

ZOLarium

Jaargang 21 nr. 86 · januari - februari - maart 2023

HUISARTSENWACHTPOST PROMETHEUS
VERHUIST NAAR CAMPUS ZOL GENK

30 JAAR NEFROLOGIE EN NIERDIALYSE
IN VOGELVLUCHT

PODCAST OBESITAS OVER IEDERE SCHAKEL
IN HET BEHANDELTRAJECT

**ZORGCENTRUM NA SEKSUEEL GEWELD
ALLESOMVATTENDE ZORG OP ÉÉN LOCATIE**





Revalideren in een bosrijke omgeving

"Ruimte en visie gaan hand in hand"

Het nieuwe R-gebouw op campus Sint-Jan in Genk wordt in het voorjaar 2023 in gebruik genomen. De R-blok is een licht, uitnodigend gebouw met grote glaspartijen. Binnenin zorgen de vier basis-materialen beton, hout, aluminium en glas voor rust en harmonie. Op niveau 0 worden de cardiale en respiratoire revalidatie gehuisvest. Op niveau 2 vind je de revalidatie voor fysieke geneeskunde, met rug- en nekrevalidatie als hoofdactiviteit.

"In de nieuwe R-blok kunnen we de meeste van onze revalidatieactiviteiten op campus Sint-Jan samenbrengen. Naast onze hoofdactiviteiten - respiratoire-, cardiale- en fysieke revalidatie - is er ook plaats voor de oncologische revalidatie, obesitasrevalidatie en prehabilitatie. We organiseren ook buitenactiviteiten in de groene omgeving (healing environment) van het Synaps Park als dit mogelijk is. Zo integreren we nog meer de natuur in het herstelproces van de patiënten", aldus paramedisch manager Jan Van Hoecke.

"De meer individuele, neurologische revalidatie blijft op campus Sint-Barbara, met een specifiek beweegprogramma voor patiënten met chronische pijn. In ZOL Maas en Kempen ligt het accent op locomotorische revalidatie, aangevuld met een aanbod van cardiorevalidatie en rug- en nekrevalidatie."

Panoramisch uitzicht

"Revalideren is bewegen richting een betere kwaliteit van leven", zegt dr. Peter Hallet, arts fysieke geneeskunde. "Met een panoramisch uitzicht op de bosrijke omgeving staat bewegen op onze nieuwe locatie meer dan ooit centraal. Onze nieuwe revalidatieafdeling in het R-gebouw wordt het kloppend hart van een groot deel van de ambulante revalidatie in ZOL, onder supervisie van de artsen fysieke geneeskunde en revalidatie."

Ook de respiratoire en de cardiale revalidatie, nu gehuisvest naast de dagkliniek geneeskunde, verhuizen naar de nieuwe locatie. Dr. Wilfried Mullens, cardioloog en arts cardiale revalidatie: "De multidisciplinaire cardiale revalidatie, die duidelijk heeft bewezen de prognose van cardiale patiënten te verbeteren, omhelst naast het verbeteren van de inspanningstolerantie ook een doorgedreven dieet en psychologische en sociale begeleiding, telkens op maat aangeboden. Velen worden door de groepstraining ook vrienden voor het leven. De nieuwe revalidatie met uitzicht op de groene, bosrijke omgeving zal voor de revalidanten ongetwijfeld motiverend werken."

Ook voor de patiënten van de respiratoire revalidatie zal de nieuwe omgeving het welbevinden zeker verhogen. Dr. Marc Daenen: "Revalidatie is voor mensen met respiratoire insufficiëntie-COPD de meest effectieve behandeling voor de verbetering van de gezondheidstoestand, met een uitgesproken effect op het gevoel van kortademigheid. Het is niet meer weg te denken in de behandeling van onze patiënten. De ruime, lichte omgeving is een mooie weerspiegeling van ons idee rond revalidatie. Ruimte en visie gaan hier hand in hand." ■

Editio

In februari 2023 wordt de nieuwe R-blok op campus Sint-Jan in Genk opgeleverd. Het werd een mooie realisatie die helemaal gebouwd en ingericht werd als 'healing invironment' voor onze patiënten.

De R-blok is een multifunctioneel gebouw waarin de wachtpost van huisartsenkring Prometheus, het Zorgcentrum na Seksueel Geweld en revalidatieruimten gehuisvest worden. Daarnaast zijn er raadplegingsruimtes, kantoren en slaapplekken voor artsen voorzien.

Het Zorgcentrum na Seksueel Geweld Limburg opent op 27 februari. Slachtoffers kunnen er terecht voor medische en psychische zorg en voor forensisch onderzoek. Uniek is dat slachtoffers, indien ze dit wensen, ter plaatse een klacht kunnen neerleggen bij een zedeninspecteur van de politie. Wij zijn erg trots dat we deze opvang in ZOL kunnen organiseren. Ik wens het team, dat intussen volledig opgeleid is om deze belangrijke opvang en zorg aan te bieden, heel veel succes toe.

Ook zijn we blij met de komst van de huisartsenwachtpost Prometheus op onze site. De nieuwe locatie zal zeker de samenwerking tussen de eerste lijn en het ziekenhuis vergemakkelijken. Bedoeling is de Spoedgevallendienst en de huisartsenwachtpost in de toekomst verder op elkaar te aligneren zodat een vlotte wederzijdse doorverwijzing mogelijk is.

De activiteiten van de fysische, de cardiale en de respiratoire revalidatie tot slot verhuizen naar de nieuwe revalidatiezalen in de R-blok waar de revalidanten een prachtig uitzicht hebben op het omliggende groen. Op deze manier wordt de groene omgeving verder geïntegreerd in het herstelproces van patiënten.

In dit nummer van ZOLarium worden de diensten in de nieuwe R-blok verder voorgesteld. Ik wens u alvast veel leesplezier!

Dr. Griet Vander Velpen
Medisch directeur

“

We zijn blij met de komst van de huisartsenwachtpost Prometheus op onze site.



Inhoud

- 03 Revalideren in een bosrijke omgeving**
Ruimte en visie gaan hand in hand
- 14 Huisartsenwachtpost Prometheus verhuist naar Synaps Park**
Nieuwe locatie vergemakkelijkt samenwerking met Spoed
- 16 30 jaar nefrologie en nierdialyse**
Aantal dialysepatiënten blijft hoog
- 23 Het Haviksoog**
- 24 Doctoraat dr. Caekebeke en dr. Derveaux**
- 26 Een totale heupprothese in daghospitaalsetting?**
Hip Unit-ZOL kan patiënten veilig behandelen
- 28 Hot Axios-stent bij pancreasonsteking**
Als eerste geplaatst in Limburg
- 30 Dienst Abdominale Heelkunde neemt deel aan trial Classica**
Gebruik AI tijdens oncologische chirurgie
- 32 Nieuwe artsen**
- 36 Partners in Zorg**





“Voor tertiaire zorg zijn de twee huidige Limburgse ziekenhuisnetwerken apart niet meer groot genoeg. Het gaat hierbij om ingrepen voor zeldzame aandoeningen die het RIZIV alleen nog terugbetaalt als ze worden uitgevoerd in een erkend centrum dat voldoende volume haalt. Voor slokdarm- en pancreastumoren zijn er al afspraken. De volgende reeks die aan bod komt zijn de hoofd- en halstumoren.”

“We bekijken met het Jessa Ziekenhuis of we voor chirurgie voor zeldzame tumoren een aparte samenwerkingsstructuur kunnen opzetten. Anders is de kans groot dat we die conventies in de toekomst niet kunnen behalen en kan de patiënt voor zeldzamere aandoeningen niet meer in Limburg behandeld worden.”

Erwin Bormans, algemeen directeur ZOL, in Het belang van Limburg op 21 jan. 2023.



Achter: Liesbet Paulissen, dr. Pieter Jan Van Asbroeck, Inge Briers
Midden: Dirk Van Hoof, Goele Schuermans, Anne-Mieke Dieltiens, Elien D'Hoore,
Lieve Daemen, Kim Darcis, Jamina Aarrass, Kimberly Lambert, Lydia Coolen
Voor: Eve Vanlee, Renee Roets, Babet Nulens, Anneleen Mouchaers, Katharina Mabilde, Debbie Weytjens

Zorgcentrum na Seksueel Geweld biedt slachtoffers holistische zorg

Op 27 februari 2023 opent in ZOL het Zorgcentrum na Seksueel Geweld Limburg. In het centrum worden slachtoffers 24/7 warm opgevangen voor medische en psychische zorg, en forensisch onderzoek. Er wordt ook voorzien in nazorg. Als een slachtoffer dit wenst kan er in het zorgcentrum ook een aangifte gebeuren bij een zedeninspecteur van de politie.

Vlaams minister Zuhail Demir richtte in 2017 de eerste Zorgcentra na Seksueel Geweld (ZSG) op. Intussen zijn er centra in het UZA (Antwerpen), in UMC Sint-Pieter (Brussel), in UMC Marie Curie (Charleroi), in het UZ Gent (Gent), in het UZ Leuven (Leuven), in het UMC Luik (Luik) en in het AZ Delta (Roeselare). In 2023 openen er naast het centrum in Genk ook centra in Aarlen en in Namen.

Het zorgcentrum wordt gehuisvest in de nieuwe R-blok van campus Sint-Jan in Genk. Urgentiearts dr. Pieter Jan Van Asbroeck neemt in Genk de medische coördinatie van het zorgcentrum op zich, Liesbet Paulissen de algemene coördinatie. Inge Briers staat in voor de administratieve ondersteuning.

Jullie zijn meer dan 1 jaar bezig met de voorbereiding van de opening van het zorgcentrum. Waaruit bestond de voorbereiding voor jullie?

Liesbet Paulissen: "We hebben contact gehad met de zorgverleners van de andere zorgcentra en met onze partners. We hebben meegewerkt op verschillende diensten en specifieke opleidingen gevolgd. We hebben ook herhaaldelijk overleg gehad met de politie en het parket. Zo werd er bijvoorbeeld een 'draaiboek politie' opgesteld van veertig pagina's waarin alle afspraken met betrekking tot de werking van de politie in het ZSG uitgeschreven staan."

"We krijgen veel vrijheid voor de invulling van ons centrum maar de krijtlijnen liggen wel vast. Vanuit het Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen hebben we wel een redelijk strikt kader gekregen wat betreft het forensisch stappenplan, het casemanagement..."

"Daarnaast was dr. Pieter Jan Van Asbroeck druk bezig met het uitwerken van de medische protocols. Verder zijn we een elektronisch patiëntendossier aan het uitwerken en afspraken aan het maken met alle diensten van het ziekenhuis die op één of andere manier zullen betrokken zijn met het centrum. Denk maar aan facturatie, inschrijvingen, dienst onderhoud, afval, linnen, voeding, enz..."

"We hebben ook al veel tijd gestoken in het informeren van andere ziekenhuizen, huisartsen, pediaters, urgentieartsen, zedeninspecteurs en politiekorpsen. Eens opgestart, zullen we ook lezingen geven in middelbare scholen, hogescholen en Universiteit Hasselt. Op die manier willen we ons centrum naambekendheid geven. We zullen ook proberen actief aanwezig te zijn op de grootste festivals in Limburg."

"Nu staan we vlak voor de officiële opening en is het alle hens aan dek, gaande van het selecteren en opleiden van medewerkers, de laatste voorbereidingen voor de openingsceremonie tot het uitnodigen van onze relaties en betrokken politici, En van zodra de bouwwerken klaar zijn kunnen we de afdeling inrichten."

Jullie openen op 27 februari 2023, als een van de laatste Zorgcentra na Seksueel Geweld?

Liesbet Paulissen: "De nieuwe R-blok waarin het centrum wordt gehuisvest, was pas eind januari 2023 klaar. We





dr. Pieter Jan Van Asbroeck, Liesbet Paulissen en Inge Briers

hebben even gedacht om al eerder in containers van start te gaan maar door de enorme meerkost en extra organisatie die dit zou meebrengen, hebben we toch op de nieuwe infrastructuur gewacht."

De nood aan betere zorg voor slachtoffers van seksueel geweld is groot. Hoe worden slachtoffers nu opgevangen?

Liesbet Paulissen: "Vandaag moet je als slachtoffer heel veel moed hebben om je kenbaar te maken. Eerst moet je klacht neerleggen bij de politie. Dan word je doorverwezen naar het ziekenhuis waar een arts die niet noodzakelijk vertrouwd is met het onderzoek, stalen verzamelt met behulp van de 'seksuele agressie set' (S.A.S.), een spooropnamekit voor slachtoffers van seksuele agressie. Slachtoffers ervaren dit sporenonderzoek als zeer invasief en slachtofferonvriendelijk. In het nieuwe zorgcentrum zal de staalafname volgens een forensisch stappenplan gebeuren. Deze procedure is veel minder invasief voor het slachtoffer."

"Er is momenteel ook geen totaalzorg voorzien voor slachtoffers. Na het forensisch onderzoek stopt de procedure en staat het slachtoffer opnieuw op straat. Er is geen psychologische opvang, geen nazorg. Terwijl seksueel geweld vaak leidt tot een posttraumatisch stressstoornis (PTSS). We weten dat door goede psychologische zorg het risico op PTSS sterk vermindert."

Wat kunnen jullie in het zorgcentrum bieden?

Liesbet Paulissen: "Als uit de literatuur blijkt dat 90 procent van de slachtoffers van seksueel geweld 'dark numbers' zijn, dit wil zeggen geen aangifte doen bij de politie en dus niet gekend zijn, dan begrijp je dat de nood aan betere opvang hoog is. Door de oprichting van het zorgcentrum - in samenwerking met de politie, het parket, slachtofferonthaal van de federale overheidsdienst Justitie, het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling en vele andere partners - kunnen we een holistische, gespecialiseerde zorg aanbieden." "Het gaat hierbij om medische zorgen, forensisch onderzoek, psychische zorg

en uitgebreide medische en psychische nazorg. Wij bieden ook de mogelijkheid om een klacht neer te leggen, zonder verplichting. Gespecialiseerde zedeninspecteurs zullen de verhoren in het zorgcentrum voeren. Zo hopen we dat de aangiftbereidheid verhoogt. De focus zal vooral liggen op de wil en de wens van het slachtoffer. Het slachtoffer bepaalt wat al dan niet gebeurt en op welk ritme. Het is bewezen dat slachtoffers die deze allesomvattende zorg krijgen na seksueel geweld een grotere kans hebben op herstel en op een snellere verwerking en ook minder kans hebben om opnieuw slachtoffer te worden."

Hoe vinden slachtoffers de weg naar het zorgcentrum?

Liesbet Paulissen: "Dat kan op velerlei manieren. Slachtoffers kunnen sowieso rechtstreeks of zonder verwijzing bij ons aanbellen. Dit gebeurt vooral als ze geen klacht willen indienen, zo blijkt uit cijfers bij andere zorgcentra."

"Maar ze kunnen zich ook melden in een politiekantoor. De politie zal hen in burgerkledij en met een geanonimiseerd voertuig naar het zorgcentrum brengen. Het zorgcentrum vangt slachtoffers op uit de hele provincie, soms is dat transport een belangrijke hulp."

Daarnaast kunnen ze zich ook aanmelden via de chatfunctie op <https://www.seksueelgeweld.be> of worden ze warm verwezen vanuit een Spoedgevallen dienst in Limburg.

Welke opvang kunnen jullie slachtoffers bieden?

Liesbet Paulissen: "Slachtoffers worden initieel opgevangen door een forensisch verpleegkundige. Vooreerst laten we hen voelen dat ze welkom en veilig zijn bij ons en dat ze er goed aan gedaan hebben om naar het zorgcentrum te komen. We informeren of er iemand moet opgebeld worden om hen te vergezellen in het centrum. We vragen ook al snel of het slachtoffer een klacht wil indienen. Want om stalen op een lichaam te mogen nemen, moeten wij over een vordering beschikken van het parket."

"Als forensisch verpleegkundigen zullen wij het slachtoffer als eerste opvangen en een veilige omgeving aanbieden."

"Ik vind het belangrijk dat we het slachtoffer rust kunnen geven, helpen en begeleiden en dat dit niet in een ziekenhuissfeer gebeurt zodat we hier ruim de tijd voor kunnen nemen."

"Ik ben ook fier dat ik als mannelijke verpleegkundige weerhouden ben om mee te mogen werken aan dit fantastische project. Ik kijk er naar uit om - met de nieuw opgedane kennis en de ervaring die ik heb na 30 jaar kritieke diensten - aan de slag te kunnen gaan in het zorgcentrum."

Dirk Van Hoof, forensisch verpleegkundige



"Slachtofferhulp in het zorgcentrum gaat gepaard met een complexe administratieve flow. Ik ben al sinds de voorbereidingen betrokken bij het centrum zodat ik helemaal mee ben in het verhaal. Ik heb ook de opleidingen mee gevolgd zodat ik exact weet hoe onze werking eruit ziet. De bezoeken aan de andere zorgcentra leverden veel praktische tips en een uitgebreid netwerk op. Intussen ben ik druk bezig met het voorbereiden van onze opening."

Inge Briers, secretariaal medewerker



"Als de vordering afgeleverd is, kan het forensisch onderzoek starten. Dit gebeurt aan de hand van een stappenplan, in combinatie met een uitgebreide vragenlijst. Bij minderjarigen zullen de stalen altijd afgenomen worden door een pediater."

"Vervolgens gaat het slachtoffer, indien gewenst, naar de zedeninspecteur van de politie voor het verhoor. Hiervoor is er een speciale ruimte voorzien in het centrum. Er zijn 50 zedeninspecteurs in Limburg die in duo's van twee voor permanentie zullen zorgen. Als de zedeninspecteur klaar is, gaat het slachtoffer terug naar de forensisch verpleegkundige voor het afsluitend gesprek en het regelen van de nazorg."

"In het zorgcentrum is ook een rustkamer en een douche beschikbaar voor slachtoffers. Ze krijgen nieuwe kleren en iets te eten als ze dit wensen."

De hulp stopt niet wanneer het slachtoffer vertrekt. Welke nazorg is er voorzien?

Liesbet Paulissen: "Van zodra het slachtoffer naar huis gaat, start het casemanagement. Elk slachtoffer wordt de dag na de aanmelding opnieuw opgebeld om te horen hoe het ermee gaat en om de verdere afspraken in herinnering te brengen, o.a. met de psycholoog en voor de medische opvolging. Het slachtoffer wordt opnieuw opgebeld na een week, na 2 weken, na 3 weken, na 1 maand, na 2, 3, 4 en 5 maanden. Tot slot ook na 6 maanden want tot die tijd

kunnen slachtoffers een klacht neerleggen bij de politie. Ook steunfiguren van het slachtoffer kunnen psychologische ondersteuning krijgen."

Welke instroom verwachten jullie?

Liesbet Paulissen: "We kunnen dit zeer moeilijk inschatten. Op basis van cijfers uit de literatuur en het huidige aantal slachtoffers in Limburg zouden we op termijn 1000 slachtoffers per jaar verwachten."

Dr. Van Asbroeck, waarom heb jij je kandidatuur gesteld om mee dit zorgcentrum uit te bouwen?

Dr. Pieter Jan Van Asbroeck: "Ik hou van uitdagingen naast de urgentiegeneskunde 'op zich', zeker als je er maatschappelijk veel mee kan betekenen. De voorbereiding van het dossier heeft ons veel tijd en energie gekost maar we zijn zeer tevreden dat het centrum aan ZOL werd toegewezen."

Heb je zelf ervaring als urgentiearts met slachtoffers van seksueel geweld?

Dr. Pieter Jan Van Asbroeck: "Op de dienst Spoedgevallen zien we geen slachtoffers, ze worden op dit moment immers onmiddellijk verwezen naar de verloskamer. Maar in UZ Leuven, waar ik onder andere ben opgeleid als urgentiearts, waren wij ook verantwoordelijk voor forensische geneeskunde. Slachtoffers van verkrachtingen, en slagen en verwondingen kwamen bij ons terecht."

Blijft het maatschappelijk taboe rond seksueel misbruik groot?

Dr. Pieter Jan Van Asbroeck: "Wat we zien is maar het topje van de ijsberg. Ik sta als urgentiearts/vrijwilliger op de medische post van verschillende festivals en daar trek ik soms mijn ogen open over wat er allemaal gebeurt. We zien zeker af en toe mensen die ongewild geïntoxiceerd worden, met alle gevolgen van dien. Zo hebben we onlangs op een festival een groep meisjes op de hulppost binnengekregen met een GHB-intoxicatie. Het was vermoedelijk een barman die dit in hun drankje deed. Goed dat er een vriendin was die dit in de gaten had, anders was er misschien een meisje meegenomen. Achteraf herinneren geïntoxiceerde slachtoffers zich vaak bijna niets tot helemaal niets meer. De aangiftebereidheid van deze groep is vaak heel beperkt. Ze schamen zich of voelen zich schuldig."

"Er is heel veel seksueel geweld dat niet wordt aangegeven. Bij mannelijke slachtoffers, weliswaar een veel kleinere groep, is de aangiftebereidheid nog kleiner. En dan is er natuurlijk de hele LGBTQIA+ gemeenschap die kwetsbaarder is en vaker slachtoffer is van seksueel geweld."

Wat hielden de voorbereidingen voor jou in als medisch coördinator?

Dr. Pieter Jan Van Asbroeck: "Het merendeel van de voorbereidingen hebben we in teamverband gedaan



Elien d'Hoore,
psycholoog



Lieze Daemen,
psycholoog



Babet Nulens,
psycholoog



Goele Schuermans,
psycholoog

"Als psychologen van het zorgcentrum zullen we slachtoffers en/of hun naaste omgeving een luisterend oor bieden binnen een veilig kader. We geven ondersteuning, informeren over normale reacties op een stressvolle gebeurtenis en adviseren hoe hiermee om te gaan. In samenspraak met het slachtoffer starten we een psychologische begeleiding op, in functie van de noden en behoeften."

of via overleg. Mijn grootste opdracht was het opstellen van de protocols en de opname ervan in ons elektronisch patiëntendossier HiX."

"Ik heb hiervoor nauw samengewerkt met andere collega's. Ik denk hierbij aan de gynaecologen drs. Tinne Mesens en Caroline Van Holsbeke, gastro-enteroloog dr. Mathieu Struyve (hepatitis), pediater dr. Wim Arts, infectiologen/geriaters drs. Joris Meeuwissen en Nele Czech (HIV, Soa's) en tot slot uroloog dr. Thomas De Sutter en psychiater dr. Jef De Bie. Het is fijn om te zien hoe groot het enthousiasme van iedereen is om hier aan mee te werken. Daarnaast is er ook een samenwerking met UZ Leuven."

"We zijn heel tevreden met het resultaat. We zullen in Limburg beschikken over het mooiste zorgcentrum van Vlaanderen. We nemen onze intrek op de vierde verdieping in een zeer mooie infrastructuur, met veel licht en een prachtig uitzicht op het bos. We hebben ook veel tijd gestoken in de inrichting. Slachtoffers zullen er goed ontvangen worden maar ook voor medewerkers wordt het aangenaam om er te werken." ■

*Het zorgcentrum is bereikbaar vanaf 27/2/23, 14u op het telefoonnummer 089 808 100.
website: [zol.be/zsg](https://www.zol.be/zsg) (vanaf 27/2)*

Welke zorg kan een slachtoffer en een steunfiguur krijgen in het Zorgcentrum na Seksueel Geweld?

In het Zorgcentra na Seksueel Geweld kan een slachtoffer de volgende zorg krijgen:

- **Medische zorg:** zowel verzorging van verwondingen en letsels als onderzoeken en behandeling van allerlei fysieke, seksuele of reproductieve gevolgen.
- **Psychische zorg:** de eerste psychische zorgen alsook verdere begeleiding bij de Zorgcentra na Seksueel Geweld-psycholoog.
- **Een forensisch onderzoek:** het vaststellen van letsels, onderzoeken van sporen van de pleger, verzamelen van bewijsmateriaal indien een slachtoffer klacht wil neerleggen.
- **Klacht neerleggen** bij de politie indien gewenst, met behulp van speciaal opgeleide zedeninspecteurs.
- **Opvolging nadien:** zowel medische opvolging voor eventuele medicatie of voor letsels, als psychische opvolging bij het verwerkingsproces.

De zorg gebeurt door speciaal daarvoor opgeleide forensisch verpleegkundigen die samenwerken met en ondersteund worden door specialisten als urgentieartsen, gynaecologen, urologen, pediaters, geriaters, psychiaters en speciaal hiervoor opgeleide psychologen. Steunfiguren die meekomen met een slachtoffer kunnen zelf ook terecht bij de forensisch verpleegkundige voor eerste opvang, uitleg en advies.

Meer info: <https://www.seksueelgeweld.be/zorgcentra-na-seksueel-geweld-wat-voor-wie-waar>

Huisartsenwachtpost Prometheus verhuist naar Synaps Park

Op 3 maart opent in de nieuwe R-blok op campus Sint-Jan in Genk de wachtpost van huisartsenkring Prometheus. De nieuwe locatie brengt heel wat nieuwe mogelijkheden mee, vooral ook voor de samenwerking tussen de eerste lijn en het ziekenhuis, aldus dr. Rob Smeets, voorzitter van huisartsenkring Prometheus, en dr. Griet Vander Velpen, medisch directeur ZOL.



Waar was de huisartsenwachtpost tot nu toe gevestigd?

Dr. Rob Smeets: "Sinds oktober 2015 was de GAOZ-huisartsenwachtpost gevestigd op de Jaarbeurslaan in Genk, waar we over een zeer mooie infrastructuur konden beschikken. Vóór deze periode lag onze wachtpost op de Welzijns-campus. We zijn daar weggegaan omdat de locatie uiteindelijk niet meer voldeed aan de noden voor een moderne eerstelijns hulppost."

Kijken jullie er naar uit om met de wachtpost te verhuizen naar het Synaps Park, waar ook ZOL gelegen is?

Dr. Rob Smeets: "Ja zeker! Het is als huisartsenwachtpost een groot voordeel om kort bij een ziekenhuis te liggen. Vooral omdat dit aansluit bij de lange-

termijndoelstelling van het RIZIV en we hierdoor ook een bonus krijgen voor de organisatie van een weekwacht."

"Het is aangenaam om in een nieuwe infrastructuur te kunnen inhuizen, die helemaal afgestemd is op onze nieuwe noden. De wachtzaal is bijvoorbeeld zo ingericht dat bij een eventuele pandemie de stroom van de (potentieel) 'besmette' patiënten kan afgescheiden worden van de andere patiënten."

Wat zijn de voordelen van de nieuwe locatie voor de patiënt?

Dr. Rob Smeets: "Je hebt de herkenbaarheid, de uniforme werkwijze gedurende het weekend en door de week en de goede bereikbaarheid van de ZOL-campus, maar ook: je bent kort bij Spoed. Mensen met een ernstige pathologie kunnen snel doorverwezen worden. Dat komt de patiënt en de kwaliteit van de zorg zeker ten goede."

Hoe verloopt de samenwerking met de dienst Spoedgevallen?

Dr. Rob Smeets: "Tijdens de covid-19-pandemie zijn er heel wat contacten geweest met Spoed. Dit is altijd heel goed verlopen. We hebben elkaar ook wat beter leren kennen in die periode. Bovendien hebben we het afgelopen jaar al twee navormingen van de urgentieartsen gekregen. Ik denk dat de nieuwe huisartsenwachtpost de samenwerking tussen de huisartsen en de specialisten zeker nog een boost zal geven."

Dr. Griet Vander Velpen: "We zijn heel blij dat de huisartsenwachtpost naar onze campus komt. We willen de werking van de huisartsenwachtpost graag verder aligneren met die van de dienst Spoedgevallen. Dit betekent concreet

"Op onze nieuwe locatie zullen mensen met een ernstige pathologie snel doorverwezen kunnen worden naar Spoed. Dat komt de patiënt en de kwaliteit van de zorg zeker ten goede."

Dr. Rob Smeets
voorzitter huisartsenkring
Prometheus

dat een patiënt die zich aanmeldt op de huisartsenwachtpost met een probleem dat de huisartsgeneeskunde overstijgt, heel soepel naar Spoed moet kunnen verwezen worden en ook omgekeerd. De dienst Spoedgevallen wordt bij momenten overspoeld door patiënten die beter kunnen geholpen worden op de huisartsenwachtpost. Hier wil ik graag afspraken over maken. Patiënten kunnen immers niet altijd zelf een juiste inschatting maken van hun probleem."

Nieuw is dat jullie er bij Prometheus over denken om de weekwacht in de toekomst ook te organiseren via de huisartsenwachtpost? Ook dit is een voordeel om te komen tot een verder geïntegreerde samenwerking met de dienst Spoedgevallen?

Dr. Rob Smeets: "Tijdens de coronapandemie waren er heel wat huisartsenwachtposten die een avond- en nachtwacht organiseerden tijdens de week. Het RIZIV heeft met deze proefprojecten de meerwaarde van een weekwacht ingezien en criteria uitgeschreven om die weekwacht ook nu verder te zetten. Als wij met de huisartsen van het Maasland samengaan, kunnen wij aan die criteria voldoen."

"We hebben hier met onze kring goed over nagedacht. Er is bijvoorbeeld wat vrees bij de collega's dat het 's nachts moeilijk zou kunnen worden voor de rijdende wacht omwille van de grote afstanden of een stijging van de oproepen. Maar dat valt wel mee, zo blijkt uit de proefprojecten. Waar moet de rijdende wacht 's nachts naartoe? Meestal gaat het om een palliatieve patiënt of een patiënt uit een rusthuis... Of eventueel een alleenstaande moeder met kleine kinderen, die niet de mogelijkheid heeft om zelf naar de wachtpost te komen."

"De huisartsen van het Maasland, die tijdens de coronapandemie al met een weekwacht gewerkt hebben, gaan akkoord om met ons samen te werken. Dit betekent concreet dat op weekdagen van 23 uur tot 8 uur de huisdokter van het Maasland naar Genk zullen komen om daar mee de wacht te doen. De streefdatum hiervoor is 1 april 2023 maar er moeten eerst nog een aantal

concrete zaken afgesproken worden."

De uitbreiding met een weekwacht heeft een grote impact op jullie manier van werken?

Dr. Rob Smeets: "Voor de huisartsen betekent de nieuwe regeling dat er minder wachtdiensten per arts moeten gepresteerd worden. Zeker nu er een groot tekort is aan huisartsen, is dit mooi meegenomen. Voor huisbezoeken tijdens de nacht moeten we natuurlijk wel een grotere regio dekken, gaande van Genk, As, Opglabbeek en Zutendaal (GAOZ) tot Lanaken, Maasmechelen en Dilsen."

"Het RIZIV legt bijkomend op dat de wachtpost in de week al om 18 uur moet opengaan. Wij doen de GAOZ-wacht daarom van 18 tot 23 uur. En van 23 uur tot 8 uur komen de artsen en de regio van het Maasland erbij. In het weekend verandert de regeling niet."

Dr. Griet Vander Velpen: "De uitbreiding van de huisartsenwachtpost in de week is zeker een voordeel voor de samenwerking. Maar ik blijf het jammer vinden dat we nu nog niet de mogelijkheid kunnen bieden om de huisartsenwachtpost en Spoed rechtstreeks aan elkaar te linken. Zodanig dat de patiënten die zich aanmelden na een centrale triage ofwel verwezen worden naar de huisartsenpost, ofwel naar Spoed. In ons masterplan is de bouw van een nieuwe dienst Spoedgevallen gepland. Het is zeker de bedoeling om die verdere integratie dan te kunnen aanbieden."

Ook op andere vlakken dan de wachtdienst wordt een nauwere samenwerking tussen de eerste lijn en het ziekenhuis een must?

Dr. Griet Vander Velpen: "Minister van Volksgezondheid Frank Vandenbroucke kondigde recent aan dat er meer chirurgische patiënten via het dagziekenhuis moeten behandeld worden. Dat betekent dat we ook daarvoor goede samenwerkingsprotocollen moeten uitwerken met de huisartsen. Zowel wat betreft de voorbereiding van de patiënt als de nazorg."

"We doen al langer inspanningen op onze regelmatige vergaderingen met de huisartsen om de samenwerking tussen de eerste lijn en het ziekenhuis verder te verbeteren. Ik denk hierbij aan de verbetering van de onderlinge communicatie, de verdere uitbouw van transmurale zorgpaden enz... De locatie van de nieuwe huisartsenwachtpost zal zeker de onderlinge samenwerking verder triggeren." ■

"We willen de werking van de huisartsenwachtpost graag verder aligneren met die van de dienst Spoedgevallen."

Dr. Griet Vander Velpen
medisch directeur ZOL



30 JAAR NEFROLOGIE EN NIERDIALYSE



V.l.n.r. dr. Luc Verresen, Lisette Thijs, Diane Coppin, Hilde Baeten, Marijke Curvers, Piet Vandeweert, Ludo Meyers en dr. Peter Leenaerts

1 hoe het begon

De dienst Nefrologie en Nierdialyse vierde zopas haar dertigste verjaardag. In oktober 1992 werd bescheiden gestart met een zestal dialysetoestellen. Dit was meteen het begin van een succesverhaal. Intussen zijn voortdurend 275 patiënten via de zogenaamde kunstnier in behandeling. Naast patiënten met nierfunctie vervangende therapie worden ook een groot aantal pre-dialysepatiënten en patiënten met nierproblemen, hypertensie en systeemziekten opgevolgd.

Dr. Peter Leenaerts en dr. Luc Verresen, artsen op rust, richtten 30 jaar geleden samen de dienst Nefrologie en Nierdialyse op in het toenmalige Sint-Jans-ziekenhuis in Genk. Ze startten met vier patiënten die ze zelf 'meegebracht' hadden van UZ Leuven, waar ze toen beiden actief waren.

Dr. Leenaerts: "Uit cijfers bleek dat er in Limburg minder dialyses gebeurden dan in de rest van Vlaanderen. Limburgse patiënten konden enkel terecht in Hasselt, Sint-Truiden of Leuven. Dat de grote patiëntenaantallen voor onze discipline in Limburg wat later kwamen dan in de andere provincies komt onder andere omdat de gemiddelde leeftijd in Limburg toen wat lager was dan

in de rest van Vlaanderen. Dat verschil werd vele jaren later bijgeboend."

Nochtans is jullie start in ZOL niet vanzelfsprekend geweest?

Dr. Luc Verresen: "We zijn ons zelf komen aanbieden in ZOL en zijn gestart met vele moeilijkheden omdat niet iedereen overtuigd was van de noodzaak van nierdialyse in Genk. De geschiedenis heeft intussen het omgekeerde bewezen. Onze patiëntenaantallen namen snel toe, tot we uitgroeiden tot één van de grootste diensten in België. Vele honderden patiënten kregen bij ons een kunstnierbehandeling of ondergingen een niertransplantatie. Er worden in Genk meer dan 275 patiënten met chronische hemodialyse behandeld,

wat het centrum tot een van de grootste in Vlaanderen heeft gemaakt."

Dr. Peter Leenaerts: "Dat we in 1992 onmiddellijk aan de slag konden, had te maken met een hiaat in de wetgeving toen. Leuke anekdote is dat ze hier in het ziekenhuis dachten dat wij enkel dialyse deden. Er werden daarom geen hospitalisatiebedden voor ons voorzien. We moesten er om gaan bedelen bij de collega's van Nucleaire Geneeskunde en mochten uiteindelijk twee van hun bedden gebruiken."

Jullie start heeft ook een grote impact gehad op andere diensten in ZOL?

Dr. Peter Leenaerts: "We hadden letterlijk een gat in een 'onderbehandelde'

2 het verpleegkundig team

De nieuwe dienst Hemodialyse startte 30 jaar geleden met vijf verpleegkundigen. Hilde Baeten en Diane Coppin waren er vanaf het begin bij.

Hilde Baeten: "Ik ben gestart op 1 oktober 1992. Ik kwam van Hasselt waar ik al 6,5 jaar ervaring had met nierdialyse. De vier andere collega's kwamen van verschillende afdelingen uit het ziekenhuis. Zij werden twee weken naar het Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis in Aalst gestuurd voor opleiding."

Herinneren jullie je nog de eerste dialyses?

Hilde Baeten: "In de voormiddag moesten we opbouwen en in namiddag was het patiënten aansluiten, met de dokters erbij. We voelden ons één grote familie. Wij wisten snel alles van de patiënten en zij van ons."

Diane Coppin: "We zaten met onze nieuwe dienst op A25, waar we een kamer hadden met 6 bedden en een verpleegpost. Het was best wel spannend om met iets helemaal nieuw te beginnen. Ik herinner me dat we in het begin niet genoeg uren maakten, we hadden immers maar vier patiënten. Ik ben daarom op Algemene Heelkunde, mijn vorige dienst, nog een paar weekends gaan bijwerken."

Wat waren de grootste uitdagingen in die tijd?

Hilde Baeten: "Voor ons de nieuwe verpleegkundigen opleiden naarmate het aantal patiënten steeg."

Wat zijn de grote verschillen met nu?

Hilde Baeten: "Toestellen en accessoires waren destijds nog niet zo gesofisticeerd, er waren toen vaker technische problemen tijdens de behandelingen. Natuurlijk is de dialyse ook de automatisatie gevolgd wat maakt dat we meer tijd besteden aan computerwerk en jammer genoeg iets minder tijd hebben voor de patiënt."

Diane Coppin: "Als er minder patiënten zijn, ken je hen beter en ben je meer eigen met hen. In de eerste jaren gingen we allemaal naar de begroeting of begrafenis van elke patiënt die stierf."

Hilde Baeten: "Reeds in het begin werd er een patiëntenvereniging opgestart: 'de Nierstichting'. We organiseren dag- en weekenduitstappen zoals vissen aan de forelvijver, kerstfeestje, kiennamiddagen enz..."

markt gevonden en hebben zo ook randvoorwaarden gecreëerd voor het groot worden van andere diensten in het ziekenhuis. Onze dienst is van cruciaal belang geweest voor de groei van ZOL. Uiteindelijk werkten we nauw samen met onder andere de Intensieve Diensten, met Cardiologie en Cardiochirurgie en met de dienst Thoracovasculaire Heelkunde. De samenwerking tussen ZOL en het huidige Noorderhart in Pelt werd in september 1999 een feit met de opening van een decentrale hub voor low-care dialyse."

Is er veel veranderd in de nierdialyse in de loop der jaren?

Dr. Luc Verresen: "De principes en technieken zijn in feite niet veel geëvolueerd. Ze zijn wel verfijnder en gesofisticeerder geworden. De grootste evolutie is de verandering van het profiel van de patiënt geweest. De patiënt is ouder geworden, meer zorgbehoevend en er is meer comorbiditeit. Chronische nierziekte is een beschavingsziekte geworden die door de obesitasepidemie, de grote aantallen (allochtone) patiënten met diabetes en de veroudering van de bevolking in de lift zit. Daarnaast is er de verhoogde levensduur van cardio-vasculaire patiënten, maar ook de vooruitgang van de geneeskunde waardoor patiënten ouder worden."



Zijn mensen nu meer gehaast als ze naar de dialyse komen?

Hilde Baeten: "Gehaast zijn is blijkbaar van allen tijden. Doordat we nu veel meer patiënten hebben dan vroeger is het logistiek wel een grote uitdaging om iedereen op het juiste moment in te plannen. We werken volgens schema's die aangepast zijn aan de organisatie van het taxivervoer. Vroeger konden patiënten allemaal met een eigen taxi komen maar sinds een aantal jaren worden ritten gebundeld en moeten ze met meerderen in een busje."

Is er op technisch-verpleegkundig vlak veel veranderd?

Diane Coppin: "We hebben steeds met dialysetoestellen van dezelfde firma

gewerkt. In de loop der jaren zijn deze altijd meer gebruiksvriendelijk geworden. Maar het aanpakken gebeurde vroeger op een andere manier."

Wat is er verbeterd?

Hilde Baeten: "In het begin moesten we de kunstnieren (filters) hergebruiken. Na de dialyse werden ze gespoeld, ontsmet, vacuüm getrokken en op naam van de patiënt weggezet. Per kunstnier was dit een tiental keren mogelijk. Dat deden de dokters zelf want het moest zeer precies gebeuren."

Diane Coppin: "Toen er meer patiënten kwamen, werd die procedure te omslachtig en mocht voor elke dialyse een nieuwe nier gebruikt worden. Die filters

waren intussen ook al veel goedkoper en gebruiksvriendelijker geworden."

Zijn er dingen van vroeger die jullie missen?

Hilde Baeten: "Als je in een kleine dienst werkt, is alles anders. De personeelsgroep is hechter en er is ook een directere band met de patiënten. Vandaag zijn we met een 70-tal verpleegkundigen en 270 patiënten. Dit maakt dat je iedereen niet meer zo goed kent."

Diane Coppin: "Maar de toename van het volume maakt natuurlijk ook meer variatie mogelijk. Het is plezierig om af en toe eens van zaal te kunnen wisselen."

3 Situatie vandaag



V.l.n.r. dr. Line Heylen, dr. Eline Macken, dr. Liesbet Hendrix, dr. Jacques Peeters, prof. dr. Ben Sprangers, dr. Christoph Metalidis, dr. Ann Van Mieghem

De dialyse-afdeling van ZOL groeide in de loop der jaren al snel uit tot één van de grootste van Vlaanderen. Dit is vandaag nog steeds zo. Het aantal patiënten in chronische hemodialyse schommelt altijd, maar de aantallen blijven sinds 2012 ongeveer constant (zie grafiek p19). De activiteit in de dialyseafdeling in het Noorderhart ziekenhuis van Pelt, een satellietafdeling van ZOL, is wel uitgebreid.

Ook onze avonddialyse in Genk kent vrij veel succes omdat dit de mogelijkheid biedt voor patiënten om overdag vrij te zijn en bijvoorbeeld nog professioneel actief te blijven. Daarnaast bieden we ook thuisbehandeling aan onder de vorm van thuis-hemodialyse of peritoneale dialyse. Hierbij neemt de patiënt thuis zelf zijn volledige behandeling in handen. Dit geeft veel flexibiliteit en autonomie, maar is voor de patiënt en zijn familie wel belastend. Het spreekt voor

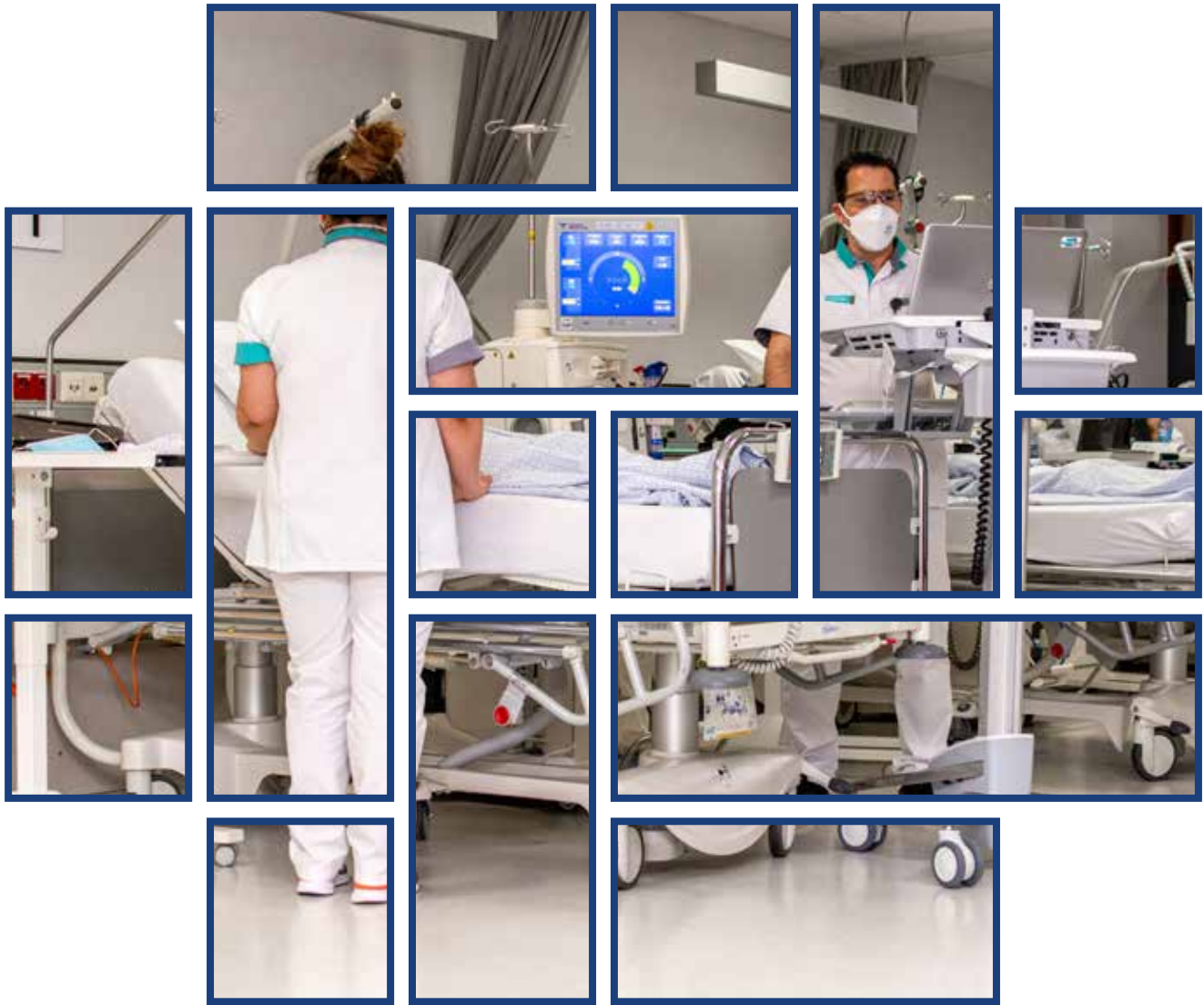
zich dat dit enkel mogelijk is voor zelfstandige en therapietrouwe patiënten die geen actieve medische problemen stellen en die het ook aandurven de behandeling volledig op zich te nemen.

De verschillende modaliteiten van nierfunctievervangende therapie die worden aangeboden, maken het voor de patiënt mogelijk om de dialyse zo goed mogelijk te laten aansluiten bij het persoonlijk en professioneel leven.

Het grote aantal dialysepatiënten vergt uiteraard een heel strikte organisatie. Op logistiek vlak komt er heel wat bij kijken. Dit is er door de covid- en andere isolaties niet eenvoudiger op geworden. De isolatiemaatregelen gelden immers niet alleen op de dialyse-afdeling zelf, er moet ook telkens aangepast taxivervoer van en naar het ziekenhuis geregeld worden om deze isolatie te kunnen handhaven. Gelukkig hebben

we een heel betrokken hoofdverpleegkundige die dagdagelijks in de weer is om alles te plannen. De hoofdverpleegkundige wordt bijgestaan door de sociaal assistenten, de logistieken en de secretariaatsmedewerkers.

Alle artsen proberen de patiënten heel stipt op te volgen. Zo toeren we alle high care-dialyse patiënten bij elke dialysesessie, ook op zaterdag of op een feestdag. Door deze zeer strikte klinische follow-up kunnen we heel snel inspelen op problemen. Wij werken als artsen onderling ook zeer nauw samen. Alle dialysepatiënten worden wekelijks op ons teamoverleg besproken, waarbij ook de diëtiste, sociaal assistenten en hoofdverpleegkundige aanwezig zijn. Dit vergt heel wat tijd en inspanning, maar zo is het hele team telkens volledig op de hoogte en kent elke arts alle patiënten goed.



De grote patiëntengroep vereist uiteraard erg veel verpleegkundig personeel. De laatste jaren lijkt het vinden van voldoende verpleegkundigen de uitdaging te zijn om alle patiënten vlot te kunnen dialyseren in de shift die zij verkiezen. Het is continu puzzelen.

Ook het aantal consultaties is over de voorbije jaren gestaag toegenomen. We merken dat er een heel grote vraag

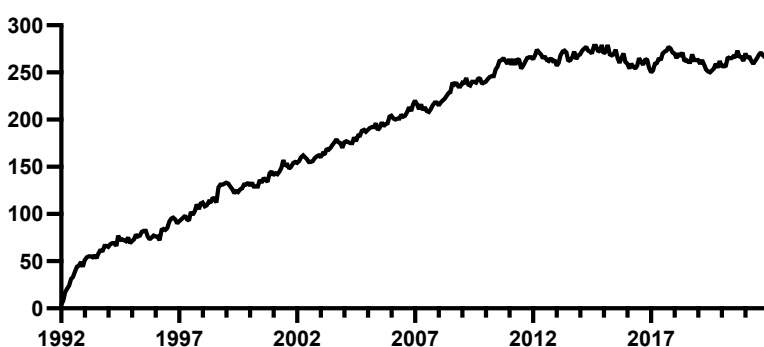
naar consultaties is en we proberen de wachttijd aanvaardbaar te houden. De veroudering van de bevolking in combinatie met het groeiende aantal patiënten met diabetes, obesitas en hypertensie is een mogelijke verklaring voor deze toename. Ook dankzij het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie, dat patiënten met nierfunctie onder de 45 ml/min includeert, worden patiënten aangespoord om in opvolging te

gaan bij een nierspecialist. Om tegemoet te komen aan de grotere vraag zijn er sinds enkele jaren tevens consultaties op campus Maas en Kempen in Maaseik. Dit vergroot de toegankelijkheid voor patiënten uit deze regio.

Gelet op deze groei en de wens om onze expertise te vergroten, heeft recent prof. dr. Ben Sprangers het artsenteam vervoegd. Hij was gedurende meer dan 10 jaren werkzaam in het UZ Leuven en is gespecialiseerd in actieve nierziekten (glomerulonefritis) en systeemziekten (zoals lupus of vasculitis) en niertransplantatie. Met deze recente uitbreiding vormen we een jong en dynamisch team van zeven nefrologen dat wil inzetten op kwalitatief hoogwaardige, patiëntvriendelijke en warme nefrologische zorg. ■

Dr. Eline Macken, Nefroloog

Aantal dialysepatiënten 1992-2022





“Een reconstructief plan wordt gemaakt op maat van de patiënt en is afhankelijk van de betrokken spiergroepen, de co-morbiditeiten en de te verwachten recuperatie van de zenuwfunctie.”

dr. Margot Den Hondt,
plastische heelkunde

Chirurgische reconstructie kan oplossing bieden bij blijvende aangezichtsverlamming

Als een (eenzijdige) aangezichtsverlamming lang aanhoudt of onomkeerbaar is, kan een chirurgische reconstructie oplossingen bieden. Veel mensen wachten te lang om naar een arts te gaan. Een tijdige diagnose is nochtans belangrijk om een effectieve behandeling in te stellen, zegt plastisch chirurg dr. Margot Den Hondt.

Wat is een aangezichtsverlamming?

Dr. Den Hondt: "Bij een aangezichtsverlamming hebben mensen last met alles wat afhankelijk is van de aangezichts-spieren: wenkbrauwen optrekken, ogen sluiten, lachen, praten, eten... Ze zien er ook heel asymmetrisch uit. Mensen schamen zich dan voor hun aangezicht maar er zijn ook functionele problemen: een oog dat niet sluit is niet beschermd, de mondhoek kan eten of speeksel lekken, ... Een aangezichtsverlamming kan daarom een belangrijke psychische en functionele impact hebben."

Wat is de oorzaak van een eenzijdige aangezichtsverlamming?

"De meest voorkomende oorzaak is 'Bell's palsy', een ziekte waarbij de aangezichts-zenuw plots niet meer werkt, en waarvan de oorzaak ongekend is. Ook een trauma (vb. een scheurwonde of schedelbreuk), een tumor of een virale infectie in de hoofd-halsregio kunnen een aangezichtsverlamming veroorzaken. De oorzaak kan tot slot ook congenitaal zijn."

"De aandoening wordt soms niet juist gediagnosticeerd. Zo had ik recent een patiënt met een aangezichtsverlamming op de raadpleging die verschillende facelifts had ondergaan met de bedoeling haar gezicht 'recht te trekken'. Maar je kan dit probleem niet oplossen door de huid te corrigeren."

Welke virussen of aandoeningen kunnen een aangezichtsverlamming veroorzaken?

"Ik denk hierbij aan herpesvirussen zoals Herpes, de ziekte van Lyme (een parasiet), HIV, het Epstein-Barr-virus... Het is de neuroloog die de diagnose stelt en de behandeling - vb. met corti-

coiden en antivirale middelen - opstart. Vaak verloopt dat goed - vooral als dit tijdig gebeurt - en verdwijnt de verlamming geheel of gedeeltelijk. Maar als dit niet het geval is, kan chirurgie een toegevoegde waarde bieden."

Wanneer wordt een aangezichtsverlamming chirurgisch behandeld?

"De behandeling gebeurt steeds multidisciplinair. Met de KNO-artsen bijvoorbeeld wanneer (een stuk van) de aangezichts-zenuw moet weggenomen worden bij oncologische chirurgie in de hoofd-halsregio. Of met de neurologen in geval van een virus of een andere aandoening waarbij medicatie zoals corticosteroiden niet (meer) aanslaat, of wanneer de verlamming niet vanzelf herstelt."

Wat kan reconstructieve chirurgie bieden bij deze aandoening?

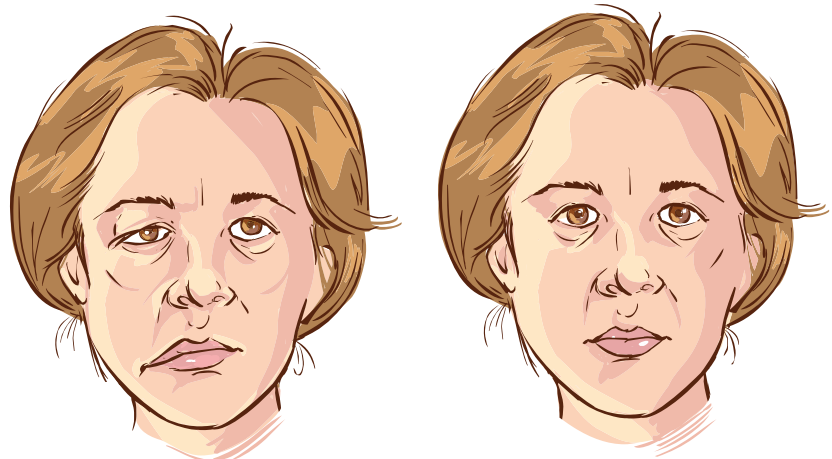
"Het plan voor een chirurgische reconstructie kan pas opgevat worden als de oorzaak van de verlamming gekend is. Een reconstructief plan wordt gemaakt op maat van de patiënt en is afhankelijk

van de betrokken spiergroepen, de co-morbiditeiten en de te verwachten recuperatie van de zenuwfunctie. Definitieve reconstructie-technieken zijn (initieel) geen goede keuze bij Bell's palsy, tenzij de verlamming al lang bestaat en onomkeerbaar is."

"De nervus facialis innerveert 23 gepaarde spieren en de mondkringspier (orbicularis oris). Achttien van deze spieren werken samen in een delicate balans en zorgen zo voor de gezichtsexpressie. Geen enkele reconstructieve techniek kan het complexe samenspel van alle kleine spiertjes herstellen. Hier moet je functioneel denken: met chirurgie kunnen we de lach opnieuw meer symmetrisch maken, het oog beschermen en de orale competentie verbeteren."

Wanneer is een reconstructie mogelijk?

"Als de nervus facialis anatomisch intact is, moet worden afgewogen wat de kans is op spontaan herstel versus het risico op een slechtere outcome bij een uitgestelde reconstructie. Dit





De sluiting van een oog kan hersteld worden door het verzwaren van het ooglid met een goudgewichtje.

is steeds een moeilijke balans. Bij een contusie of neurapraxie (kneuzing van een zenuw) bijvoorbeeld kan monitoring aangewezen zijn tot een jaar."

"Als de integriteit van de nervus facialis geschonden is, zoals na een trauma of een sectie, moet de reconstructie zo snel mogelijk uitgevoerd worden, en zeker binnen de maand. Tot 72 uur na een trauma kunnen de distale takken van de nervus facialis nog geïdentificeerd worden met behulp van zenuwstimulatie. 18 maanden na de zenuwbeschade is de atrofie van de aangezichtsspieren zodanig groot dat aangezichtsfuncties niet meer herwonnen kunnen worden. Dan is het noodzakelijk een gezonde, functionele spier van elders in te brengen."

Welke chirurgische mogelijkheden zijn er?

"Statische correcties zijn gericht op het verbeteren van de symmetrie van het gelaat, en het aanpakken van functionele problemen. Bijvoorbeeld door het verhogen van de positie van de laaghangende wenkbrauw of mondhoek. De sluiting van het oog kan hersteld worden door het verzwaren van het ooglid met een goudgewichtje. Het ophangen van de mondhoek met stevig bindweefsel van de dij (fascia lata) vermijdt dat speeksel uit de mond loopt en zorgt dat drinken beter lukt. Statische correcties zijn meestal relatief kleine ingrepen."

"Dynamische correcties zijn gericht op het herstel van de bewegingen in de getroffen helft van het gezicht. Dit vraagt vaak grotere ingrepen, waarvan

het effect meestal wat langer op zich laat wachten. Zo kunnen bijvoorbeeld van elders in het gelaat zenuwen en/of spieren worden verschoven om de positie van de mond en de sluiting van het oog te verbeteren. In sommige gevallen kan een gezonde, functionele spier van elders uit het lichaam worden aangesloten op de zenuwvoorziening van de gezonde zijde van het gezicht. Hierbij wordt de zenuw van de gezonde zijde van het gezicht verlengd en doorgetrokken voor herstel van de getroffen zijde. Als de aangezichtszenuw aan beide zijden niet meer werkt, kan een gezonde spier aangesloten worden op de kauwzenuw, die wel nog werkt."

"Zogenaamde synkinesieën (meebewegen) ontstaan wanneer aftakkingen van de aangezichtszenuw na een aangezichtsverlamming vergroeien

met een andere zenuwaftakking. Dit zorgt bijvoorbeeld voor knipogende bewegingen tijdens het eten. Synkinesieën kunnen symptomatisch behandeld worden met bijvoorbeeld botuline toxine injecties of chirurgie."

Is er een lange revalidatie na reconstructieve chirurgie?

Zeker na een grote operatie met zenuwherstel is het maanden wachten op een resultaat en is het belangrijk om kinesitherapie en/of logopedie te volgen. Zo moeten patiënten, wanneer er een aansluiting is op de kauwzenuw, letterlijk op hun tanden bijten om te kunnen lachen. In het begin voelt dit heel kunstmatig aan. Bij kinderen gaat dit vlotter omdat zij sneller nieuwe reflexen kunnen ontwikkelen. ■

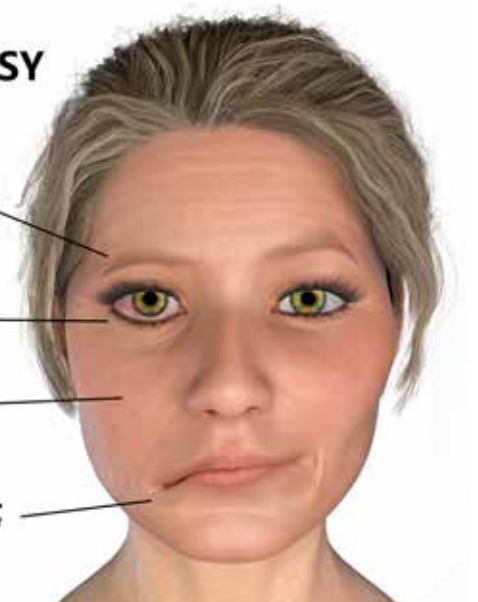
FACIAL NERVE PALSY

Inability to wrinkle brow

Drooping eyelid;
inability to close eye

Inability to puff cheek;
asymmetrical smile

Drooping corner of mouth;
dry mouth



HET HAVIKSOOG

In deze rubriek bespreken we een opmerkelijke wetenschappelijke publicatie van ZOL-medewerkers of -artsen.

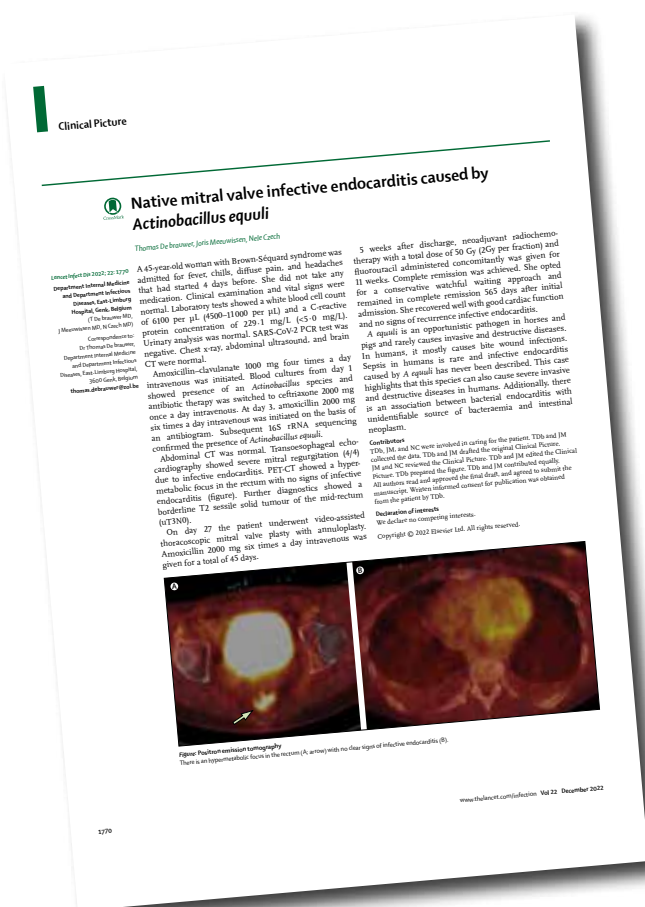
In het december-nummer van 'Lancet Infectious Diseases' verscheen er vanuit ZOL een publicatie waarin een eerste casus van een 'Native mitral valve infective endocarditis' veroorzaakt door *Actinobacillus equuli* werd beschreven. Het artikel werd geschreven door drs. Thomas De brauwer, Joris Meeuwissen en Nele Czech. Dr. De brauwer is urgentiearts in opleiding, drs. Meeuwissen en Czech zijn infectiologen/geriaters werkzaam binnen de dienst Algemeen Interne Geneeskunde, Infectieziekten en Geriatrie van ZOL, Genk.

A. equuli is een gramnegatieve, niet-beweeglijke staafbacterie uit de Pasteurellafamilie. De meeste van deze bacteriën leven als commensalen op slijmvliesoppervlakken van zoogdieren; bijvoorbeeld paarden of varkens en vooral in de bovenste luchtwegen. Het is een opportunistisch pathogeen en is zelden de oorzaak van invasieve en destructieve ziekten. In uitzonderlijke gevallen kan deze kiem een sepsis of een infectieuze endocarditis veroorzaken bij mensen.

De 45-jarige patiënte werd opgenomen naar aanleiding van koorts, rillingen, diffuse pijnklachten en hoofdpijn. Middels een echografie van het hart werd een native mitraalklependocarditis vastgesteld. Hemoculturen bleken positief voor *A. equuli*. Er werd behandeld met gerichte antibiotica. Er diende eveneens een heelkundige interventie van de mitralisklep te gebeuren. Verder onderzoek toonde ook een coloncarcinoom aan waarvoor de patiënte met radiochemotherapie werd behandeld. Zij was in volledige remissie 565 dagen na de initiële opname.

Lancet Infectious Diseases heeft een impact-factor van 24.4 en is het belangrijkste internationale wetenschappelijk tijdschrift op het gebied van infectieziekten. ■

prof. dr. Willem Ombelet,
lid redactieadviesraad Zolarium



Referentie:

De brauwer T, Meeuwissen J, Czech N. Native mitral valve infective endocarditis caused by *Actinobacillus equuli*. Lancet Infect Dis. 2022 Dec;22(12):1770.

Distale bicepspeesletsels: nieuwe inzichten in diagnose en behandeling

De distale bicepspees is de verbinding van de bicepspier met een van de botten van de onderarm. Er kunnen verschillende letsels optreden in deze structuur, maar volledige distale bicepspeesrupturen komen het meeste voor. Hierbij scheurt de pees volledig van het bot af.

Volledige distale bicepspeesrupturen treden op in 2,55 per 100.000 gevallen. De overgrote meerderheid komt voor bij mannen tussen de 40 en 60 jaar oud. Het meest beschreven mechanisme is een overmatige samentrekking van de biceps met de elleboog in een gestrekte en gesupineerde (= met de palm omhoog) positie.



Naast volledige scheuren kunnen gedeeltelijke scheuren, peesontstekingen en ontsteking van het omliggende weefsel optreden. De exacte incidentie van deze letsels is onbekend. Het klinisch onderzoek van volledige scheuren is relatief duidelijk en er zijn veel klinische tests beschreven. De diagnose van gedeeltelijke bicepspeesletsels

daarentegen is moeilijker. De symptomen zijn vaag en er zijn nauwelijks nauwkeurige testen terug te vinden.

Diagnose

In dit doctoraat stelde dr. Caekebeke een nieuwe klinische test voor om deze letsels op te sporen: de distale biceps provocatietest. De BPT is een tweedelige test. De patiënt staat, met de elleboog ondersteund door de onderzoeker en zeventig graden gebogen. De handen van de onderzoeker worden op de onderarm van de patiënt geplaatst en de patiënt wordt gevraagd de elleboog tegen weerstand in te buigen met de gesupineerde onderarm (BPTs). Er wordt voor gezorgd dat de handen niet op de hand of pols worden geplaatst, aangezien tegengestelde polsflexie pijn kan veroorzaken bij andere elleboogpathologieën (Afbeelding 1a). De onderarm wordt vervolgens geprooneerd en de test wordt herhaald (BPTp) (Afbeelding 1b). De pijn wordt voor beide houdingen gedocumenteerd. De test is positief wanneer de patiënt een toename van pijn aangeeft bij BPTp in vergelijking met BPTs. Patiënten geven meestal ook een afname van kracht aan door pijnremming.

De distale biceps provocatietest is eenvoudig uit te voeren in de dagelijkse praktijk en blijkt zeer nauwkeurig te zijn. Deze klinische test werd vergeleken met andere, recent beschreven, diagnostische testen. De distale biceps provocatietest leverde de hoogste nauwkeurigheid op.

Bij klinische verdenking op een gedeeltelijk, distaal bicepsletsel wordt vaak ook een MRI geadviseerd. Omdat een standaard MRI minder accuraat is om deze letsels te detecteren werd voor dit doctoraat een andere patiëntpositie in de MRI gehanteerd, nl. de zogenaamde flexie-abductie-supinatieveergave. Deze geeft een beter zicht op de distale bicepspees en mogelijke letsels ervan.

Uit de evaluatie van deze techniek blijkt dat deze MRI-positie een vergelijkbare nauwkeurigheid heeft als een standaard MRI om gedeeltelijke bicepspeesblessures te detecteren, maar wel een hogere nauwkeurigheid bij het bepalen van de grootte van het letsel. Deze techniek wordt daarom aanbevolen bij het vermoeden van een gedeeltelijke scheur.

Therapie

Omdat, door de positie van de bicepspees over het bot, een gedeeltelijke scheur soms niet zichtbaar is bij een open chirurgische techniek, werd er een endoscopische techniek ontwikkeld. Bij de evaluatie werd vastgesteld dat deze endoscopische techniek even veilig is als de eerder gebruikte open techniek. Maar een bijkomend voordeel is dat de pees kan worden geïnspecteerd zonder deze van het bot los te maken.

Bij een volledige scheur van de distale bicepspees zijn verschillende chirurgische technieken beschreven om de pees weer aan het bot te bevestigen. Een van de belangrijke succesfacto-



“

“Volledige distale bicepspeesrupturen treden op in 2,55 per 100.000 gevallen.”

dr. Pieter Caekebeke,
orthopedisch chirurg

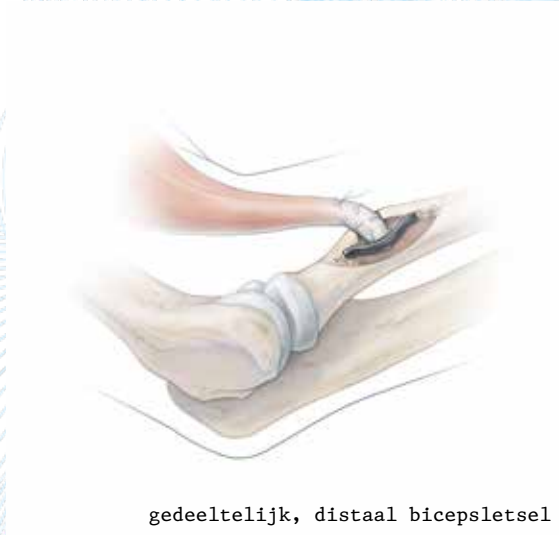
ren is de onmiddellijke sterkte van de fixatie van de pees op het bot. Een van de meest gebruikte technieken is de fixatie van de pees aan een metalen plaat die aan de andere kant van het bot haakt. Bij deze techniek wordt een boorgat gemaakt waar de chirurg de pees wil laten hechten. Een van de risico's hierbij is een beschadiging van een zenuw die dicht bij de plaats van de fixatie loopt. Bij schade aan deze zenuw kan de patiënt zijn pols en vingers niet meer strekken: de zogenaamde droophand. Dit is catastrofaal.

In dit doctoraat werd een nieuwe methode voor fixatie voorgesteld. Deze methode, die in wezen een metalen plaat in een licht gebogen vorm is, zorgt ervoor dat de pees stevig in het bot wordt gefixeerd zonder enig risico voor de bovengenoemde zenuw. Biomechanische evaluatie van deze fixatiemethode en de nieuwe operatietechniek toonde aan dat de nieuwe methode net zo sterk is als de standaard metalen plaat.

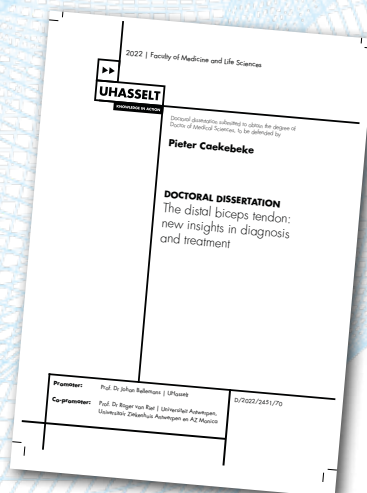
Vervolgens werden in totaal 21 operaties uitgevoerd via deze nieuwe techniek, met de nieuwe fixatiemethode. De resultaten waren uitstekend voor alle patiënten. De kracht bij het afronden van de opvolging was vergelijkbaar met de niet-gewonde kant. ■



volledige distale
bicepspeesruptuur



gedeeltelijk, distaal bicepsletsel



Dr. Pieter Caekebeke promoveerde op 30 november 2022 aan de Universiteit Hasselt met zijn doctoraat 'The distal biceps tendon: new insights in diagnosis and treatment.'

Promotor: prof. dr. Johan Bellemans (UHasselt)
Co-Promotor: prof. dr. Roger Van Riet (UAntwerpen)

De metabole handtekening van niet-kleincellige longkanker ontrafelen: de kracht van NMR-spectroscopie in klinische metabolomics

Jaarlijks krijgen zo'n 8.000 mensen in België longkanker. Die mensen krijgen allemaal dezelfde diagnose, maar toch reageert hun lichaam anders op de ziekte. Die verschillen kan je zien in hun bloed. Dr. Elien Derveaux gaat na of we op basis van die verschillen kunnen voorspellen welke behandeling het meest geschikt is voor een bepaalde patiënt.

Minimaal-invasieve screeningstools die vroegtijdige detectie van de kanker en het monitoren van de patiënt tijdens de behandeling kunnen bevorderen, zijn van cruciaal belang om de prognose van longkankerpatiënten te verbeteren. Biomerkers of meetbare indicatoren uit bloedplasma kunnen helpen om klinische beslissingen in het kader van vroege diagnostiek, voorspelling van herstel en prognose, te ondersteunen. Dergelijke biomerkers kunnen opgespoord worden in het veranderende kankermetabolisme: het gewijzigde stofwisselingsprofiel van kanker.

Gebruik makend van metabolomics technieken en nucleaire magnetische resonantie (NMR) spectroscopie kunnen de veranderde concentraties van metabolieten simultaan geanalyseerd worden, en vormen ze samen een metabole vingerafdruk, een zogenaamd metabool profiel. Dit persoonlijk metabool profiel geeft de metabole status van een individu weer op een bepaald specifiek moment.

Een eerste belangrijke mijlpaal in dit project is de ontwikkeling en validatie van een nieuwe methodologie die in één enkele meting de totale plasmaconcentraties van 62 metabolieten kan detecteren met NMR-spectroscopie. Het metabool profiel van een patiënt wordt op deze manier snel en zeer accuraat bepaald.

Daarnaast werden in dit doctoraatsproject 160 patiënten met een diagnose van vroegtijdige, niet-kleincellige longkanker (NSCLC) geïnccludeerd



V.l.n.r. prof. dr. Peter Adriaensens, prof. dr. Karolien Vanhove, dr. Elien Derveaux, prof. dr. Michiel Thomeer, dr. Maarten Criel, prof. dr. Liesbet Mesotten

in een longitudinale klinische studie (NCT03736993). Deze patiënten doeneerden meerdere bloedstalen zowel voor als na hun operatie gedurende één jaar lang. Vervolgens werden al deze bloedstalen geanalyseerd met de innovatieve meetmethode gebaseerd op NMR-spectroscopie.

De resultaten zorgen voor een wetenschappelijke doorbraak in dit doctoraatsproject: er wordt voor de eerste keer aangetoond dat er een significant verschil is in het metabool profiel van een NSCLC-patiënt voor en na de volledige chirurgische verwijdering van de longtumor. Dit betekent dat de detectie van een metabole shift in het bloedplasma van de patiënt na de operatie een indicatie is voor een goede prognose, en dus de afwezigheid van ziekteherstel aantoont. Het feit dat een metabole 'kanker-versus-gezond'-shift kan worden waargenomen in het bloedplasma ondersteunt de hypothese dat het persoonlijk plasma metabool profiel kan dienen als een minimaal-invasief monitoring-instrument tijdens de opvolging van de behandeling van longkanker patiënten. ■



Op 20 mei 2022 promoveerde dr. Elien Derveaux aan de Universiteit Hasselt met haar doctoraat 'Targeting the metabolite fingerprint of non-small cell lung cancer: the power of NMR spectroscopy in clinical metabolomics'

Promotoren: prof. dr. Michiel Thomeer (ZOL Pneumologie, UHasselt), prof. dr. Liesbet Mesotten (ZOL Nucleaire Geneeskunde, UHasselt) en prof. dr. Peter Adriaensens (UHasselt).

Dit PhD werd gesponsord door Kom op tegen Kanker.

Kom op tegen Kanker

future health
by ZOL GENIA

Een totale heupprothese in daghospitaalsetting?

Omwille van het toenemende tekort aan verpleegkundigen kondigde minister van Volksgezondheid Frank Vandenbroucke aan dat heel wat chirurgische ingrepen, waaronder totale knie- en heupprothesen, voortaan in daghospitaalsetting kunnen worden uitgevoerd. De artsen van de Hip Unit van ZOL, hebben de voorbije jaren al sterk geïnvesteerd om dit op een wetenschappelijk verantwoorde manier mogelijk te maken. Als resultaat hiervan konden in het afgelopen jaar in ZOL al 40% van de patiënten binnen de 24 uur terug naar huis. De Hip Unit is nu dan ook klaar om THP-patiënten in daghospitaalsetting veilig te behandelen.

"Om mogelijk te maken dat patiënten na een THP binnen de 24 uur al naar huis kunnen, zijn verschillende parameters belangrijk: de chirurgische techniek, de anesthesie en de omkadering", aldus prof. dr. Kristoff Corten.

Spiersparende operatietechniek

Jaarlijks worden in ZOL meer dan 1.500 totale heupprothesen op een volledig spiersparende manier uitgevoerd. "Door het introduceren van de spiersparende operatietechnieken met het gebruik van spiervriendelijke operatie-instrumenten, kon het chirurgisch trauma enorm worden gereduceerd waardoor de revalidatie van de patiënt veel korter wordt", aldus prof. dr. Corten.

Loco-regionale anesthesie

Het gebruik van optimale en kortwerkende loco-regionale anesthesie technieken, maakt het mogelijk dat patiënten niet langer in slaap gedaan moeten worden, en reeds na 2 uur opnieuw kunnen wandelen. Patiënten zijn in de ontwaakzaal reeds in staat om meteen te stappen.

Vorbereiding en omkadering

Ook de voorbereiding en omkadering van de patiënt zijn cruciaal. De familie, de kinesist en de huisarts moeten ter beschikking zijn om de patiënt op te vangen. Tevens moet de patiënt ten allen tijde kunnen terugvallen op een professioneel team dat 24/7 ter beschikking staat en bij eventuele problemen geruststelling en advies kan bieden. Dit professioneel team is

beschikbaar via een digitale applicatie, de HipCloud, die werd ontwikkeld om dit mogelijk te maken. Via deze applicatie kunnen de patiënt, de kinesist en de thuisverpleegkundige communiceren met de Hip Coach en de zorgcoördinator, die nauw samenwerken met prof. dr. Corten. De Hip Coach en de zorgcoördinator bereiden de patiënt en de familie vanaf 3 weken voor de ingreep intensief voor, samen met de plaatselijke kinesist.

Het onderzoeksteam van prof. dr. Corten heeft de voorbije 3 jaar strikte selectiecriteria voor deze aanpak vastgelegd, want niet elke patiënt kan in daghospitaalsetting worden geopereerd.

Prof. dr. Corten: "Dankzij deze aanpak zijn in het ZOL meer dan 600 patiënten in het afgelopen jaar binnen de 24 uur naar huis kunnen gaan. Dit is veilig en betrouwbaar gebleken en heeft het in ZOL mogelijk gemaakt om zelfs tijdens de moeilijke Covid-19-pandemie de zorg te kunnen blijven aanbieden met een minimaal verblijf in het ziekenhuis. De dienst Orthopedie is dan ook zeer verheugd dat nu meer ingrepen in daghospitaal kunnen worden behandeld, omdat dit enorm bijdraagt tot het optimaliseren en aanbieden van behandelingen aan patiënten die in principe geen langdurige opname nodig hebben." ■



Hot Axios-stent geplaatst bij patiënt met pancreasontsteking



Dr. Mathieu Struyve, Eleftheria Labouras (extern), Marisa Melis, Laura Soaress, prof. dr. Philip Caenepeel, dr Christophe Severi.

Maag-, darm-, en leverspecialist dr. Mathieu Struyve heeft zopas als eerste in Limburg een Hot Axios-stent geplaatst bij een patiënt met een ontsteking van de pancreas. Dit is een procedure waarbij een stent wordt geplaatst tussen de pancreas en de maag en er een drainage gebeurt van de pancreaspseudocyste met behulp van een endoscoop vanuit de maag. Dit is een volwaardig en veilig alternatief voor een heelkundige ingreep en een enorme vooruitgang in de minimaal invasieve behandeling van gecompliceerde pancreasontstekingen.

Aandoeningen aan de pancreas gaan vaak gepaard met de vorming van afgekapselde collecties van vocht, etter, ontstekingsweefsel of necrose waardoor de patiënt ernstig en langdurig ziek kan zijn. Uitgebreide chirurgie of invaliderende en langdurige percutane drainages waren tot voor kort de enige manier om deze complexe problematiek te behandelen.

Een interne (echo-) endoscopische, transmurale drainage is een minimaal invasief, veilig en doeltreffend alternatief voor de behandeling van (peri-) pancreatische vochtcollecties en necrose.

Hierbij wordt op een endoscopische manier in het lichaam een verbinding gemaakt tussen de pancreascollectie en de maag door middel van één metalen stent (LAMS, 'lumen-apposing metalen stent') of meerdere plastieken stents ('double pigtail' stents) of een combinatie van beide.

In ZOL wordt steeds multidisciplinair overlegd wat de meest doeltreffende, veilige en patiëntvriendelijke manier is om dergelijke complexe pathologie te behandelen. ■



"Een interne (echo-)endoscopische, transmurale drainage is een minimaal invasief, veilig en doeltreffend alternatief voor de behandeling van (peri-) pancreatische vochtcollecties en necrose."

dr. Mathieu Struyve,
gastro-enteroloog



PODCAST

OBESITAS

Een totaalaanpak in ZOL

V.l.n.r. dr. Yves Kockaerts, Leen Van Lierop, Sophie Breemans, dr. Wim Bouckaert, Filique Martens, Maude Guypen, Lien Simons, Mirte Stifter, Ellen Meers, Emilie Santermans, Celina Vandebroek, Sofie Gielen, Raoul Grothauzen



In het Obesitascentrum van ZOL kunnen patiënten terecht voor een multidisciplinaire aanpak van hun overgewicht. Er wordt zowel een conservatieve als een chirurgisch traject aangeboden. Door de intensieve samenwerking tussen de verschillende disciplines kan optimale medische zorg en begeleiding aangeboden worden.

Het multidisciplinair obesitas-team bestaat uit obesitaschirurgen, endocrinologen, psychologen, diëtisten, verpleegkundigen en kinesiologen. Soms worden ook een cardioloog en/of een longarts om advies gevraagd. In nauw overleg met de huisarts, wordt een persoonlijk behandelplan op maat van de patiënt opgesteld dat de patiënt helpt te evolueren naar een gezonde levensstijl en de gezondheid te verbeteren op lange termijn.

In de podcast wordt iedere schakel in het behandeltraject toegelicht vanuit verschillende invalshoeken. Zo krijgen patiënten een inzicht in de mogelijkheden die ZOL biedt om het overgewicht adequaat aan te pakken.

Volgende sprekers komen aan bod: Huisarts dr. Grouwels, coördinator Leen van Lierop, endocrinoloog dr. Kockaerts, diëtist Filique Martens, psycholoog Raoul Grothauzen, kinesioloog Sofie Maes, chirurg dr. Bouckaert, diëtist Sophie Breemans, verpleegkundige OK Bianca Knaepen, verpleegkundige afdeling Diandra De Hondt, ziekenhuisapotheker Lore Switten, anesthesist dr. Astrid Van Lantschoot ■

De podcast is beschikbaar via www.zol.be/obesitascentrum/podcast



meer info?



CLASSICA



v.l.n.r.: Inge Thijs, Frauke Somers, Marga Bogaert en prof. dr. Joep Knol

Dienst Abdominale Heelkunde neemt deel aan Europese top-trial CLASSICA met betrekking tot gebruik van AI tijdens oncologische chirurgie

De dienst Abdominale Heelkunde van ZOL is geselecteerd als partner van het prestigieuze Classica-project met betrekking tot onderzoek rond het gebruik van Artificiële Intelligentie (AI) voor de classificatie van kankers tijdens een operatie. Er zijn vijf grote colorectale centra in Europa geselecteerd om aan dit onderzoek deel te nemen. Prof. dr. Joep Knol is de onderzoeksleider voor ZOL.

AI kan nieuwe mogelijkheden geven bij wetenschappelijk onderzoek of optimalisatie van medische behandelingen. Via het CLASSICA-project zal hier verder onderzoek naar gebeuren.

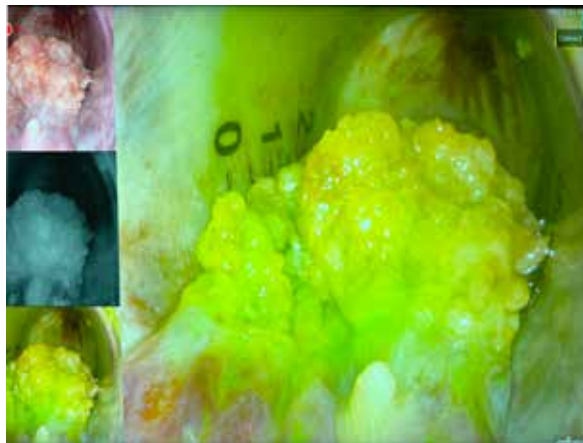
CLASSICA is een project gesteund door de Europese Unie dat onderzoekt hoe we kankers kunnen classificeren tijdens een operatie. Met behulp van AI wordt gezocht naar een manier om intraoperatief het verschil te kunnen maken tussen goed- en kwaadaardige cellen. Omdat de doorbloeding van tumorcellen verschillend is, kan met behulp van fluorescentie en AI een verschil worden gemaakt tussen weefsels.

Voor de CLASSICA-studie zijn vijf grote colorectale centra in Europa geselecteerd om aan dit onderzoek deel te nemen. Met behulp van een financiële steun van bijna 6 miljoen Euro vanuit de Europese Unie kunnen de vijf centra speciaal materiaal aankopen, AI-technologie gebruiken, een gezamenlijke database bijhouden en andere chirurgische teams in de toekomst opleiden. De studie zal in eerste fase 48 maanden lopen; nadien zullen vervolgstudies volgen.

De 5 Europese centra die meedoen aan het CLASSICA-project zijn:

- Amsterdam UMC (Nederland)
- KH Barmherzige Brüder Graz (Oostenrijk)
- Universiteit van Turijn (Italië)
- University College Dublin (Ierland)
- ZOL Genk (België)

Prof. dr. Joep Knol is de onderzoeksleider voor ZOL. Hij is kliniekhoofd in ZOL



Classica onderzoekt of fluorescentie en AI een verschil kunnen maken bij colorectale chirurgie.

voor colorectale chirurgie en al jaren betrokken bij meerdere wetenschappelijke projecten.

"Met behulp van deze technologie denken we weefsel beter te classificeren, waardoor we hopelijk in de toekomst een nog meer gerichte behandeling aan onze patiënten met colorectale kanker kunnen aanbieden. Als je nauwkeuriger weet waar de kwaadaardige cellen eindigen en de goedaardige of normale cellen beginnen, kan gezond weefsel worden gespaard. Het is vrij uniek om voor een Europees Horizon-project te worden gevraagd, dus daar doen we graag aan mee."

"We onderzoeken het gebruik van AI naast de klassieke behandeling die we blijven uitvoeren. De terugkoppeling met de pathologie-uitslag moet leren of dat in de toekomst anders en vooral minder uitgebreid kan. Het project kadert volledig in het opzet van LEDOC (Limburgs Expertisecentrum voor Digestieve en Oncologische Chirurgie), dat we enkele

jaren geleden hebben opgericht om de expertise per subdiscipline van de abdominale chirurgie te bundelen."

Marga Bogaert is coördinator voor colorectale chirurgie en is voor het CLASSICA-project verantwoordelijk voor de intake van patiënten en voor data-registratie.

Omwille van de grootte van het project en omwille van de financiering via het Horizon Europe-programma wordt dit mee gecoördineerd door Frauke Somers en Inge Thijs van Future Health. Voor ZOL is dit het eerste Horizon Europe-project. Naast de erkenning voor prof. dr. Knol en de dienst Abdominale Heelkunde, zet dit project ook ZOL nog sterker op de kaart als innovatief ziekenhuis. ■

Meer informatie:
<https://classicaproject.eu>

Aankondiging



DR. IVETTE ESSERS

Reumatologie

Dr. Ivette Essers behaalde haar diploma geneeskunde in 2012 aan de Universiteit van Maastricht. Haar specialistenopleiding reumatologie volgde ze in Maastricht Universitair Medisch Centrum en Zuyderland onder leiding van prof. dr. Boonen, dr. D. Vosse en dr. S. Gorter. Aanvullend volgde nog een verdiepingstage kinder-reumatologie.

In 2016 promoveerde dr. Essers met het proefschrift 'Assessing and understanding outcome in spondyloarthritis'.

In ZOL is dr. Essers actief op de dienst Reumatologie. Ze heeft naast algemene reumatologie als speciale aandachtsgebieden kinderreumatologie en spondyloarthropathie.



DR. GRIET PARMENTIER

Mond-, Kaak- en Aangezichtsheelkunde

Dr. Griet Parmentier behaalde haar diploma tandheelkunde in 2011 aan de UGent. Haar specialistenopleiding MKA volgde ze in Noorderhart, ZOL en UZ Leuven. Deze studies combineerde ze met een deeltijdse activiteit als tandarts.

In het Royal Free Hospital/Barnet Hospital/Chase Farm Hospital en The London Clinic/The Platinum Medical Centre werkte dr. Parmentier een jaar als fellow. Daar legde ze zich toe op kaakgewrichtschirurgie, de chirurgische behandeling van huidtumoren en maxillofaciale heelkunde.

In ZOL is dr. Parmentier actief op de dienst MKA in ZOL Genk en ZOL Maas en Kempen. Ze heeft naast algemene mond-, kaak- en aangezichts chirurgie als speciale aandachtsgebieden kaakgewrichtschirurgie en dermatochirurgie.

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. FRANS-JOZEF VANDEPUTTE

Orthopedie

Dr. Vandeputte behaalde zijn diploma geneeskunde aan de KU Leuven in 2015. Zijn specialistenopleiding orthopedie volgde hij in UZ Leuven onder leiding van prof. dr. Moke.

In ZOL is dr. Vandeputte actief op de dienst Orthopedie in ZOL Genk en ZOL Maas en Kempen. Hij zal zich toeleggen op heupchirurgie, heupartroscopie, bekkentrauma en pediatrie heuppathologie.



DR. DIRK VAN MOORSEL

Endocrinologie

Dr. Dirk van Moorsel behaalde zijn diploma geneeskunde in 2011 aan de Universiteit Maastricht. Zijn specialistenopleiding volgde hij in Maastricht Universitair Medisch Centrum onder leiding van prof. dr. R.P. Koopmans (inwendige geneeskunde) en dr. B. Havekes (endocrinologie).

In 2017 promoveerde dr. van Moorsel met het proefschrift 'Insulin sensitivity, energy metabolism and cardiovascular risk: effects of the Bcl1 glucocorticoid receptor polymorphism and the biological dock'.

Dr. van Moorsel is actief op de dienst Endocrinologie in ZOL Maas en Kempen.

Download de nieuwe ZOLapp

De nieuwe ZOL-app 2.0 heeft 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



Save the dates

WETENSCHAPPELIJKE RAAD
PROGRAMMA
2022 23

Meer info: 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 in de rubriek 'professionals/wetenschappelijke raad'.

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:** dr. Eline Macken, dr. Elien Derveaux, dr. Pieter Caekebeke, dr. Mathieu Struyve, dr. Kristoff Corten, dr. Joep Knol ■ **Redactieadviesraad:** dr. Marc Daenen, dr. Eline Macken, prof. dr. prof. dr. Willem Ombelet, dr. Griet Vander Velpen, dr. Pieter Jan Van Asbroeck ■ **Foto's:** Boumediene Belbachir, Marco Mertens, Tony Van Galen, Karel Hemerijckx, Michiel Malchair, Micha Vandormael, ZOL ■ **Lay-out:** Lien Vuylsteke, dienst Communicatie ■ **Redactie:** Synaps Park 1, B, 3600 Genk - Belgium ■ T +32 (0)89 32 17 62 ■ zolarium@zol.be ■ www.zol.be ■ Niets uit deze uitgave mag overgenomen of vee­voudigd worden zonder schriftelijke toelating van de uitgever. ■ Jaargang 20 nr. 86 • januari • februari • maart • 2023

Partners in zorg

Daniel Dziezgowski
en Hilde Baeten
(verpleegkundige)



"Mevrouw Daniel Dziezgowski (76) uit Maasmechelen komt al bijna 22 jaar, 3 keer per week, naar ZOL voor hemodialyse. "Ik wist in het begin niet wat hemodialyse was, niemand in mijn familie had hier ooit mee te maken gehad. Ik dacht dat het voor even was maar toen moest ik blijven komen."

"Ik heb me dan maar op de lijst laten zetten voor een niertransplantatie. Maar omdat ik last had van steeds terugkomende infecties en omwille van mijn zeldzame bloedgroep ben ik hier enkele jaren later op teruggekomen. Het risico was te groot."

"In het begin was het zwaar. Na een dialyse had ik altijd last van misselijkheid, pijn en krampen. Ik hield mij nochtans aan het strenge dieet. Dan ben ik zelf wat gaan experimenteren en nu weet ik perfect met welke voeding ik me goed voel."

"Ik heb altijd geluk gehad. Mijn man heeft me 20 jaar lang zelf naar de dialyse kunnen brengen. Nu rijd ik mee met een taxi, samen met drie anderen. Maar ik klaag niet: we hebben veel plezier met elkaar en ik ben ook altijd snel weer thuis."

"Tijdens de dialyse zit ik in een zetel - een bed wil ik niet - met een boek of

een kruiswoordraadsel. In het begin kende ik alle verpleegkundigen bij naam, maar intussen is de groep zo groot geworden dat ik me soms vergis. En ik ken natuurlijk ook de andere patiënten. We zijn één grote familie. Ik heb met niemand ooit een woord gehad." "Als ik thuis ben, kook ik graag. Ik heb veel hulp van mijn man. Het huishouden doen we samen. We zorgen voor elkaar en voor onze minder-valide dochter. Alleen om te poetsen krijgen we hulp. Met mijn stijve vingers kan ik dat niet meer zelf. En als het lukt, ga ik kienen, vroeger zelfs elke week."

"Het is prima zo, hopelijk kunnen mijn man en ik samen nog lang zo verder." ■