

TIJDSCHRIFT VAN DE WETENSCHAPPELIJKE RAAD

bpost
PB-PP |

BELGIË(N) - BELGIQUE

ZOLarium

Jaargang 22 nr. 91 • april - mei - juni 2024

ZOL FOOD SERVICES WIL MAALTIJDERVERING
VAN PATIËNT VERBETEREN

ZORGCENTRUM NA SEKSUEEL GEWELD
BESTAAT ÉÉN JAAR

GOEDE CIJFERS VOOR DE BEHANDELING
VAN HERSENTUMOREN

ZOL ERKEND ALS
OBESITASCENTRUM VOOR KINDEREN

**ZOL ZIT IN JE.
EN DAT UIT ZICH.**



ZIEHIER ONZE NIEUWE WERVINGSCAMPAGNE

Zoals u misschien al zag in het straatbeeld of online, ZOL pakt uit met een gloednieuwe wervingscampagne.

Met de slogan 'ZOL zit in je. En dat uit zich', zetten we het ZOL-DNA in de kijker. Met deze campagne willen we tonen wie we zijn, en waar we voor staan. Niet alleen als organisatie, maar ook met de gezichten voor en achter de schermen. Daarom hebben eigen medewerkers – van artsen en verpleegkundigen tot keuken- en HR-medewerkers – ons moedig een persoonlijk verhaal verteld en willen ze dit delen met anderen.

Werken in ZOL is niet zomaar een job. Het vormt een deel van iemands persoon. Dat werkt in twee richtingen: de creatieve, sportieve of sociale vaardigheden die mensen in hun vrije tijd bijschaven, zijn van onschatbare waarde op de werkvloer. Maar ook andersom.

Je hoeft geen rol te spelen op je werk, je mag gewoon zijn wie je bent.

Vandaar: ZOL zit in je. En dat uit zich.

"Ik werk al sinds 2008 bij ZOL als gynaecoloog met een specialisatie in (hoog risico) verloskunde en prenatale echografie. In die job mag ik van heel dichtbij een van de mooiste dingen in het leven ervaren: de geboorte van een kind. Het blijft elke keer een magisch moment, hoe vaak je het ook doet. Voor mij is de job de perfecte match: ik kan er mijn empathie in kwijt, kan rustig blijven, help graag mensen vooruit en wil kwalitatieve zorg afleveren. Omdat ik ook geconfronteerd word met moeilijke – en vaak levensbepalende – beslissingen, moet ik mentaal enorm sterk staan. Gelukkig kan ik goed relativeren en blijf ik gedreven om onze zorg elke dag een stukje beter te maken."

"ZOL is een fantastische werkgever om voor te werken. Ik draag mijn badge dan ook fier. Hoewel we een groot ziekenhuis zijn, blijft de familiale sfeer onder collega's en patiënten overeind. De samenwerking binnen onze dienst is werkelijk inspirerend: van artsen en vroedvrouwen tot sociaal werkers en poetshulpen... Ik ben echt trots op ons 'huis'. We liggen ook pal in het groen en staan bekend als innovatief ziekenhuis. Ik neem zelf ook vaak deel aan nieuwe initiatieven om onze zorg zo kwalitatief mogelijk te maken. ZOL stimuleert en faciliteert die innovatieve groei graag."

dr. Tinne Mesens,
gynaecoloog ZOL

Onze ZOLLers vertolken de hoofdrollen in de nieuwe campagne. Met als bijzonderheid dat ze niet in hun werkomgeving geportretteerd werden maar wel tijdens het uitoefenen van hun passie. De kwinkslag en het vleugje humor in ieder beeld verwijst naar hun job in het ziekenhuis en geeft de campagne een originele en leuke extra dimensie. Het hartvormige logo staat dan weer voor de toewijding en empathie die elke ZOL-medewerker voor de job en het ziekenhuis voelt. En voor de verbondenheid die inherent is aan werken in de zorgsector. In ZOL heeft elke functie een hart voor mensen.

De verhalen van de medewerkers in de campagne zijn stuk voor stuk unieke verhalen. Van echte mensen die een mooie carrière maken binnen ZOL. Het doel van de campagne? De ruimte voor ieders talenten in de verf zetten, samen met het groeipotentieel in ons ziekenhuis. Met de juiste begeleiding van het ZOL Talent Center positioneren we ons als een werkplek waar persoonlijke groei en professionele ontwikkeling hoog op de agenda staan. Bij een nieuwe campagne hoort ook een nieuwe website. Die vindt u voortaan op www.zoljobs.be.

Neem zeker een kijkje!

Guido Van Hamme
Personeelsdirecteur

ZOLjobs
.be

Weer een stapje dichterbij het vijfsterrengevoel

Beste collega,

De focus van dit magazine ligt steeds op de zorg in ons ziekenhuis in al zijn aspecten. De zorg die we kwaliteitsvol, innovatief en vooral veilig willen maken.

In dit nummer van ZOLarium richten we de schijnwerpers ook op een dienst die u misschien minder associeert met zorg: de keuken, of de dienst Food Services zoals wij het vandaag wat moderner benoemen.

Dit is onterecht, want voeding is een hoeksteen van een gezonde levensstijl die in belangrijke mate bijdraagt tot een goede gezondheid. Zeker na een ziekte of ingreep is lekkere en gezonde voeding essentieel voor een goede inname en een goed herstel.

Onze keuken heeft de laatste jaren enorme inspanningen geleverd om de kwaliteit van de maaltijden te verbeteren en de patiënt meer keuzemogelijkheden te bieden. Dit is nochtans een hele uitdaging als je weet dat ze 800 maaltijden gelijktijdig verdelen en bovendien rekening moeten houden met vele diëten.

Toch serveren zij de patiënt vandaag in huis gekookte, verse bereidingen met veel variatie, op een aantrekkelijke manier gepresenteerd. Zowel voor de koude als voor de warme maaltijd zijn er meerdere keuzemogelijkheden. Die keuze moet de patiënt niet een week op voorhand maken. Neen, het kan kort voor de maaltijd, naargelang de 'goesting' op dat moment.

We willen in ZOL de patiënt centraal zetten. Dat betekent dat de patiënt zelf mee keuzes kan maken en dit op vele gebieden. De filosofie van ons keukenteam levert een belangrijke bijdrage aan die visie.

Uiteraard kunnen ook onze medewerkers en artsen in het personeelsrestaurant dagelijks meegenieten van de kwaliteit en variatie die onze dienst Food Services aanbiedt. Want ook zij verdienen de beste behandeling.

Zo brengt het keukenteam ons een stapje dichterbij het vijfsterren gevoel dat we nastreven in ons ziekenhuis. Voor patiënten en voor medewerkers!

Met collegiale groeten,

Dr. Martijn Grieten
medisch directeur

Prof. dr. Michiel Thomeer
adjunct medisch directeur



Inhoud

- 06 Obesitascentrum kinderen**
Erkenning voor ZOL
- 14 Patiënten verbeterde maaltijdervaring bezorgen**
Nieuwe aanpak ZOL Food Services
- 22 20 jaar stereotactische radiotherapie**
Steeds betere overlevingskansen
- 24 Vulvapoli en seksuologiepoli**
Voor vrouwen met vulvaire klachten
- 26 Academisch-medisch onderzoek**
in samenwerking met LCRC
- 30 Goede cijfers voor**
de behandeling van hersentumoren
- 34 Nieuwe artsen**
- 35 Shield beschermt**
tegen cybercriminaliteit
- 37 Dr. Herman Schroë**
op welverdiend pensioen
- 40 Partners in Zorg**



ZOL erkend als obesitas-centrum voor kinderen

In ons land werden 21 Pediatrische Multidisciplinaire Obesitascentra (PMOC) opgericht. Ook ZOL kreeg een erkenning. Het voordeel is dat we kinderen met obesitas nu veel intensiever en multidisciplinair zullen kunnen opvolgen, zegt dr. Nele Reynaert, kinderendocrinoloog in ZOL. Studies wijzen uit dat die aanpak tot betere resultaten leidt.



Kinderartsen: Dr. Nele Reynaert, dr. Anne Geurden en dr. Deepanjali Custers; PMOC-coördinator: Sophie Bree-
mans; Diëtisten: Maude Guypen en Nele Huls; Kinesi-
therapeuten: Lize Meyers en Dorian Coninx; Psychologen:
Ann Schoofs en Ibtissam El Allaoui; Sociaal werker:
Petra Van Laerhoven

"In ZOL komen nu een 150-tal kinderen per jaar naar de raadpleging Pediatrie voor een gewichtsprobleem", zegt dr. Reynaert. "Daarnaast heb je ook kinderen die voor een andere reden komen, maar die eigenlijk ook wel met overgewicht of obesitas kampen."

Brengt u dat overgewicht dan ter sprake?

"Ik doe dit de laatste tijd meer en meer, maar dit moet toch met de nodige voorzichtigheid gebeuren. Zeker bij jonge tienermeisjes is het soms een heikel punt omdat je ze niet in een eetstoornis wilt duwen. Sommige meisjes zijn daar gevoelig voor. Bij overgewicht merk ik dan op dat ze wat zwaarder zijn, maar ik zeg zeker niet dat ze op dieet moeten gaan. Wel dat ze moeten opletten met ongezonde voeding en dat ze meer moeten bewegen (fietsen, wandelen) of eventueel een sport moeten zoeken."

Zijn er ook veel jonge kinderen met overgewicht?

"De kinderen worden eigenlijk steeds jonger. En we zien dat ze steeds zwaarder worden naarmate ze ouder worden."

Vroeger zeiden ze dat het overgewicht er wel uit groeit.

"Nee, het groeit er niet uit. Dat is een misvatting. Veel mensen denken dat kinderen slanker worden als ze in de puberteit komen. Maar dat is niet zo. Dat gebeurt pas als ze ook hun levensstijl en voeding aanpassen, omdat dit ervoor zorgt dat hun gewicht stabiliseert terwijl ze groeien."

Wat is volgens u de oorzaak van het feit dat er meer en meer overgewicht is bij de kinderen?

"Ik denk dat er heel veel verschillende oorzaken zijn, maar het is vooral onze veranderde levensstijl. We hebben het heel goed in België en er is heel veel voeding ter beschikking. Maar ook heel veel ongezonde voeding, fastfoodketens en dergelijke meer. Door het drukke leven in het gezin gaat men ook vaker eten afhalen of uit eten. Komt daarbij dat onze jongeren minder bewegen door de komst van sociale media, computer, iPad, gsm."

"Er is dus een onevenwicht tussen wat ze eten en hoeveel ze bewegen of verbruiken. Dat wil niet zeggen dat er ook geen onderliggend medisch probleem kan zijn, alhoewel dit uiterst zeldzaam is. Sommige kinderen hebben een syndromale



“Je moet heel de familie mee betrekken in het traject. Want het zijn de mama of papa en de oma of opa die koken voor het kind. Als zij niet het goede voorbeeld geven en geen gezonde voeding klaarmaken, blijft het heel erg moeilijk.” - dr. Nele Reynaert, endocrinoloog

aandoening met een genetische voorbeschiktheid om zwaarder te worden. Maar die syndromen hebben ook bijkomende kenmerken van bijvoorbeeld ontwikkelingsvertraging, waardoor je ze er meestal vanaf de geboorte uithaalt. Zoals bijvoorbeeld het syndroom van Prader-Willi. Op jonge leeftijd willen deze kinderen niet eten. En dan schakelt het zich ineens om en dan blijven ze eten en eten. Door een genetische fout hebben ze een onstilbare honger en nooit een verzadigingsgevoel. Als ze kunnen, zoeken ze zelfs eten in vuilnisbakken. Het is belangrijk dat de ouders van deze kinderen heel streng zijn wat betreft hun eten.”

Overgewicht is dus meestal het gevolg van een disbalans tussen wat je eet en hoeveel je verbruikt?

“Zo eenvoudig is het niet. En bestaat wel degelijk een soort van verhoogde gevoeligheid om zwaarlijvig te worden. Dat is dan wat we polygenetisch noemen, waarbij verschillende soorten genen een combinatie geven die zorgen voor een minder goed metabolisme.”

Is zwaarlijvigheid iets dat van generatie op generatie wordt doorgegeven?

Ouders die een combinatie van genen hebben die hen zwaarlijvig maakt, kunnen dit geheel of gedeeltelijk doorgeven aan hun kinderen. En tevens is het milieu waarin het kind opgroeit ook belangrijk. Indien ouders een minder gezonde levensstijl hebben, dan wordt dit ook zo aangeleerd aan hun kinderen.”

Ik lees overal dat de eerste duizend dagen belangrijk zijn voor het kind?

“Ja, dat klopt. De eerste duizend dagen vanaf de conceptie. De zwangere moet gezond en evenwichtig eten. Maar ook daarna is het belangrijk om het kind te leren wat goede voeding en voldoende beweging zijn. Dit om obesitas te voorkomen en het risico erop te verminderen.”

Om toegelaten te worden tot de conventie wordt niet alleen naar het gewicht van het kind gekeken?

“Het gewicht zegt iets, maar ook niet alles. In de conventie werken we met de EOSS-P-classificatie (Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics). Deze classificatie schat het gezondheidsrisico in op vier gebieden: metabool/medisch, mechanisch, mentaal en milieu.”

“We kijken in de conventie dus ook naar de gevolgen van het overgewicht. Ja, soms zie je de gevolgen al in het bloed, zoals bijvoorbeeld een hoge cholesterol, maar gelukkig komt dit bij kinderen niet zoveel voor. Wat je wel al veel ziet zijn de gevolgen van de zwaarlijvigheid op psychisch vlak, zoals bij gepest worden, zich minder goed voelen in hun lichaam of een laag zelfbeeld hebben.”

Sociaal milieu wordt mee gescoord bij de bepaling om kinderen al dan niet op te nemen in de conventie?

“Het gaat hierbij over moeilijkheden met de omgeving, ruzies met de ouders of conflictsituaties thuis. Of ouders met financiële problemen, die ziek zijn, zelf mentale problemen of onvoldoende draagkracht hebben waardoor ze het kind niet of onvoldoende kunnen ondersteunen.”

“Als je deze kinderen naar de ambulante zorg stuurt, zullen ze er waarschijnlijk nooit geraken omdat hun ouders dat niet georganiseerd of gemanaged krijgen. Door het sociale mee te scoren, kunnen we ze wel een kans geven om aan hun zwaarlijvigheid te werken. We weten dat kinderen die in een moeilijke





Dr. Deepanjali Custers, dr. Nele Reynaert en dr. Anne Geurden

sociale situatie zitten en niet begeleid worden, meestal obees zullen blijven."

Wat gaat er veranderen nu jullie de PMOC-erkenning hebben?

"Tot nu toe konden we onze patiënten enkel sturen naar een ambulante diëtist, kinesist en/of psycholoog. Deze gaan opzoeken is een hele drempel voor het kind en de ouders, samen met de kost die ermee gepaard gaat."

"De patiënten die in de conventie komen, kunnen we intensief in het ziekenhuis opvolgen. En de diëtist, psycholoog en kinesist zijn gratis voor hen. Ze komen terecht in een traject met 12 contacten op een jaar en een multidisciplinaire evaluatie om de drie maanden. Met de diëtist leren ze wat

gezonde voeding is, met de kinesist zoeken ze uit welke sport ze leuk vinden, al dan niet in clubverband, en met de psycholoog werken ze aan hun zelfbeeld of gaan ze op zoek naar de triggers waarom ze soms hervallen. Een raadpleging bij de arts is er om de zes maanden."

Ouders zijn erg belangrijk in dit traject. Zij staan immers in voor de voeding van het kind?

"Ja inderdaad, je moet heel de familie mee betrekken, want het zijn de mama of papa en de oma of opa die koken voor het kind. Als zij niet het goede voorbeeld geven en geen gezonde voeding klaarmaken, blijft het heel erg moeilijk."

"Je hebt kinderen, en dat is heel spijtig, die echt goed hun best doen, veel bewegen en waarvan je merkt dat de ouders erg opletten, die toch heel moeilijk vermageren. Dat heeft dan weer te maken met een soort van 'setpoint' van het lichaam. Dit betekent dat het lichaam altijd terug wil naar het hoogste gewicht dat het ooit gehad heeft. En dat maakt de behandeling van obesitas heel, heel moeilijk."

"Vandaar het belang van de 'duizend dagen' en van preventie. Want eens je zwaarlijvig bent,

is het immens moeilijk om terug naar een gezond gewicht te gaan en dit ook te houden."

Als arts staat u vooral in voor de medische opvolging?

"Ja, en als er geen pathologie mee gepaard gaat, is deze rol eigenlijk heel beperkt. Onze rol als arts is vooral kijken of er een onderliggende pathologie is, de oorzaken van de zwaarlijvigheid achterhalen en onderzoeken of er al lichamelijke of andere gevolgen zijn. De tussentijdse controle is vooral een contactcontrole om te zien hoe het ermee gaat. En de afsluitende controle na één jaar is om te bepalen in welk stadium het kind op dat moment zit. Het is vooral het multidisciplinair, paramedisch team dat met de kinderen werkt en de problemen stap voor stap aanpakt."

"Enkel kinderen die aan alle voorwaarden voldoen, kunnen bij ons starten. In de conventie zullen ze opgevolgd worden door mezelf of door mijn collega's dr. Anne Geurden of dr. Deepanjali Custers. Ik heb het zorgtraject mee opgestart in ons ziekenhuis omdat hiervoor een kinderendocrinoloog vereist was, maar mijn agenda zit meer dan vol. Onze nieuwe collega dr. Anne Geurden zal zich dit jaar bijkomend specialiseren in obesitas bij kinderen en het zorgtraject in de toekomst begeleiden."

Hoeveel kinderen kunnen jullie opnemen in het zorgtraject?

"Het is de bedoeling om op één jaar tijd 100 kinderen in de conventie te



“Het is belangrijk om kinderen te leren wat goede voeding en voldoende beweging zijn. Dit om obesitas te voorkomen en het risico erop te verminderen.” - dr. Nele Reynaert, endocrinoloog

includeren. De overheid vraagt om na 2 tot 3 jaar minstens 200 kinderen in de conventie op te nemen.”

“Ik vind dat heel veel, maar als je weet dat we in Limburg het hoogste percentage kinderen met obesitas van Vlaanderen hebben dan is 200 kinderen waarschijnlijk maar het topje van de ijsberg. Maar het is natuurlijk zo dat niet ieder kind met obesitas in de classificatie past of in de conventie moet opgenomen worden. Kinderen met obesitas die goed ondersteund worden door ouders en hun omgeving, kunnen opgevolgd worden via de eerste lijn bij de huisarts of algemeen kinderarts.”

Wie bepaalt welke kinderen er opgenomen worden in de conventie?

“De bepaling van het BMI en de inschaling met de screeningstool gebeurt door de huisarts of algemeen kinderarts. Deze arts dient hiervoor het screenings-/doorverwijsformulier van het PMOC te gebruiken.”

Jullie werken vanuit ZOL ook mee aan het programma 'Ik heb een maatje', dat aangeboden wordt vanuit de stad Genk. Is PMOC hieraan gelinkt?

“Nee, de programma's staan helemaal los van elkaar. 'Ik heb een maatje' is het programma van de eerste lijn dat vooral focust op preventie.”

“Het goede is dat we nu de conventie met een intensief behandelprogramma hebben voor kinderen met een complexere problematiek, bij wie

de zwaarlijvigheid al weegt op hun gezondheid of zij die in een moeilijke sociale situatie zitten.”

Hoe gaan jullie de huisartsen informeren?

“We hebben een online kick-off symposium georganiseerd maar de info om een kind te verwijzen staat ook op onze nieuwe website zol.be/kinderobesitas, die geleidelijk aan nog verder aangevuld zal worden. Op de website staat ons doorverwijsformulier, de uitleg wat de conventie inhoudt en hoe het zorgtraject eruit ziet.”

“Als ondersteuning bieden we daarnaast ook een opvolgtraject voor

de begeleiding van kinderen in de eerste lijn. En we beschikken over een netwerk van diëtisten voor kinderen. Anderzijds kunnen huisartsen ook altijd advies vragen aan de PMOC-arts voor het opstellen van een behandeltraject voor hun patiënt.” ■

*Het PMOC kan u contacteren via coördinator Sophie Breemans:
Telefoon: 089 32 76 25 (op di & wo);
E-mail: kinderobesitas@zol.be
Website: zol.be/kinderobesitas*



Beweegsaam, online beweegplatform voor patiënten met borstkanker

Beweegsaam is een online platform om de oncologische patiënt te stimuleren om fysiek actief te zijn. Op 8 maart werd de toepassing officieel in dienst genomen en beschikbaar gesteld in het patiëntenportaal mijnzol.be. De eerste gebruikersgroep bestaat uit patiënten met borstkanker. Iedere patiënt die deze diagnose krijgt, kan instappen.

Wetenschappelijke studies tonen aan dat de levenskwaliteit verhoogt bij oncologische patiënten die voldoende fysiek actief zijn tijdens en na hun kankerbehandeling. Verder is het de bedoeling de patiënt te informeren en te ondersteunen, aangepast aan zijn



BeweegSaam

diagnose en behandelingsfase.

De patiënt krijgt met Beweegsaam een aanbod op maat van zijn profiel. Dit kunnen individuele fysieke

thuisoefeningen zijn tot oefeningen in groep of samen met de mantelzorger of familie,... De oefeningen werden ook gefilmd zodat de patiënt perfect weet hoe een bepaalde oefening uit te voeren.

Extra troef is dat alle uitgevoerde handelingen in het portaal automatisch geregistreerd worden in HiX. Hierdoor zijn zorgverleners meteen op de hoogte van de recente situatie van de patiënt en kunnen ze kort op de bal spelen. ■

Meer info?

Zie zol.be/beweegsaam of mail naar beweegsaam@zol.be



Lise Welkenhuysen

Nieuwe technisch directeur

Lise Welkenhuysen is de nieuwe technisch directeur van ZOL. Ze is van opleiding 'Master Burgerlijk Ingenieur bouwkunde, optie civiele techniek' en heeft een ruime ervaring als bouwkundig ingenieur.

Onder haar bevoegdheid vallen de diensten Architectuur en masterplan, Technisch beheer, Technisch onderhoud en Vastgoedprojecten. ■

ZOL Speedcast over prehospitalbevalling

In de nieuwste post van Speedcast gaan de ZOL-urgentieartsen dr. Ruben Haesendonck, dr. Pieter Jan Van Asbroeck, dr. Cedric Van Dijck en dr. Ben Van Bylen op zoek naar de wonderen van nieuw leven. Ze krijgen bezoek van twee expertgynaecologen dr. Tinne Menses en dr. Helena Van Kerrebroeck die hen meenemen naar de prehospitalbevalling en de zorg voor de zwangere patiënt. Geniet mee van de geboorte van deze aflevering op www.zol.be/urgentiegeneskunde/podcast ■



Dr. Cedric Van Dijck, dr. Pieter Jan Van Asbroeck, dr. Ben Van Bylen en dr. Ruben Haesendonck



Uitbreiding ingrepen onder locoregionale anesthesie

Nieuwe prikzaal in groot operatiekwartier



Danny Baens en
Dr. Imré Van Herreweghe

In het najaar van 2023 werd een nieuwe prikzaal met drie bedden ingericht in het grote operatiekwartier op campus Sint-Jan in Genk. In de prikzaal worden echografiegeleide zenuwblokades uitgevoerd voor verschillende types chirurgie ter hoogte van de bovenste en onderste ledematen alsook de romp.

Locoregionale anesthesie voor orthopedische chirurgie werd in ZOL ontwikkeld door anesthesist prof. dr. Admir Hadzic, oprichter en directeur van de The New York School of Regional Anesthesia (NYSORA). Hij heeft in 2015 in ZOL het 'Centre for Research, Education and Enhanced Recovery after Orthopedic Surgery' uitgebouwd. CREER werd erkend als 'centre of excellence' en intussen zijn talloze assistenten, fellows en andere artsen van over de hele wereld in ZOL opgeleid.

Uitbreiding

Dr. Imré Van Herreweghe: "Echografiegeleide, locoregionale anesthesie is in ZOL inderdaad gestart bij orthopedische ingrepen. We zijn met een ervaren team van anesthesisten die deze technieken kunnen toepassen. Met de uitbreiding en de inrichting van de nieuwe prikzaal in het groot operatiekwartier van campus Sint-Jan kunnen we deze technieken nu ook vaker aanbieden voor niet-orthopedische ingrepen ter hoogte van de bovenste en onderste ledematen alsook de romp. Zo kunnen we bijvoorbeeld voor een longingreep selectief een bepaalde zone van de borstkas verdoven - een paravertebraal block - wat meer comfort geeft voor de patiënt achteraf."

Toekomst

Het is de bedoeling om locoregionale anesthesie in de toekomst voor meer en meer ingrepen aan te bieden. Dr. Van Herreweghe: "Omdat we weten dat patiënten veel comfortabeler zijn en minder misselijkheid, verwardheid, urineretentie en pijn op de achtergrond ervaren, nevenwerkingen die vaak wel optreden wanneer we morfine of andere opioïden gebruiken."

Locoregionale anesthesie wordt toegediend op die plaatsen in het lichaam waar de operatie plaatsvindt. Dr. Van Herreweghe: "'s Avond nemen we de

procedure
echografiegeleide
zenuwblokkade



operatielijst door van de volgende dag en kijken we welke patiënten in aanmerking komen voor locoregionale anesthesie. Wat is het plan, wat is er mogelijk? We treden in overleg met de chirurg en op basis van de incisieplaats en het operatieveld wordt voor iedere patiënt een individueel plan opgemaakt. We krijgen meer en meer vragen van chirurgen om locoregionale anesthesie toe te passen tijdens hun ingrepen. Maar het is belangrijk dat we dit systematisch en georganiseerd verder opbouwen."

Voor zware ingrepen zorgt locoregionale anesthesie voor meer comfort, een beter pijnmanagement, een snellere mobilisatie, een kortere ligduur en een vlottere revalidatie en genezing. Dr. Van Herreweghe: "Maar ook specifieke patiëntenpopulaties kunnen er voordeel uit halen. Zo zijn er oudere patiënten die beter niet in slaap gaan omwille van het groter risico op verwardheid en delier achteraf. Of patiënten met comorbiditeiten die omwille van het risico op complicaties niet in aanmerking komen voor algemene narcose."

Pijnmanagement

"De medicamenten die we nu gebruiken, werken in de post-operatieve periode 12 tot 24 uur. In de toekomst zullen we de werking waarschijnlijk zelfs nog kunnen verlengen. Ter vergelijking: de werking van algemene anesthesie stopt na de

toediening, wat maakt dat de patiënt onmiddellijk post-operatieve pijn ervaart. Maar dit betekent niet dat de narcose helemaal moet wegvallen, sommige ingrepen kunnen louter onder locoregionale anesthesie plaatsvinden terwijl bij andere ingrepen locoregionale anesthesie focust op minder postoperatieve pijn."

Ook wanneer de patiënt de recovery verlaten heeft, wordt de pijn verder opgevolgd. Dr. Van Herreweghe: "We voorzien extra rondes op de afdelingen om de pijn postoperatief te scoren of om te kijken hoe het met de patiënt gesteld is. Doen ze het effectief beter? Is er nog kwaliteitsverbetering mogelijk?"

Danny Baens, hoofdverpleegkundige Recovery: "De opvolging begint natuurlijk ook bij de basisverpleegkundigen op de afdeling die de patiënt op vaste tijdstippen vragen naar de pijn en die pijnmedicatie bijgeven wanneer nodig. Deze verpleegkundigen zijn vertrouwd met de laatste nieuwigheden wat betreft pijnmanagement. Zij worden regelmatig bijgeschoold via een modulaire opleiding rond pijn waar ook een module 'acute pijn' bij zit. En als de pijn toch niet onder controle geraakt, bellen zij het pijnteam dat ter plaatste komt of verder advies geeft."

Turnover

Ook voor de turnover in het operatiekwartier biedt de uitbreiding van loco-

regionale anesthesie voordelen. Dr. Van Herreweghe: "Je wint immers kostbare operatietijd als je de verdoving niet in de operatiezaal zelf moet toedienen of als je de patiënt achteraf niet dient wakker te maken." Danny Baens: "En ook de zorg in de recovery verloopt vlotter als patiënten post-operatief meer comfortabel zijn."

CREER

Ook voor het opleidingscentrum CREER biedt de uitbreiding van het type ingrepen met locoregionale anesthesie meer mogelijkheden. Dr. Van Herreweghe: "Ons opleidingsteam heeft zeer veel expertise wat betreft locoregionale anesthesie. Met de uitbreiding kunnen wij in ons centrum een nog groter aanbod aan gestandaardiseerde toepassingen aanbieden." ■

Eind vorig jaar bracht prof. dr. Hadzic een 'NYSORA Nerve Block Manual' uit met de nieuwste, gestandaardiseerde technieken voor echografie geleide locoregionale anesthesie en analgesie van het hoofd en de nek, bovenste en onderste ledematen, romp en faciale injecties. Het werd een boek met prachtige tekeningen en praktische informatie. Meer info: www.nysora.com





ZOL Food Services wil de verwachtingen van de patiënt overtreffen



Kwaliteit, keuze en beleving zijn de doelstellingen waarop ZOL Food Services zich richt om patiënten een positieve maaltijdervaring te kunnen bieden. Ondanks talloze uitdagingen streeft de dienst ernaar om de beleving van een horeca-omgeving zo dicht mogelijk te benaderen. "We verdelen gelijktijdig 800 maaltijden, moeten rekening houden met vele dieetbeperkingen en beheren niet het volledige voedingstraject", aldus Bout Vanduffel, verantwoordelijke ZOL Food Services.

Bout Vanduffel



Bout Vanduffel: "Wij willen dat de patiënt altijd een eigen maaltijdkeuze kan maken. We willen elk gerecht te allen tijde op een kwalitatieve manier brengen. Daarbij hebben we ook, in de mate dat het gerecht zich hiernaar schikt, aandacht voor de presentatie."

"Toen ik enkele jaren geleden begon als verantwoordelijke van ZOL Food Services, stonden wij als keukens te ver van de patiënt. Alle maaltijden werden vanuit de centrale keukens naar de patiënten gebracht en de patiënten moesten altijd de dag van tevoren hun maaltijdkeuze doorgeven. Bij drukte op de dienst lukte dit niet altijd, wat resulteerde in standaardmaaltijden voor deze patiënten. Bovendien werden verschillende maaltijdcomponenten klaar aangekocht, wat niet altijd voor de beste kwaliteit zorgde."

"Deze aanpak hield geen rekening met de ervaring van de patiënt tijdens de maaltijden. We willen niet gewoon onze patiënten dagelijks van voeding voorzien, we willen dit zo goed mogelijk doen. Het vorige maaltijdconcept was verouderd. In deze moderne tijd is er een grotere nadruk op voeding. Steeds meer mensen gaan uit eten, kookprogramma's zijn populair op tv en chefs worden bekende persoonlijkheden. Tijden veranderen en daarom moesten wij ook veranderen."

Hoe hebben jullie dit aangepakt?

Bout Vanduffel: "Deze omslag hebben we in verschillende fases uitgevoerd."

Het eerste initiatief dat we genomen hebben om de maaltijdbeleving van onze patiënten te verbeteren, is de introductie van broodbuffetwagens in 2018 en 2019, in samenwerking met de verpleegkundigen en de logistiek assistenten."

"De broodbuffetwagen gaat 's morgens en 's middags rond op de afdelingen. Patiënten kunnen zelf hun maaltijd samenstellen en kiezen uit een uitgebreid en kwalitatief aanbod van broodsoorten, beleg, rauwkostsalade, fruitsalade, warme dranken... Ook bieden we gerechten aan die aansluiten bij de ontbijtgewoontes van de nieuwe generatie, zoals bijvoorbeeld een yoghurt bowl met vers fruit en muesli. De grootste meerwaarde die we hieruit halen, is dat het moment van de keuze dicht bij het maaltijdmoment ligt. Daarnaast is de fysieke aanwezigheid van de keukenmedewerkers op de diensten ook een enorme meerwaarde. Dit verhoogt de bewustwording op de afdeling rondom het belang van voeding."

"Met de introductie van broodbuffetwagens in combinatie met het verplaatsen van de warme maaltijd naar de avond waren we trendsetters in Vlaanderen. Er zijn al heel wat delegaties van andere ziekenhuizen komen kijken en in navolging van ons hier ook mee gestart."

"Het verschuiven van de warme maaltijd naar de avond was zowel voor de patiënten als voor de verpleegdiensten een verbetering. Overdag zijn patiënten immers vaak niet op hun kamer omdat ze opgehaald zijn voor bv. een onderzoek en dan wordt de warme maaltijd koud. In de avond is de kans veel groter dat de patiënt aanwezig is op de kamer."

"In ons streven naar kwaliteit en een verbeterde maaltijdervaring zijn we ook teruggekeerd naar de basis voor het bereiden van de warme maaltijden. We zijn begonnen met het maken van onze eigen fondsen die onder andere dienen voor onze sauzen. Waar vroeger de puree uit zakken kwam en we enkel water of melk toevoegden, starten we nu opnieuw van een gewone aardappel. Bovendien presenteren we gerechten

“

"In ons streven naar kwaliteit en een verbeterde maaltijdervaring zijn we teruggekeerd naar de basis voor het bereiden van warme maaltijden."

Bout Vanduffel,
verantwoordelijke
Food Services



zoals een groentecurry in quenelles, knolselderpuree in ringen of spuiten we de spinazie puree in duchessex-vorm. Dit verfijnt niet alleen de presentatie, maar verbetert ook de eetervaring van onze patiënten. We hebben ook geïnvesteerd in mooier porselein, zowel voor de broodmaaltijden als voor de warme maaltijd. Uiteraard nemen we ook de factor 'voedzaamheid' mee, met de hulp van een werkgroep met onder andere diëtisten, logopedisten... We letten erop dat de adviezen die zij ons geven over het aanbod en de voedingswaarden worden verwerkt in onze gerechten."

"We willen ervoor zorgen dat de patiënt ook daadwerkelijk nuttigt wat hij aangeboden krijgt. Als de patiënt zelf kiest, de kwaliteit van de maaltijd goed is en de presentatie aantrekkelijk is, is de kans veel groter dat ze een goede inname hebben. Daarom willen we inzetten op het beter informeren van de patiënt en ervoor zorgen dat iedereen een eigen keuze kan maken. Want wanneer de patiënt goed eet, bevordert dit immers ook het herstel."

"Ook als de diëtisten ons contacteren over patiënten met een bepaalde vorm van ondervoeding of patiënten met een lange ligduur die specifieke wensen hebben, dan kijken we wat we hiervoor kunnen doen. We hebben ook een personeelsrestaurant met nog andere gerechten dus we kunnen ook altijd kijken wat we daar serveren. Of

we bereiden iets speciaals voor deze patiënt, als service op maat!

Wat is de volgende stap?

Bout Vanduffel: "Sinds begin 2024 is er een nieuw en groter leidinggevend team actief in de keuken binnen een grondig aangepast organogram, waardoor we exponentieel verder kunnen groeien. Dit maakt dat we nu volop ons aanbod aan warme maaltijden kunnen verbeteren."

"Het is niet te onderschatten welke nieuwe moeilijkheden deze veranderingen met zich meebrengen. Het gehele proces is complexer. Zonder een aangepaste organisatiestructuur binnen de keuken was dit niet haalbaar. We zijn momenteel heel hard aan het werken om deze organisatie neer te zetten. Dit is noodzakelijk om ervoor te zorgen dat alles steeds volgens de juiste procedures verloopt zodat we een constante kwaliteit voor onze patiënten kunnen garanderen."

"In een eerste stap willen we ervoor zorgen dat we alles wat we nu doen, ook goed doen. Hierbij is het team cruciaal. Zonder hen kunnen we al deze doelen niet bereiken. In de volgende stap willen we ook onze eigen desserts bereiden. Ook hier komt weer veel organisatie en bereiding bij kijken, maar we geloven dat we hiermee een meerwaarde kunnen creëren voor onze patiënt. Verder hebben we nog vele andere ideeën die we later zullen uitwerken. Daarnaast

plannen we ook nog vele nieuwigheden voor het personeelsrestaurant."

Het keukenteam heeft de voorbije tijd niet stilgezeten?

Bout Vanduffel: "We werken met verschillende cyclussen van menu's van de chef. Omdat we een 14-dagen-hoofdmenu hebben, betekent dit dat 90% van de patiënten nooit twee keer hetzelfde zal eten als ze altijd voor de keuze van de chef zouden kiezen. 90% van de patiënten verblijft immers minder dan 14 dagen in het ziekenhuis. Bovendien kunnen mensen naast het hoofdmenu ook nog altijd kiezen uit onze keuzelijst."

"Op 26 februari hebben we ons eerste 'menu van de chef' voorgesteld. We hebben voor gezonde en voedzame maaltijden gekozen. We werken met seizoensgebonden producten en zetten in op smakelijkheid en presentatie. Er wordt ook rekening gehouden met de verschillende aspecten met betrekking tot diëtiëk en logopedie. Geriatrische en pediatrie patiënten kunnen op verschillende dagen andere keuzes maken omdat hun voorkeur van gerechten soms verschilt van het menu van de chef en meer aanleunt bij de traditionele keuken. Dus we voorzien boven op het menu van de chef nog een extra keuze. De werkgroep stelde voor om regelmatig een vegetarisch gerecht aan te bieden in het menu van de chef. Voor onze geriatrische patiënten bieden wij op die dag bijvoorbeeld



hespenrolletjes met witloof en puree aan, moesten zij niet voor de vegetarische optie willen gaan."

Waar lopen jullie nog tegenaan?

Bout Vanduffel: "Het keuzeverhaal blijft moeilijk. De logistiek assistent bevroegt de maaltijdkeuze bij de patiënt, maar in sommige gevallen van drukte of als de patiënt niet op de kamer is, kan er geen keuze gemaakt worden. Om dit te verbeteren, krijgen patiënten binnenkort de mogelijkheid om via hun smartphone zelf hun maaltijdkeuze door te geven. Maar natuurlijk kan niet elke patiënt dit zelfstandig. Dus het is belangrijk dat we ook hen blijven helpen."

"Het is logisch dat wie zelf kan kiezen wat hij eet, een betere maaltijdervaring zal hebben. We willen dit proces daarom graag meer in eigen handen nemen. Zo kunnen de zorgverleners zich focussen op de zorg en kunnen wij de totale maaltijdbeleving voor onze rekening nemen."

"Ook willen we graag investeren om verder te kunnen groeien. De keukenapparatuur en inrichting zijn van 2003. En onze werkruimte is voorzien op de aantallen patiënten en medewerkers die toen golden. We hebben het afgelopen jaar wegens 'end of life' al verschillende apparaten kunnen vervangen. Maar qua ruimte blijven we momenteel nog wat achter."

Als je meer zelf kookt en een betere service levert, dan staat daar toch ook een grotere kost tegenover?

Bout Vanduffel: "We verwerken jaarlijks grote volumes en kunnen ons hiermee zeker spiegelen aan een grote KMO. Maar we gaan heel bewust om met onze middelen. Wanneer we zien dat we een proces of kosten kunnen optimaliseren, zullen we het voordeel meteen opnieuw investeren in een extra toegevoegde waarde voor de patiënt en medewerker."

In ZOL Maas en Kempen is er een warme keuken. Op termijn zal de manier van koken zoals in Genk ook in Maaseik geïmplementeerd worden. ■



Voedzame maaltijden aanbieden

Wij hebben als kok de fijnste job die er is, want wij kunnen iedereen tevreden maken met lekker eten. Daarom willen wij hier ook volop op inzetten.

Belangrijk is ook dat onze maaltijden voedzaam zijn want dit draagt bij aan het herstel van de patiënt. Om dit te realiseren hebben we een fijne samenwerking met de diëtisten. Zij geven het kader waarbinnen we mogen werken en van daaruit kunnen we creatief aan de slag met de gerechten en de menu's. Hier komen wel wat uitdagingen bij kijken want er zijn heel wat diëten

waar we rekening mee moeten houden. Maar omdat we opnieuw vanuit de basis en met zelf getrokken fonds koken, kunnen we met kruiden toch voor een goede smaakbeleving zorgen.

Ook voor de presentatie van de maaltijden hebben we veel aandacht. Hier moeten we wel binnen de mogelijkheden van het portioneren blijven. En ook de manier waarop de maaltijden opgewarmd worden, heeft impact op wat we kunnen aanbieden.

Walter Theybers, chef-kok



Liesbet Paulissen en
dr. Pieter Jan Van Asbroeck

Het Zorgcentrum na Seksueel Geweld Limburg bestaat één jaar

Zopas bestond het Zorgcentrum na Seksueel Geweld (ZSG) Limburg één jaar. In het eerste jaar werden 342 slachtoffers opgevangen. Het merendeel van de slachtoffers zijn kwetsbare mensen die in veel gevallen de dader kennen, verduidelijken Liesbet Paulissen en dr. Pieter Jan Van Asbroeck, respectievelijk algemeen en medisch coördinator. "Ons hoofddoel is ervoor zorgen dat slachtoffers op een zo goed mogelijke manier verder kunnen met hun leven."

ZSG biedt 24/7 medische, forensische en psychische zorg. Wie dit wenst kan in het ZSG ook een klacht indienen bij de politie. In het eerste jaar werden er 342 slachtoffers van seksueel geweld opgevangen, gaande van verkrachting, poging tot verkrachting en aantasting van de seksuele integriteit. In 65,5% van de aanmeldingen ging het om verkrachting.

68,4% van de slachtoffers hebben acuut seksueel geweld meegemaakt en meldden zich binnen de 7 dagen. "Slachtoffers kunnen best binnen de 72 uren naar ons komen, omdat we dan

nog stalen kunnen afnemen", zegt dr. Pieter Jan Van Asbroeck. "We vragen aan slachtoffers die zich onmiddellijk na de feiten aanmelden om zich niet te wassen, niet naar het toilet te gaan, niet te eten of te drinken en kleren aan te houden of mee te brengen".

312 van de slachtoffers die zich in het eerste jaar in het ZSG aanmeldden waren vrouwen. De gemiddelde leeftijd van de slachtoffers is 24,9 jaar; het jongste slachtoffer was 2 jaar, het oudste 86 jaar. "We zijn verrast over het profiel van onze slachtoffers", zegt Liesbet Paulissen. "Veel van onze slachtoffers zijn kwetsbare mensen, mensen met een psychiatrische achtergrond, middelenmisbruik, kinderen uit gebroken gezinnen of opvangcentra... We hebben ook partners, ex-partners, familiaal geweld... Wat sowieso sterk naar voren komt, is dat alcohol of drugs een slachtoffer kwetsbaar maken. Maar het gebeurt misschien ook dat daders hun slachtoffer vooraf intoxiceren".

"Het verhaal van de verkrachter die een slachtoffer opwacht en meesleurt naar een donkere plek, is eerder zeldzaam.

342

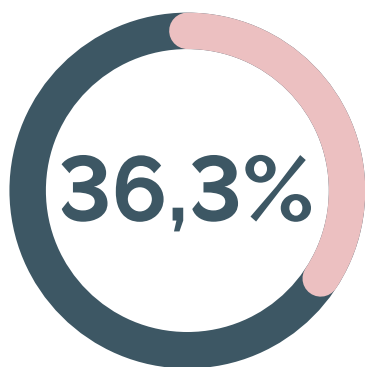
SLACHTOFFERS
(SO) SINDE DE
OPENING

28 ♂ 2
312 ♀ ♀

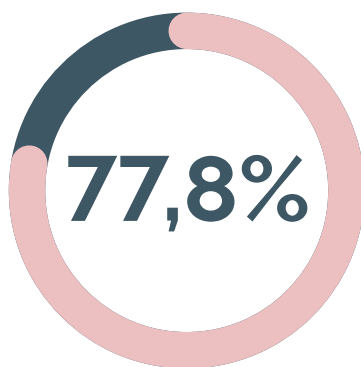
24,9

GEMIDDELDE
LEEFTIJD

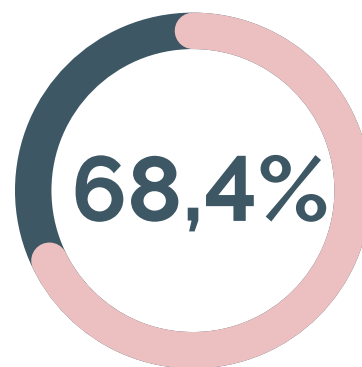
2 JONGSTE SO
86 OUDSTE SO



36,3% van de slachtoffers is minderjarig. 63,7% is ouder dan 18 jaar



77,8% van de slachtoffers kennen de dader. Bij 22,2% is het een onbekende.



68,4% van de slachtoffers hebben acuut SG meege maakt en meldten zich binnen de 7 dagen.



Zo hebben we er in het afgelopen jaar maar enkelen gehad", verduidelijkt Liesbet Paulissen verder. "In 77,8% van de gevallen kent het slachtoffer de dader. Het gaat dan om familie, vrienden, kennissen, collega's... Iemand ontmoeten in een café, op een fuif, een festival of na chatten die uiteindelijk 'grensoverschrijdend' gedrag vertoont, wordt hier ook bijgeteld."

Hoe vinden slachtoffers hun weg naar het ZSG? 54,4% wordt gebracht door de politie, 18,7 percent komt op eigen initiatief en 26,9 percent is verwezen door een zorgverlener zoals de huisarts, de urgentiearts, de gynaecoloog of de psycholoog. "We hopen dat de meesten ons intussen kennen", aldus Liesbet Paulissen. "We zijn ons op heel veel plaatsen gaan voorstellen, gaande van scholen, CLB's, jeugdcentra en -instellingen, (huis)artsen en zelfs serviceclubs. En we doen dit nog steeds. Er was ook pas een nationale campagne om de naambekendheid van de ZSG's te vergroten."

"36,3% van de slachtoffers is minderjarig, meer dan 50% is maximum 20 jaar. Ons publiek is dus nog heel jong. Vandaar dat we veel op middelbare scholen, hogescholen en de universiteit gaan spreken. De eerste vragen die jongeren ons stellen zijn: moeten wij een klacht indienen en gaat u onze ouders inlichten? Het feit dat ze daar zo schrik voor hebben, betekent waar-

schijnlijk ook dat er nog veel slachtoffers gewoon niet naar ons komen. We zien ook weinig slachtoffers met een geriatrisch profiel. We vermoeden nochtans dat er ook veel ouderen slachtoffer zijn van seksueel geweld."

De keuze om al dan niet een klacht in te dienen bij de politie ligt volledig bij het slachtoffer. Uit de cijfers blijkt dat 71,3% van de slachtoffers dit ook effectief doet. Liesbet Paulissen: "Dat is inderdaad een stuk hoger dan de nationale, gemiddelde aanmeldingsbereidheid van 63%. Onze goede samenwerking met de politie speelt hierin zeker een rol".

"Nochtans is het verhogen van de aanmeldingsbereidheid van slachtoffers niet ons hoofddoel," vult dr. Pieter Jan Van Asbroeck aan. "Ons belangrijkste doel is medische en psychologische zorg verlenen. Wij willen vooral dat slachtoffers zo goed mogelijk verder kunnen met hun leven."

Om dit mogelijk te maken, wordt ook nazorg voorzien vanuit het ZSG. Van zodra het slachtoffer naar huis gaat, kan het casemanagement opgestart worden, dit wil zeggen dat er opvolging is door forensisch ver-

pleegkundigen. 56,7 percent van de slachtoffers kiest hiervoor. 46% wenst ook psychologische begeleiding door een ZSG-psycholoog. Liesbeth Paulissen: "Omwille van hun kwetsbaar profiel heeft het merendeel van onze slachtoffers al een eigen psycholoog of psychiater. Hier willen wij natuurlijk niet in tussenkomen. Het gebeurt ook vaak dat slachtoffers niet opdagen voor een consult over hun vervolgmedicatie, ondanks onze uitdrukkelijke uitleg over het belang ervan."

Hoe verloopt de samenwerking met de andere diensten?

Dr. Pieter Jan Van Asbroeck: "De samenwerking met de andere artsen uit het ziekenhuis ging al goed van in het begin. Ik denk hierbij aan pediater

“

"Het verhaal van de verkrachter die een slachtoffer opwacht en meesleurt naar een donkere plek, is eerder zeldzaam. In 77,8% van de gevallen kent het slachtoffer de dader. Het gaat dan om familie, vrienden, kennissen, collega's..."

**Liesbet Paulissen,
algemeen
coördinator ZSG**



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

slachtoffers meldten verschillende vormen van seksueel geweld (SG):

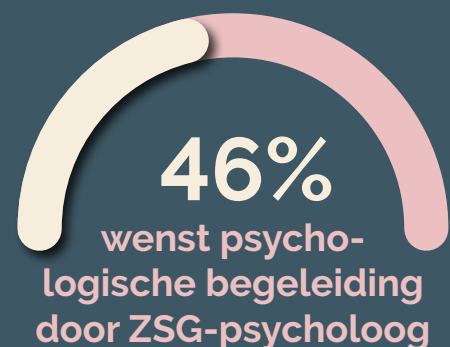
- verkrachting (65,8%)
- poging tot verkrachting (3%)
- aantasting van de seksuele integriteit* (21,9%)
- vermoeden van SG (7,5%)
- anders** (1,8%)

65,8% van de slachtoffers werd verkracht***

*ongewenste aanrakingen en kussen

** Hands-off SG, andere feiten...

*** Men spreekt van verkrachting bij vaginale, anale of orale penetratie



dr. Wim Arts, infectiologen/geriaters
 drs. Joris Meeuwissen en Nele Czech
 (HIV, Soa's), gynaecologen drs. Tinne
 Mesens en Caroline Van Holsbeke,
 gastro-enteroloog dr. Mathieu Struyve
 (hepatitis), en tot slot uroloog dr. Tho-
 mas De Sutter en psychiater dr. Jef De
 Bie. Het is fijn om te zien hoe groot het
 enthousiasme van iedereen nog steeds
 is om hier aan mee te werken."

Liesbet Paulissen: "Ook met politieel
 coördinator Bart Ramaekers verloopt de
 samenwerking goed. Hij is veel aanwe-
 zig in het ZSG waardoor we veel vragen
 kunnen stellen. En bij problemen is hij
 ook heel snel beschikbaar om dingen
 te kortsluiten en te regelen voor het
 slachtoffer zoals bijvoorbeeld een uitge-
 steld verhoor. Hetzelfde geldt voor onze
 samenwerking met het parket."

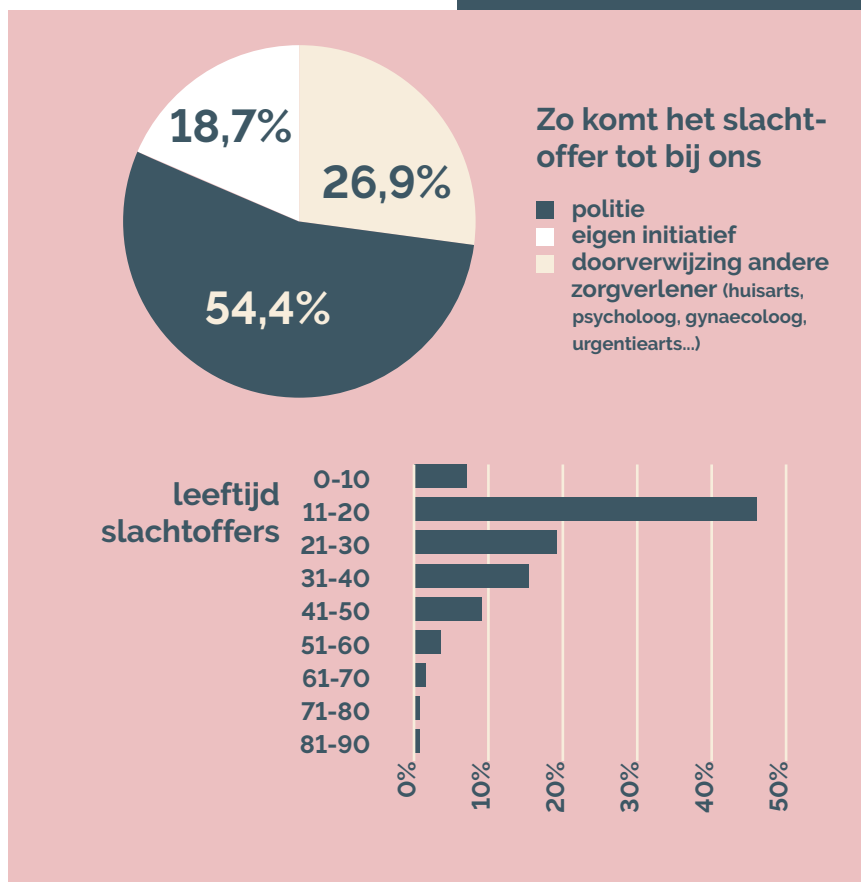
Hoe heeft het team het afgelopen jaar ervaren?

Liesbet Paulissen: "De opstart van
 het zorgcentrum is echt heel pittig
 geweest. Leren wat je bij ons allemaal
 moet doen, is een complex proces
 met lange leercurve voor de forensisch
 verpleegkundigen. Dat is omdat je met
 zoveel dingen moet rekening houden.
 Je moet het slachtoffer opvangen maar
 ook stalen etiketteren, foto's maken en
 nog veel andere technische dingen. En
 je mag geen fouten maken, anders is
 het bewijsmateriaal niet geldig. Maar
 intussen zijn we zeker op kruissnelheid
 met ons team."

"Er wordt binnen het team ook veel
 gedebriefd. Tussen Kerstmis en nieuw-
 jaar hebben we een voor iedereen
 emotioneel heel zware casus gehad.
 Daar is dagen over gesproken. Je voelt
 ook dat daar op zo'n moment nood
 aan is, naast de structurele debriefings
 die wij voorzien."

Hoe ervaar jij zelf de zorg die jullie ge- ven?

Liesbet Paulissen: "Ik denk echt dat we
 goede zorg geven. Daar ben ik heel fier
 op. Iedereen van het team is erg ge-
 dreven. En als er ruimte voor is, worden
 er ook extra's gedaan. Zo hadden we
 recent een slachtoffer dat een kleding-
 stuk moest hier laten voor sporen-



derzoek en financieel niet sterk genoeg
 was om dat voor zichzelf opnieuw te
 kopen. We hebben in het centrum heel
 wat kleding beschikbaar maar wat zij
 nodig had, was niet voorhanden. We
 zijn daarom even voor haar naar de
 winkel gegaan. Ze was opgenomen in
 het ziekenhuis en zo konden we
 haar dit nog bezorgen."

Als medisch coördinator had jij de opdracht om voor de opening alle protocols uit te werken. Word jij vandaag nog vaak opgeroepen?

Dr. Pieter Jan Van Asbroeck:
 "Als er een medische vraag is,
 word ik altijd gebeld. Ik ben
 dag en nacht beschikbaar.
 De verpleegkundigen volgen
 het protocol en weten perfect
 wat ze moeten doen. Indien
 nodig wordt ook de pediater, de
 gynaecoloog of de infectioloog
 opgeroepen. Ik kijk elk dossier
 na en we bespreken elke casus
 in het team. Ik ben hier bijna elke
 dag mee bezig." ■

“Het verhogen van de
 aanmeldingsbereidheid
 van slachtoffers is niet ons
 hoofddoel. Wij verlenen medische en
 psychologische zorg en willen vooral
 dat slachtoffers zo goed mogelijk
 verder kunnen met hun leven.”

Dr. Pieter Jan Van Asbroeck,
 medisch coördinator ZSG

20 jaar stereotactische radiotherapie

“Steeds meer mogelijkheden en betere overlevingskansen”

Twintig jaar geleden kon het enkel bij bepaalde hersentumoren, vandaag bij quasi alle organen. Stereotactische radiotherapie evolueerde de afgelopen twee decennia enorm. Dankzij de hoge dosis stralen kunnen we kleine tumoren sterk verminderen of zelfs volledig genezen. Dat betekent een grote vooruitgang in de overlevingskansen van patiënten, aldus dr. Annelies Maes, radiotherapeut in het Limburgs Oncologisch Centrum (LOC).



De radiotherapeuten van het LOC, elk met hun eigen stereotactische Subspecialisatie
Vooraan vlnr: dr. Anne-Sophie Van de Velde, dr. Mieke Govers, dr. Annelies Maes
midden vlnr: dr. Evelyn Van de Werf, dr. Laura Van den Bergh
achteraan vlnr: dr. Philippe Bulens, dr. Katleen Verboven, dr. Joost Pil, dr. Leen Noé, dr. Emilie Dubaere.

“

“Vandaag kunnen we steeds meer kankertypes behandelen op een minder invasieve manier en met meer kans op genezing”.

dr. Annelies Maes,
radiotherapeut

Bijna alle organen

"Vandaag kunnen we steeds meer kankertypes behandelen op een minder invasieve manier en met meer kans op genezing", zegt dr. Annelies Maes, radiotherapeut. "We zijn binnen het LOC intussen met een team van zo'n 12 radiotherapeuten met elk hun stereotactische subspecialisatie. Deze behandelmethode is hoogtechnologisch en kan daardoor soms heftig overkomen bij de patiënt. Daarom begeleiden we hen zo warm en menselijk mogelijk. Dat patiënten dit appreciëren blijkt uit onze tevredenheidsenquêtes."

2004 – Hersentumoren

"Het LOC was een van de eerste centra in Vlaanderen met stereotaxie voor hersentumoren. De behandeling geeft heel goede resultaten, maar was in het begin erg invasief. De neurochirurgen bevestigden een extern stereotactisch frame met vier schroeven in de schedel van de patiënt. Dat gebeurde onder lokale verdoving. Daarna konden we met behulp van de voorbereidende CT-scan de exacte locatie bepalen en de dosis berekenen. Pas op het einde van de dag volgde de bestraling. Het frame werd vastgeschroefd aan de behandelingstafel om het hoofd perfect te immobiliseren. Dit was erg belastend voor de patiënt en kon niet herhaald worden bij herval. Gelukkig kunnen we vandaag maskers gebruiken en werken de bestralingstoestellen veel vlotter. Daardoor kunnen we de behandeling gemakkelijker herhalen, ook bij herval of nieuwe letsels. Dat verhoogt de overlevingskansen van de patiënt aanzienlijk."

2009 – Kleine longtumoren

"Deze vorm van radiotherapie kan een optie zijn voor patiënten die we niet kunnen opereren omwille van bijvoorbeeld een slechte longfunctie. Het borstgebied is weliswaar minder gemakkelijk te immobiliseren, maar met een 4D-scan meten we de beweging van de tumor in elke ademhalingsfase. Zo kunnen we de precieze bestralingszone berekenen. De behandeltafel beweegt ook mee in zes richtingen, waardoor we de patiënt erg nauwkeurig kunnen positioneren."

2016 – Solitaire botuitzaaiingen

"Ondertussen bestralen we ook solitaire botmetastasen op deze manier. Voordien waren uitzaaiingen in het bot vaak palliatief, met bestralingen om de pijn te verminderen. Maar nu zijn er meer mogelijkheden: bij beperkte uitzaaiingen kunnen we de tumoren vaak volledig laten verdwijnen."

2022 – Abdominale bestralingen

"In het buikgebied vormt de beweging opnieuw een uitdaging. In dit geval werken we met abdominale compressie: een gewicht op de buik dat de beweging beperkt, aangevuld met een vacuüm matras die de beweging mee opvangt. Op die manier behandelen we nu ook de pancreas, leverletsels, klieren in de buik en bijnierletsels."

2024 – Kleine prostaattumoren

"Sinds kort gebruiken we stereotaxie ook bij bepaalde kleine prostaatkankers. We kunnen de stralen heel precies richten dankzij de goudmarkers die we samen met de urologen op voorhand inbrengen in de prostaat." ■

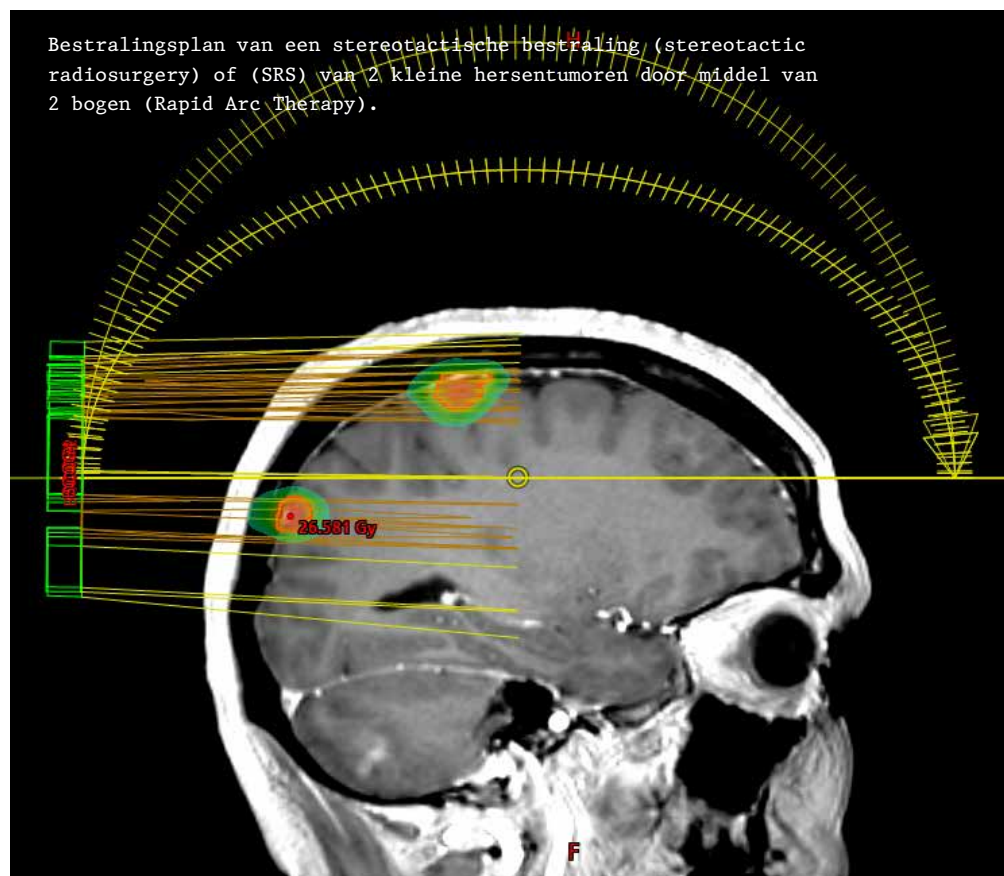
Wat is stereotactische radiotherapie en -chirurgie?

Een bestralingsbehandeling waarbij in één of enkele sessies een hele hoge dosis zéér precies wordt toegediend op een klein volume, met als doel de tumor volledig te laten verdwijnen zonder majeure toxiciteit aan het omliggende gezonde weefsel. Stereotaxie is geschikt voor kleinere tumoren of letsels.

Artsenlijn LOC (Campus ZOL Genk)

Wilt u snel de behandelende arts van radiotherapie, oncologie of hematologie spreken? Of een patiënt dringend doorverwijzen? Bel dan de artsenlijn: tel. 089/32 65 52 of 089/32 65 56 (secretariaat oncologie) (enkel voor artsen, niet voor patiënten of vertegenwoordigers).

Bestralingsplan van een stereotactische bestraling (stereotactic radiosurgery) of (SRS) van 2 kleine hersentumoren door middel van 2 bogen (Rapid Arc Therapy).



Vulvapoli en seksuologiepoli voor vrouwen met vulvaire klachten

De afgelopen jaren heeft de dienst Gynaecologie zich verder gespecialiseerd in het behandelen en begeleiden van patiënten met vulvaire klachten. Hiervoor werden twee specifieke multidisciplinaire raadplegingen opgericht: de vulvapoli en de seksuologiepoli.

Op de vulvapoli worden voornamelijk patiënten gezien met huidproblemen rond de vulva of andere gynaecologische/dermatologische aandoeningen. De seksuologiepoli is bestemd voor patiënten die pijn ervaren bij het vrijen waarbij er op het eerste gezicht geen dermatologische of infectieuze oorzaak aan de basis ligt.

Gynaecoloog dr. Dhont en seksuoloog Els Papy zien de patiënten op de seksuologiepoli.

Welke patiënten doen een beroep op jullie?

Dr. Nathalie Dhont, gynaecoloog:

"We richten ons vooral op patiënten met pijn tijdens het vrijen. Heel wat vrouwen ervaren pijn bij het vrijen zonder dat daar een directe oorzaak voor wordt gevonden. Deze patiënten hebben vaak wat we vulvodynie noemen, al dan niet gepaard met spasme of hypertonie van de bekkenbodemspieren. Gezien pijn bij het vrijen vaak impact heeft op psychologisch, relationeel en seksueel vlak lijkt het ons nuttig dat patiënten bij het eerste bezoek zowel de seksuoloog als de gynaecoloog zien. Om het

“

"Gezien pijn bij het vrijen vaak impact heeft op psychologisch, relationeel en seksueel vlak lijkt het ons nuttig dat patiënten bij het eerste bezoek zowel de seksuoloog als de gynaecoloog zien."

**Dr. Nathalie Dhont
gynaecoloog**

Seksuoloog Els Papy en
Gynaecoloog dr. Dhont

“

"Sommige patiënten zijn reeds geholpen na een eerste consult waarin ik samen met de patiënte de puzzel van het probleem probeer te leggen en de nodige psycho-seksuele educatie geef."

**Els Papy
seksuoloog**

efficiënt te laten verlopen, komt de patiënt eerst bij onze seksuoloog Els Papy die de psychosociale en seksuologische achtergrond van de patiënt uitgebreid bevraagt. Van zodra de patiënt bij mij komt, heb ik al een goed beeld en kan ik me focussen op het medisch aspect."

Els Papy, seksuoloog: "Sinds vorig jaar werken we ook met combinatie-afspraken, eerst een afspraak bij mij en aansluitend bij dr. Dhont. Zo moet de patiënt maar één keer langskomen en kunnen we ook samen sneller een plan van aanpak bespreken."

Wat ligt er aan de basis van vulvodynie?

Dr. Nathalie Dhont: "De definitie van vulvodynie is pijn aan de vulva zonder dat er een medische oorzaak voor wordt gevonden. Het behoort dus tot de pijnstoornissen. En inderdaad, het merendeel van de patiënten die wij zien, hebben geen huidziekte of geen infectie die de pijn uitlokt. Wat natuurlijk maakt dat deze patiënten in de dagelijkse zorg door de mazen van het net vallen. Want als er geen pathologie is, kan je ook niets behandelen."

Wat kan u dan doen om deze patiënten te helpen?

Dr. Nathalie Dhont: "Deze patiënten hebben een pijnstoornis die we multidisciplinair moeten aanpakken. De pijn wordt eerst door middel van specifieke zalven aangepakt. In tweede instantie, als de pijn verminderd is, wordt er vaak verwezen naar externe gespecialiseerde bekkenbodempkinesisten om te werken aan de bekkenbodemspansing. Voor een probleem met betrekking tot

de seksualiteitsbeleving kunnen de patiënten bij Els terecht."

Els Papy: "Sommige patiënten zijn reeds geholpen na een eerste consult waarin ik samen met de patiënte de puzzel van het probleem probeer te leggen en de nodige psycho-seksuele educatie geef. Bij andere patiënten wordt er in samenspraak een langduriger traject opgestart. Indien het een dieperliggend psychologisch probleem betreft (bijvoorbeeld misbruik in de voorgeschiedenis) verwijs ik ook regelmatig door naar een psycholoog. Ik probeer wel steeds de centrale rol in het multidisciplinaire verhaal op te nemen en als de patiënt hierin toestemt neem ik ook contact op met de externe mede-behandelaars en bespreek ik dit ook met dr. Dhont. Dat is belangrijk voor de opvolging en om de patiënt naar een goede oplossing te begeleiden."

Komen vrouwen alleen naar de raadpleging, of brengen ze hun partner mee?

Els Papy: "Veel vrouwen komen de

eerste keer meestal alleen. Ik denk dat één vierde van in het begin met de partner komt. Twee vierde van de patiënten brengt de partner minstens één keer mee. Wij moedigen patiënten aan om hun partner te betrekken bij de consultatie en het hele traject. De partner speelt een belangrijke rol in het verhaal en zijn of haar ervaring is ook belangrijk om mee te nemen."

Merken jullie een toename van het aantal patiënten?

Dr. Nathalie Dhont: "Dat is moeilijk te zeggen. "Wij waren, denk ik, zo goed als de enigen in Limburg toen we in 2016 met onze gespecialiseerde raadpleging begonnen. Maar intussen zijn er enkele nieuwe initiatieven opgestart. Dat is goed, want hier is zeker nood aan. De problematiek is ook meer bespreekbaar geworden. Zo is er ook in de media meer aandacht voor onder andere pijn tijdens het vrijen." ■

Praktisch

Voor patiënten met dermatologische klachten aan de vulva is de vulvapoli het meest aangewezen. Op de vulvapoli worden patiënten gezien door gynaecoloog dr. Nathalie Dhont en dermatoloog dr. Hilde Stals.

Indien de hoofdklacht 'pijn bij het vrijen' is en er geen directe aanwijzingen zijn voor dermatologische oorzaken, worden patiënten best naar de seksuologiepoli verwezen.

Patiënten op de seksuologiepoli worden eerst gezien door seksuoloog Els Papy voor een volledige psychosociale en seksuologische intake. Daarna volgt er een gynaecologisch onderzoek bij dr. Nathalie Dhont. Dr. Nathalie Dhont en Els Papy bekijken

samen welke behandeling en/of begeleiding kan worden opgestart.

Er wordt samengewerkt met een netwerk van gespecialiseerde bekkenbodempkinesitherapeuten. Seksuologische consultaties (intakes los van de seksuologiepoli en vervolgspraken) voor klachten van pijn bij het vrijen kunnen ook op andere momenten tijdens de kantooruren ingepland worden.

Afspraken: tel. 089/32 77 28

Voor specifieke vragen of meer informatie: gynaecoloog dr. Nathalie Dhont: Nathalie.Dhont@zol.be en seksuoloog Els Papy: Els.Papy@zol.be

Academisch-medisch onderzoek in samenwerking met LCRC



Limburg Clinical Research Center



Wat is LCRC?

Het Limburg Clinical Research Center (LCRC), voorheen het Limburg Clinical Research Program (LCRP), is opgericht in 2010 en is een unieke en gestructureerde samenwerking tussen Ziekenhuis Oost-Limburg, Jessa Ziekenhuis en Universiteit Hasselt. Samen bundelen we de krachten om kwaliteitsvol en innovatief klinisch onderzoek in onze regio uit te bouwen. Hierbij is het belangrijkste uitgangspunt dat het onderzoek steeds start vanuit de noden van de patiënt of arts, dit wil zeggen vanuit een klinische vraagstelling.

Onderzoek binnen het LCRC en de meerwaarde voor ons ziekenhuis

Binnen het LCRC wordt er gefocust op onderzoek in vijf specifieke medische clusters, waaronder cardiologie, gynaecologie/fertiliteit, infectieziekten, oncologie en anesthesie/neurologie. Binnen ZOL zijn we actief binnen al deze clusters. Dit is meestal via onderzoek dat geïnitieerd wordt door onze ZOL-LCRC artsen, al dan niet in samenwerking met LCRC-(doctoraats)studenten. Daarnaast zijn er drie sterke service- en technologieplatformen die het onderzoek ondersteunen en versterken.

Structuur van LCRC binnen ons ziekenhuis

Binnen elk ziekenhuis werd er een LCRC-coördinator aangesteld. Binnen de Future Health afdeling van ZOL vervult Christophe Smeets (in opvolging van Inge Thijs) deze rol. Binnenkort zal er binnen elk ziekenhuis ook een adjunct LCRC-directeur worden aangesteld, die de belangen van zowel ons ziekenhuis als het LCRC verder zal behartigen. Binnen de Future Health afdeling van het ZOL zijn er momenteel ook zo'n 14 doctoraatsstudenten aan het werk die allen meerdere klinische studies hebben lopen.

Waar de samenwerking tot 2019 vooral mogelijk gemaakt werd dankzij financiële steun van o.a. Limburg Sterk Merk (LSM) en het Strategisch Actieplan Limburg in het kwadraat (SALK), engageren de drie partners zich verder a.d.h.v. eigen investeringen.

Zo is er de Mobile Health Unit (MHU), die in ZOL vertegenwoordigd wordt door Julie Vranken. Met expertise binnen de mobiele gezondheidszorg/mHealth, kan de MHU ondersteunen bij projecten waarbij het op afstand opvolgen van patiënten (i.e., telemonitoring), draagbare sensoren, smartphone applicaties, enz. belangrijk zijn. Van dat laatste, is het start-up bedrijf Fibrichек een mooi voorbeeld. Wat begon in ZOL als een eenvoudig idee voor een studentenproject, is ondertussen uitgegroeid tot een gevestigde waarde binnen het mHealth landschap. Zo waren zij de eerste Belgische medische smartphone applicatie die en CE- én FDA-goedkeuring kregen. In ZOL krijgen er dagelijks patiënten een voorschrift mee om de Fibrichек-applicatie te gebruiken. Met een unieke code wordt de patiënt gekoppeld aan de behandelend arts en kan de patiënt van op afstand opgevolgd worden. Ondertussen is er voor Fibrichек reeds een gedeeltelijke terugbetaling en



“

“Door de unieke samenwerking tussen ZOL, Jessa Ziekenhuis en Universiteit Hasselt, komen we in aanmerking om stagestudenten en doctoraatsstudenten van verschillende opleidingen aan te trekken en om te appliceren bij verschillende subsidiekanalen en zo externe onderzoeksfinanciering binnen te halen.”

Christophe Smeets,
coördinator LCRC

zijn ze ook bezig met het verkennen van de Amerikaanse markt! Over het feit dat Fibrichcek zijn oorsprong in de kelders van het ZOL kent, kunnen we alleen maar trots zijn! Binnen de Mobile Health Unit werd ook het Dharma-onderzoekplatform opgericht. Het platform doet dienst als telemonitoring dashboard en laat op een eenvoudige en laagdrempelige manier toe om verschillende (merken) draagbare sensoren (bv. bloeddrukmeter, saturatiemeter, enz.) te koppelen, vragenlijsten (waaronder PROMs) te pushen en op die manier patiënten in onderzoekscontext op afstand op te volgen. Binnen ZOL wordt het Dharma-platform o.a. gebruikt om de PREMOM-patiënten op te volgen, nl. zwangere vrouwen met een verhoogd risico op het ontwikkelen van zwangerschapsvergiftiging. Kortom, zeker een toegevoegde waarde want de toekomst van de gezondheidszorg is mobiel!

Daarnaast is er de Biobank UBiLim opgericht, een onmisbare schakel om kwalitatief en goed gedocumenteerd humaan lichaamsmateriaal (bv. bloed en urinestalen) te kunnen opslaan. Bij alle stalen worden ook de gegevens over het ziektebeeld van patiënten verzameld en bewaard voor onderzoek. Naast kwalitatieve bewaring van eigen patiëntenstalen, krijgen onze onderzoekers op deze manier toegang tot een unieke verzameling interessante patiëntenstalen. Zo kunnen zij sneller met hun onderzoek van start gaan en winnen ze kostbare tijd. Ook van onze ZOL-patiënten ligt er een grote set aan waardevol materiaal opgeslagen binnen de Biobank voor later onderzoek.

Ten slotte is er RELAB, het academisch

innovatielab van het LCRC en de faculteit Revalidatiewetenschappen van UHasselt. Specialisten in de musculoskeletale, neurologische en geriatri-sche revalidatie stellen via RELAB hun expertise in technologische meet- en behandelmethoden ten dienste via onderzoek, ondersteuning en advies. Patiënten met complexe problemen kunnen naar RELAB worden doorverwezen voor klinisch en technologisch onderzoek met de meest gesofisticeerde sensoren- en cameratechnieken.

Door de unieke samenwerking van twee van de grootste ziekenhuizen in onze regio en de Universiteit Hasselt, wordt het mogelijk om kwalitatief, patiëntgericht academisch-medisch onderzoek te doen dat zeker niet moet onderdoen ten opzichte van de universitaire ziekenhuizen. Bovendien komen we door de samenwerking in aanmerking om stagestudenten en doctoraatsstudenten van verschillende opleidingen aan te trekken en om te appliceren bij verschillende subsidiekanalen en zo externe onderzoeksfinanciering binnen te halen.

Verwezenlijkingen

Door academische onderzoekers in een ziekenhuisomgeving te laten samenwerken met gedreven artsen-professoren konden reeds meer dan 60 doctoraats-trajecten, meer dan 600 internationale wetenschappelijke publicaties en talrijke samenwerkingen met nationale en internationale partners gerealiseerd worden.

In de toekomst bouwt het LCRC verder aan zijn ambitie om uit te groeien tot een internationaal georiënteerd academisch-medisch kenniscentrum in Limburg dat een belangrijke stimulans zal beteke-

nen voor het academisch onderwijs, topmedische zorg en healthcare-innovatie in Limburg en Vlaanderen! LCRC blijft zich inzetten op o.a. mHealth research, en zich verdiepen in nieuwe 'rising' topics zoals population health management, (big) data en implementation science. Heb jij interesse in academisch-klinisch onderzoek, neem dan zeker contact op met Christophe Smeets (LCRC coördinator, christophe.smeets@zol.be) of Julie Vranken (LCRC MHU coördinator, julie.vranken@zol.be). ■



“

“Met expertise binnen de mobiele gezondheidszorg/mHealth, kan de Mobile Health Unit ondersteunen bij projecten waarbij het op afstand opvolgen van patiënten, draagbare sensoren, smartphone applicaties, enz. belangrijk zijn.”

Julie Vranken
coördinator
LCRC/MHU



Orthopsie in ZOL: wat scheelt er?

Elke woensdag organiseert oogarts dr. Valerie Verhelle een orthopsieraadpleging voor kinderen met dubbelzicht en scheelzien, samen met de orthoptisten Ann Deckx en Annemie Sweelssen. Ook patiënten met vage oogklachten zoals onscherpe beelden, dansende letters en leesproblemen of hoofdpijn na lezen kunnen bij hen terecht. Verder kunnen ze ook beoordelen of een abnormale hoofdhouding veroorzaakt wordt door een oogprobleem of niet.

Hoe komen kinderen op jullie orthopsieraadpleging terecht?

Dr. Valerie Verhelle: "Kind en Gezin doet een oogscreening rond de leeftijd van 1 jaar en 2 jaar en dit om de kinderen met een verhoogd risico op de ontwikkeling van een 'lui oog' op te sporen. Deze kinderen worden doorgestuurd naar een (kinder)oogarts."

Wat verstaat u onder een 'lui oog'?

"Een lui oog (amblyopie) is een oog dat minder goed leert kijken dan het andere oog. De meest voorkomende oorzaak hiervoor is een groot verschil in brilafwijking tussen beide ogen waardoor het beste oog goed ontwikkelt en het zwakste oog achterop blijft. Soms is er ook scheelzien aanwezig, waarbij het zwakste oog niet recht staat. Minder frequent is een ooglidprobleem zoals een hangend bovenooglid dat de pupil bedekt, waardoor één oog ook achterop blijft."

"Tijdens het onderzoek door de orthoptist worden het zicht, de oogstand, de oogmotiliteit en de samenwerking tussen de 2 ogen (dieptezicht) beoordeeld.

Met behulp van een druppelonderzoek wordt onderzocht of het kind een bril nodig heeft. De druppel maakt de pupil wijd en schakelt de inwendige oogspier uit. Hierdoor is het mogelijk om objectief te beoordelen of er in één of beide ogen een brilafwijking bestaat."

"Als het scheelzien van een kindje niet kan opgelost worden met een bril, dan wordt er een strabisme-ingreep gepland."

dr. Valérie Verhelle, oogarts

Wat zijn de behandelmogelijkheden?

"De behandeling van een lui oog bestaat uit een bril en/of afplaktherapie en/of een ingreep. Als er een bril wordt voorgeschreven, dan is het belangrijk voor een klein kindje om de bril altijd te dragen. Het beste oog wordt gedurende enkele uren per dag afgeplakt

om zo het zwakste oog te stimuleren. Als het scheelzien niet kan opgelost worden met een bril, dan wordt er een strabisme-ingreep gepland. Een ingreep gebeurt meestal rond de leeftijd van 3 tot 5 jaar."

Patiënten met dubbelzicht en scheelzien

"Wanneer onze beide ogen niet goed samenwerken, dan zien we twee verschillende beelden waardoor er dubbelzicht ontstaat. Dit kan een aangeboren probleem zijn dat met de jaren erger wordt of het is een nieuw probleem. In dat geval gaat het vaak om een verlamming van een oogzenuw."

"Een plotse verlamming van een oogzenuw kan ontstaan door vasculaire afwijkingen - bijvoorbeeld diabetes, hoge bloeddruk, een aneurysma -, een infectie - bijvoorbeeld Lyme -, een hersenprobleem - bijvoorbeeld een hersenbloeding, infarct of tumor -, of een hoofdtrauma."

"Bij het bedekken van één oog is het dubbelzicht weg. Dat is dan ook in eer-



ste instantie de behandeling. Als de afwijkende oogstand niet te groot is, kan een prisma helpen om opnieuw enkel zicht te bekomen. Er wordt gestart met een opkleefprisma op de eigen bril. Vaak is er een spontaan herstel binnen de 6 maanden. Bij een blijvende verlamming die niet meer verbetert, kan de prisma ingeslepen worden in de brilglazen op voorwaarde dat de sterkte van de prisma niet te hoog is. Bij een te grote afwijking, kan een ingreep overwogen worden. De verlamde spier kan niet hersteld worden maar door de andere spieren te verplaatsen of in te korten, wordt geprobeerd om de balans tussen de beide ogen te herstellen in primaire positie, dit wil zeggen bij de blik vooruit."

Patiënten met vage klachten, blijvende leesproblemen

"Soms is er geen duidelijk scheelzien en klaagt de patiënt ook niet van dubbelzien maar is er toch een kleine stoornis in de samenwerking van de ogen waardoor het beeld 'wiebelt' of 'danst' of 'niet scherp' is. Via een orthoptisch onderzoek kan dit vastgesteld worden en kan de bril vaak toch aangepast worden zodat het voor de patiënt beter wordt."

Patiënten met een abnormale hoofdhouding: torticollis

"Om dubbelzicht zoveel mogelijk te vermijden gaat een patiënt soms een abnormale hoofdhouding aannemen: een draaiing van het hoofd naar rechts of links, een kanteling van het hoofd

naar rechts of links of de kin omhoog of omlaag. Via een orthoptisch onderzoek kan vastgesteld worden of er een onderliggend oogprobleem is bij mensen met een abnormale hoofdhouding. Dan kan een behandeling van de afwijkende oogstand ervoor zorgen dat het hoofd weer recht gaat staan. Op die manier kunnen bv. nekkachten vermeden worden op lange termijn."

Ingreep voor scheelzien: strabisme ingreep

"Een strabisme-ingreep wordt steeds uitgevoerd onder algemene narcose. Tijdens de ingreep worden één of meerdere oogspieren van één of beide ogen versterkt of verzwakt, zodanig dat de ogen rechter gaan staan ten opzichte van elkaar en de oogstand dus verbeterd."

De patiënten verblijven in de dagkliniek en gaan dezelfde dag terug naar huis. De ogen worden na de ingreep niet afgedekt. De roodheid van het geïmponeerde oog verdwijnt na enkele weken. Het doel is om een rechte oogstand te bekomen na 1 ingreep maar soms zijn er meerdere ingrepen nodig. Deze ingrepen doe ik voornamelijk op campus Sint-Barbara, waar ik kan samenwerken met een uitstekend team van verpleegkundigen in het operatiekwartier en de dagkliniek. ■

In ZOL Maas en Kempen wordt de ingreep ook uitgevoerd door dr. Jaenen en dr. Le Piane.

De vier O's in oogzorg

Opticiens: zichtmeting > 12 jaar en aanpassen van optische hulpmiddelen : bril, contactlenzen

Optometrist: zichtmeting > 12 jaar, indruppelen van ogen, uitvoeren van metingen en oogonderzoeken vaak in samenwerking met een oogarts, maar kan ook zelfstandig

Orthoptist: zichtmeting ook bij kleine kinderen, indruppelen van ogen, onderzoek van de oogstand, oogbewegingen en de samenwerking tussen de ogen

Oogarts: al het vorige en daarenboven ook medicatie voorschrijven en medische ingrepen doen



Ann Deckx, dr. Valérie Verhelle en Annemie Sweelssen.



Dr. Karen Deraedt, prof. dr. Jan Vandevenne, dr. Thomas Daenekindt
Dr. Sabine Fransis, dr. Emilie Dubaere, dr. Christophe Oosterbos,
Dr. Mieke Govers, Christel Vangompel, dr. Ann Hoeven
Dr. Peter Van Eycken, prof. dr. Sofie Van Cauter, dr. Frank Weyns, dr. Fer Mennens

Goede cijfers voor de behandeling van hersentumoren

ZOL scoort goed in rapport van Belgisch Kankerregister

Het Belgisch Kankerregister publiceerde een rapport over de behandeling van primaire hersentumoren tussen 2016 tot 2019, met cijfers sinds 2008 voor patiënten die eerder gediagnosticeerd zijn. Uit de cijfers blijkt dat ZOL tot de beste leerlingen van de klas behoort, wat betreft de proces-, zowel als de outcome-indicatoren. "Het is fijn om te zien dat ons harde werk bevestigd wordt in de cijfers van de overheid," aldus neurochirurg dr. Frank Weyns, oncoloog dr. Fer Mennens en radiotherapeut dr. Mieke Govers.

In het rapport van het Belgisch kankerregister werden 73 Belgische ziekenhuizen geïnccludeerd. In totaal gaat het over 3.067 patiënten. ZOL is het derde grootste centrum in België wat betreft de behandeling van hersentumoren.

Dr. Frank Weyns: "Het rapport bevat alle verschillende types van hersentumoren maar de grootste groep zijn de kwaadaardige gliomen omdat deze het meeste voorkomen. De verhouding mannen-vrouwen is 60-40%."

"Het rapport gaat uit van een indeling in 4 graden. Graad 1 komt hoofdzakelijk voor bij kinderen en jongvolwassenen, graad 2 tot 4 bij volwassenen. Graad 1 en 2 zijn niet agressief, hoewel graad 2 op termijn meestal wel in die richting evolueert. Patiënten met een graad 4-tumor zullen het snelst overlijden."

Wat zeggen de cijfers over de levensverwachting van deze patiënten?

Dr. Frank Weyns: "Uit de cijfers blijkt dat 50% van de patiënten met een glioom gemiddeld na één jaar nog leeft en 25% na twee jaar. In ZOL scoren we een stuk hoger dan de gemiddelden (figuur 1 en 2). Dit geldt voor de periode van 2016 tot 2019. Intussen hebben we geleerd dat de graad 4 tumoren niet allemaal hetzelfde zijn. Sommige graad 4-lletsels blijven en blijven groeien, welke behandeling je ook geeft. Maar voor andere is een behandeling wel nog zinvol."

Dr. Mieke Govers: "Anno 2024 worden,

met behulp van innovatieve moleculaire onderzoeken en genetische testen op het tumorweefsel, de tumoren anders ingedeeld. Hierdoor kunnen we de agressiviteit van de tumoren en de reactie op behandelingen beter inschatten. Zo zullen sommige tumoren die vroeger misschien als een graad 3 werden benoemd, nu een graad 4 kunnen zijn en vice versa. Dit is ook een opening naar nieuwe therapiemogelijkheden die momenteel volop worden bestudeerd."

Wie stelt de diagnose van een hersentumor?

Dr. Frank Weyns: "In 9 op de 10 gevallen start het traject op de dienst Spoedgevallen. Omdat patiënten bijvoorbeeld plots heel erge hoofdpijn hebben. Of, en dat gebeurt frequent, omdat ze een epilepsieaanval krijgen of uitvals- of verlamningsverschijnselen vertonen. En dan zijn er natuurlijk ook mensen met hoofdpijnklachten die bij de huisarts of de neuroloog komen en bij wie een glioom wordt vastgesteld via een scan."

"Soms kijken patiënten terug na hun diagnose en realiseren ze zich dat er eerder al subtiele of kleine aanwijzingen waren, maanden vooraf, waar ze toen niet of onvoldoende op gereageerd hebben."

Hoe lang duurt het vanaf een klacht tot de diagnose en behandeling?

Dr. Mieke Govers: "Een eerste behandeling is vaak chirurgisch en gebeurt,

afhankelijk van de ernst van de symptomen, urgent of meestal kort na de diagnose. Efficiënt en snel reageren is bij een graad 4 letsel immers heel belangrijk. Een behandeling met radiotherapie en chemotherapie volgt daarna en hierbij streven we naar een start van de therapie 4 weken postoperatief of korter wanneer er enkel een biopsiename werd uitgevoerd bijvoorbeeld bij een inoperabel letsel. Bij laaggradige letsels is er vaak meer tijd en indien er geen symptomen zijn, kan hier soms nog worden afgewacht."

Vaak wordt er ook chirurgisch ingegrepen?

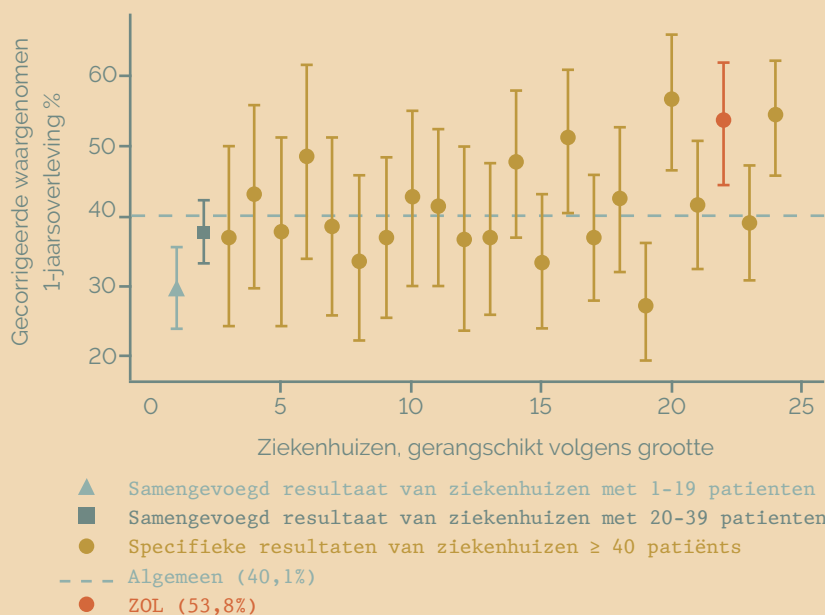
Dr. Frank Weyns: "Ik denk dat inderdaad zo'n 90% van onze patiënten met een glioom eerst chirurgisch be-



“

"Ik denk dat inderdaad zo'n 90% van onze patiënten met een glioom eerst chirurgisch behandeld wordt."

dr. Frank Weyns
neurochirurgie



Figuur 1: Gliomen (2016-2019): Forest plot van de aangepaste waargenomen 1-jaarsoverleving sinds de diagnose van alle glioblastoompatiënten (gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, WHO-prestatie-status, comorbiditeiten en aanwezigheid van extra tumoren), per centrum van de hoofdbehandeling.

De centra zijn horizontaal geordend volgens oplopende centrumgrootte.

handeld wordt. De internationale literatuur toont dat de overleving toeneemt naarmate er meer tumorale weefsel bij een operatieve behandeling kon verwijderd worden."

"We gebruiken hiervoor tegenwoordig verschillende innovatieve technieken



“

"Door het goede teamwerk kunnen we steeds de juiste behandeling aanbieden op het juiste moment. Als dat niet gebeurt, kan de patiënt kansen missen."

Mieke Govers
radiotherapie

die het mogelijk maken om moeilijker gelegen tumoren toch te reseceren, en deze resectie nog vollediger te maken. Neuronavigatie gebruiken we al sinds 1997. 5-ALA of 5-Amino-Levulinic-Acid, een aminozuur dat de tumor tijdens de ingreep doet fluoresceren, gebruiken we ook al meer dan 10 jaar. Er gebeuren de laatste jaren ook meer 'wakkere procedures' (wake-up surgery) om functieverlies van spraak te voorkomen of tot een minimum te beperken. Tot slot maken we ook vaak gebruik van neuromonitoring waarbij we bepaalde functies van het zenuwstelsel van een patiënt tijdens de ingreep monitoren met elektrofysiologische technieken. Ook hierin zijn we pioniers."

Welke behandelingen bieden jullie nog in ZOL?

Dr. Mieke Govers: "Naast chirurgie en chemotherapie is radiotherapie ook een standaardbehandeling voor patiënten met hersentumoren. De bestralingstechnieken zijn in de loop der jaren sterk geëvolueerd, waardoor we het doelvolume, zijnde de tumor met een marge, nauwkeuriger kunnen bestralen en het gezonde hersenweefsel errond zoveel mogelijk kunnen sparen. Op die manier proberen we bij te dragen aan het behoud van levenskwaliteit van de patiënt en het reduceren van nevenwerkingen, zon-

der in te boeten op effectiviteit van de therapie."

Dr. Fer Mennens: "De afgelopen jaren is er een enorme ontwikkeling op het gebied van doelgerichte behandelingen binnen de oncologie. Deze medicijnen werken in op bepaalde afwijkingen (mutaties, amplificaties of fusies), die in de tumoren aanwezig kunnen zijn, waardoor de groei kan worden stilgelegd. Deze behandelingen worden al routinematig ingezet voor bepaalde kankertypes, maar nog niet voor gliomen. De hoop is dat deze doelgerichte behandelingen ook werkzaam blijken voor patiënten met gliomen."

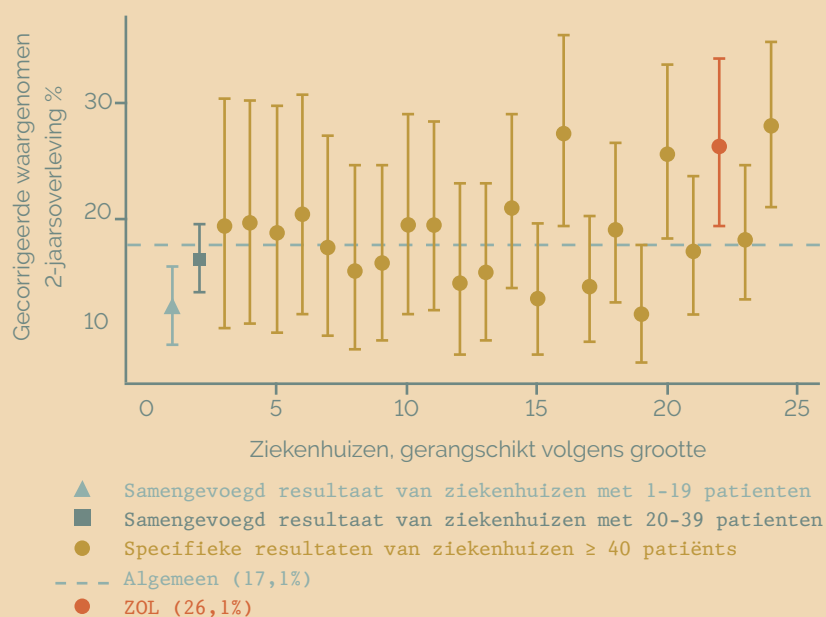
"Momenteel gaan we al op zoek naar deze afwijkingen bij patiënten met gliomen die alle standaardbehandelingen doorlopen hebben. Afhankelijk van de gevonden afwijking kunnen we sommige van deze patiënten in studieverband behandelen met doelgerichte therapieën (die al een bewezen werking hebben voor andere type tumoren). Hierdoor kunnen we dus een aantal 'uitbehandelde' patiënten in studieverband toch nog een extra behandelingsoptie aanbieden."

De behandelingsmogelijkheden zijn groot, een goede samenwerking tussen de verschillende specialismes is hierbij heel belangrijk?

Dr. Frank Weyns: "Tijdens MOC overleg-momenten (multidisciplinair on-

Figure 2: Gliomen (2016-2019): Forest plot van de aangepaste waargenomen 2-jaarsoverleving sinds de diagnose van alle glioblastoompatiënten (gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, WHO-prestatie-status, comorbiditeiten en aanwezigheid van extra tumoren), per centrum van de hoofdbehandeling.

De centra zijn horizontaal geordend volgens oplopende centrum-grootte.



cologisch consult) zitten verschillende disciplines (chirurgie, radiotherapie, oncologie, neuroradiologie, anatomo-pathologie, onco-coachen) samen om het ideale behandeltraject uit te stippelen."

"Door een goed multidisciplinair overleg, dat kort op de bal speelt en de juiste therapie aanbiedt op het juiste moment, kunnen we meer kansen creëren voor onze patiënten. We blijven onderzoeken hoe verschillende behandelingen elkaar kunnen aanvullen. En iedereen blijft hierin een rol spelen. Zo kan het bijvoorbeeld gebeuren dat ik een patiënt voor de tweede en zelfs de derde keer opereer wanneer het letsel opnieuw aangroeit. Daarmee kunnen we de tumorload immers opnieuw lager krijgen waardoor je weer een periode wint met een langere overleving en mogelijkheden voor chemotherapie."

Uit de cijfers van het rapport van het Belgisch Kankerregister blijkt dat jullie een zeer hoge kwaliteit van zorg leveren. Hoe verklaren jullie dit?

Frank Weyns: "Hierin spelen veel elementen een rol: de hoge aantallen als groot centrum, een zeer goede samenwerking, talrijke overlegmomenten en de verdere subspecialisatie van alle verschillende medische disciplines. We blijven elke patiënt kort opvolgen. Omdat de patiënt, de ziekte en de behandelingen permanent evolueren."

Mieke Govers: "Door het goede teamwerk kunnen we steeds de juiste behandeling aanbieden op het juiste moment. Als dat niet gebeurt, kan de patiënt kansen missen."

Frank Weyns: "Maar we luisteren natuurlijk ook naar wat de patiënt en de familie willen. En daarvoor is de input van de oncoaches, die de aanspreekpersoon zijn voor de patiënt gedurende het hele traject, heel belangrijk. Zij hebben meer inzicht in wat de patiënt en de familie willen. Want uiteindelijk kunnen wij nog veel ideeën hebben maar als de patiënt het niet meer ziet zitten of de levenskwaliteit niet meer als voldoende ervaart, dan moeten wij daar rekening mee houden."

Het rapport van het Belgisch Kankerregister gaat over de periode van 2016 tot 2019, met uitbreiding van de cijfers van 2008 tot 2011 en van 2012-2015. Dat is een uitgebreide periode?

Mieke Govers: "Dat is inderdaad een zeer uitgebreide periode en ook wel interessant omdat dit de evolutie over de jaren laat zien. Maar 2019 is reeds 5 jaar geleden en de cijfers zijn dus eigenlijk opnieuw verouderd. We blijven als team streven naar een verdere verbetering van de kwaliteit. Zo kunnen we stellen dat enkele items waarin onze cijfers iets minder waren bij deze

publicatie, ondertussen al geruime tijd geleden werden bijgestuurd."

Dr. Frank Weyns: "Ja, we zijn trots dat ons team zulke goede cijfers kan voorleggen. Het is fijn om te zien dat ons harde werk bevestigd wordt in de cijfers van de overheid." ■



“

"De afgelopen jaren is er een enorme ontwikkeling op het gebied van doelgerichte behandelingen binnen de oncologie."

dr. Fer Mennens
oncologie

Nieuwe Arts

dr. Sarah Verbeeck

Neonatologie

Zopas startte dr. Sarah Verbeeck op de diensten Pediatrie en Neonatologie. Ze legt zich voornamelijk toe op neonatale neurologie.

Dr. Verbeeck behaalde haar diploma geneeskunde met grote onderscheiding aan de KU Leuven in 2016. Haar specialistenopleiding Pediatrie behaalde ze in 2021. Nadien volgde ze een fellowship neonatologie gedurende 2 jaar waarvan 1 jaar in UZ Leuven bij prof. dr. Naulaers en prof. dr. Debeer en 1 jaar in UC Louvain bij prof. Dr. Danhaive. Tot slot volgde ze in UZ Leuven nog een bijkomende opleiding in de neonatale neurologie.

Nieuwe medisch diensthoofden



Dr. Philip Fransen

arts-diensthoofd Urologie,
ZOL Maas en Kempen

*in opvolging van
dr. Steven Vermeersch*



Dr. Wouter Lansink

arts-diensthoofd Thoraco-
vasculaire heelkunde

*in opvolging van
dr. Geert Lauwers*



Prof. dr. Kristoff Corten

arts-diensthoofd
Orthopedie

*in opvolging van
prof. dr. Joris Duerinckx*



Dr. Frank Claessens

arts-diensthoofd
Abdominale Heelkunde

*in opvolging van
prof. dr. Kurt Van der Speeten.*



Shield beschermt tegen cybercriminaliteit



In een opmerkelijke primeur van regionale solidariteit tegen de groeiende golf van cyberdreigingen bundelen Ziekenhuis Oost-Limburg, het Jessa Ziekenhuis en Universiteit Hasselt hun krachten met de introductie van 'Shield'. In deze innovatieve service hub werken gespecialiseerde informatici van de drie instellingen samen aan de allernieuwste cyberbeveiligingsinfrastructuur.

Shield moet Limburg op de voorgrond plaatsen in de strijd tegen cybercriminaliteit", zeggen de drie partnerorganisaties. Shield (Service Hub voor IT Expertise in Limburg en Daarbuiten) wil proactief inspelen op de digitale uitdagingen rond cyberveiligheid van vandaag en morgen. Het initiatief staat model voor hoe een samenwerking tussen zorg- en onderwijsinstellingen een cruciale rol kan spelen in het waarborgen van de veiligheid en privacy van burgers. Concreet zullen er binnen Shield gerichte oplossingen en referentie-architecturen ontwikkeld en geïmplementeerd worden om zo het hoofd te bieden aan de snel evoluerende cyberdreigingen.

Unieke samenwerking

Hilde Goossens, directeur ICT bij Jessa:

"De oprichting van Shield is een proactieve maatregel tegen de cyberdreiging die onze essentiële diensten in gevaar kan brengen. Deze unieke samenwerking biedt ons een versterkte basis om onze vitale zorgverlening ononderbroken voort te zetten."

Kurt Gielen, ICT-manager bij ZOL, focust

op innovatie: "Binnen Shield bundelen we onze expertise om de voorhoede te zijn in de ontwikkeling van toekomstbestendige cyberbeveiligingsstrategieën en diensten, die cruciaal zijn voor het beschermen van onze academische en medische infrastructuur."

Tim Clerckx, ICT-directeur bij UHasselt:

"Dit initiatief tilt onze capaciteiten in cyberveiligheid naar een hoger niveau, waardoor we niet alleen voldoen aan de Europese standaarden maar ook een veiligere omgeving creëren voor onze studenten, onderzoekers en patiënten."

Wim Bijmens, CEO van Shield: "Dit is een gemeenschappelijke missie. Samen erkennen we de dringende behoefte om de digitale leefomgeving van Limburg te beschermen. Shield vertegenwoordigt onze inzet om niet alleen te voldoen aan de huidige cyberbeveiligingseisen maar ook om een fundament te leggen voor de toekomstige veiligheid van onze regio. We staan trouwens zeker ook open voor partnerships over de provinciegrenzen heen."



Kurt Gielen, ICT-manager en dr. Peter Thijs, directeur ICT ZOL

Beveiligingsoplossingen ontwikkelen

Wim Bijmens, CEO van Shield: "Naast de eigen expertise van de drie partners die we vanaf nu samenbrengen, trekken we binnen Shield extra IT-specialisten aan die de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van cybersecurity opvolgen. Daarnaast gaan we samenwerkingsverbanden met gespecialiseerde partijen aan en zullen we de beveiligingsoplossingen die ontwikkeld worden binnen Shield, effectief in de markt zetten en deze laagdrempelig aanbieden aan alle leden van het netwerk." ■



Vaatchirurg dr. Herman Schroë neemt afscheid van ZOL

Sinds april van dit jaar stopte thoracovasculair chirurg dr. Herman Schroë met zijn werk in ZOL. "Ik ben fier op wat ik samen met mijn collega's in de loop der jaren heb kunnen realiseren."

Hoe bent u destijds in ZOL terecht gekomen?

Dr. Herman Schroë: "Ik koos voor het Sint-Jansziekenhuis in Genk in 1989 op vraag van abdominaal chirurg dr. Erik Niville die mij over de streep trok om een gecombineerde dienst chirurgie op te starten. In die tijd was thoracovasculaire chirurgie een technische subdiscipline. Deze gecombineerde dienst bouwden wij samen uit met de algemeen chirurgen dr. Clyncke, dr. Schatz en dr. De Bie. Enkele jaren later, in 1993 kreeg ik de mogelijkheid de dienst Thoracovasculaire Heelkunde op te richten door de samenwerking met cardiochirurg dr. Geert Fransen. Hiermee opende zich een totaal andere wereld. De uitdaging was groot om ons in Limburg op de kaart te zetten mede door de samenwerking met een pas opgestarte dienst Interventionele Cardiologie. De eerste zes jaren

van mijn activiteit waren zwaar doordat ik voor mijn chirurgische activiteit quasi permanent de supergespecialiseerde wacht deed. Sporadisch, tijdens de wat langere vakanties deed een ingeroepen vaatchirurg de achterwacht. In 1996 startte dr. Geert Lauwers in onze dienst Thoraco-Vasculaire Heelkunde, in 2000 dr. Wouter Lansink. De wachten werden minder zwaar en de workload diversifieerde. In 2009 startte dr. Katelijne Vanslembroek als eerste vrouwelijke vaatchirurge met superspecialisatie in de flebologie en in 2016 dr. Sigi Nauwelaers, gesuperspecialiseerd in de acces- en thoraxchirurgie. Recent associeerden we met prof. dr. Herbert Decaluwé, exclusief gespecialiseerd in de thoraxchirurgie."

Hoe is de dienst Thoracovasculaire Heelkunde zo kunnen uitgroeien?

Dr. Herman Schroë: "Omdat we met zo'n groot team waren, konden we elk een eigen superspecialisatie uitbouwen. Ik heb me vanaf het begin toegelegd op endovasculaire chirurgie en de verdere innovatie ervan. Samen met enkele jonge Belgische vaatchirurgen stond ik mee aan de bakermat van deze technische superdiscipline en hebben we de endovasculaire therapie van in het begin opgestart en nationaal alsook internationaal uitgebouwd, te beginnen met het

dilateren en recanaliseren van atherosclerotische letsels tot endoprotheses, carotis dilataties, distale vaattherapie en gecombineerde gespecialiseerde technieken. Intussen zijn de endovasculaire technieken enorm uitgegroeid naar meer en complexere toepassingen. De endovasculaire behandelingen worden momenteel uitgevoerd in 65 tot 70% van de totale vaatpathologie. Het is routinepathologie geworden."

"In 2000 hebben we het Limburgs Vaatcentrum opgericht en is onze dienst gestart met het aanbieden van de hogere opleiding vaatchirurgie. We hebben vanaf toen elk jaar een resident opgeleid. Ook onze samenwerking met interventioneel radioloog dr. Luc Stockx is een mijlpaal binnen de multidisciplinaire behandeling van de vaatpatiënt gebleken."

"In 2011 hebben we het Studiecentrum Thoracovasculaire heelkunde opgericht, in samenwerking met gezondheidsinstanties en de industrie. De multidisciplinaire samenwerking van de heelkundige ploeg, de interventioneel radiologische ploeg met vaste behandelpaden en intense samenwerking leidde tot een coherente structuur op deze diensten en heeft ervoor gezorgd dat we baanbrekend werk konden verrichten. Met de



opening in 2015 van het Interventioneel Centrum ZOL. Met onze eigen interventiezalen voor de diensten Cardiologie, Interventionele Radiologie en Thoracovasculaire Heelkunde is dit helemaal op kruissnelheid gekomen. Dit heeft ons nationaal en internationaal op de kaart gezet. Elk van ons ging wereldwijd spreken en we ontvingen internationale gasten. We zijn er in al die jaren in geslaagd uit te groeien tot een van de grootste diensten 'Thorax- en vaatheelkunde' van het land met superspecialisaties en met een aanzienlijke wetenschappelijke output. Dit blijft nog steeds een drijfveer naar belangrijke wetenschappelijke vooruitgang en momenteel hebben we nog meer dan een 10-tal klinische studies lopende. Dit heeft veel appreciatie, samenwerking en voldoening met zich meegebracht."

"Ik moet eerlijk toegeven dat in dit ziekenhuis de artsen altijd alle kansen gekregen hebben gekregen om hun ambities waar te maken. Daar ben ik trots op. Wie ondernemend was en een duidelijk plan had, kreeg veel gedaan. Dat is waar ZOL trouwens nog altijd voor staat en wat je heden ook ziet in veel andere medische diensten."

Welke functies heeft u allemaal gehad in de loop der jaren?

Dr. Herman Schroë: "Ik ben medisch diensthoofd Thorax- en Vaatchirurgie geweest in ZOL van 1996 tot 2014. Ik ben ook tien jaar lid geweest van de medische raad van het ZOL. Naast mijn ziekenhuisactiviteiten ben ik vooral

actief geweest in de beroepsvereniging 'BSVS' zijnde Belgian Society of Vascular Surgery. Sinds 2014 ben ik een tijd voorzitter geweest afwisselend met secretaris in 4 jaarlijkse mandaten, later wetenschappelijke alsook onderzoeksmandaten sinds 2014 tot op de dag van vandaag. Vanuit de beroepsvereniging hebben we heel wat structurele veranderingen kunnen realiseren in zowel de heelkundige vasculaire opleiding als wat betreft de terugbetaling van nieuwe innovatieve materialen en technieken, dit zowel in samenwerking met de industrie als met de overheid. Naast de klinische praktijk zijn zeker deze laatste essentieel in de vooruitgang van de gezondheidszorg. Wat het BSVS betreft, werkten deze artsen samen als een geoliede machine, hebben we mekaar gesteund door dik en dun, veel gerealiseerd en veel gelachen."

Met welke diensten heeft u veel samengewerkt in al die jaren?

Dr. Herman Schroë: "Buiten het ziekenhuis hebben we veel coherentie gehad met de dienst vaatheelkunde uit UZ Gent geleid door prof. Frank Vermassen en wat betreft de opleiding van residenten hebben we een jarenlange samenwerking met de dienst Vaatchirurgie van KU Leuven. We hebben samen heel wat studies opgestart en gingen spreken op internationale congressen."

"In ons ziekenhuis hebben we vooral samengewerkt met de dienst Interventionele Radiologie en de dienst Cardiologie.

Veel patiënten van onze dienst moeten immers ook cardiologisch behandeld worden en omgekeerd. Vandaag heeft onze dienst ook een intense samenwerking met de dienst Pneumologie, waar de laatste jaren verschillende jonge topartsen gestart zijn die heel wat nieuwe expertise en technieken hebben binnengebracht."

"Achterom kijken is goed maar mij richten naar de toekomst voor verbetering van de hogere opleiding van assistenten en residenten heeft mij steeds na aan het hart gelegen. Artsen in opleiding stimuleren, hun wegwijzen maken in de eigen specialisatie, zowel professioneel als wat betreft de passie voor het vak."

Wat brengt de toekomst na ZOL?

Dr. Herman Schroë: "Ik wil nog professioneel actief zijn en doe nog raadpleging in diverse centra. Dit biedt mij een brede waaier aan mogelijkheden, maar het zijn vooral de contacten en de voeling met het klinische werk die ik hierdoor heb, die me drijven. Ik heb ook nog enkele adviserende functies."

"Daarnaast wil ik vooral tevreden zijn met al de dingen die het leven mij gebracht heeft en vandaag de dag bieden. Ik wil meer vrije tijd doorbrengen mijn vrouw Martine en mijn drie dochters die mij steeds volledig gesteund hebben en die nu zeker meer aandacht verdienen. Verder blijft de gedrevenheid en passie voor de paardensport mij nog steeds veel voldoening geven." ■

GENK LOOPT & WANDELT

5.5
2024

Genk Loopt en Wandelt

Genk Loopt ... en Wandelt op zondag 5 mei. De drie langste afstanden in het aanbod – de 5 km, de 10 km en de 10 mijl – kunnen zowel gelopen als gewandeld worden. Daarnaast is er traditioneel ook nog een jeugdlloop over 1 km en een kaboutertjesloop van 360 meter ... of anders uitgedrukt: 3600 decimeter, een verwijzing naar de postcode van Genk.

Door een stadsparcours met heel veel passages door het groen uit te tekenen én door de nauwe band met ZOL mag Genk Loopt zich

de gezondste stadsloop van het land noemen. Tom Arts, voorzitter ZOL: "Al sinds editie 1 in 2013 is ZOL mee de drijvende kracht achter Genk Loopt. We willen er als gezondheidscentrum niet enkel zijn voor wie medische zorgen nodig heeft, maar ook mensen stimuleren om aan hun gezondheid te werken. Door te bewegen bijvoorbeeld. Want wie beweegt, blijft langer fit. En wie fit is, wordt minder snel ziek. Daarom: trek op 5 mei je loop- of wandelschoenen aan en maak er samen met ons een gezonde, sportieve dag van!" ■



Leen van Lierop en dr. Wim Bouckaert



Boek: De kilo te veel

Meer dan één derde van de wereldbevolking wordt door obesitas getroffen. Niet alleen volwassenen, maar ook kinderen kampen steeds vaker met gewichtsproblemen en de gezondheidsrisico's die daarbij komen kijken, zoals kanker, diabetes, hart- en vaatziekten en psychische aandoeningen.

In hun boek 'De kilo te veel' geven bariatrisch chirurg dr. Wim Bouckaert en obesitascoördinator Leen van Lierop een overzicht van de oorzaken, gevolgen en behandeling van obesitas, van levensstijlaanpassingen tot medicatie of een maagverkleining. ■

De kilo te veel, dr. Wim Bouckaert en Leen van Lierop, Borgerhoff & Lambrechts, 176 p., 24,99 euro.



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

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

Donderdag 25 april 2024	Endocrino@zol 2024: synergie 1+1-3 <i>Inhoudelijk coördinator: dr. Yves Kockaert (Endocrinologie)</i> <i>Locatie: Thorpark Genk</i>
Donderdag 25 april 2024	1 jaar Zorgcentrum na Seksueel Geweld Limburg <i>van 15 - 17 uur</i>
Donderdag 23 mei 2024	Spine Unit: Quo Vadis. Wegwijzer voor de huisarts <i>Inhoudelijk coördinator: dr. Koen Van Boxem (Multidisciplinair Pijncentrum)</i>
Donderdag 27 juni 2024	Multidisciplinaire Fracture Liaison Service: samen breken we een lans voor fractuurpreventie <i>Inhoudelijk coördinator: dr. Joris Meeuwissen (geriatrie) en dr. Kristof Thevissen (reumatologie)</i>

Peer-reviewed abstracts 2023



Via deze QR-code vindt u alle peer-reviewed abstracts uit 2023, gepubliceerd door ZOL-artsen en andere zorgverleners en medewerkers. We zijn bijzonder trots op het wetenschappelijk werk dat verricht wordt in ons ziekenhuis. Wetenschap-

pelijk onderzoek leidt immers tot betere zorg voor onze patiënten. Wetenschappelijk werk wordt in ZOL ondersteund en mee mogelijk gemaakt door de Clinical Trial Unit, die deel uitmaakt van het Future Health. Future Health is het ZOL-platform waar klinische zorg een brug slaat met onderzoek,

opleiding en ondernemerschap met het oog op de ontwikkeling en de toepassing van klinische zorginnovatie. Belangrijk hierbij is ook de structurele samenwerking met Universiteit Hasselt en het Jessa Ziekenhuis binnen het Limburg Clinical Research Center (LCRC).

COLOFON

Verantwoordelijke uitgever: Dr. Martijn Grieten, medisch directeur ZOL en dr. Michiel Thomeer, adjunct-medisch directeur ■ **Redactie en samenstelling:** Grete Bollen ■ **Werken mee:** Guido Van Hamme, dr. Michiel Thomeer, dr. Annelies Maes, Christophe Smeets, Julie Vranken en dr. Valérie Verhelle ■ **Redactieadviesraad:** dr. Marc Daenen, dr. Thomas De Sutter, dr. Eline Macken, dr. Pieter Jan Van Asbroeck, dr. Jan De Koster ■ **Foto's:** Boumediene Belbachir, Michiel Malchair, Micha Vandormael, ZOL ■ **Lay-out:** Lien Vuylsteke, dienst Communicatie ■ **Redactie:** Synaps Park 1, B, 3600 Genk - Belgium ■ T +32 (0)89 80 36 22 ■ zolarium@zol.be ■ www.zol.be ■ **Niets uit deze uitgave mag overgenomen of vereenvoudigd worden zonder schriftelijke toelating van de uitgever.** ■ Jaargang 23 nr. 91 • april • mei • juni • 2024

Partners in zorg

orthoptist Ann Deckx



"We zijn hier terechtgekomen nadat bij een controle van Kind en Gezin was vastgesteld dat Amélie (3) slechte oogjes heeft", vertelt mama Lindsay Indeherberge. "Wij hadden eigenlijk vooral gezien dat één oogje niet recht stond, maar dat ze niet goed zag hadden we niet door. We kregen het advies om een oogarts te contacteren voor verdere onderzoeken."

"We zijn in ZOL terechtgekomen bij dr. Valérie Verhelle. Dr. Verhelle heeft ons ook langs gestuurd bij orthoptist Ann Deckx die verder heeft uitgemeten wat

er aan de hand was. Amélie heeft een lui oog en daarom hebben we haar oogje een tijd moeten afplakken."

"Ze heeft ook een bril gekregen. We zien dat ze die altijd goed laat opstaan, dus ze beseft zelf wel dat ze de bril echt nodig heeft. Ze heeft er weinig last van. Ook van het afplakken van haar goed oog heeft ze geen probleem gemaakt."

"Het scheelzien was door het afplakken wat verbeterd, maar het was niet weg. Daarom heeft dr. Verhelle voorgesteld om haar oogje recht te zetten via een

ingreep. Begin januari is Amélie geopereerd in Sint-Barbara in Lanaken."

"Het was een dagopname. We mochten met haar mee in de operatiezaal tot ze in slaap gedaan is. Een klein uurtje later was ze alweer terug. Alles is prima nu, van de operatie heeft ze niets mee gehad."

"Het is goed dat haar oogjes in orde zijn nu ze naar school gaat. In de zomer is er een vervolgraadpleging bij dr. Verhelle. Amélie vindt dit allemaal prima. Ze kent de 'dokter van de ogen' en is er helemaal op haar gemak." ■