBOUWD**

**PILOOTPROJECT PREHABILITATIE LEIDT TOT
BETERE UITKOMST BIJ ONCOLOGISCHE CHIRURGIE**

**TEAM CARDIOLOGIE
ONTWIKKELT VERBETERDE
BEHANDELING VOOR HARTFALEN**

130 assistenten in ZOL

Zopas zijn er in ZOL 75 nieuwe artsen in opleiding gestart. Het gaat hierbij om arts-specialisten in opleiding, huisartsen in opleiding en arts-specialisten in voortgezette opleiding. Dat brengt het totaal aantal assistenten in ZOL op 130.

ZOL is erg gegeerd als stageplaats. We zijn één van de grootste opleidingscentra voor assistent-artsen in ons land. De artsen van de toekomst gaan aan de slag in verschillende disciplines waarvoor telkens een stagemester werd erkend door de respectievelijke erkenningscommissies. We wensen alle assistenten heel veel succes toe!





xxxx

Edito

In dit ZOLarium kan u lezen hoe het team van cardioloog prof. dr. Wilfried Mullens baanbrekend onderzoek verrichtte en daarmee de behandeling van hartfalen voor patiënten wereldwijd in grote mate heeft verbeterd. De ADVOR-studie werd voorgesteld op het jaarlijks Europees Congres van Cardiologie en gepubliceerd in het toonaangevende tijdschrift The New England Journal of Medicine. Ook de media hebben het verhaal gretig opgepikt. Als ZOL zijn we hier ontzettend trots op.

Heel wat ZOL-artsen en -medewerkers zijn actief bezig met klinisch wetenschappelijk onderzoek en zorginnovatie. Het succes van de ADVOR-studie toont aan dat de verdere professionalisering loont, met een vijftal jaar geleden de oprichting van de Clinical Trial Unit (CTU) binnen Future Health, het ZOL-platform waar klinische zorg de brug slaat met onderzoek, opleiding en ondernemerschap. Belangrijk hierbij is ook de structurele samenwerking met UHasselt en het Jessa Ziekenhuis binnen het Limburg Clinical Research Center (LCRC).

Via ZOLarium houden we u al langer op de hoogte van het wetenschappelijk werk van onze artsen en andere medewerkers. En in de rubriek 'Arendsoog' bespreken we telkens een opmerkelijke publicatie van een ZOLarts van de afgelopen maanden. Binnenkort mogen jullie ook een aparte uitgave verwachten met een overzicht van de wetenschappelijke publicaties uit het afgelopen jaar.

Dr. Griet Vander Velpen
Medisch directeur

Het artikel over de ADVOR-studie vindt u in dit ZOLarium op pag. 8

“

Heel wat ZOL-artsen en -medewerkers zijn actief bezig met klinisch wetenschappelijk onderzoek en zorginnovatie.



Inhoud

14 **Wijziging interpretatie antibiogram**
Nieuwe definitie 'I': gevoelig bij hoge dosis

16 **Prehabilitatie**
Patiënten met kanker die multidisciplinair worden voorbereid op een ingreep herstellen sneller

22 **Gender(on)gelijkheid in urgentiegeneeskunde**
Komen persoonlijke ervaringen overeen met bevindingen uit internationale studies?

32 **Nieuw Masterplan 2022-2032**
Verduurzaming en vergroening naast comfort en welzijn zijn rode draad

48 **Partners in zorg**
Revalidant Wouter Pex beklimt de Mont Ventoux en schenkt een elektrische duofiets aan het revalidatiecentrum.



"Kanker blijft één van de meest gevreesde ziektes. Maximale ondersteuning -zowel medisch, sociaal als psychologisch- is onze verantwoordelijkheid als zorgverlener en als medemens. Dankzij initiatieven als Levensloop kan er wetenschappelijk onderzoek gebeuren en vooruitgang geboekt worden, waardoor we jaar na jaar meer pak op de ziekte krijgen."

dr. Guy Debrock, oncoloog en peter Levensloop 2022

ZOL stond met 5 teams aan de start van Levensloop Genk. In totaal kwamen er ruim 200 ZOL-deelnemers, samen met vele anderen, in beweging tegen kanker. Er werd 155.000 euro ingezameld. Proficiat aan de organisatie en aan alle deelnemers!



Dr. Guy Debrock





Verbeterde behandeling voor hartfalen kan miljoenen patiënten wereldwijd helpen

Het team van cardioloog prof. dr. Wilfried Mullens en dr. Matthias Dupont (ZOL Genk en Universiteit Hasselt) heeft via baanbrekend onderzoek een verbeterde behandeling voor hartfalen ontwikkeld. De nieuwe behandeling - die bestaat uit de combinatie van bestaande plasmedicatie - is veilig, makkelijk toe te dienen, heel goedkoop en uitermate effectief. Door dit onderzoek kunnen miljoenen patiënten wereldwijd geholpen worden voor een ziekte waar tot op heden geen goede behandeling voor was.



“

“De patiënten met hartfalen die de combinatie van de twee vochtafdrijvers kregen, hadden 46% meer kans om het overtollige vocht kwijt te zijn na 3 dagen.”

prof. dr. Mullens, cardioloog



Er was een uitgebreid team van ZOL aanwezig op het Europees Congres van Cardiologie in Barcelona.

Hartfalen is een chronische aandoening waarbij het hart onvoldoende bloed pompt naar de weefsels en organen. De hoofdklacht wanneer het hartfalen ontspoord, is vochtopstapeling. Op dat moment worden patiënten vaak opgenomen in het ziekenhuis met klachten van extreme kortademigheid ('water op de longen') en vochtopstapeling in de benen ('gezwollen benen').

"Patiënten melden vaak het gevoel van verdrinking", legt prof. dr. Mullens uit. "Het is een ervaring die extreem ongemakkelijk kan zijn. Bovendien gaat deze chronische ziekte, die meer dan 200.000 Belgen treft, gepaard met een hoge kans op vroegtijdig overlijden en een zeer grote kost voor de maatschappij. De klassieke behandeling op het moment van de ontsporing is het geven van één bepaald type vochtafdrijver (zogenoemde 'lisdiuretica') via een infuus. De effectiviteit van deze behandeling is echter vaak onvoldoende met een kans op een nieuwe opname of overlijden tot wel 60% in de eerstvolgende maanden.

Via een grote, nationale studie heeft het team van prof. dr. Mullens kunnen aantonen dat een combinatie van verschillende soorten van reeds bestaande vochtafdrijvers de effectiviteit van de behandeling in belangrijke mate kan

verbeteren. In de ADVOR (Acetazolamide in Decompensated heart failure with Volume Overload, NCT03505788)-studie werd de behandeling onderzocht bij 519 patiënten in 27 ziekenhuizen in België. De helft van de patiënten werd behandeld met de klassieke vochtafdrijver (lisdiuretica) en een placebo, terwijl de andere helft werd behandeld met een combinatie van de klassieke vochtafdrijver (lisdiuretica) en een ander soort vochtafdrijver (acetazolamide). Deze laatste is heel oude plasmedicatie die op dit moment enkel gebruikt wordt voor glaucoom en hoogteziekte.

Prof. dr. Mullens: "De patiënten die de combinatie van de twee vochtafdrijvers kregen, hadden 46% meer kans om het overtollige vocht kwijt te zijn na 3 dagen. Daarnaast konden deze patiënten ook veel vroeger worden ontslagen uit het ziekenhuis."

De onderzoeksresultaten zijn echt baanbrekend omdat ze de behandeling voor deze grote groep van patiënten voor het eerst sinds decennia kan verbeteren. Het geteste medicament acetazolamide is veilig, makkelijk toe te dienen, heel goedkoop want er is geen patent meer, en uitermate effectief voor een ziekte waar tot op heden geen goede behandeling voor was. Wereldwijd

worden er dagelijks miljoenen mensen met dit probleem geconfronteerd.

Het onderzoek werd op 27 augustus 2022 voorgesteld op het jaarlijks Europees Congres van Cardiologie in Barcelona, het grootste cardiologiecongres wereldwijd. De publicatie van het onderzoek verscheen in The New England Journal of Medicine, het meest toonaangevende medische tijdschrift ter wereld (DOI: 10.1056/NEJMoA2203094).

De ADVOR-studie (KCE-17001) werd gefinancierd door het Federaal Kenniscentrum van de Gezondheidszorg (KCE), als onderdeel van het KCE Trials-programma van niet-commerciële pragmatische vergelijkende effectiviteitsstudies om de patiëntresultaten te verbeteren en het Belgisch gezondheidszorgsysteem efficiënter te maken.

De studie is een schoolvoorbeeld van een goede samenwerking tussen verschillende Belgische ziekenhuizen, over de taalgrenzen heen, en hoe dit kan leiden tot baanbrekend onderzoek dat hartfalenpatiënten wereldwijd kan helpen.

De onderzoekers danken de patiënten en families die hebben deelgenomen aan deze belangrijke studie ■

Katrien Tartaglia ,
prof. dr. Wilfried Mullens



ADVOR-studie werd mee mogelijk gemaakt door Clinical Trial Unit ZOL

De ADVOR-studie zag het licht in ZOL en werd mee mogelijk gemaakt door de Clinical Trial Unit (CTU) van Future Health, het onderzoeks- en innovatieplatform van ZOL. "Het is uniek om als niet-universitair ziekenhuis te beschikken over een dergelijke professionele CTU die het mogelijk maakt dat ZOL-artsen en -medewerkers initiatief nemen voor grootschalige klinische studies", aldus CTU-voorzitter prof. dr. Dieter Mesotten. Om in aanmerking te komen als opdrachtgever voor studies gefinancierd door het KCE Trials programma, doorliep de CTU in 2017 succesvol een audit als een van de eerste niet-universitaire CTU's. Hiertoe werden de nodige kwaliteitsprocedures en -documenten voorbereid die ter beschikking staan van ZOL-artsen en -medewerkers.

Voor ADVOR nam het team van wetenschappelijk medewerkers onder leiding van Katrien Tartaglia het beheer en de coördinatie van de kernaspecten van de klinische studie voor haar rekening. Hierdoor waakte ze over een wetenschappelijk correcte methodologie en dataverzameling in lijn met de strikte wet- en regelgeving betreffende klinische studies. Het team coördineerde het projectmanagement voor alle 27 deelnemende ziekenhuizen en begeleidde de artsen o.a. bij de verdediging van het onderzoek bij het bevoegde ethisch comité. Een online databank voor de studiedata werd ontwikkeld en ter beschikking gesteld aan de studieteams in de deelnemende ziekenhuizen; zij verzamelden de gegevens van de in totaal 519 patiënten die deelnamen aan het onderzoek. Binnen ZOL stond het Studiecentrum Cardiologie

in voor de inclusie en opvolging van 108 patiënten. De statistische analyse van de data werd uitgevoerd door CenStat, UHasselt.

Sinds ADVOR, kreeg ZOL financiering vanwege KCE Trials voor nog 2 andere klinische studies (COGENIUS en PRIORI). Daarnaast werd het ZOL-team door KCE Trials gevraagd om een aantal taken, zoals data management en project management, op te nemen voor 2 klinische studies (PRECISE en DAWN) van universitaire opdrachtgevers. Hiermee positioneren ZOL en haar artsen en medewerkers zich als toonaangevend klinisch onderzoekscentrum in België dat speelt op het niveau van de grote universitaire centra. Wie interesse heeft om zelf een studie op te zetten, kan contact nemen met CTU via ctu@zol.be.



De ADVOR-studie verscheen in The New England Journal of Medicine.

KCE Trials

KCE Trials is een financieringsprogramma voor niet-commerciële klinische studies, gefinancierd door de Belgische federale overheid. Deze studies behandelen onderzoeksvragen die over het algemeen niet door de industrie worden onderzocht, ondanks hun groot maatschappelijk belang.

Het KCE is verantwoordelijk voor de selectie en de financiering van de klinische studies maar voert ze zelf niet uit. De verantwoordelijkheid voor de coördinatie en de uitvoering ervan wordt opgenomen door de onderzoeksteams van ziekenhuizen, universiteiten of niet-commerciële onderzoeksinstituten.

Meer info: zie <https://kce.fgov.be/nl/kce-trials>



Wijziging interpretatie antibiogram

Nieuwe definitie 'I': gevoelig bij hoge dosis

Recent heeft EUCAST (European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing) belangrijke veranderingen doorgevoerd in de interpretatie van antimicrobiële gevoeligheidstesten. In hoofdzaak gaat dit om de verandering van de betekenis van de resultaatcategorie 'I', waarbij deze niet meer staat voor 'intermediair' maar voor 'gevoelig bij hogere blootstelling' ('susceptible at increased exposure').

De nieuwe definitie van 'I' reflecteert de hoge kans op therapeutisch succes indien de lokale blootstelling aan het antibioticum verhoogd wordt door het aanpassen van de dosering. Er zijn nu dus **twee categorieën van 'gevoelige' stammen**:

- stammen die gevoelig zijn aan de standaarddosis (S), en
- stammen die gevoelig zijn bij hoge dosis (I), door verhoging van de individuele dosering en/of de frequentie van toedienen.

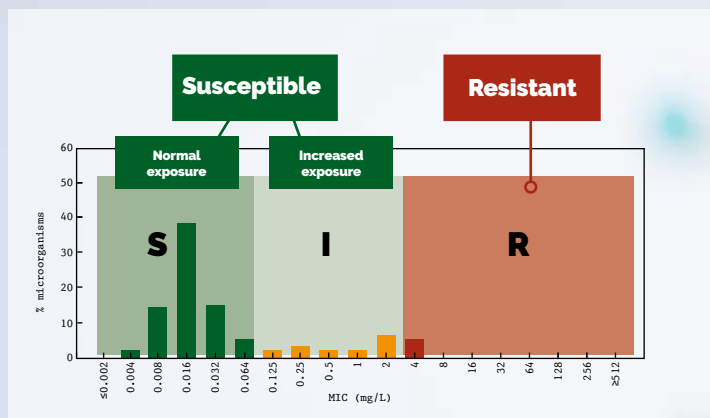
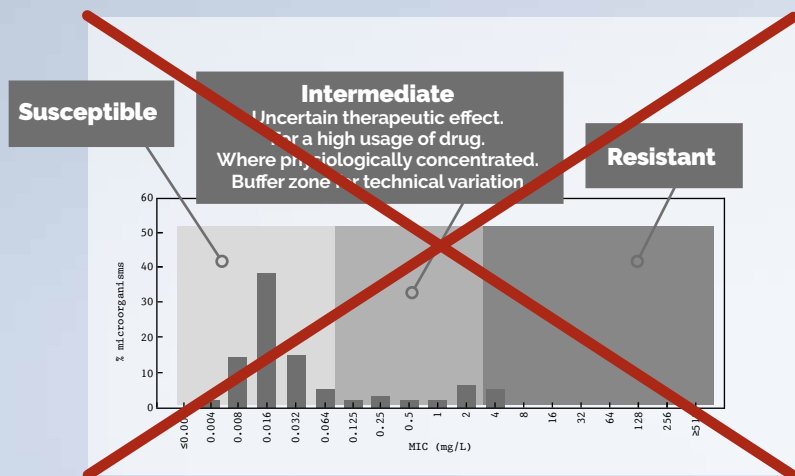
U kan de creatie van de nieuwe 'I' zien als het promoten van de behandeling met correcte, hogere posologie, in plaats van over te schakelen op een breedspectrum antibioticum bij standaard dosering.

Het is belangrijk deze overstap te maken om (inter) nationale harmonisatie in de interpretatie van antibiogrammen te verzekeren, zodat klinische misinterpretatie van resultaten tussen laboratoria wordt vermeden, bv. in geval van transfer van een patiënt met een infectie.

Het laboratorium microbiologie plant de aanpassing van het systeem voor aflezing en interpretatie van gevoeligheidsbepalingen op **25 en 26 oktober**. Vanaf dan wordt de nieuwe definitie voor 'I' van toepassing.

De microbiologierapporten waarbij een antibiogram wordt getoond, zullen voorzien worden van commentaren die u als clinicus helpen in de interpretatie en bij de keuze van het meest geschikte antibioticum en dosis. Het team van microbiologen is uiteraard eveneens bereikbaar voor telefonisch advies met betrekking tot interpretatie en antibioticatherapie (tel. 089 32 46 66). Ook in de kersverse online app voor antibioticairichtlijnen kan u meer informatie terugvinden.

dr. apr. Deborah Steensels, dr. Els Oris, dr. Sarah Resselers, Apr. Biol. Marc Vandeveldte en Apr. Biol. Baptist Declerck





ABNOL GIDS, DE ANTIBIOTICAGIDS VOOR ZIEKENHUIS- NETWERK NOORD-OOST LIMBURG

De ZOL-antibioticarijchlijnen kregen een volledige update op basis van nationale (Belgische Infectiegids IGGI) en internationale richtlijnen (Sanford, IDSA guidelines,...) en rekening houdend met de lokale resistentiecijfers. Ze werden ook in een nieuw jasje gestoken, en zullen beschikbaar zijn via een gebruiksvriendelijke app die u via een doorklikstelsysteem naar het correcte antibioticum leidt. De app zal worden uitgerold binnen het ziekenhuisnetwerk en heeft de naam ABNOL gids, de Antibioticagids voor Ziekenhuisnetwerk Noord-Oost Limburg.

De gids omvat zowel therapeutische richtlijnen als een overzicht van de dosissen van anti-

infectieuze middelen (standaard en hoge dosering) en dosisaanpassingen bij verminderde nierfunctie. De richtlijnen met betrekking tot profylaxis in de heelkunde worden in een latere fase toegevoegd.

De lancering van de app is eind oktober van dit jaar gepland, gelijktijdig met de aangepaste interpretatie van gevoeligheidsbepalingen.

De link naar de app zal binnen ZOL beschikbaar zijn op de homepagina van het intranet en rechtstreeks vanuit HIX (blauwe balk onderaan bij de functionaliteiten 'Microbiologie' en 'Medicatie'). De link voor huisartsen zullen we spoedig communiceren.





An Martens (psycholoog), Jan Van Hoecke (paramedisch manager)
Kristof Geladé (kinesist), Kim Coenen (diëtist), Marlies Donné (diëtist),
dr. Kim Govaerts (abdominaal chirurg) en dr. Olivier Beckers (MKA-chirurg)

Patiënten met kanker die multidisciplinair worden voorbereid op een ingreep herstellen sneller

Patiënten met darmkanker en een minder goede fysieke fitheid die vóór een chirurgische ingreep onder begeleiding gaan sporten, herstellen sneller en hebben minder last hebben van complicaties, zo blijkt uit internationale studies. Ook optimalisatie van het dieet, alcohol- en rookstop en eventueel psychologische ondersteuning maken deel uit van het programma rond 'prehabilitatie'. Na een grondige, interne multidisciplinaire afstemming is ongeveer een half jaar geleden een proefproject met een twintigtal patiënten in ZOL opgestart, complementair aan ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) en de revalidatie na de ingreep.

Een multidisciplinair team van kinesitherapeuten, diëtisten en psychologen, samen met abdominaal chirurg dr. Kim Govaerts en MKA-chirurg Olivier Beckers hebben het proefproject rond 'prehabilitatie' opgestart. Cardioloog dr. Petra Nijst screent patiënten op onderliggend cardiaal lijden en gaat na of ze veilig met het programma kunnen starten. Ook prof. dr. Dieter Mesotten, dr. Jente Grietens, dr. Maud Beran en dr. Astrid Van Lantschoot van de dienst Anesthesie zijn betrokken.

Dr. Olivier Beckers: "Ik las een vijftal jaar geleden een artikel over de impact van prehabilitatie op patiënten die colorectale kankerchirurgie moesten ondergaan. Internationale studies wijzen uit dat een actieve levensstijl bij deze groep de kans op vroegtijdig overlijden met meer dan 20 percent kan terugdringen. Collega dr. Kim Govaerts wilde hier ook mee starten en daarom hebben we de handen in elkaar geslagen."

"Dr. Govaerts en dr. Beckers kwamen inderdaad bij ons aankloppen met de vraag of we in ons ziekenhuis kunnen starten met prehabilitatie", zegt **paramedisch manager Jan Van Hoecke**. "Uiteraard zagen we hier wel wat in. Het concept past mooi binnen het preventieve werk dat onze therapeuten doen. Het vroegtijdig inschakelen van een

kinesitherapeut, diëtist en psycholoog zorgt ervoor dat patiënten beter voorbereid zijn op hun zware ingreep."

Gemotiveerd team

Dr. Kim Govaerts: "We zijn dan met een gemotiveerd team van kinesitherapeuten, psychologen en diëtisten naar collega-chirurg dr. Gerrit Slooter van het Maxima Medisch Centrum in Nederland gegaan om met hem van gedachten te wisselen en te kijken hoe zij de prehabilitatie aanpakken. Dr. Slooter begeleidt ziekenhuizen die met prehabilitatie willen starten en is hoofdonderzoeker van een grote internationale studie hierover."

"Het programma omvat fysieke training, spieropbouw, rook- en alcoholstop, psychologische screening en opvolging op indicatie en ook voedingsbegeleiding voor onder andere spieropbouw. Ondervoeding door de aard van de pathologie in het spijsverteringsstelsel, is immers niet ondenkbaar. In vele gevallen moeten patiënten onder andere extra eiwitten krijgen. In het huidige systeem gebeurt screening naar ondervoeding pas bij de opname, wat niet logisch is. Daarenboven kan een patiënt soms door de impact van de operatie ook nog een tijdje minder goed eten."

Dr. Govaerts: "Iedereen die zich op dergelijke manier voorbereidt op een ingreep zal subjectief en objectief verbetering ondervinden maar studies tonen aan dat het vooral kwetsbare patiënten zijn die veel voordeel halen uit prehabilitatie. Dit wil zeggen: hoe zwakker de patiënt en hoe zwaarder de chirurgie, hoe groter het voordeel. Wij werken in ons project voornamelijk met ASA 3- en ASA 4-patiënten. Dit zijn patiënten met (ernstige) comorbiditeiten die een (grote) impact hebben op hun leven."

Gezondheidszorg

"Niet alleen voor de patiënt maar ook voor de gezondheidszorg loont deze aanpak. Het gaat immers om patiënten die anders misschien een hele tijd langdurig opgenomen dienen te blijven omdat ze zorgafhankelijk zijn geworden en niet meer zelfstandig in de thuissituatie kunnen functioneren. Wij proberen dit te vermijden."

Dr. Beckers: "Op korte tijd kan je heel veel vooruitgang boeken. Het is trouwens ook niet logisch dat je niets doet met de tijd tussen de consultatie in het ziekenhuis en de dag van de operatie. Dan loop je achter de feiten aan."

Dr. Govaerts: "Tussen het eerste vermoeden van de diagnose en de



effectieve behandeling zit meestal een periode van drie tot zes weken. Dit is onze 'window of opportunity' waarbij de patiënt anders toch maar thuis zit te wachten en eventueel verdere onderzoeken ondergaat. Indien er een voorbehandeling is met bijvoorbeeld radiotherapie en/of chemotherapie hebben we nog meer tijd. Voor de patiënt is de prehabilitatie dan nog voordeliger omdat hij door de therapie anders nog meer verzwakt aan de ingreep begint."

Dr. Govaerts: "Het denken rond prehabilitatie is nog helemaal nieuw. Patiënten reageren vaak met ongeloof als ik ze aan het sporten wil zetten. Ze zeggen 'ik ben te ziek' of 'ik ben te oud' maar als ik hen uitleg waar het om gaat, begrijpen ze het wel. Mensen zijn het meest bereid tot 'lifestyle changes' wanneer ze met iets ernstigs geconfronteerd worden. Alle patiënten die tot nu toe geparticipeerd hebben, gaven op controle een maand na de operatie aan dat ze zich nog steeds fitter voelden dan een hele tijd voor hun operatie."

Wetenschappelijke evidentie

Dr. Beckers: "Het is belangrijk om het project gestructureerd aan te pakken en ons te baseren op de wetenschappelijke evidentie. In het begin zijn we hier wat tegen het systeem aan gelopen. Er bestaat immers nog geen financiering voor prehabilitatie. Een patiënt krijgt bijvoorbeeld pas terugbetaling voor een diëtist wanneer hij opgenomen is, niet in het traject ervoor."

"Met studies willen we de voordelen van prehabilitatie verder aantonen. Voor colorectale chirurgie bestaan er al cijfers maar voor hoofd- en halschirurgie zijn er nog geen studies gedaan. Als ook dit goed loopt, kan het project verder uitgebreid worden. Prehabilitatie is immers ook voordelig voor niet-kwaadaardige pathologie."

Kinesitherapeut Kristof Geladé staat in voor het trainingsprogramma van patiënten in het prehabilitatieproject. "Ik ervaar dat patiënten het als heel positief ervaren dat ze zelf iets kunnen doen

dat impact heeft op hun gezondheid. Anders voelen ze zich machteloos."

Op maat

"We houden het aantal patiënten voor dit proefproject klein omdat we op maat werken en kort op de bal willen spelen. In studies zien we zeer goede resultaten en die willen we ook hier waarmaken. We doen een maximale inspanningstest met zuurstofmeting (VO₂ max) voor en na het traject om de vooruitgang van onze patiënten te meten."

Patiënten worden eerst gezien door de cardioloog en eventueel de pneumoloog voor ze met het trainingsprogramma starten. Kristof Geladé: "Tijdens de trainingen werken we in de eerste plaats op spierkracht omdat dit een belangrijke impact heeft op het algemeen functioneren van een patiënt en de mate waarin hij de operatie aankan. De nadruk ligt op het intervalprogramma op de fiets."

"We trainen drie keer per week en dit gedurende 4 tot 6 weken. De trainingen worden individueel aangepast aan het niveau van de patiënt. Voor de patiënt is het heel intensief. Ze moeten drie keer per week komen, zien af, maar maken veel winst op korte termijn."

"Onze patiënten, voornamelijk 70- en 80-plussers, zijn allemaal beter uit het traject gekomen. Dat is ook wat de studies aantonen: het aantal dagen op Intensieve Zorgen, het aantal dagen op de verpleegafdeling en het aantal complicaties na de operatie verminderen."

Eerste lijn

"Bedoeling is dat eerste lijn op termijn dit programma van ons overneemt, behalve voor de 'high risk' patiënten voor wie monitoring nodig is. Thuis kunnen trainen, trekt immers veel mensen over de streep."

Na de ingreep stappen patiënten in het oncologisch opvolgingstraject, inclusief revalidatie, dat aangeboden wordt in ZOL of ze werken thuis verder met een kinesitherapeut die het traject verderzet dat in het ziekenhuis is opgestart. ■



**Aloïs Golembka (69)
en Harry Stulsteiens
(80) waren beiden
opgenomen voor
darmkanker en
hebben het pre-
habilitatietraject
doorlopen voor
hun operatie.**

Aloïs Golembka: "Ik dacht: 'wat vragen ze nu?' toen de dokter mij voorstelde om te gaan sporten. Revalidatie achteraf ja, maar voor de ingreep? Nu ben ik heel blij dat dit aan mij is voorgesteld. Het heeft me goed vooruit geholpen en is heel positief geweest. Zolang die ziekte in je lichaam is, voel je je sowieso niet goed. Maar daarna gaat het veel beter. Een kameraad van mij die jammer genoeg ook darmkanker had, heeft de voorbereiding niet gedaan en hij is nu nog altijd op de sukkel."

"In het begin begreep ik niet waarom ik drie keer per week moest fitnesssen want daarmee genees je niet dacht ik. Maar niets is minder waar. Ik ben ermee begonnen, deed het graag en het heeft mij sterker gemaakt. Ook nu nog. Ik krijg nog chemo nu maar ben nog altijd goed."

Harry Stulsteiens: "Ik ben gestart met lopen en ik stond ervan te kijken hoe veel ik op die korte tijd vooruit gegaan ben. Voor de diëtist moest ik een dagboek bijhouden met wat ik at. Ik moest eiwitten bijnemen om spieren te kunnen opbouwen."

Aloïs Golembka: "Ik zou dit zeker opnieuw doen. De grond zakt weg onder je voeten als je de diagnose van kanker krijgt. Maar ik ben er heel goed uitgekomen en ik ben blij dat dit allemaal achter de rug is. Gezonde mensen hebben zoveel wensen maar als je ziek bent heb je maar één wens, namelijk opnieuw gezond worden." ■



Harry Stulsteiens en Aloïs Golembka

'Spoedcast' wil zorgprofessionals, betrokken bij urgentiegeneeskunde, aanzetten tot kritische reflectie

Vier ZOL-urgentieartsen maken samen de maandelijkse podcast 'Spoedcast', met relevante topics uit de urgentie-, rampen- en prehospital geneeskunde voor zorgprofessionals. Onderwerpen worden toegelicht aan de hand van alledaagse casussen van neurotrauma's prehospital over rampenmanagement, steekwonden, hypo- en hyperthermie, tot intoxicaties en partydrugs.

De podcasts zijn intussen al behoorlijk succesvol en met een tweede jaargang bezig. "Ons doel is om de discussie open te trekken en kritisch te kijken naar de stand van de wetenschap over deze onderwerpen," aldus de makers. Het panel geeft telkens zijn mening en hoopt zo collega's te stimuleren tot kritische reflectie over de verschillende thema's. "Maar het is aan eenieder om

zelf beslissingen te nemen en richtlijnen te volgen, want hiervoor hebben we beroepsverenigingen en peer-review", luidt het.

Volgende urgentieartsen maken deel uit van het panel:



DR. CEDRIC VAN DIJCK

Anesthesist en urgentiearts, met speciale interesse in luchtwegmanagement, prehospital geneeskunde en trauma-opvang. Ervaring als 'flight physician' in de Verenigde Staten en als urgentiearts in een van de grootste level 1 traumacentra van het land.

DR. PIETER JAN VAN ASBROECK

Urgentiearts met uitgesproken interesse in rampenmanagement en toxicologie. Hiernaast een brede belangstelling in verschillende domeinen..

DR. BEN VAN BYLEN

Anesthesist en urgentiearts. Verdiepte zich in cardio-anesthesie in Londen, maar ook in cardiale point-of-care echografie en extracorporele life-support.

DR. RUBEN HAESSENDONCK

Urgentiearts met postgraduaat in rampenmanagement, tropische geneeskunde en publieke gezondheidszorg. Heeft bijkomende ervaring opgedaan inzake trauma en rampengeneeskunde met Artsen zonder Grenzen in o.a. Haïti en Irak. Specifieke interesse in traumatologie, point of care echografie en toxicologie.



meer info?



podcast
hier te
vinden





“

“Uit cijfers van de laatste jaren blijkt dat het artseneroep aan het feminiseren is. We hopen daarom dat de genderongelijkheid uiteindelijk helemaal zal verdwijnen als er meer vrouwelijke artsen zijn.”

Dr. Hanne Gworek en
Dr. Pieter Jan Van Asbroeck

Gender(on)gelijkheid in urgentiegeneeskunde

Na feminisatie van het artseneroep, nu ook gendergelijkheid? Dit vragen arts-specialist in opleiding in urgentiegeneeskunde dr. Hanne Gworek en urgentiearts dr. Pieter Jan Van Asbroeck zich af. Ze vertrokken vanuit hun persoonlijke ervaringen op de werkvloer en zochten uit of deze overeenkomen met bevindingen in internationale studies. Zo blijkt: vrouwen in ‘mannelijke’ beroepen worden geconfronteerd met stereotypering, vooroordelen over hun leiderschapskwaliteiten, ondermijning van hun bekwaamheid en de nood om beter te moeten presteren dan mannen in dezelfde functie.

Wat zijn jullie ervaringen op de werkvloer als urgentiearts?

Dr. Hanne Gworek: "Er zijn regelmatig patiënten die mij niet als dokter aanzien, zelfs nadat ik mij als arts heb voorgesteld. Ik word soms zelfs 'meiske' genoemd. Of ze denken dat ik een verpleegkundige ben en vragen: wanneer komt de dokter? Ik heb het gevoel dat in de ogen van een patiënt de dokter nog vaak een man is." "Wat ook gebeurt, is dat patiënten mij vragen om allerlei verpleegkundige of andere taken te doen. Niet dat ik daar niet toe bereid ben, maar aan mijn mannelijke supervisor zullen ze dit veel minder vaak vragen."

Zijn de reacties anders wanneer jullie een dringende interventie doen?

Dr. Pieter Jan Van Asbroeck: "Bij een medische noodsituatie hebben patiënten geen specifieke gendervoorkeur wat betreft hun arts, zo blijkt uit internationaal onderzoek. Bij gevoelige kwesties daarentegen verkiezen mensen een arts van hun eigen geslacht en/of ras. Dit geldt meer voor vrouwelijke dan voor mannelijke patiënten." "Gezien deze specifieke voorkeuren voor een bepaalde arts of communicatiestijl vinden wij het belangrijk om op een Spoedgevallendienst voor voldoende differentiatie te zorgen bij de staf en andere zorgverleners."

Bestaan er ook mispercepties bij collega's of patiënten?

Dr. Hanne Gworek: "Onder collega's heb ik nooit het gevoel dat er niet naar mij geluisterd wordt of dat men mij niet au sérieux neemt."

Dr. Pieter Jan Van Asbroeck: "Vrouwen zijn vaak zachter in hun aanpak dan mannen maar als urgentiearts moet je natuurlijk wel voor jezelf opkomen, anders komt het niet goed. Je moet je kunnen profileren maar ook leiding kunnen geven aan een team bijvoorbeeld in crisissituaties. Voor artsen die vooral alleen werken, zoals op een raadpleging, is dat minder belangrijk."

Jullie hebben ook onderzocht of er verschillen zijn wat betreft patiëntentevredenheid?

Dr. Pieter Jan Van Asbroeck: "We hebben ook onderzocht wat er al geschreven is over gender en patiëntentevredenheid. Blijkt dat patiënten vaak meer tevreden zijn als hun arts een vrouw is. Dit omdat vrouwen in het algemeen meer empathisch zijn en eerder samen met de patiënt via een gesprek tot een beslissing komen dan mannen. Vrouwelijke artsen maken meer tijd voor hun patiënten, gebruiken meer non-verbale communicatie en zijn meer luisterbereid. We zien dat de inherent 'vrouwelijke' eigenschappen als zorgzaamheid, warmte en relatie-

gerichtheid door de patiënt vaker als positief ervaren worden. Als mannelijke artsen deze eigenschappen vertonen worden ze bij hen dan weer hoger ingeschat dan bij vrouwen omdat ze bij vrouwen als 'vanzelfsprekend' beschouwd worden".

Wie wordt in het algemeen als meer bekwaam ingeschat: een vrouwelijke of een mannelijke arts?

Dr. Pieter Jan Van Asbroeck: "We zien dat de eerder 'vrouwelijke' eigenschappen minder van tel zijn bij het inschatten van de bekwaamheid van een arts in opleiding door de stagebegeleider. Vrouwelijke artsen in opleiding – hoewel ze dezelfde score haalden op hun examens als hun mannelijke collega's – worden vaak als 'minder bekwaam' ingeschat."

Dr. Hanne Gworek: "Wij vinden het belangrijk dat stagebegeleiders zich hiervan bewust zijn en zich ervoor behoeden om niet strenger te zijn voor vrouwelijke artsen in opleiding. Die strengere beoordeling van vrouwelijke artsen zou immers kunnen bijdragen aan de huidige 'promotion gap' tussen mannelijke en vrouwelijke artsen." "Kwaliteiten waar vrouwen in het algemeen beter in zijn worden minder hoog in het vaandel gedragen dan 'mannelijke' kwaliteiten zoals rationaliteit, resultaatgerichtheid, extravert en ambitieus zijn enz. Dit komt echter wel niet



“

“We zien dat de eerder 'vrouwelijke' eigenschappen minder van tel zijn bij het inschatten van de bekwaamheid van een arts in opleiding door de stagebegeleider.”

Dr. Pieter Jan Van Asbroeck

overeen met wat patiënten belangrijk vinden bij hun arts.”

Dr. Pieter Jan Van Asbroeck: “Voor een patiënt is de ervaring inderdaad heel belangrijk. Je kan de slechtste arts zijn maar als je empathisch bent dan kan een patiënt je heel positief beoordelen.”

Als er meer vrouwelijke artsen op de werkvloer zijn, zal de genderongelijkheid dan verdwijnen?

Dr. Hanne Gworek: “Er is natuurlijk al veel verbetering ten opzichte van vroeger. Uit cijfers van de laatste jaren blijkt dat het artsenberoep aan het feminiseren is. We hopen daarom dat de genderongelijkheid uiteindelijk helemaal zal verdwijnen als er meer vrouwelijke artsen zijn.”

Dr. Pieter Jan Van Asbroeck: “Ook interessant in deze context is het standpunt van collega urgentiearts dr. Kim Geybels (tvgg, volume 6, 2022) over positieve discriminatie waarbij vrouwen in een bepaalde functie geplaatst worden, niet omdat ze de meest capabele zijn maar wel omdat ze vrouw zijn. Zij stelt dat vrouwen minder in de werkgroepen, beleidsorganen en bestuursniveaus van een ziekenhuis geraken omdat vergaderingen meestal 's avonds plaatsvinden of op asociale uren wanneer je thuis wil zijn voor de kinderen of andere sociale activiteiten. Vrouwen, die ook vaker deeltijds werken, zijn hier minder toe bereid dan mannen. Dr. Geybels stelt: 'De vraag is hoelang we het normaal blijven vinden dat we verlangen dat de overgrote meerderheid van het human-resource-potentieel in een ziekenhuis zich schikt naar beschikbaarheidseisen die niemand normaal vindt.'”

“Wij hopen inderdaad ook dat dit verandert: gezien geneeskunde meer en meer een vrouwenberoep wordt, moet dit ook doorsijpelen naar en zichtbaar zijn in de verschillende organen. Hier zou ook financiering voor moeten bestaan. We zijn van mening dat meer vrouwen in managementfuncties trouwens beter is. Het zorgt voor meer balans en ande-

“

“Er zijn regelmatig patiënten die mij niet als dokter aanzien, zelfs nadat ik mij als arts heb voorgesteld.”

Dr. Hanne Gworek

re invalshoeken.”

Waarom heb jij voor urgentie-geneeskunde gekozen? Hebben de werkuren op Spoedgevallen voor jou meegespeeld?

Dr. Hanne Gworek: “Uiteraard spelen de uren van een job mee in de keuzes die je maakt.”

“Ik heb in de eerste plaats voor urgentie-geneeskunde gekozen omdat ik dit heel graag doe maar ik heb natuurlijk wel nagedacht over de uren die ermee samengaan. Passen ze bij wat ik wil in het leven? Urgentieartsen werken op asociale uren maar deze zijn wel op voorhand gepland zodat je je hiernaar kan organiseren. Voordeel is ook dat je in team werkt. Als je bijvoorbeeld eens op tijd naar huis moet, kan dat met de collega's besproken worden zodat je niet 10 minuten voor het einde van een shift nog met de MUG moet vertrekken.”

Tot slot hebben jullie ook het voorkomen van agressie onderzocht?

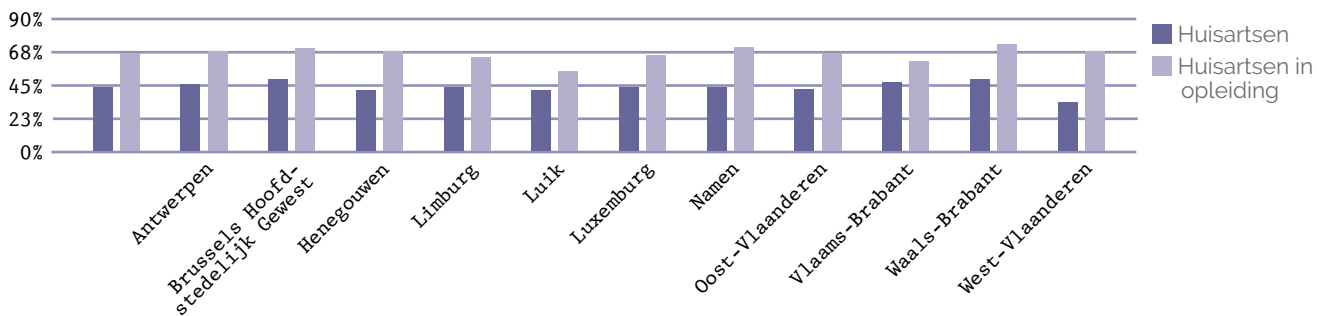
Dr. Pieter Jan Van Asbroeck: “Uit studies blijkt dat vrouwelijke zorgverleners vaker het slachtoffer zijn van geweld. Vrouwelijke zorgverleners worden bij incidenten vooral geconfronteerd met verbale agressie, terwijl bij mannelijke collega's vaker fysieke agressie voorkomt. Ook hier is aandacht voor nodig, gezien agressie op de werkvloer zorgt voor meer burnout, posttraumatische stress en depressie.”

“Interessant om nog te vermelden, is dat de 'International Federation for Emergency Medicine' in juni een 'White Paper on Gender Diversity and Inclusion' publiceerde. Hun leerpunten komen ook grotendeels overeen met de onze.”

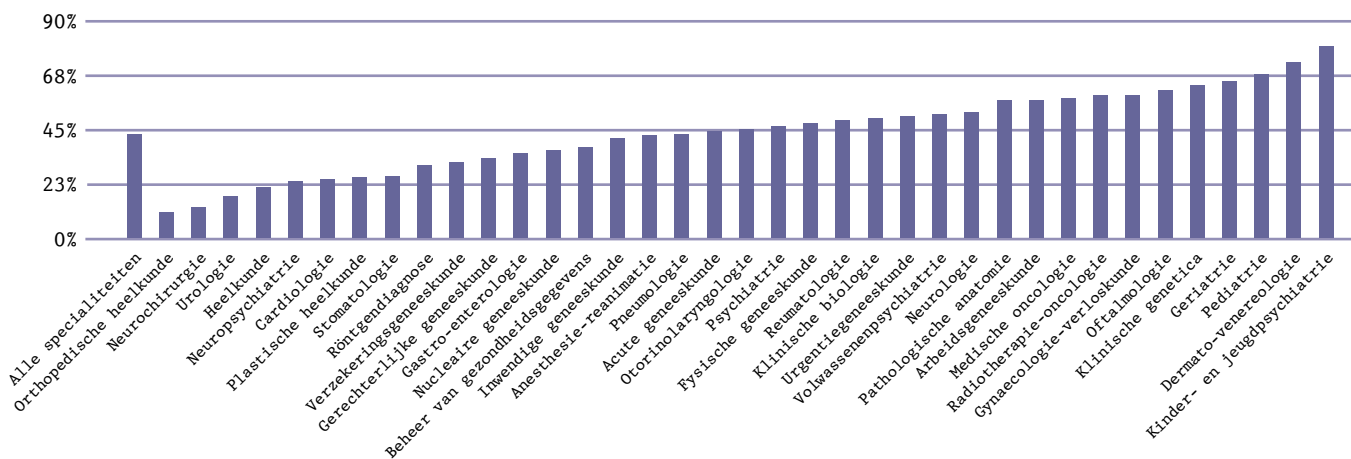
*Het literatuuroverzicht kan u opvragen via pieterjan.vanasbroeck@zol.be en Hanne.gworek@zol.be
Het Tijdschrift voor Geneeskunde en Gezondheidszorg bracht in juni een dossier over gender(on)gelijkheid in de geneeskunde, samengesteld door dr. Van Asbroeck en dr. Gworek.*



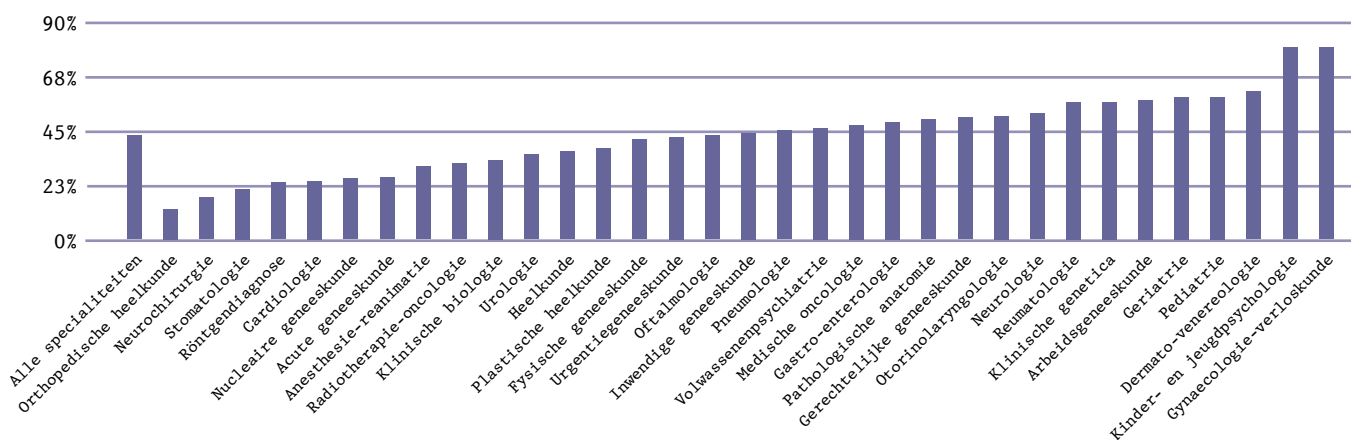
Aandeel vrouwelijke huisartsen en HAO's in 2020 in België per regio



Aandeel Belgische vrouwelijke arts-specialisten per specialisme in 2020



Aandeel Belgische vrouwelijke arts-specialisten in opleiding volgens specialisme in 2020



Bron: Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Jaarstatistieken met betrekking tot de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen in België: 2020 (<https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/hwf-statan-2020>).

“

“Wij voeren de lymfoveneuze anastomose uit onder lokale verdoving. Dit maakt dat de interventie weinig ingrijpend is voor patiënten.”

Dr. Michelle Ryz,
Plastische chirurgie



Dienst Plastische Heelkunde start met de uitbouw van multidisciplinair centrum voor lymfechirurgie

De dienst Plastische Heelkunde is gestart met de uitbouw van een centrum voor lymfechirurgie voor de diagnose en behandeling van lymfoedeem. Plastisch chirurg dr. Michelle Ryx: "Bedoeling is dit multidisciplinair uit te bouwen, met nauwe samenwerking tussen chirurgen en kinesisten. Maar ook met het multidisciplinair borstcentrum want de meeste patiënten met lymfoedeem zijn borstkankerpatiënten."

Wat zijn de mogelijke lymfe problemen waarmee jullie te maken krijgen?

Dr. Michelle Ryx: "Er zijn veel verschillende variaties. Zo onderscheiden we in de eerste plaats lymfoedeem en lipoedeem. Bij lipoedeem, niet te verwarren met obesitas, neemt het aantal vetcellen toe, meestal in het onderlichaam. Dit is vaak erg pijnlijk voor de patiënt en op termijn ook invaliderend. De behandeling bestaat eruit het opgestapelde vet weg te zuigen via een liposuctie. Dat is zeer ingrijpend voor deze patiënten en vraagt een jarenlange opvolging. Door de ingreep wordt 'de last' weggehaald maar het probleem wordt niet mee opgelost. De vetopstapeling kan op termijn jammer genoeg terugkomen."

"Lymfoedeem daarentegen, een opstapeling van vocht met opgezwollen ledematen als gevolg, ontstaat meestal na een zware operatie of een ongeval. In de minderheid van de gevallen is er een aangeboren component. In de meeste gevallen gaat het om patiënten met borstkanker die ook een okselklieruitruiming moesten ondergaan. De okselklieruitruiming zorgt ervoor dat de tumorale cellen in de oksel weg zijn maar jammer genoeg houden veel patiënten er lymfoedeem aan over."

Hoe komen jullie tot een diagnose?

Dr. Michelle Ryx: "De diagnose van lymfoedeem is vaak klinisch al duidelijk door een toename van volume in een lidmaat

in vergelijking met de andere zijde."

"Via een lymfescintigrafie kunnen we de werking van de lymfevaten in beeld brengen en zien we hoe de afvoer van het lymfevocht vanuit de benen en/of armen gebeurt. Om de lymfevaten voor de ingreep zichtbaar te maken, doen we aanvullend een fluorescentiemeting. We spuiten kleurstof in via de vingers en van zodra dit in de lymfevaten komt, kleuren ze aan zodat we de problemen kunnen zien. Onze nieuwe microscoop kan een koppeling maken met de fluorescentiemeting zodat we tijdens de ingreep met deze beelden kunnen werken."

Welke oplossingen zijn er mogelijk voor lymfoedeem?

Dr. Michelle Ryx: "Indien de conservatieve behandeling met manuele lymfedrainage en drukkousen onvoldoende effect heeft, kunnen patiënten bij ons terecht voor lymfatische supra-microchirurgie. Speciaal voor deze ingrepen hebben wij recent ook een nieuwe, sterkere microscoop aangekocht."

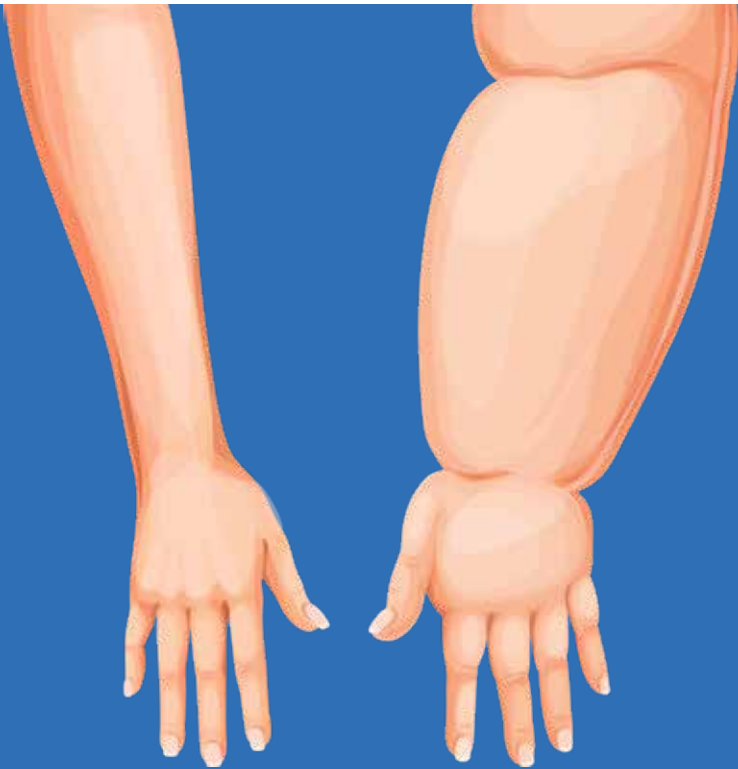
"Bij lymfoedeem zijn er verschillende ingrepen mogelijk. De eerste is de lymfoveneuze anastomose waarbij we een connectie maken tussen het lymfevat en een nabijgelegen ader. De ader zal ervoor zorgen dat het overtollige vocht afvloeit. Wij voeren deze ingreep uit onder lokale verdoving. Dit is een nieuwigheid in dit ziekenhuis en maakt dat de interventie weinig ingrij-

pend is voor patiënten. Ze hebben een afspraak op uur, moeten niet in slaap en kunnen dezelfde dag weer naar huis. Wie bang is voor het lange stilliggen, kan eventueel een lichte sedatie krijgen. En ook de revalidatie na de ingreep valt mee. Na één tot twee weken is het lichaam hersteld en kunnen mensen opnieuw aan de slag, mits het dragen van een compressiekous."

"Andere mogelijke ingreep is een lymfekliertransfer of -transplantatie. Dat is iets wat we in de toekomst verder willen uitbouwen en gelijktijdig uitvoeren met de borstreconstructie. Als we een borst reconstrueren, maken we gebruik van vet uit de buik. De liesklieren zitten heel dicht bij de plaats waar we het vet halen. Als we de ingrepen combineren kunnen we de liesklieren mee transplanteren naar de oksel om de defecte kliertjes in de oksel te vervangen. We zijn er zelfs voorstander van om dit preventief te doen na een okselklieruitruiming. Zo'n buikflap borstreconstructie is een ingreep van 4-6 uur. Met een weefseltransplantatie komt hier nog een uur bij maar als mensen hiermee geholpen zijn, is het dat zeker waard."

Wat zijn de risico's van de ingrepen?

Dr. Michelle Ryx: "Omdat de ingreep onder lokale verdoving kan en weinig complicaties met zich meebrengt, kunnen we de behandeling aan meer patiënten aanbieden."



lymfoedeem na een okselklieruitruiming

"Ik wil hier nog eens benadrukken dat het belangrijk is om tijdig hulp te zoeken bij lymfoedeem. Lymfoedeem verergert over de jaren. Wanneer er geen functionele lymfevaten meer aanwezig zijn is een koppeling naar een drainerende ader ook niet meer mogelijk. Het enige wat er dan nog kan is een liposuctie om de volumeverschillen te compenseren maar dat is veel ingrijpender."

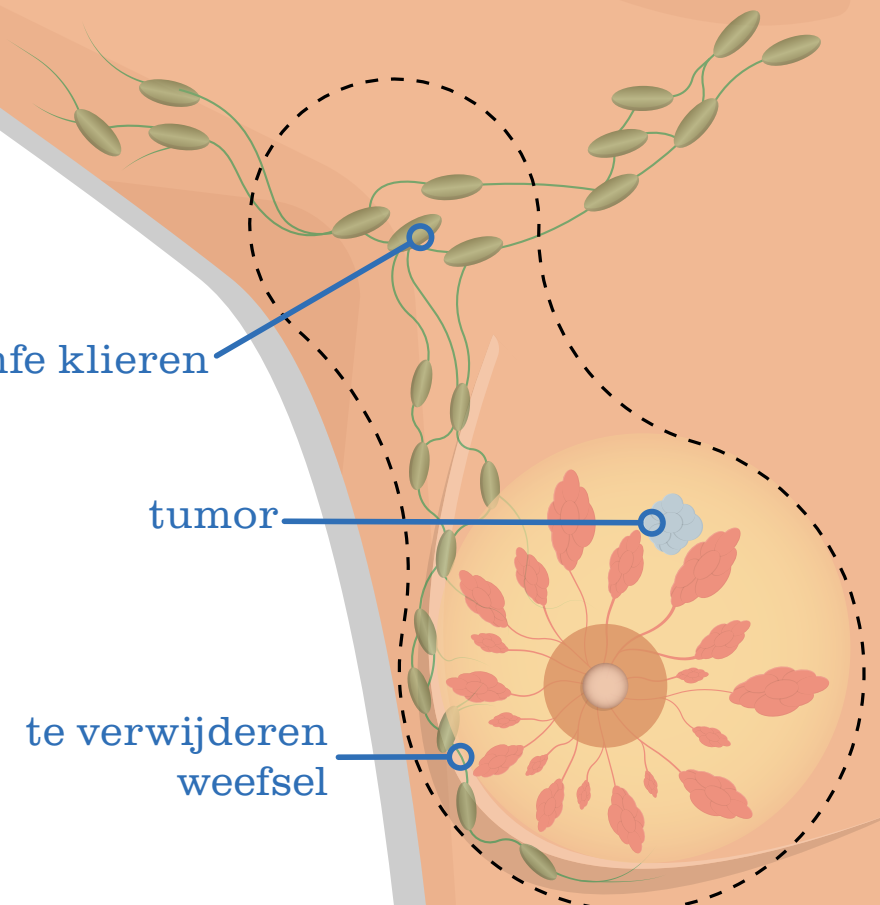
Welke resultaten hebben behandelingen van lymfoedeem op langere termijn?

Dr. Michelle Ryx: "Lymfchirurgie is er nog niet zo lang dus er is nog niet veel follow-up op langere termijn beschikbaar. Het is ook niet zo dat we alle problemen kunnen oplossen. Het doel is om mensen beter te maken door het gespannen gevoel, de druk, de pijn en de infectiegevoeligheid te verminderen. Zodat ze de conservatieve therapie – steunkous en lymfedrainage – kunnen afbouwen of misschien zelfs weglaten." ■

lymfe klieren

tumor

te verwijderen weefsel



Download de nieuwe ZOLapp

Zopas lanceerden we de gloednieuwe ZOL-app 2.0. Er zijn heel wat nieuwe functies voor artsen maar ook voor patiënten en bezoekers. De app, die we voor het eerst introduceerden in maart 2015, was immers aan vernieuwing toe.

Het artsengedeelte van de app biedt, naast een up-to-date lijst van de artsen en hun contactgegevens, ook heel wat nieuwe mogelijkheden. Zo kan u vanaf nu ook de subspecialisaties van onze artsen terugvinden. Ook de zoekfuncties zijn verder uitgebreid. Verder vindt u nieuwtjes in de app, het aanbod van ZOL-symposia en een link naar ZOLarium.

Zoek meer info over ZOL-artsen
Raadpleeg het overzicht per specialisme
Gebruik een filter per campus
Zoek dieper per subspecialisme
Raadpleeg de nieuwsberichten

Ook het luik voor patiënten en bezoekers werd fors uitgebreid. Zij kunnen met de app vanaf nu hun dossier raadplegen, een afspraak maken, een parkeerticket betalen en zelfs solliciteren in ZOL. Door deze functies nu ook via app aan te bieden, vervullen we een pioniersrol in het Belgische ziekenhuislandschap.

De app is beschikbaar voor Android en iOS. Geef 'ZOL' in de zoekfunctie in en download de app in de Google Play Store of in de App Store. Aanmelden kan met uw RIZIV-nummer en een wachtwoord. Als u de ZOL-app al op uw smartphone heeft staan, krijgt u automatisch de update. Als u nog geen wachtwoord heeft of u bent uw wachtwoord vergeten, dan kan u via de app na het ingeven van uw RIZIV-nummer een (nieuw) wachtwoord aanmaken. ■

Download de app
gratis via deze
QR-codes



ZOL ZET AMBITIE KRACHT BIJ MET MASTERPLAN 2022-2032

Om zich te wapenen voor de komende decennia dient ZOL verder te investeren. Er werd een ambitieus Masterplan in drie realisatiefases opgemaakt. Vernieuwing en uitbreiding zijn immers voorwaarden om tegemoet te komen aan de gewijzigde verwachtingen en de noden van de patiënt. Maar ook om ruimte te creëren voor de groeiende specialistische activiteiten in ZOL. Verduurzaming en vergroening lopen naast comfort en welzijn als een rode draad doorheen de plannen.

Fase 2: Parkeergebouw

Fase 3: Raadplegingsgebouw

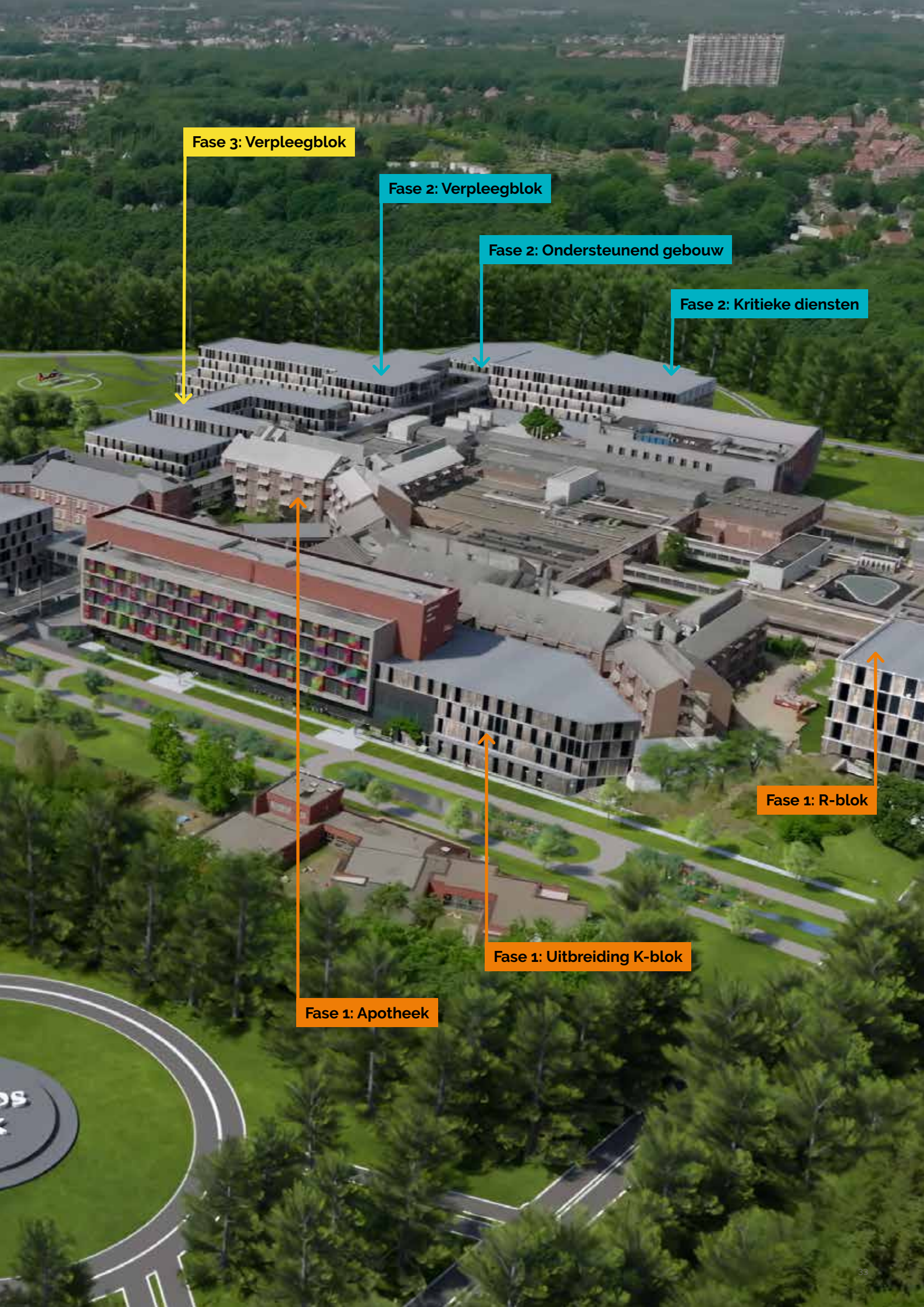
Fase 2: Afbraak bezoekersparking

Fase 1: vergunningsaanvraag of uitvoering lopende

Fase 2: studietraject opgestart

Fase 3: gepland, studie nog niet opgestart

Fase 2: Knooppunt Oosterring



Fase 3: Verpleegblok

Fase 2: Verpleegblok

Fase 2: Ondersteunend gebouw

Fase 2: Kritieke diensten

Fase 1: R-blok

Fase 1: Uitbreiding K-blok

Fase 1: Apotheek



uitbreiding K-blok



R-blok

De Vlaamse overheid, verantwoordelijk voor de financiering van de infrastructuur van ziekenhuizen, heeft de reglementering rond zorgstrategische planning aangepast. Nieuw is dat alle investeringsdossiers moeten passen binnen het zorgstrategisch plan van het netwerk. ZOL AV in Genk, Lanaken en Maaseik en Noorderhart VZW in Pelt hebben in dit kader een oefening gemaakt.

Er werd een visie ontwikkeld rond het organiseren van het ziekenhuiszorgaanbod in Noordoost-Limburg, rekening houdend met efficiëntie, kwaliteit en optimale dienstverlening. Dit zal in de middellange toekomst idealiter plaatsvinden in drie acute settings. Met name in ZOL Genk, campus Sint-Jan, in ZOL Maas en Kempen in Maaseik en in Noorderhart in Pelt. Ons ziekenhuisnetwerk strekt zich immers uit over een vrij groot grondgebied en op deze manier kan ervoor gezorgd worden dat acute zorgen en basiszorgen haast overal binnen de 30 minuten van ieders woonplaats kunnen aangeboden worden.

HISTORIEK

In 1983 verhuisde het Sint-Jansziekenhuis naar de huidige site in het Schiepsse Bos. In 1995 volgde de fusie met het André Dumont ziekenhuis in Waterschei en het Sint-Barbara ziekenhuis in Lanaken. Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL) was geboren. In 2021 fuseerde Ziekenhuis Maas en Kempen met ZOL AV, dat voortaan vier sites telt.

EERSTE MASTERPLAN

De uitbouw van ZOL zoals we het nu kennen, is het resultaat van het Masterplan dat in 1996 geschreven en daarna uitgevoerd werd, zelfs ruimer dan oorspronkelijk gepland. Dit Masterplan ging uit van een nog vrij recente nieuwbouw

uit 1983. De focus lag op de realisatie van de ambities van het fusieziekenhuis en de realisatie van het zorgstrategisch plan, waaronder het overbrengen van de activiteiten van campus André Dumont naar campus Sint-Jan.

Zo groeide campus Sint-Jan uit tot een acuut, derdelijnscentrum en werd in Waterschei het Medisch Centrum André Dumont gebouwd met nog louter ambulante activiteiten. Campus Sint-Barbara combineerde raadplegingen met dagklinische en chronische afdelingen. Ook hier verdween gaandeweg het acute aspect. Nu - 25 jaar na het eerste Masterplan - is het initiële ziekenhuis op campus Sint-Jan van 1983 aan een nieuwe infrastructuur toe.

TWEDE MASTERPLAN

Een kwarteeuw na het eerste Masterplan en na de fusie met Ziekenhuis Maas en Kempen in 2021, heeft ZOL een nieuwe heldere visie klaar om de toekomst van Limburgs grootste ziekenhuis vorm te geven en veilig te stellen. In dit tweede, ambitieuze Masterplan voor de komende 10 jaar wordt campus Sint-Jan in het Synaps Park verder uitgebouwd tot een high tech hub, ingeplant in een healing environment en met aandacht voor een eigentijdse verkeersafwikkeling. ZOL Maas en Kempen behoudt haar regionale karakter mét consolidering en verdere uitbouw van de regionale functies die horen bij een basisziekenhuis. De keuze voor Genk en Maaseik als bipool impliceert dat we een beslissing moeten nemen voor de toekomst van campus Sint-Barbara. Een scenario met enkel nog het behoud van de raadplegingen en het Multidisciplinair Pijncentrum ligt op tafel.



Bekijk de animatievideo over de transformatie van campus Sint-Jan.



ZOL GENK, CAMPUS SINT-JAN

Campus Sint-Jan in het Synaps Park zal met de nieuwe plannen evolueren naar een 'healing environment'. Dit is een omgeving die het welzijn van patiënten, begeleiders en medewerkers bevordert en stress reduceert. In een context waarin het ziekenhuisverblijf steeds korter wordt en mensen vaker dagklinisch behandeld worden, wordt invulling van het begrip 'healing environment' toegepast van de patiëntenkamers tot en met de inrichting van de campus.

De vormgeving en inrichting van de campus stimuleren het herstel en de gezondheid van patiënten, bezoekers, medewerkers, omwonenden en passanten. Zicht op bomen, planten en water dragen bij aan stressreductie. Aantrekkelijke en veilige wandel- en fietspaden en voorzieningen voor fietsers en wandelaars promoten gezond gedrag en beweging.

In het Masterplan wordt ongeveer 50.000 m² ontwikkelruimte (exclusief parkeren) voor het ziekenhuis gereserveerd. Door de parking compacter te bouwen, kan deze groei gerealiseerd worden zonder het bebouwde grondoppervlak aanzienlijk te vergroten. De volgende nieuwbouwprojecten maken deel uit van het tweede Masterplan.

FASE 1: 2023 - 2025

- **R-gebouw, 5.400m²**
Het nieuwe R-gebouw (oplevering februari 2023) is een flexibel en multifunctioneel gebouw waarin naast de Huisartsenwachtpost van Prometheus en het Zorgcentrum na Seksueel Geweld ook revalidatieruimten gehuisvest worden. Daarnaast zijn er logementen voor artsen, bedrijfs- en kantoorruimten en raadplegingsruimten voorzien.
- **Uitbreiding K-blok, 1.960m² nieuwbouw +1.165m² verbouwing**
Uitbreiding Interventioneel Centrum Cardiologie, nieuwe Dagkliniek Cardiologie, bijkomende 3e Radiotherapiebunker/ uitbreiding Radiotherapie.

FASE 2: 2025 - 2030

- **Parkeergebouw, 37.100m²**
De bestaande parking is einde levensduur. In 2026 zal een nieuw, compact parkeergebouw geopend worden tussen de huidige Limburgse Zorgacademie (LiZA) en het Kinderpsychiatrisch Centrum (KPC). De bestaande parking maakt plaats voor een park met voetpaden, fietspaden, water en verblijfsplekken. Er komt een kiss&ride-zone en een halte voor de bus vlakbij de hoofdingang van het ziekenhuis.

De parking wordt via een passerelle over het park verbonden met de inkom, zodat bezoekers en patiënten beschut in het ziekenhuis aankomen. Zo evolueren we van een ziekenhuis aan een parking naar een ziekenhuis in het Nationaal Park. Net zoals het mobiliteits-

beleid van het ziekenhuis en de stad, ondersteunt en stimuleert het Masterplan een shift naar duurzamere mobiliteit.

• Verpleegblok, 15.900m²

Dit gebouw van ongeveer 16.000 m² biedt plaats aan het Moeder en Kind-centrum met Neonatal Intensive Care (NIC), de dienst Psychiatrie en nieuwe, aangepaste verpleegafdelingen ter vervanging van de oudste afdelingen. Deze oudste afdelingen hebben geen aangepast sanitair, geen douches op de kamer, geen koeling, slechte isolatie en zorgen voor te hoge energiekosten.

Het gebouw wordt gepositioneerd in het verlengde van de ziekenhuis-as om logische en snelle verbindingen met de rest van het ziekenhuis mogelijk te maken. Er wordt ook ruimte voorzien voor de herlocatie - zie fase 3 - van de verpleegafdelingen van campus Sint-Barbara.

• Gebouw Kritieke Diensten, 14.200m²

Hier wordt een groot deel van de Kritieke Diensten ondergebracht, zoals de afdeling Spoedgevallen, het Operatiekwartier (OK) en het Dagziekenhuis Heelkunde. Het gebouw biedt ruimte voor de integratie van het OK en het dagziekenhuis van campus Sint-Barbara. Er is ook schuifruimte voor bijkomende operatiezalen om de verdere groei van het ziekenhuis en haar functies op te vangen.

De nieuwe dienst Spoedgevallen krijgt een eigen parking die bereikbaar is via de rondweg.

• Ondersteunend gebouw, 10.000m²

Dit biedt ruimte voor nieuwe technieken en ondersteunende diensten zoals een grootkeuken, logistiek, magazijn, technische dienst. Dit gebouw is nodig om oude technieken te vervangen en om nieuwe technieken voor nieuwbouwprojecten te integreren.

FASE 3: >2030

• Verpleegblok, 14.000m²

Aan de nieuwe ziekenhuis-as wordt ruimte voorzien voor, op termijn, onder andere de herlocatie van de verpleegafdelingen van campus Sint-Barbara. Gebouwen B en F worden afgebroken en niet meer gerenoveerd.

• Raadplegingsgebouw, 6.000m²

Dit gebouw biedt ruimte aan de inkom, de inschrijvingszone en een zorgboulevard met zorggerelateerde handelszaken. De bovenverdiepingen doen dienst als raadplegingen en andere zorgdiensten. Dit gebouw wordt ingeplant op de huidige vijver, zodat er een onmiddellijke en korte verbinding met het nieuwe parkeergebouw tot stand kan gebracht worden.

ZOL MAAS EN KEMPEN

De site in Maaseik werd zeer recent gebouwd en voldoet op alle vlakken aan de eisen van een modern ziekenhuis. ZOL Maas en Kempen wordt dan verder uitgebreid als regionale campus met een nieuw raadplegingsgebouw en een uitbreiding van het Operatiekwartier.

Uitbreiding operatiekwartier

STRATEGISCH PLAN VERANKERT ZOL MAAS EN KEMPEN ALS ONMISBARE SCHAKEL BINNEN ZOL

Om de korte en lange termijn strategie van de verschillende sites van ZOL verder uit te tekenen, werd een strategisch plan opgesteld voor ZOL. Hierbij was er specifieke aandacht voor het helder stellen van de rol van ZOL Maas en Kempen, dat sinds 1 januari 2021 gefuseerd is met ZOL Genk.

ZOL Maas en Kempen wordt binnen ZOL geïntegreerd als een acuut tweedelijnsziekenhuis met regionale verantwoordelijkheid. Dit wil zeggen dat alle medische diensten alsook Spoedgevallen, Intensieve Zorgen, Pediatrie en

Materniteit behouden blijven in Maaseik. Tevens is het bedoeling om electieve heelkundige en inwendige pathologiebehandelingen verder uit te breiden.

Door ZOL Maas en Kempen stevig te verankeren in onze werking, willen we bevestigen dat onze nieuwe site een cruciale schakel is binnen ZOL. Daarbij werken de medische diensten overkoepelend en werden er samenwerkingsafspraken gemaakt over de sites heen. Dit betekent dat alle patiënten van ZOL dezelfde tweedelijns- en derdelijnszorg krijgen.



Nieuw raadplegingsgebouw

ZOL GENK, CAMPUS SINT-BARBARA

De operatiezalen dateren van 1982. Ze zijn weliswaar nog veilig (door zeer frequente herstel- en onderhoudswerken) maar afgeleefd en onmogelijk te renoveren naar hedendaagse normen, vooral op vlak van technieken. De verpleegafdelingen uit 1957 zijn nog ouder. Ook hier is renovatie is geen optie.

Een ontwerp van KB stelt dat locoregionale zorgopdrachten (basiszorg) voor 90% van de bevolking binnen een aanrijtijd van 30 minuten beschikbaar moet zijn. Voor de regio Lanaken-Maasmechelen wordt aan deze voorwaarde voldaan door de nabijheid van campus Sint-Jan in Genk.

Daarnaast wordt het aandeel chronische zorg in ziekenhuizen steeds kleiner en de ligduur steeds korter. Patiënten moeten ook zoveel mogelijk thuis verzorgd worden. Campussen met de klemtoon op het 'beddenhuis' verliezen hierdoor hun relevantie.

Om bovenstaande redenen voorziet het Masterplan op middellange termijn een verhuis van zowel de Dagkliniek, het Operatiekwartier als de verpleegafdelingen naar campus Sint-Jan. Dat is nog niet voor morgen, omdat deze verhuis één van de sluitstukken is van het Masterplan. Dus de komende 10 jaar kunnen patiënten voor bovenstaande diensten nog steeds terecht in campus Sint-Barbara en worden de nodige onderhoudswerken uitgevoerd om de campus veilig te houden.

Het Multidisciplinair Pijncentrum dateert van 2013 en blijft behouden op campus Sint-Barbara. Hetzelfde geldt voor een aantal raadplegingen. ■

Herziene derde editie van Hadzics boek over perifere zenuwblokkades

Anesthesist prof. dr. Hadzic bracht samen met drie co-editors van The New York School of Regional Anesthesia Europe, gevestigd in ZOL, de derde editie uit van het tekstboek 'Hadzic's periferale nerve blocks' dat wereldwijd geldt als dé standaard voor loco-regionale anesthesie en acuut pijnmanagement.

Het tekstboek 'Hadzic's periferale nerve blocks' werd geschreven na een nieuwe periode in onze geschiedenis die een grote impact had op de geneeskunde. Prof. dr. Hadzic: "De Covid-19 pandemie en de gevaren die de ziekte met zich meebrengt voor zowel patiënten als gezondheidswerkers, hebben de peri-operatieve praktijk aanzienlijk veranderd. Tijdens de pandemie werd lokale anesthesie beschouwd als dé voorkeursmethode waar mogelijk boven algemene anesthesie."

"Zenuwblokkades behouden immers de ademhalingsfunctie en voorkomen aërosolvorming zoals bij intubatie en extubatie en dus virale overdracht naar andere patiënten en zorgverleners. Regionale anesthesie zorgt daarnaast ook voor minder belasting van de recovery unit en de hospitalisatiebedden."

Prof. dr. Hadzic: "De toepassing van echo-geleide, lokale anesthesie is exponentieel toegenomen in de afgelopen jaren. Ook zijn de traditionele technieken, inclusief de procedures, technologie, medicatie, protocols en algoritmes verder verfijnd, in overeenstemming met nieuwe ontwikkelingen in de klinische praktijk. Zenuwblokkades zijn immers ook een essentiële component van multimodale chirurgie met een positieve invloed op het herstel van een patiënt na een ingreep. De verbeterde analgesie zorgt er ook voor dat patiënten minder opioïden nodig hebben in de postoperatieve periode."

De derde editie van het tekstboek is substantieel geüpdatet en herzien en



V.l.n.r.: Drs. Lucia Balocco, Ana Lopez, Admir Hadzic, and Catherine Vandepitte.

bevat vele nieuwe ontwikkelingen, inclusief een 500-tal nieuwe didactische klinische beelden. Het boek bevat bijdragen van wereldautoriteiten op het vlak van loco-regionale anesthesie en pijnmanagement. Ook verschillende stafleden anesthesie van ZOL leverden een bijdrage.

"De toepassing van echo-geleide, lokale anesthesie is exponentieel toegenomen in de afgelopen jaren."

Prof. dr. Hadzic

Het boek is geen encyclopedische olijsting van technieken en hun variaties maar eerder een compendium van gevestigde kennis, didactisch georganiseerd voor leerdoeleinden.

Het tekstboek werd samengesteld door prof. dr. Admir Hadzic en co-editors dr. Catherine Vandepitte, dr. Ana M. Lopez en dr. Angela Lucia Balocco van het 'Centre for Research and Enhanced Recovery after Orthopedic Surgery' in ZOL. CREER werd erkend als centre of excellence, er worden grote studies opgezet en anesthesisten komen wereldwijd voor trainingen in loco-regionale anesthesie.

De uitgever van het tekstboek is MC Graw Hill Education, een prominente Amerikaanse uitgeverij voor medische tekstboeken. Het boek wordt gebruikt voor de opleiding van anesthesiologen, pijnspecialisten, chirurgen maar ook verpleegkundigen. Kortom iedereen die geïnteresseerd is in locoregionale anesthesie en acuut pijnmanagement. ■



dr. Wim Bouckaert

Ziekteleer voor verpleegkundigen en paramedische beroepen

Samen met drie collega's, docenten aan PXL Healthcare Hasselt en HO Gent, bracht dr. Wim Bouckaert, abdominaal chirurg in ZOL, het boek 'In goede handen' uit. Het lijvige boek geeft een overzicht van de meest voorkomende ziektebeelden en is daarmee een goede houvast voor de studie van ziekte bij de mens. Voor wie aan de slag gaat als verpleegkundige, kinesitherapeut, ergotherapeut, audioloog of vroedkundige is een goede kennis van de ziekteleer is immers noodzakelijk.

Dr. Wim Bouckaert "Er bestond tot dusver nog geen soortgelijk werk in Nederlands. Het boek is een grote meerwaarde voor onze studenten."

In een eerste deel worden de basisprincipes en terminologie die je nodig hebt om een ziektebeeld te begrijpen, verduidelijkt. Daarna volgt een overzicht van de belangrijkste

ziektebeelden per orgaansysteem. Per ziektebeeld worden symptomen, elementen in het klinisch onderzoek, technische onderzoeken en behandelingsmodaliteiten uitgewerkt.

'In goede handen' is een boek, geschreven voor bachelor studenten verpleegkunde en paramedische beroepen. Maar ook voor studenten die zich voorbereiden op een master in de gezondheidszorg en voor mensen die zich beroepsmatig met de werking en ziekte van het lichaam bezighouden. Tot slot ook voor om het even wie die geïnteresseerd is in het menselijk lichaam geconfronteerd met ziekte. ■

Auteurs van het boek zijn Jo Vrancken, lector en onderzoeker verpleegkunde PXL; dr. apr. Ancy Leroy HO Gent; Michèle Vergote, docent HO Gent en dr. Wim Bouckaert, chirurg abdominale heelkunde ZOL en docent verpleegkunde PXL.

Uitgeverij: Owl Press

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. CÉDRIC BOUTS
anesthesie

Dr. Cédric Bouts behaalde zijn diploma geneeskunde in 2015 aan de KU Leuven met grote onderscheiding. Zijn specialistenopleiding anesthesie-reanimatie volgde hij in UZ Leuven onder leiding van prof. dr. Marc Van de Velde en in ZOL Genk onder leiding van prof. dr. René Heylen.

Daarnaast behaalde dr. Bouts een master in het management en het beleid van de gezondheidszorg aan de KU Leuven (2018-2020), een bijkomende beroepstitel Intensieve Zorgen in ZOL Genk (2020-2021) en deed hij buitenlandse ervaring op binnen cardiothoracale anesthesie en intensieve zorgen in het Barts Heart Centre London (2021-2022).

In ZOL is dr. Bouts actief in het Operatiekwartier, op de dienst Intensieve Zorgen en op de dienst Spoedgevallen.



DR. CLARA CAENEPEEL
Gastro-enterologie

Dr. Clara Caenepeel behaalde haar diploma geneeskunde in 2014 aan de KU Leuven met grote onderscheiding. Haar specialistenopleiding volgde ze in UZ Leuven, AZ Groeninge en AZ Sint-Maarten onder leiding van prof. dr. Jan Tack.

In 2020 promoveerde ze met het doctoraat 'Therapeutische manipulatie van het intestinaal microbioom in inflammatoir darmlijden' onder leiding van prof. dr. Séverine Vermeire. Ze behaalde meerdere prijzen voor haar onderzoek.

Dr. Caenepeel bekwaamt zich verder in de proctologie in het UZ Leuven.

In ZOL Genk is dr. Caenepeel actief op de dienst Gastro-enterologie. Haar bijzondere aandachtsgebieden zijn bekkenbodempathologie en inflammatoir darmlijden.



APR. BIOL. BAPTIST DECLERCK
Klinische biologie

Apr. biol. Baptist Declerck behaalde zijn diploma farmaceutische wetenschappen in 2016 aan de Vrije Universiteit Brussel met grote onderscheiding. Zijn master in de klinische biologie behaalde hij in 2021 aan de UGent met stages in AZ Delta Roeselaere, ASZ Aalst en UZ Brussel onder leiding van prof. dr. Pièrard.

Daarnaast behaalde hij een master in het management en beleid van de gezondheidszorg (KU Leuven 2018-2020), een master in de ziekenhuishygiëne (interuniversitair 2021-2022) en de BAPCOC Bijzondere Opleiding Antibioticabeleid (2020-2021).

In ZOL werkt apr. biol. Declerck actief in het Laboratorium Klinische Biologie. Hij legt zich toe op microbiologie, moleculaire diagnostiek, infectieuze serologie en infectiepreventie. Daarnaast is apr. biol. Declerck medisch verantwoordelijke van het HOST-team Noord-Oost Limburg.





DR. MICHELLE RYX
Plastische Heekunde

Dr. Michelle Ryx behaalde haar diploma geneeskunde in 2012 aan de KU Leuven. Haar specialistenopleiding plastische heekunde volgde ze in UZ Gent, ZOL Genk en UMC Maastricht onder leiding van prof. dr. Phillip Blondeel.

Dr. Michelle Ryx is actief op de dienst Plastische Heekunde. Buiten de esthetische heekunde, algemene plastische heekunde en genderchirurgie heeft zij een bijzondere interesse in borstreconstructies en lymfechirurgie.



DR. CHRISTOPH SEVERI
Gastro-enterologie

Dr. Christoph Severi behaalde zijn diploma geneeskunde in 2015 aan de KU Leuven. Zijn specialistenopleiding gastro-enterologie volgde hij in de KU Leuven onder leiding van prof. dr. Jan Tack. Hij volgde ook een subspecialisatie digestieve oncologie onder leiding van prof. dr. Eric Van Cutsem.

In ZOL Genk is dr. Severi actief op de dienst Gastro-enterologie. Zijn bijzondere aandachtsgebieden zijn digestieve oncologie en invasieve endoscopische ingrepen.



DR. RUBEN VAN DEN BRANDE
Neurochirurgie

Dr. Ruben Van den Brande behaalde zijn diploma geneeskunde in 2016 aan de Universiteit Antwerpen met grote onderscheiding. Zijn specialistenopleiding volgde hij in Universiteit Antwerpen onder leiding van prof. dr. Tomas Menovsky en in ZOL Genk onder leiding van dr. Frank Weyns. Hij specialiseerde zich verder in neuro-oncologie in Erasmus MC onder leiding van prof. dr. Martin van den Bent en werkt aan een PhD 'Treatment of metastatic epidural spinal cord compression in mobile patients' via Universiteit Antwerpen en Iridium Network.

Dr. Van den Brande werkt in ZOL op de dienst Neurochirurgie. Zijn bijzonder aandachtsgebied is spinale oncologie.

Dr. Van den Brande is ook actief in AZ Turnhout.



DR. ANETTE VAN LIERDE
Gynaecologie

Dr. Anette Van Lierde behaalde in 2017 haar diploma geneeskunde aan de KU Leuven met grote onderscheiding. Haar specialistenopleiding gynaecologie volgde ze in UZ Leuven onder leiding van prof. dr. Dirk Timmerman.

Ze bekwaamt zich verder in de gynaecologische echografie in UZ Leuven.

In ZOL Genk is dr. Van Lierde actief op de dienst Gynaecologie-Verloskunde. Haar bijzondere aandachtsgebieden zijn verloskunde en gynaecologische echografie.



DR. LAURENS PEENE

anesthesie en pijngeneeskunde

Dr. Laurens Peene behaalde zijn diploma geneeskunde in 2016 aan de KU Leuven cum laude. Zijn specialistendiploma volgde hij in UZ Leuven onder leiding van prof. dr. Marc Van de Velde en in ZOL Genk onder leiding van dr. René Heylen.

Dr. Peene behaalde in 2021 de eerste prijs in de competitie 'Best Master Work' op BESARPP Graduation Day. Van 2021 tot 2022 volgde dr. Peene een fellowship Pijngeneeskunde in het Multidisciplinair Pijncentrum op campus Sint-Barbara onder leiding van prof. dr. Jan Van Zundert. Hij behaalde ter afsluiting het Fellowship of Interventional Pain Practice in Boedapest.

Dr. Peene specialiseert zich verder in Intensieve Zorgen in ZOL Genk onder leiding van dr. Vander Laenen. Tot slot volgt hij een postgraduaat 'Neuromodulation & Pain Management' aan de Queen Mary University London.

Dr. Peene is actief in het pijncentrum in ZOL Maas en Kempen en het Multidisciplinair Pijncentrum op campus Sint-Barbara.

Daarnaast werkt hij in het Operatiekwartier en op de dienst Intensieve Zorgen.



DR. FER MENNENS

medische oncologie

Dr. Fer Mennens behaalde zijn diploma Geneeskunde in 2016 aan de KU Leuven met grote onderscheiding. Zijn specialistenopleiding algemeen inwendige geneeskunde volgde hij in UZ Leuven, het Sint-Trudo Ziekenhuis Sint-Truiden en het Jessa Ziekenhuis Hasselt. Zijn opleiding medische oncologie volgde hij in UZ Leuven en het Imelda Ziekenhuis Bonheiden onder leiding van prof. dr. Schöffski.

In ZOL is dr. Mennens actief op de dienst Oncologie. Hij werkt ook in het Jessa Ziekenhuis in Hasselt.

MET PENSIOEN



DR. IMRÉ VAN HERREWEGHE
anesthesie/operatiekwartier

Dr. Imré Van Herreweghe behaalde zijn diploma geneeskunde in 2013 aan de KU Leuven. Zijn specialisatie anesthesie volgde hij in UZ Leuven onder leiding van prof. dr. Marc Van de Velde.

Hij specialiseerde zich in Intensieve Zorgen in Sunnybrook Hospital, University of Toronto, Canada, en in locoregionale anesthesie in NYSORA ZOL Genk.

Dr. van Herreweghe werkte voorheen in AZ Turnhout. In ZOL is hij actief in het Operatiekwartier en op de dienst Intensieve Zorgen. Zijn bijzonder aandachtsgebied is locoregionale anesthesie.

Hij zal zich ook toeleveren op het opleiden van assistenten en fellows binnen de locoregionale anesthesie.



DR. JAN WUYTS
neurochirurgie

Dr. Jan Wuyts heeft zijn studies geneeskunde en zijn opleiding tot neurochirurgie gevolgd in Leuven. In 1986 vervoegde hij prof. dr. E. Beuls en dr. J. Monstrey in de dienst Neurochirurgie van het toenmalige Sint-Jansziekenhuis in Genk.

Mede door hem is de dienst Neurochirurgie uitgegroeid tot één van de grootste niet-universitaire diensten van het land met activiteiten in Limburg en de Kempen. Momenteel bestaat de dienst uit 10 stafleden en 3 assistenten. Jan was medisch diensthoofd tussen 2006 en 2018 en was in die periode ook stagemester.

Hij heeft altijd een bijzondere interesse gehad voor neuro-vasculaire pathologie en minimaal invasieve procedures. Vanuit zijn grote interesse voor vasculaire pathologie en dankzij zijn technische vaardigheden is in ZOL, parallel aan onze dienst, het interventioneel centrum voor neuroradiologie gestart en verder uitgegroeid tot het meest toonaangevende centrum in het land.

Jan is naast neurochirurg ook een bourgondiër en fervent wijnliefhebber. Op de leeftijd van 67 jaar heeft hij besloten zijn neurochirurgische activiteiten te stoppen en meer tijd vrij te maken voor zijn 'groene bureau', het golfterrein. De dienst heeft -ondanks corona- nog een druk bijgewoond congres kunnen organiseren ter zijner ere in september 2021.

Wij danken hem voor zijn jarenlange inzet en wensen hem het allerbeste.

Dr. Frank Weyns
Medisch diensthoofd neurochirurgie

MET PENSIOEN



PROF. DR. GEERT ROBAEYS
gastro-enterologie

Dr. Geert Robaeyts startte als algemeen gastro-enteroloog in het Sint-Jansziekenhuis op 1 augustus 1989. Als ziekenhuisarts bouwde hij de dienst Gastro-enterologie in het ziekenhuis uit. Hiervoor hadden gastro-enterologen vooral een belangrijke thuispraktijk.

Geert was ook wetenschappelijk actief. Ondanks zijn drukke werkuren schreef hij een PhD-thesis in de hepatologie. In Limburg werd hij een autoriteit in de hepatologie. Hij zette zich in voor patiëntenbelangen en kwam op voor kwetsbare groepen als patiënten met drugs- en alcoholproblemen. Geert kon enthousiaste collega's aantrekken en onder zijn leiding werd de dienst gastro-enterologie een derteljns verwijscentrum met subspecialisaties. Op de campus Genk werken nu acht maagdarmliever (MDL) artsen met drie assistenten en op de campus Maaseik, gestart door dokter Eyben, ook vier MDL artsen.

Geert Robaeyts was medisch diensthoofd en arts-coördinator van divisie 3 tot 2014.

Hij hield van projecten en haalde zo een belangrijk onderzoeksproject binnen: de aanpak van de epidemie van niet-alcoholische steatohepatitis. Aan dit project werkt hij wetenschappelijk verder aan de UHasselt.

Beste Geert, wij danken je voor alle jaren van enthousiaste inzet. Ze zijn bijzonder snel voorbij gevlogen.

Philip Caenepeel
Diensthoofd Gastro-enterologie



DR. YVES STAELENS
radiotherapie - oncologie

Eind mei 2022 ging dr. Yves Staelens na een lange carrière welverdiend met pensioen.

Dr. Staelens was een radiotherapeut van de 'oudere generatie'. Hij had namelijk niet alleen de radiotherapie-oncologie in de vingers, maar hij was ook bedreven in de medische oncologie. Dat doen wij, zijn jongere collega's, hem niet na.

Dr. Staelens stond mee aan de wieg van de vzw LOC (Limburgs Oncologisch Centrum). Binnen het LOC heeft hij steeds een belangrijke en constructieve rol gespeeld. Hij was een pionier in het samenwerken tussen verschillende disciplines en ziekenhuizen en in het opzetten van overlegstructuren.

Onder zijn vleugels als diensthoofd is de kleine dienst Oncologie in ZOL doorheen de jaren geëvolueerd naar de grote multidisciplinaire dienst Oncologie-Hematologie-Radiotherapie van vandaag.

Hij was een harde werker, maar had daarbij ook steeds oog en oor voor iedereen en was oprecht begaan met het wel en wee van alle medewerkers. Vele jonge collega's hebben doorheen de jaren een grote portie levenswijsheid van hem meegekregen.

Yves, bedankt voor je jarenlange inzet en harde werk! We zullen je heldere inzichten, je gezond verstand en je wijze raad missen, maar ook jouw tips voor de beste klim-, fiets- en wandelvakanties.

We wensen je van harte nog vele mooie gezonde jaren en lange sportieve vakanties toe!

De collega's van de dienst Oncologie-Hematologie-Radiotherapie

Save the dates

Meer info: www.zol.be/professionals/wetenschappelijke-raad

WETENSCHAPPELIJKE RAAD
PROGRAMMA
2022 23

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 in de rubriek 'professionals/wetenschappelijke raad'.

Donderdag 24 november 2022	Symposium prostaatcancer: van PSA screening tot PSMA-radioligand therapie <i>Inhoudelijk coördinator: dr. Y. Raskin (Urologie ZOL), met als gastspreker prof. dr. Van Poppel, wereldautoriteit op vlak van prostaatcancer</i>
Donderdag 15 december 2022	De nier in Oncologie en Hematologie <i>Inhoudelijk coördinator: dr. J. Peeters (Nefrologie ZOL)</i>
Zaterdag 21 januari 2023	Congres Limburgs Oncologisch Centrum 2023, 9 tot 12 uur Een congres van de diensten oncologie, radiotherapie en hematologie van het Jessa Ziekenhuis en ZOL. <i>Inhoudelijk coördinator: dr. T. Wessels (Medisch oncoloog Jessa ziekenhuis)</i> <i>Locatie: Oude Gevangenis Hasselt</i> <i>Inschrijven: via website LOC</i>
Donderdag 26 januari 2023	Waar senologie en medische beeldvorming elkaar kruisen <i>Inhoudelijk coördinator: dr. B. De Peuter (Medische beeldvorming ZOL)</i>
Donderdag 16 februari 2023	Revalidatie - bewegen <i>Inhoudelijk coördinator: dr. P. Hallet (Fysische geneeskunde - revalidatie ZOL)</i>
Donderdag 23 maart 2023	In and around the nose <i>Inhoudelijk coördinator: dr. F. Indesteege (KNO ZOL)</i>
Donderdag 27 april 2023	Hoofd - en aangezichtspijn ...Breinbrekers? <i>Inhoudelijk coördinator: dr. K. Buyse (Anesthesie ZOL)</i>
Donderdag 1 juni 2023	Diagnose en behandeling van perifere aangezichtsverlamming <i>Inhoudelijk coördinator: dr. M. Den Hondt (Plastische chirurgie ZOL)</i>
Donderdag 22 juni 2023	Multidisciplinaire behandeling van colorectale levermetastasen: what's new? <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. Wilfried Mullens, prof. dr. Willem Ombelet, dr. Els Oris, dr. apr. Deborah Steensels, Katrien Tartaglia ■ **Redactieadviesraad:** dr. Marc Daenen, dr. Eline Macken, prof. dr. prof. dr. Willem Ombelet, dr. Griet Vander Velpen, dr. Pieter Jan Van Asbroeck ■ **Foto's:** ZOL, Micha Vandormael, Michiel Malchair, Marco Mertens, Boumediene Belbachir, Imapictures, Tony Van Galen ■ **Lay-out:** Lien Vuylsteke, dienst Communicatie ■ **Redactie:** Schiepsse 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 20 nr. 84 · juli · augustus · september · 2022

Partners in zorg

De therapeuten van het revalidatiecentrum zijn medebezielers van het initiatief.

Hier op de foto:
(boven)
psycholoog Lies
Welkenhuyzen en
hoofdparamedicus
Dirk Bieghs;
(onder)
kinesitherapeut
Wim Bielen en
Wouter Pex.



In 2017 neemt het leven van Wouter Pex (25) een totaal onverwachte wending. Hij krijgt een hersenbloeding en belandt in een coma waar hij pas 3 weken later uit geraakt, na verschillende levensreddende operaties. Met een rechtszijdige verlamming en een ernstige aantasting van zijn spraakvermogen staat Wouter voor een lange revalidatie. "In het begin besepte ik niet wat er aan de hand was. Als gedreven basketbalspeler had ik ook wel eens een kwetsuur en ik dacht dat ik ook nu gewoon opnieuw goed mijn best moest doen om er weer bovenop te komen."

Wouter revalideerde in het revalidatiecentrum op campus Sint-Barbara. "Mijn sterkte is dat ik nooit heb willen opgeven, zo vertelden de therapeuten mij. Langzaam leerde ik opnieuw stappen. Ik wilde ook graag naar buiten om te fietsen. Buiten sporten is altijd fijner dan binnen en je kan genieten van

de natuur. Toen buiten fietsen mogelijk werd, is het voor mij opnieuw begonnen. Het fietsen gaf me mijn gevoel van vrijheid terug."

"Mijn vrienden van Digging Deeper, een organisatie die niet-professionele atleten helpt die een uitdaging aangaan, wilden me steunen. Zo kwamen we op het idee om de Mont Ventoux te beklimmen, in combinatie met een goed doel. Ik wilde graag een elektrische duofiets schenken aan het revalidatiecentrum in Lanaken, waar ze me zo goed ondersteund en geholpen hebben. Ook het revalidatiecentrum was vragende partij voor een dergelijke fiets."

"Na een onderzoek en een fietsproef kreeg ik groen licht van de cardioloog om de fietsuitdaging aan te gaan en in maart van dit jaar startte ik met gerichte klimtrainingen. Via de steunactie werd intussen bijna 9.000 euro verzameld."

Ongeveer 5 jaar na zijn hersenbloeding, op 7 augustus, beklom Wouter uiteindelijk de Mont Ventoux via de zwaarste route op 2 uur en 9 minuten. "Het was een enorme overwinning. Ik heb volledig op eigen kracht gefietst maar het team van Digging Deeper was steeds in de buurt voor ondersteuning op afgesproken punten tijdens de klim. Ik droeg ook een hartslagmeter waarmee zij mij konden opvolgen."

Mede dankzij de hulp van Digging Deeper en de sponsors, schenkt Wouter nu een elektrische fiets aan het revalidatiecentrum. "Zodat revalidanten, net zoals ik, op een actieve manier kunnen herstellen buiten, in de mooie natuur rond het revalidatiecentrum." Proficiat Wouter met je schitterende prestatie en dankjewel voor de fantastische fiets! ■