

ZOLarium

TIJDSCHRIFT VAN DE WETENSCHAPPELIJKE RAAD

Jaargang 19 nr. 71 | januari • februari • maart • 2019



Prof. Bellemans en dr. Stockx in nieuwe reeks Topdokters

BETERE LEVENSKANSEN
VOOR PATIËNTEN NA
EEN HARTSTILSTAND?

ZOL BREIDT THERAPEUTISCHE
EN MINIMAAL INVASIEVE
ENDOSCOPIE UIT

3 TOT 4 PERCENT VAN
DE OPNAMES OP SPOED
VOOR PSYCHIATRIE



TOPDOKTERS

Met trots kan ik aankondigen dat onze artsen prof. dr. Bellemans, knie- en sportchirurg, en dr. Stockx, interventieradioloog, aan de nieuwe editie van Topdokters op Vier deelnemen. Beide artsen zijn ook echte toppers in hun discipline. Ze streven er naar de beste te zijn in wat ze doen. Minder is niet goed genoeg. En dat toont zich ook.

Prof. Bellemans is een autoriteit op het vlak van kniechirurgie en volgt daarnaast als arts van het Belgisch Olympisch en Interfederaal Comité (BOIC) topsporters en atleten op.

Dr. Stockx staat mee aan de wieg van de interventionele neuroradiologie. Hij maakt het verschil tussen leven en dood wanneer mensen met een acute beroerte op Spoed binnenkomen en hij met een katheter via de lies de doorbloeding in de hersenen herstelt door het verwijderen van een bloedklonter uit de cerebrale arterie.

Ik twijfel er niet aan: onze topdokters zullen de kijker inspireren en meeslepen in hun passie om topgeneeskunde te bedrijven. Het is zeer uniek dat we een kijkje achter de schermen krijgen van hun drukke beroeps- en privéleven. In dit ZOLarium lichten we al een tipje van de sluier.

In het ZOL zetten we heel sterk in op topgeneeskunde en innovatie maar ook op kwaliteit en patiëntveiligheid. We hebben zopas onze Mock Survey achter de rug, de proefaudit die onze definitieve audit vooraf gaat voor het behalen van de JCI-accreditatie. De auditeurs waren erg positief over ons ziekenhuis. Wij zijn dan ook erg trots op onze artsen, zorgverleners en andere medewerkers die onze patiënten elke dag opnieuw met de beste zorgen omringen.

Intussen is de eindsprint naar de finale JCI-audit ingezet die in de loop van 2019 zal plaatsvinden. Er wordt hard gewerkt door onze medewerkers en artsen om deze uitdaging tot een goed einde te brengen, zodat we in de loop van dit jaar een geaccrediteerd ziekenhuis zullen zijn.

Veel leesplezier!

Dr. Griet Vander Velpen,
Medisch directeur

INHOUD

- 04 Topdokters
- 10 Wereldprematuuredag
- 12 Overlevingskansen na hartstilstand
- 16 Therapeutische en minimaal invasieve endoscopie
- 20 Toekomst psychiatrie
- 23 Anesthesisten werken samen met Duke University
- 24 Intra pulmonaire percussie ventilatie
- 26 Revalidatie op maat
- 29 Proof-of-concept chatbot
- 30 Samenwerking ZOL-UHasselt
- 32 Audit LOC

DISSECTIEKAMER

- 36 Nieuwe artsen
- 38 Billboard
- 40 Partners in zorg

04 TOPDOKTERS BRENGT DR. STOCKX EN PROF. DR. BELLEMANS



Op kanaal 4 start de zesde editie van 'Topdokters'. We zijn trots dat twee ZOL-topdokters in deze nieuwe editie gevolgd worden en uitgebreid in beeld komen. Interventieradioloog dr. Luc Stockx en orthopedisch chirurg prof. dr. Johan Bellemans geven een inkijk in hun fascinerend beroep, dat tegelijk hun leven is.

12 ZOL PIONIER IN ONDERZOEK NAAR OVERLEVING NA HARTSTILSTAND



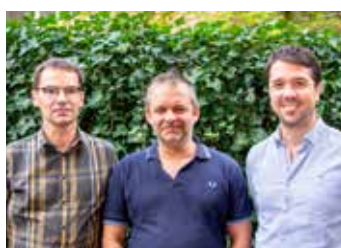
Het ZOL speelt een pioniersrol wat betreft onderzoek naar de overleving van patiënten na een hartstilstand buiten het ziekenhuis. Dit dankzij een goede samenwerking tussen de diensten Cardiologie en Anesthesie. Cardioloog Koen Ameloot en spoedarts Cornelia Genbrugge deden baanbrekend onderzoek.

16 ZOL BREIDT THERAPEUTISCHE EN MINIMAAL INVASIEVE ENDOSCOPIE UIT



De voorbije jaren zijn endoscopische onderzoeken enorm geëvolueerd, waarbij er een toename is in zowel diagnostische als therapeutische mogelijkheden. Met de komst van maag-, darm- en leverarts Mathieu Struyve kan het ZOL deze innovatieve en patiënt-vriendelijke technieken aanbieden.

20 3 TOT 4 PERCENT VAN DE OPNAMES OP SPOED HEBBEN MET PSYCHIATRIE TE MAKEN



"Lichamelijke en geestelijke gezondheid kunnen niet van elkaar losgekoppeld worden," zegt dr. Jef De Bie, medisch diensthoofd Psychiatrie. Hij pleit voor geïntegreerde zorg binnen de netwerken Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) maar ook voor aansluiting bij de locoregionale netwerken van de algemene ziekenhuizen.



Dr. Luc Stockx, interventieradioloog: "Ik ben zeer ambitieus. Ik zou zelf ook niet door een niet ambitieuze arts willen behandeld worden. Als ik een ingreep doe, ben ik zo gefocust dat ik even verdwijn van de wereld"



TOPDOKTERS BRENGT INKIJK IN FASCINEREND BEROEP VAN ZOL-ARTSEN DR. STOCKX EN PROF. DR. BELLEMANS

Op maandag 28 januari start de zesde editie van 'Topdokters' op kanaal Vier. Als vaste waarde in het televisielandschap hoeft deze reeks nauwelijks nog een introductie. We zijn trots dat twee ZOL-topdokters in deze nieuwe editie gevolgd worden en uitgebreid in beeld komen. Interventieradioloog dr. Luc Stockx en orthopedisch chirurg prof. dr. Johan Bellemans geven een inkijk in hun fascinerend beroep, dat tegelijk hun leven is.

Dr. Luc Stockx, interventieradioloog

Dr. Luc Stockx bijt de spits af en komt al onmiddellijk in de eerste uitzending aan bod. Hij zal geregeld opnieuw in beeld komen tijdens de verschillende uitzendingen want de foto van de interventieradioloog werd ook uitgekozen als campagnebeeld van deze zesde editie van Topdokters.

Dr. Luc Stockx stond mee aan de wieg van de interventionele radiologie in België, een jonge tak in de geneeskunde. In tegenstelling tot een radioloog voert een interventieradioloog effectief ingrepen uit. Via een insnede in de lies gaat dr. Stockx met een dunne katheter tot in de hersenen om daar acute beroertes, aneurysma's en andere bloedvatenletsels te behandelen. 'Time is brain' is zijn motto en tijdens de ingrepen werkt dr. Stockx met extreme focus en precisie.

Waarom heeft u deelgenomen aan de reeks Topdokters?

Dr. Luc Stockx: "In het begin heb ik erg getwijfeld of ik wel zou deelnemen. De appreciatie is natuurlijk fijn maar ik ben niet iemand die graag in de kijker loopt. Daarbij vond ik de benaming

'topdokter' moeilijk want die impliceert dat er ook andere dokters zijn. Terwijl het toch normaal is dat elke arts zich ten volle inzet."

"Daarbij ben ik slechts een schakel in een heel traject. Wat ik realiseer, is mee de verdienste van anderen die nauw met mij samenwerken: mijn 'angioteam' waar ik heel trots op ben, de dienst Medische Beeldvorming waar ik deel van uitmaak en die mij in dit alles ondersteunt, mijn collega's van de verschillende diensten zoals anesthesisten, neurochirurgen, vaatchirurgen, neurologen etc. en ten slotte ook het hele ziekenhuis dat helemaal achter deze activiteiten staat. Ik wil niet als 'de grote meneer' overkomen. Ook zij verdienen het om in de kijker te staan. Maar mijn team was heel trots dat ik gevraagd was en hebben me aangemoedigd om aan het programma deel te nemen."

Wat haalde u toch over de streep?

Dr. Luc Stockx: "Mijn beroep is nog nooit aan bod gekomen in de reeks. En weinig mensen begrijpen wat ik doe. Ik denk dat de uitzending bij velen de ogen zal openen omdat ze niet weten welk belangrijk werk wij leveren."

"Ook een aspect: meestal komen er universi-

taire ziekenhuizen aan bod in Topdokters. Het ZOL stelt het heel erg op prijs dat ik met de deelname ons als niet-universitair ziekenhuis op de kaart zet met zo een belangrijk speerpunt als (neuro)interventieradiologie. Wij bieden heel hoogstaande zorg en geneeskunde aan en hebben met onze dienst heel wat verwezenlijkt."

"Het is ook absoluut van het grootste belang dat echt alle mensen weten hoe een beroerte te herkennen zodat ze naasten met symptomen onmiddellijk naar het ziekenhuis kunnen brengen. De tijd tussen de eerste symptomen en de aankomst in het ziekenhuis zijn absoluut bepalend voor de uitkomst. Daar zijn al campagnes over geweest maar nooit echt iets bruisends, zeker niet op tv. Als ik met mijn verhaal de 'public awareness' rond acute beroerte kan vergroten, denk ik dat mijn deelname aan Topdokters geslaagd is."

"Wat de opnames betreft, hebben we geluk gehad. We hadden de eerste filmdag al een jonge patiënt met een acute beroerte en het was zelfs een spectaculaire casus. Als op dat moment de filmploeg niet aanwezig is, heb je de beelden niet. Want tegen dat ze aankomen, is alles achter de rug. Ook wat betreft hersenbloedingen hebben we een aantal frappante gevallen."



De hele tijd een camera naast u, vond u dat moeilijk?

Dr. Luc Stockx: "Het filmteam is heel professioneel, ondersteunend, rustig en positief. Het liep allemaal veel beter dan verwacht. In het begin is die camera onwennig maar van zodra je eraan gewoon bent, doe je gewoon je ding, zoals altijd. Wat ik zeker niet wilde doen, is acteren. Het enige gênante was door de gangen lopen met die hele crew achter me aan. Je zag iedereen kijken van 'wat is dat hier'."

"Ook ten opzichte van mijn patiënten is het filmteam altijd heel correct geweest. Zij zorgden ook voor de praktische afspraken. Uiteraard filmden ze alleen mensen die hier toestemming voor gaven maar ik moest me daar niet mee bezig houden. Dat heb ik zeer sterk geapprecieerd. Ik wilde niet dat patiënten het gevoel hadden dat de arts-patiëntenrelatie op een of andere manier zou geschonden worden als ze zich wel of niet lieten filmen."

Heeft u de afgelopen jaren zelf ooit naar 'Topdokters' gekeken?

Dr. Luc Stockx: "Absoluut, ik heb meer dan de helft van de afleveringen gevolgd. Ik vond het ontspannend en plezierig om er met mijn zoon en echtgenote naar te kijken. Vroeger heb ik in Gasthuisberg gewerkt en er zijn al veel artsen aan bod gekomen die ik persoonlijk ken. Wat mij opviel is dat het programma echt wel het leven van elke dag brengt."

Dr. Luc Stockx: "Als ik met mijn verhaal de 'public awareness' rond acute beroerte kan vergroten, denk ik dat mijn deelname aan Topdokters geslaagd is."

Vond uw familie het leuk dat ook uw privé-leven werd gefilmd?

Dr. Luc Stockx: "Mijn vrouw was er absoluut niet voor te vinden. Mijn zoon dan weer wel. We hebben er verschillende keren over gepraat en zijn uiteindelijk tot een compromis gekomen. Het is natuurlijk ook niet evident om je privéleven tentoon te spreiden. En soms moeilijk want ze wilden mij filmen tijdens mijn hobby's maar het werk neemt zoveel tijd in beslag dat er voor hobby's niet veel tijd meer over is."



Dr. Luc Stockx, interventieradioloog en prof. dr. Johan Bellemans, knie- en sportchirurg.



Prof. dr. Johan Bellemans, knie- en sportchirurg: "Ik wil de beste zijn. De dag dat ik niet meer vind dat ik de beste ben, dan stop ik gewoon"

Prof. dr. Bellemans, knie- en sportchirurg

Elke week zit zijn wachtzaal afgeladen vol en de patiënten hebben één ding gemeen: een knieprobleem. Prof. dr. Johan Bellemans is dé autoriteit op gebied van de knie. Hij deed baanbrekend onderzoek over kunstknieën en haalde de wereldpers toen hij in 2013 een onbekend stuk gewrichtsband ontdekte. In het ZOL bouwt hij momenteel samen met zijn collega's een groot orthopedisch centrum uit. Naast kniechirurg is prof. dr. Bellemans hoofd van de medische staf van het Belgisch Olympisch en Interfederaal Comité (BOIC). Hij behandelt dan ook heel veel topsporters zoals o.a. Nafi Thiam en Seppe Smits. Hij gaf ook aan tennister Justine Henin de raad om te stoppen met tennissen. En de Olympische Spelen kent hij als de beste, want hij nam in 1992 zelf deel als zeiler tijdens de Spelen in Barcelona.

Waarom heeft u deelgenomen aan het programma Topdokters?

Prof. dr. Johan Bellemans: "Omdat het ziekenhuis hier erg achter stond. Ik wilde eerst weigeren omdat ze naast het professionele ook het privéleven filmen en dit heb ik altijd heel erg gescheiden van mijn werk. Mijn 'inner circle' hou ik gesloten en ik wil dit niet graag veranderen. Ik heb daarover wel wat discussies gehad met mijn echtgenote, die hier ook niet echt voor open stond. Maar voormalige collega's uit Leuven verzekerden me dat de programmamakers zeer serieus werken. Ze zijn hier dan twee keer langsgeslagen en konden mij gaandeweg winnen voor het project. Uiteindelijk hebben ze mij kunnen overtuigen om verder te gaan dan ik aanvankelijk gepland had en hebben ze alle beelden kunnen maken die ze wensten."

"Het team van Topdokters is superprofessioneel. Ik was verrast hoe weloverwogen ze alles aanpakken. Ik heb al vaak met journalisten en filmcrews gewerkt en dit is veruit de meest professionele crew ooit. Je ziet ook dat ze de context van ziekenhuizen en artsen kennen. Ik denk dat dit toppers zijn binnen hun segment."

Vond u het moeilijk om permanent met een camera naast u te werken?

Prof. dr. Johan Bellemans: "Ze zijn er in geslaagd de 'fly on the wall' te zijn. Alles is heel natuurlijk verlopen. Heel snel vergeet je dat ze er zijn. Omdat ze er in slagen zichzelf onzichtbaar te maken."

Hoe reageerden uw patiënten?

Prof. dr. Johan Bellemans: "Daar was ik wat bang

voor. Ik zie redelijk wat VIP's, bekende mensen en topsporters. Zij willen heel graag in de pers komen maar niet als ze gekwetst of ziek zijn. Dan haten ze het als er een camera in de buurt is. Zeker voor topsporters kan dit heel wat implicaties hebben. Contractueel, hun marktwaarde gaat achteruit, hun trainers weten dat ze gekwetst zijn, de dokters van hun eigen club of staf zien dat ze een tweede of een derde opinie vragen..."

"Ik vreesde dat het programma de relatie met veel van mijn patiënten zou kunnen hypothekeren. Maar het filmteam heeft dat telkens zeer goed aangepakt. Ik denk dat er maar twee atleten geweigerd hebben. Al de rest was positief en wilde graag meewerken."

"Ik ben kniechirurg en vijftig percent van het werk dat ik doe, is het plaatsen van kunstknieën bij voornamelijk oudere mensen. Ook zij zijn aan bod gekomen maar geleidelijk aan heeft het filmteam zich meer toegespitst op de professionele sporters. Ik ben hoofd van de medische staf van de Belgische atleten die ons land in 2020 op de Olympische Spelen in Tokio zullen vertegenwoordigen en in die context hebben ze ook de jaarlijkse voorbereidingsstage gevolgd. Ik ben benieuwd hoe ze uiteindelijk de balans gaan vinden en waar ze de focus zullen leggen. Ze zijn zo vaak meegelopen, werkten superlange dagen, hebben uiteindelijk massa's

filmmateriaal en kennen mij intussen beter dan mijn assistenten mij kennen. Met alle goede en minder goede momenten."

Welke accenten wilde u zelf leggen in uw verhaal?

Prof. dr. Johan Bellemans: "Ik heb er over nagedacht of ik dingen in mijn hoofd zou voorbereiden of bepaalde story's zou brengen. Maar uiteindelijk heb ik dat bewust niet gedaan. Ik denk ook niet dat dat goede televisie zou opgeleverd hebben. Ik was niet bezig met hoe ik zou overkomen en er is veel gelegenheid geweest om alles te filmen zoals het ook echt is."

Bent u trots dat u hieraan kon deelnemen?

Prof. dr. Johan Bellemans: "Ik ben zeker fier. Ik wil immers ook een topdokter zijn. Dat is de ambitie van elke goede arts. Dit was uiteindelijk ook de basis van de twijfel om mee te doen aan het programma: laat je de buitenwereld toe in je privéleven, als zelfs je collega's of sommige vrienden bij wijze van spreken nog nooit bij je thuis geweest zijn. Wel, ik heb ervoor gekozen om mee te doen omdat ik fier ben op wat ik doe. Mijn echtgenote heeft zich er ook mee verzoend. Het is natuurlijk waar dat ik veel bloot geef in het programma. Maar er is het werk en het leven buiten het werk. En dat laatste heb ik ook nodig, anders word ik knettergek."



Prof. dr. Bellemans: "Het team van Topdokters is superprofessioneel."

WERELDPREN

Maar liefst 300 kinderen en hun familie kwamen naar de terugkomdag die de dienst Neonatale Intensieve Zorgen organiseerde op 17 november, naar aanleiding van Wereldprematuurendag. Om de dokters en verpleegkundigen terug te zien die hen of hun kind door de eerste moeilijke weken of maanden van hun leven gehaald hebben.

Het ZOL beschikt als enige Limburgse ziekenhuis over een dienst Neonatal Intensive Care (NIC). Er worden prematuren en pasgeborenen met problemen opgevangen. Jaarlijks gaat het om zo'n 350 borelingen. De kindjes komen uit heel de provincie tot Mol, Diest en Tienen. Als er problemen verwacht worden, komt de moeder in het ZOL bevallen. In de andere gevallen wordt het kindje door de neonatoloog in een ander ziekenhuis met een speciaal uitgeruste ziekenwagen opgehaald.

Het medisch team van de NIC bestaat uit vier neonatologen. Dr. Claire Theyskens (zie foto) was 22 jaar het diensthoofd. Op 1 januari nam dr. Marie-Rose Van Hoestenbergh de opdracht van haar over. Leuke anekdote is dat er op de terugkomdag heel wat 'Klaartjes' rondliepen, kinderen die uit dankbaarheid naar dr. Theyskens genoemd zijn. "Omdat zij hen gered heeft," getuigen de vele gelukkige ouders.

MATURENDAG



An anatomical illustration of the human heart and lungs. The heart is centrally located, with a bright yellow and orange glowing spot on its right ventricle, indicating a point of interest or a medical finding. The lungs are shown in a translucent blue color, and the surrounding blood vessels are depicted in red and blue. The overall image has a medical and scientific feel.

ZOL PIONIER IN ONDERZOEK NAAR OVERLEVING NA HARTSTILSTAND

Het ZOL speelt een pioniersrol wat betreft onderzoek naar de overleving van patiënten na een hartstilstand buiten het ziekenhuis. Dit dankzij een goede samenwerking tussen de diensten Cardiologie en Anesthesie. Cardioloog dr. Koen Ameloot en spoedarts dr. Cornelia Genbrugge, deden baanbrekend onderzoek.

Betere levenskansen voor patiënten na een hartstilstand?

Als de bloeddruk van mensen na een hartstilstand opgedreven wordt tot 100 mmHg, hebben ze 60 percent minder kans op een nieuwe hartstilstand, verkleint de grootte van het hartinfarct en verbetert de doorbloeding van de hersenen. Dat blijkt uit een pilootstudie van de dienst Cardiologie van het ZOL, in samenwerking met UZ Leuven.

In België maken elke dag zowat 30 mensen een hartstilstand door buiten het ziekenhuis. Van deze mensen overleeft ongeveer 15 percent de reanimatie. Hiervan kunnen er uiteindelijk 40 percent in goede neurologische toestand naar huis na een opname in het ziekenhuis. De overige 60 percent overlijdt alsnog.

Dr. Koen Ameloot: "Dat zijn trieste cijfers waar wij absoluut iets aan wilden doen. Het idee voor onze studie is ontstaan toen ik samen met mijn mentor prof. Dens langs het bed stond van een net gereanimeerde patient. We waren allebei wat gefrustreerd omdat we eigenlijk weinig konden doen, behalve wachten tot hij opnieuw wakker werd. Behoudens het vermijden van koorts door het lichaam actief af te koelen, is er eigenlijk geen enkele therapie die bewezen heeft de prognose van deze kwetsbare patienten gunstig te beïnvloeden. We zijn dan beginnen brainstormen en zo is het idee ontstaan. Het heeft mij daarna niet meer los gelaten en uiteindelijk heb ik er vier jaar van mijn leven ingestoken om het uit te werken."

"Wat was onze vaststelling? Uit cijfers bleek dat 80 percent van de mensen die in het ziekenhuis overlijden, sterven ten gevolge van hersenschade na zuurstoftekort. De hersenen krijgen geen zuurstof op het moment van de hartstilstand maar wij ontdekten dat het hart,

wanneer het opnieuw op gang gekomen is, in het begin te zwak is om een adequate bloeddruk op te bouwen om de hersenen van voldoende zuurstof te voorzien. Het is dus ook tijdens de eerste twaalf uur van het verblijf op intensieve zorgen dat de hersenen een belangrijk zuurstoftekort hebben en dus een tweede 'hit' doormaken. Dit was eerder niet geweten."

Hogere bloeddruk

Om de hersenen van meer zuurstof te voorzien, is het noodzakelijk om de bloeddruk te verhogen. Dr. Ameloot: "In het tweede deel van onze studie hebben we vastgesteld dat een bloeddruk van 100 mmHg optimaal is om de hersenen van voldoende zuurstof te voorzien tijdens het verblijf op Intensieve Zorgen. Terwijl alle richtlijnen op dit moment aanraden om een bloeddruk van 65 mmHg na te streven."

Een bloeddruk verhogen van 65 naar 100 mmHg kan met behulp van adrenalinederivaten. Dr. Ameloot: "Men heeft altijd vermoed dat adrenalinederivaten hartritmestoornissen zouden uitlokken of de grootte van het hartinfarct kunnen vergroten bij mensen die net een hartstilstand hebben doorgemaakt. Dat stelde ons voor een dilemma en leidde uiteindelijk tot drie onderzoeksvragen: is het nastreven van een hogere bloeddruk veilig bij patiënten die net een hartstilstand



V.l.n.r. dr. Bert Ferdinande, prof. dr. Jo Dens, dr. Matthias Dupont, prof. dr. Cathy De Deyne en dr. Koen Ameloot.

hebben doorgemaakt, verbetert dit de perfusie van de hersenen tijdens het verblijf op intensieve zorgen en tot slot, verbetert daarmee ook de neurologische outcome?"

In samenwerking met UZ Leuven werd in het ZOL een multicentrische studie opgestart. In totaal zijn er 112 patiënten geïncubeerd die een hartstilstand doorgemaakt hebben buiten het ziekenhuis. De studie werd geleid door dr. Koen Ameloot, dr. Matthias Dupont, dr. Bert Ferdinande, prof. Cathy De Deyne en prof. Jo Dens in het ZOL en prof. Stefan Janssens en prof. Robin Lemmens in UZ Leuven.

Spectaculaire resultaten

Dr. Ameloot: "De conclusies waren heel spectaculair. Ten eerste bleek dat de therapie absoluut heel veilig is. Sterker nog, in de groep die meer adrenaline-derivaten kreeg, hadden de patiënten tot onze verbazing 60 percent minder kans om tijdens de eerste 36 uur na de hartstilstand een nieuwe hartstilstand te krijgen. Dus wat men altijd dacht – namelijk dat deze patiënten meer ritmestoornissen zouden ontwikkelen na toediening van adrenalinederivaten – bleek niet het geval."

"De tweede belangrijke conclusie – en dat hadden we niet verwacht – was dat de omvang van het hartinfarct kleiner was in de behandelde groep. Waar men dus altijd van het omgekeerde was uitgegaan. Blijkt dat we door het geven van therapie voor het verhogen van de bloeddruk niet alleen de hersenen maar ook het hart van meer zuurstof voorzien hebben. Dat verklaart waarom de omvang van het hartinfarct kleiner was en patiënten minder ritmestoornissen kregen."

"Derde belangrijke vaststelling: door het nastreven van de hogere bloeddruk was de doorbloeding en zuurstofvoorziening van de hersenen veel beter."

"Vier is dat we daarenboven hebben kunnen aantonen dat 43 percent van de patiënten die de therapie kregen zelfredzaam waren bij ontslag op Intensieve Zorgen. In de niet-behandelde groep was dat slechts 27 percent. Er is dus toch een behoorlijk verschil in outcome tussen beide groepen."

Congres American Heart Association

Dr. Ameloot werd uitgenodigd om de resultaten van het onderzoek toe te lichten op het hoofdpodium van het congres van de American Heart Association in november in Chicago. 2.500 cardiologen en vele anderen op livestream volgden zijn voordracht. Dr. Ameloot: "De community was zeer verrast en tegelijk enthousiast. We hebben veel lof gekregen, niet alleen voor onze resultaten maar ook omwille van de moeilijke omgeving waarin we moesten werken. Net gereanimeerde patiënten en een familie die heel erg onder de indruk is, is geen ideale context om aan topwetenschap te doen."

De studie kreeg intussen internationaal veel weerklank. Dr. Ameloot: "Er zijn veel grote internationale centra die naar aanleiding van onze studie overwegen om hun beleid aan te passen. Ons ultieme doel is dat er een grotere studie komt waarin wij met grotere patiëntengroepen trachten aan te tonen dat de therapie de lange-termijnsoverleving van de patiënt ten goede komt. De contacten hiervoor zijn intussen ver gevorderd. We hopen in de volgende jaren te kunnen starten. Met het ZOL als leidend centrum. Intussen zijn we op zoek naar fondsen. Maar we hebben een vliegende start genomen dus we hopen dat dit relatief snel zal lukken."

De resultaten van het onderzoek werden ondertussen ook aanvaard voor publicatie in 'European Heart Journal', wereldwijd het belangrijkste cardiologische tijdschrift.



Dr. Ameloot op het congres van de 'American Heart Association'

Dr. Genbrugge wint prijs van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde



Dr. Cornelia Genbrugge ontvangt de prijs van de Koninklijke Academie voor klinisch wetenschappelijk onderzoek in de geneeskunde 2018. In haar LCRP-doctoraatsstudie, die ze aflegde aan de UHasselt en het ZOL, toonde Cornelia aan dat het mogelijk is om zuurstof in de hersenen te meten tijdens een reanimatie buiten het ziekenhuis. Dit helpt om de overlevingskansen van een patiënt na een hartstilstand te voorspellen.

Met 329 onderzochte patiënten in zes ziekenhuizen was het doctoraatsonderzoek van dr. Cornelia Genbrugge de grootste reanimatiestudie in België tot nog toe. De resultaten waren vernieuwend en potentieel levensreddend. Ze rondde dit doctoraat af in 2017, ondertussen zijn de bevindingen uit deze studie al opgenomen in de laatste internationale reanimatierichtlijnen.

Met het onderzoek overtuigde dr. Genbrugge ook de jury van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde om haar doctoraatsonderzoek tot winnaar van 2018 uit te roepen als beste klinisch wetenschappelijk onderzoek. Aan deze prijs is een geldsom van 2.500 euro verbonden.

Zuurstof in hersenen

"In mijn doctoraatsonderzoek onderzocht ik of het mogelijk was om de hoeveelheid zuurstof in de hersenen al tijdens de reanimatie te meten", legt dr. Genbrugge uit. "Daarnaast heb ik gekeken of die zuurstofmetingen zouden kunnen voorspellen of het hart al dan niet opnieuw gaat kloppen."

Voor dit onderzoek gebruikte de UHasselt/ZOL-doctoranda een (bestaande) techniek op basis van infraroodstralen. Die techniek wordt momenteel vooral tijdens operaties gebruikt. Dr. Genbrugge: "We kleefden een sensor op het voorhoofd van de patiënt, die het zuurstofgehalte in de hersenen meet. 329 patiënten verspreid over zes ziekenhuizen (ZOL Genk, UZ Leuven, ZNA Stuivenberg, ZNA Middelheim, GZA Sint-Vincentius en AZ Turnhout) kregen de sensor door de MUG-arts opgeplakt."

Uit die test bleek dat het zuurstofgehalte in de hersenen van patiënten bij wie de reanimatie vóór ziekenhuisopname succesvol was, sterker steeg dan het zuurstofgehalte in de hersenen van patiënten die stierven. Daarnaast merkten de onderzoekers een grotere stijging in de zuurstofwaarden tijdens de reanimatie van patiënten die de hartstilstand hadden overleefd zonder blijvende hersenschade.

"Dit resultaat toont aan dat de zuurstofhoeveelheid in de hersenen de overlevingskansen wel degelijk mee helpt voorspellen tijdens een prehospital reanimatie", zegt dr. Genbrugge. Een levensreddende bevinding die nu dus is opgenomen in de internationale reanimatierichtlijnen.



Reanimatiemaraton in het ZOL ism de Limburgse Zorgacademie, om mensen bewust te maken van het belang van reanimatie.

LIMBURG CLINICAL RESEARCH PROGRAM

Dit doctoraatsonderzoek kaderde binnen het Limburg Clinical Research Program, een samenwerking tussen de UHasselt, het Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL, Genk) en Jessa Ziekenhuis (Hasselt). Prof. dr. Cathy De Deyne (ZOL/UHasselt) trad op als promotor, prof. dr. Jo Dens (ZOL/UHasselt), prof. dr. Marc Sabbe (UZ Leuven) en dr. Willem Boer (ZOL) waren de copromotoren. Meer info via www.uhasselt.be/lcrp.



Dr. Mathieu Struyve: "De voorbije jaren zijn de endoscopische onderzoeken enorm geëvolueerd, waarbij er een toename is in zowel de diagnostische als therapeutische mogelijkheden."

ZOL BREIDT THERAPEUTISCHE EN MINIMAAL INVASIEVE ENDOSCOPIE UIT

In het ZOL worden door de dienst Gastro-enterologie jaarlijks meer dan 10.000 endoscopische procedures verricht op de recent vernieuwde endoscopie afdeling. Het merendeel van de endoscopische activiteiten zijn diagnostische onderzoeken en de screening naar dikke darmpoliepen en dikke darmkanker. Met de komst van Maag-, Darm- en Leverarts (MDL) dr. Mathieu Struyve wil het ZOL de therapeutische en minimaal invasieve endoscopie uitbreiden.

De voorbije jaren zijn de endoscopische onderzoeken enorm geëvolueerd waarbij er een toename is in zowel de diagnostische als therapeutische mogelijkheden. Het ZOL streeft ernaar om ook binnen de discipline van Maag-, Darm- en Leverziekten innovatieve en tevens patiëntvriendelijke technieken aan te bieden. Dit laat ons enerzijds toe om aandoeningen nauwkeurig en in een vroegtijdig stadium te detecteren, maar anderzijds ook om behandelingen op een minimaal invasieve manier toe te passen. In het ZOL is er een intense multidisciplinaire samenwerking met de diensten Abdominale Heelkunde, (Interventionele) Radiologie, Anesthesie, Intensieve Zorgen, Nucleaire Geneeskunde, Anatomopathologie... De samenwerking tussen de verschillende disciplines heeft veel voordelen voor de behandeling van de patiënt met multipathologie. Samen vormen we een innovatief centrum waarbij de patiëntenzorg verder verbeterd zal worden.

Therapeutische endoscopie

Dit jaar is het ZOL gestart met de uitbouw van therapeutische endoscopie en dit zowel hepato-bilio-pancreatische endoscopie als endoluminele endoscopie. Waar vroeger deze onderzoeken op Medische Beeldvorming gebeurden, kunnen ze nu ook doorgaan in een therapeutische operatiezaal. De voordelen hiervan zijn talrijk:

1. Voor de behandeling van hepato-, bilio- en pancreatische aandoeningen werken we zij aan zij met de collegae van de dienst hepato-bilio-pancreatische chirurgie en vormen we een volwaardig pancreas- en levercentrum waardoor er op elk moment bedside overlegd en geassisteerd kan worden. Dit laat ons toe om onderzoeken te combineren in één anesthesie proceduretijd maar leidt bovendien tot een grotere veiligheid en doeltreffendheid bij invasieve procedures.

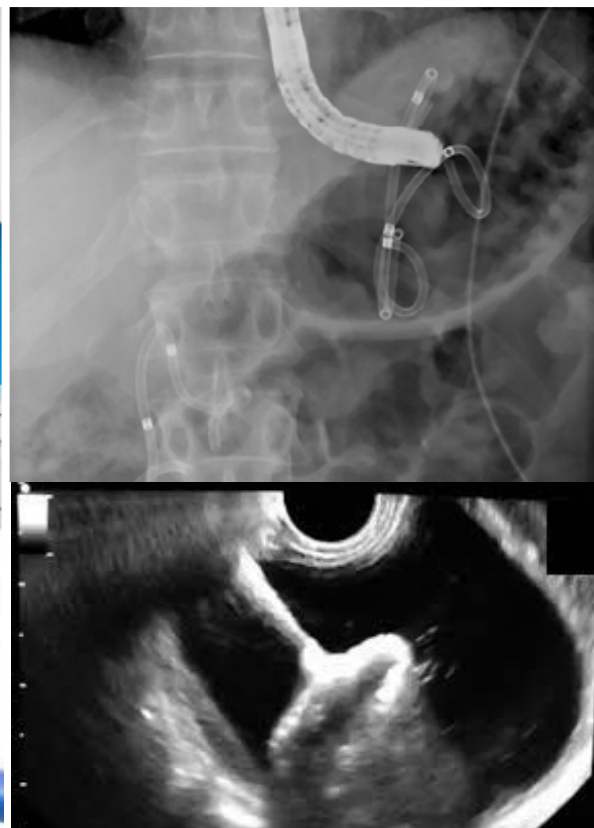
2. Er is een gestructureerde, permanente aanwezigheid van de dienst Anesthesie. Voordien werden endoscopische procedures onder een lichte verdoving uitgevoerd zonder een anesthesist. In een therapeutische operatiezaal kunnen alle procedures onder anesthesie uitgevoerd worden. De permanente aanwezigheid van de dienst Anesthesie draagt bij tot een grotere veiligheid voor de patiënt, maar ook tot een beter comfort voor zowel de patiënt als de endoscopist.

3. Patiënten worden post-procedure steeds gemonitord en geobserveerd op de recovery afdeling van het Operatiekwartier tot ze voldoende hersteld zijn om opnieuw naar de hospitalisatie-afdeling getransfereerd te worden. Eventuele problemen en complicaties kunnen vroegtijdig geconstateerd en verholpen worden, hetgeen eveneens comfort en veiligheid voor de patiënt voorop stelt.

4. We zijn in staat om langdurige en complexe procedures aan de gal- en pancreaswegen uit te voeren. Dit biedt de mogelijkheid om complexe stentprocedures van onder andere galwegtumoren uit te voeren, het behandelen van postoperatieve gallekkages, het verwijderen van grote galwegstenen, het draineren van collecties ... Voorheen waren dergelijke procedures niet mogelijk en dienden deze patiënten verwezen te worden naar een universitair centrum. Door het uitvoeren van deze procedures in het ZOL kunnen we technisch hoogstaande therapieën aanbieden aan de patiënten, dicht bij huis.

5. Door de invasieve, endoscopische procedures onder anesthesie uit te voeren, kunnen we efficiënter werken gezien de patiënt te allen tijde stil ligt op de operatietafel, waardoor de ingrepen sneller, vlotter en nauwkeuriger kunnen verlopen. Bij endoscopische onderzoeken waarbij röntgenstralen gebruikt worden (ERCP en ook bij echo-endoscopische drainages) resulteert dit eveneens in accuratere en preciezere radiologische beelden met een lagere stralingsdosis voor zowel patiënt als medewerker.

6. Met de uitbreiding van onze endoscopische activiteiten naar de operatiezaal kunnen we onze capaciteit opdrijven. Actueel voeren we ongeveer 200 ERCP procedures per jaar uit, maar dit aantal zullen we aanzienlijk kunnen



Endoscopische drainage van collecties.

opdrijven, waardoor onze wachttijden korter worden en we te allen tijde urgenties kunnen behandelen.

7. Het uitvoeren van gecombineerde endoscopische onderzoeken in één operatietijd is mogelijk, zoals bijvoorbeeld het gecombineerde echo-endoscopisch (EUS) onderzoek alsook endoscopische retrograde cholangiopancreatografie (ERCP) voor de diagnose en, meteen aansluitend, de behandeling van pancreas- en galwegpathologie.

In het ZOL is er eveneens een nauwe samenwerking met de dienst Abdominale Heelkunde en de subdiscipline hepato-bilio-pancreatische chirurgie, maar ook met de diensten (Interventionele) Radiologie, Nucleaire Geneeskunde en Anatomopathologie. Dit heeft veel voordelen voor de behandeling van de patiënt met multipathologie. Vaak is het zo dat patiënten met maag-, darm- en leverproblemen zowel door de MDL-arts als door de abdominaal chirurg of (interventioneel) radioloog dienen onderzocht en/of behandeld te worden, zoals bijvoorbeeld bij digestieve oncologische problemen of gal-, pancreas- en leveraandoeningen. Door een intense samenwerking tussen de verschillende disciplines zijn er snelle doorverwijzings- en adviesmogelijkheden en kunnen we de patiënt ook gezamenlijk behandelen tijdens één operatieve ingreep. Hierbij verloopt het traject van diagnostiek naar therapie voor de patiënt veel vlotter, sneller en efficiënter.

Minimaal invasieve endoscopie

Naast de uitbreiding van onze endoscopische activiteiten naar een therapeutische operatiezaal willen we ook het aanbod aan invasieve therapeutische procedures vergroten. Dit zowel in het domein van de hepato-bilio-pancreatische als de endoluminele endoscopie. Hieronder beschrijven we enkele van de vele nieuwe mogelijkheden:

1. Endoscopische drainage van collecties.

Aandoeningen aan het pancreas- en het galwegsysteem gaan vaak gepaard met de vorming van afgekapselde collecties van vocht, etter, ontstekingsweefsel of necrose waardoor de patiënt ernstig en langdurig ziek kan zijn. Uitgebreide chirurgie of invaliderende en langdurige percutane drainages waren tot voor kort de enige manier om deze complexe problematiek te behandelen. Een interne (echo-) endoscopische transmurale drainage is een minimaal invasief, veilig en doeltreffend alternatief voor de behandeling van collecties, zoals bijvoorbeeld (peri-) pancreatische vochtcollecties, post-chirurgische collecties, recidiverende cholecystitis bij inoperabele patiënten ... Hierbij wordt er op een endoscopische manier in het lichaam een verbinding gemaakt tussen de collectie en de normale gastro-intestinale tractus (cystogastrostomie) door middel van één metalen stent (LAMS, 'lumen-apposing metal stent') of meerdere plastieken stents ('double pigtail' stents). In het ZOL wordt steeds multidisciplinair overlegd wat de meest doeltreffende, veiligste en meest patiëntvriendelijke manier is om dergelijke complexe pathologie te behandelen.

2. Behandeling van complexe galweg- en pancreasproblemen.

We kunnen complexe galweg- en pancreaspathologie, zoals pancreascysten, (pré-)maligne pancreasletsels, galwegstenosen (benigne / maligne / onbepaald) ... beter diagnosticeren en behandelen door de synergie van EUS en ERCP. In de nabije toekomst streven we er naar om deze endoscopische therapieën van de gal- en pancreaskanalen verder uit te bouwen en zullen we de introductie van de intraductale cholangioscopie bekijken waarbij door middel van een cholango/wirsungoscoop rechtstreeks in de gal- en pancreaskanalen kan gekeken worden. Deze techniek laat een adequate evaluatie toe van onbekende galwegletsels en galwegstenosen, maar laat ook

toe om weefselafname te bekomen onder directe visualisatie, duidelijke aflijning van intraductale letsels en de behandeling van complexe choledocholithiasis.

3. Endoluminele vacuum therapie ter behandeling van intestinale perforaties en chirurgische sutureloslatingen.

Endoluminele vacuum therapie (EVAC, Endoscopic Vacuum-Assisted Closure) is een minimaal invasieve endoscopische methode om slokdarmperforaties of sutureloslatingen na slokdarmchirurgie te behandelen. Wanneer er zich een perforatie van de slokdarmwand of postoperatief een loslating van een chirurgische suture voordoet, ontstaat er een opening in de intestinale wand waarachter zich een caviteit of collectie kan vormen. Voorheen konden dergelijke ernstige en gecompliceerde problemen bij de vaak zwaar zieke patiënten enkel behandeld worden door middel van een chirurgische revisie. Naast het gebruik van mechanische clips en zelfexpanderende metalen stents is ook EVAC een veilige, doeltreffende en minimaal invasieve endoscopische methode om deze patiënten te helpen. Deze techniek wordt toegepast in nauwe samenwerking met de abdominale chirurgen van het ZOL.

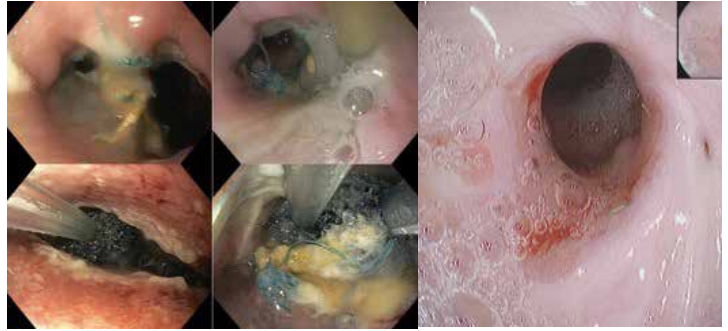
4. Percutane endoscopische gastrostomie met gastropexie.

Bij deze nieuwe endoscopische techniek wordt een voedingssonde rechtstreeks doorheen de buikwand geplaatst, zonder dat deze het hoofd-hals-slokdarmgebied dient te passeren zoals dit het geval is bij een klassieke percutane endoscopische gastrostomie (PEG). Deze procedure is een volwaardig alternatief wanneer de passage doorheen de slokdarm gedeeltelijk belemmerd is (zoals bij een vernauwing door een stenose of gezwel) of wanneer deze route liever niet gebruikt wordt (zoals bij hoofd- en halstumoren). Indicatie voor het plaatsen van een percutane endoscopische gastrostomie met gastropexie is wanneer een lange termijn enterale nutritie nodig is bij slokdarmpassage dysfuncties, bijvoorbeeld slokdarmstenosen, slokdarmvarices, caustische oesofagitis, slokdarmkanker, maar ook bij hoofd- en halstumoren ter preventie van tumorcel seeding, veranderde oropharyngeale anatomie na mond-keel-aangezicht chirurgie en bij amyotrofische laterale sclerose (ALS) waarbij de procedure rechtopzittend en via transnasale endoscopie kan gebeuren. Het toepassen van deze nieuwe techniek biedt ons de mogelijkheid om het risico op uitzaaiing naar de buikwand bij mond-hals tumoren te verminderen, daarnaast zal de nood aan de chirurgische plaatsing van een voedingssonde afnemen.

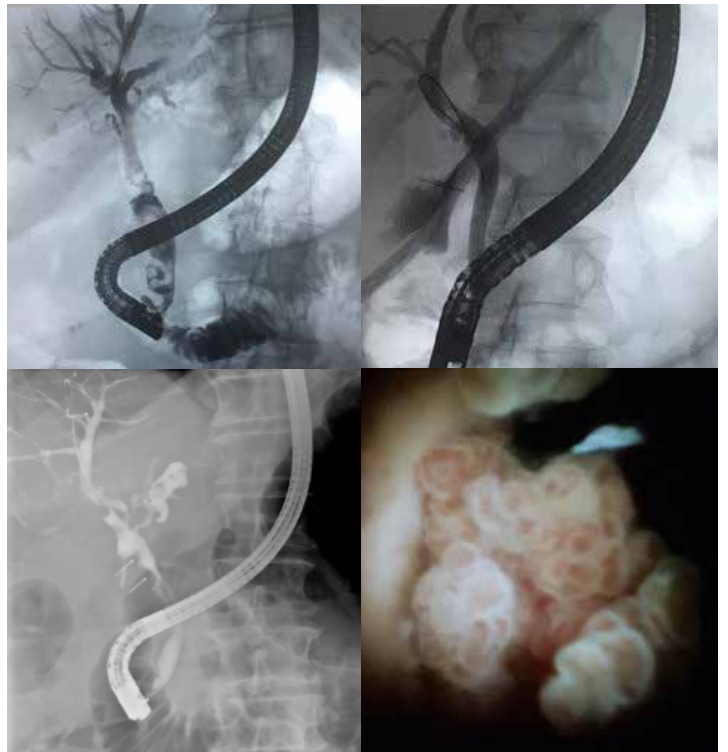
Conclusie

De dienst Gastro-enterologie van het ZOL is recent gestart met de uitbouw van therapeutische endoscopie en heeft het afgelopen jaar een aantal nieuwe innovatieve therapieën mogelijk gemaakt. We streven er naar om dit boeiende domein in ons ziekenhuis verder uit te bouwen in samenwerking met de collegae van de dienst Abdominale en Hepato-bilio-pancreatische Heelkunde, (Interventionele) Radiologie, Anesthesie, Anatomopathologie, Nucleaire Geneeskunde ...

Dr. Mathieu Struyve,
Maag-, Darm- en Leverarts



Endoluminele vacuum therapie ter behandeling van intestinale perforaties en chirurgische sutureloslatingen.



Behandeling van complexe galweg- en pancreasproblemen.



Wie is Dr. Mathieu Struyve?

Dr. Mathieu Struyve is sedert 1 januari 2018 actief op de dienst Gastro-enterologie van het ZOL. Naast de algemene zorg legt hij zich verder toe op de geavanceerde endoscopische beeldvorming, de therapeutische endoscopie en de hepato-bilio-pancreatische endoscopie.



"3 TOT 4 PERCENT VAN OPNAMES OP SPOED HE PSYCHIATRIE TE MAKEN

V.l.n.r. dr. Hendrik Verslegers, dr. Jef De Bie en dr. Johan Barbier

DE BBEN MET N"



"Lichamelijke en geestelijke gezondheid kunnen niet van elkaar losgekoppeld worden," zegt dr. Jef De Bie, medisch diensthoofd Psychiatrie. Hij pleit voor geïntegreerde zorg binnen de netwerken Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) maar ook voor aansluiting bij de locoregionale netwerken van de algemene ziekenhuizen.

De GGZ heeft zich de afgelopen jaren meer en meer als een netwerk van partners intra- en extramuraal georganiseerd. Binnen Noolim - het netwerk GGZ Oost-Limburg - wensen zorgverleners en diensten de zorg voor volwassen psychiatrische patiënten meer en meer in de thuissituatie aan te bieden en dit in samenwerking met huisartsen en diensten binnen de eerstelijnszorg.

Ziekenhuisopnames worden zoveel mogelijk voorkomen. Hoe gaan jullie tewerk als een opname niet nodig of wenselijk is?

Dr. Jef De Bie, psychiater: "Dan kunnen we een beroep doen op het mobiele crisisteam dat gedurende vier weken intensieve zorg kan bieden bij mensen aan huis. Zij maken het ook mogelijk dat patiënten, die na een korte opname gestabiliseerd zijn, sneller naar huis kunnen. Ook de casemanagers uit het ziekenhuis die patiënten na ontslag in de thuissituatie nog een tijdje opvolgen, zorgen ervoor dat de overgang naar ambulante zorg vlotter verloopt."

Wat is de impact hiervan voor de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg?

Dr. Jef De Bie, psychiater: "Als je werkt met teams die aan huis gaan voor de dringende en chronische zorg van psychiatrische patiënten - in plaats van een ziekenhuisopname te organiseren - krijgt de huisarts een veel centralere rol. Als psychiater doen we een beroep op de huisarts voor relevante achtergrondinformatie over zijn of haar patiënt maar we vragen ook om mee de medicatie op te volgen of om uit te zoeken of er een somatisch probleem speelt. Soms kan een psychiatrisch symptoom ook het gevolg zijn van een onderliggende, lichamelijke problematiek. Dit vereist vanzelfsprekend een heel andere aanpak."

Hoe belangrijk is de samenwerking tussen psychiatrie en somatiek?

Dr. Jef De Bie, psychiater: "We weten dat mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) ook veel lichamelijke gezondheidsproblemen kunnen ondervinden en gemiddeld zelfs 15 tot 20 jaar sneller overlijden dan anderen. Daar is nog heel veel werk, ook om deze mensen naar een goede lichamelijke gezondheidszorg te leiden. Problemen die de algemene bevolking parten spelen, zijn bij hen vaak nog veel groter: cardiovasculaire problemen, overgewicht (vaak ook een bijwerking van de medicatie), roken, gebrek aan beweging... Bij die opvolging hebben we de huisarts echt nodig."

Hoe is de psychiatrische zorg georganiseerd in het ziekenhuis?

Dr. Jef De Bie, psychiater: "Op de PAAZ (Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis) van het ZOL focussen we vooral op laagdrempelige en vlot toegankelijke crisisspsychiatrie. Er zijn in principe weinig exclusiecriteria, iedereen die een psychiatrische crisis doormaakt waarbij een korte opname aangewezen is, behoort tot onze doelgroep. We proberen de opname te beëindigen van zodra er voldoende stabiliteit is en betere vervolgzorg beschikbaar is. Patiënten voor wie een langere opname aangewezen is, verwijzen we vooral naar de twee psychiatrische centra in de NOOLIM regio. Dit zijn het Medisch Centrum Sint-Jozef in Munsterbilzen en OPZC Rekem, waar collega Verslegers en ikzelf ook aan verbonden zijn. Ook wanneer een gedwongen opname noodzakelijk is, doen we een beroep op deze twee psychiatrische centra."

Welke specifieke psychiatrische zorg kunnen jullie aanbieden in het ziekenhuis?

Dr. Jef De Bie, psychiater: "Patiënten met een middelengerelateerde, psychiatrische crisis kunnen we al sinds 2000 opvangen op onze TEPSI-afdeling, de Toxicomanie-Eenheid voor Psychiatrische Spoed Interventie. Sinds een jaar beschikken we ook over vier bedden voor urgente psychiatrische situaties (EPSI). Beide initiatieven zijn proefprojecten van de overheid. TEPSI is een provinciaal project, EPSI is enkel voor patiënten uit de NOOLIM regio."

"Als dienst Psychiatrie nemen we ook de liaisonfunctie Psychiatrie in het ziekenhuis op ons. Door een uitbreiding van het team kunnen we sinds kort een betere continuïteit garanderen. Nieuw in deze context is ook dat in het ziekenhuis een zorgpad 'alcohol' ontwikkeld werd. Wanneer patiënten op een somatische afdeling positief scoren bij screening naar alcoholgebruik worden wij in consult geroepen."

Worden jullie vaak opgeroepen door de dienst Spoedgevallen voor mensen met een psychiatrische problematiek?

Dr. Jef De Bie, psychiater: "3 tot 4 percent van de opnames op Spoed hebben met psychiatrie te maken. In totaal gaat het om een duizendtal mensen per jaar die met een psychiatrische problematiek naar Spoed komen."

"Dat is erg veel maar is gedeeltelijk te verklaren door de lange wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg. Huisartsen sturen hun patiënten soms naar Spoed omdat er 'dringend iets moet gebeuren'. Maar dat is niet altijd de

beste oplossing want op Spoed kunnen wij zelden uitgebreide gesprekken voeren of een grondige anamnese en heteroanamnese doen om de situatie goed in kaart te brengen. Wij hebben liever dat een huisarts ons rechtstreeks belt als er een dringende vraag is. Hij kent de geschiedenis en achtergrond van de patiënt en als we die info niet ter beschikking hebben in de avonduren op Spoedgevallen moeten we

hebben dat zowel de crisiszorg als de chronische zorg opneemt. Dat maakt het schakelen waar nodig gemakkelijker en zorgt ervoor dat patiënten bij dezelfde hulpverleners kunnen blijven wanneer ze na een stabielere periode opnieuw een crisis doormaken."

"Belangrijk is dat ook de andere eerstelijnsorganisaties meegaan in deze geografische aanpassing.

Dr. Jef De Bie, psychiater: Wij hebben liever dat een huisarts ons rechtstreeks belt als er een dringende vraag is.

ons op zeer korte tijd een diagnostisch en therapeutisch idee vormen. Als een huisarts ons voor een crisissituatie belt, kunnen we een dringende raadpleging plannen. Dit is makkelijker te organiseren dan een gesprek op Spoed en geeft ons de mogelijkheid beter geïnformeerd voldoende tijd vrij te maken."

"We ervaren op dit vlak een vreemde paradox. Er zijn lange wachtlijsten voor ambulante zorg maar de behandelplaatsen in het intensievere, therapeutische aanbod zoals we dat hier op de therapeutische dagkliniek bieden, krijgen we op dit moment niet altijd ingevuld. We denken dat dit te maken heeft met de intensiteit van de therapie die vier dagen per week van 9 tot 16 uur plaatsvindt. We onderzoeken nu of we het programma flexibeler kunnen maken maar binnen de huidige nomenclatuur is dit moeilijk. Het is erg jammer dat er aan de ene kant zulke lange wachtlijsten zijn en aan de andere kant niet ingevulde capaciteit."

Hoe ziet u de toekomst van de geestelijke gezondheidszorg?

Dr. Jef De Bie, psychiater: "We willen ons samen met de andere Noolimpartners richten op de nieuwe eerstelijnszones van de overheid. Bedoeling is onder andere dat we onze eerstelijnspartners beter leren kennen en vice versa."

"De mobiele crisisfunctie vullen we nu in met één mobiel team voor de hele regio. Via een geleidelijke herorganisatie willen we uiteindelijk in 2020 per eerstelijnszone een mobiel team

Bijvoorbeeld dat ook de CGG's zich organiseren per eerstelijnszone, maar dat ook de diensten beschut wonen, de thuisverpleging, het Centrum voor Algemeen Welzijnswerk, de buurtwerking, vrijwilligerswerk enz... zich meer en meer volgens deze eerstelijnszones zullen organiseren. Zo kunnen we de capaciteit op een logische manier bundelen en informatie delen zodat een patiënt die bij verschillende voorzieningen aanklopt zijn verhaal niet steeds opnieuw moet doen. Als je mensen kan laten aanhaken bij netwerken kan je ze opnieuw zin geven in het leven. Dit kan hen helpen om stabiel te blijven."

"Binnen de NOOLIM regio lopen er een viertal pilootprojecten (Kinrooi, Genk, Maasmechelen, Bilzen) die we radicaal geïntegreerde zorg (RGZ) noemen. Hier experimenteren we met de nieuwe samenwerkingsvormen waarbij zorg rond de patiënt georganiseerd wordt in de woonsituatie zelf."

"Met het geografisch herorganiseren van de geestelijke gezondheidszorg volgens de eerstelijnszones willen we een belangrijk en duidelijk signaal geven. Je kan lichamelijke en geestelijke gezondheid én welzijn niet van elkaar loskoppelen."

Op 22 november vond een Wetenschappelijke Raad plaats over 'Geestelijke gezondheidszorg in een netwerk: Noolim vijf jaar later'. Sprekers waren Johan Sijm, netwerkcoördinator Noolim; dr. Kris Noppe, psychiater Medische Centrum St.-Jozef; dr. Frank Meuleman, psychiater OPZ Rekem, dr. Evert Schonk, huisarts buurtcentrum Althea Genk.



Prof. Hadzic met enkele leden van het team: dr. Dimitri Dylst en dr. Sam Van Boxstael, NYSORA-CREER fellow dr. S. Louage en anesthesist in opleiding dr. B. Byloos.

ANESTHESIOLOGEN ZOL WERKEN SAMEN MET DUKE UNIVERSITY, VS

In februari komen vijf anesthesiologen van Duke University voor een uitwisselingsprogramma naar CREER (Centre for Research Education and Enhanced Recovery) in het ZOL. Dit in het kader van een formeel samenwerkingsprogramma tussen beide instellingen.

Het Centre for Research, Education and Enhanced Recovery after Orthopedic Surgery werd een viertal jaar geleden opgericht in het ZOL door prof. dr. Hadzic en het team dat hij samenstelde. CREER is een affiliatie van NYSORA, de New York School of Regional Anesthesia, dat innovatieve technieken en multimodale pijnmanagementprotocols ontwikkelde voor locoregionale anesthesie bij orthopedische chirurgie. Dit om tot betere patiëntenzorg te komen met een sneller herstel, een kortere ziekenhuisopname en een grotere efficiëntie in het gebruik van de operatietijd.

De internationale erkenning voor het centrum is razendsnel gegroeid. Intussen werd er al een substantieel aantal anesthesiologen uit de Benelux en verder getraind in lokale anesthesie in het ZOL.

NYSORA heeft samengewerkt met verschillende universiteiten van over de wereld. Twee jaar geleden werd een samenwerking afgesloten met de gerenommeerde Duke University in North Carolina dat nu een formele uitwisseling heeft opgestart wat betreft locoregionale anesthesie met de dienst anesthesiologie van het ZOL voor haar residenten en fellows. Prof. dr. Hadzic: "Deze samenwerking behelst zowel de uitwisseling van kennis en klinische praktijk, als onderzoek en zal resulteren in de creatie van nieuwe publicaties en studieboeken."

Dr. Jeffrey Gadsden, vermaard leider op het vlak van loco-regionale anesthesie en voormalig resident van prof. dr. Hadzic, zal deel uitmaken

van de delegatie. Ook prof. dr. Marc Van de Velde en dr. Steve Coppens, beiden anesthesiologen van UZ Leuven, zijn betrokken.

De artsen van Duke University zijn vooral geïnteresseerd in de reputatie en de extreem productieve en tijdsefficiënte manier van werken in het ZOL. Prof. dr. Hadzic: "Deze aanpak is belangrijk om tegemoet te kunnen komen aan de steeds toenemende vraag naar gewrichtsvervanging. Dit omdat mensen langer actief zijn en langer leven."

De academische wereld heeft een andere focus en legt de nadruk eerder op klinische studies. Prof. dr. Hadzic: "Dat Duke University, een van de meest prestigieuze universiteiten ter wereld, wil samenwerken met het ZOL getuigt van de kwaliteit die we leveren. Het zal de publieke appreciatie en de internationale, professionele erkenning voor het ZOL verder versterken. Het professionele research team van NYSORA in het ZOL heeft immers een belangrijke bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van nieuwe farmacologie voor locoregionale anesthesie bij orthopedische chirurgie en heeft het ZOL op internationaal niveau in de schijnwerpers gezet als een belangrijk researchcentrum in België."

Met dank aan het CREER-team:

Anesthesisten: prof. dr. Admir Hadzic, dr. Catherine Vandepitte, dr. Jeroen Van Melkebeek, dr. Dimitri Dylst, dr. Sam Van Boxstael, dr. Thibaut Vanneste, dr. Astrid Van Lantschoot, dr. Ana Lopez.

NYSORA Research Team: Ingrid Meex, Marijke Cipers, Gulhan Ozyurek.
Verpleegkundigen: Birgit Lohmar, Ilse Cardinaels, Joelle Caretta, Kristel Broux, Huda Erdem, Ine Vanweert, Elke Janssen en alle verpleegkundigen van de N-blok en de recovery

ZOL IS REFERENTIECENTRUM VOOR INTRA PULMONAIRE PERCUSSIE VENTILATIE

120 kinesisten uit heel Vlaanderen volgden zopas een bijscholing over de theorie en de praktijk van IPV (Intra Pulmonaire Percussie Ventilatie) en de invloed van de settings en parameters op de gasuitwisseling en het cardiale systeem. Spreker was kinesist David Schramme, gespecialiseerd in de ademhalingskinesithérapie. In het ZOL is hij hoofdzakelijk actief op de diensten Intensieve Zorgen en Neonatologie.

IPV werd ontwikkeld in de Verenigde Staten in 1980 door dr. F.M. Bird. Het is een techniek die patiënten met respiratoire insufficiëntie – zowel prematuren, kinderen als volwassenen – helpt bij het verwijderen van secreties uit de longen en zo de gasuitwisseling in de longen verbetert. Het toestel kan gebruikt worden voor permanente beademing of voor respiratoire kinesithérapie.

Het IPV-toestel stuurt via een open systeem kleine volumes aan een hoge snelheid in de longen. De kleine luchtvolumes creëren trillingen in de longen, en brengen lucht in de distale delen van de longen, achter opgestapeld mucus. Eens voldoende volume achter de secreties komen de secreties los. Tijdens de expiratoire fase van elk klein volume verplaatsen de secreties richting de grote luchtwegen en worden zo gemobiliseerd en verwijderd. Vanwege het open circuit is het risico op barotrauma zeer klein, waardoor dit systeem uitermate geschikt is voor het gebruik bij al onze patiënten op Intensieve Zorgen alsook bij de prematuren (Lucangelo, Fontanesi et al. 2003). Een bijkomend voordeel van dit systeem is dat het probleemloos kan gebruikt worden bij niet-coöperatieve patiënten (A Bollen, K Moermans – 2015).

Opleiding

David Schramme: "Ik heb IPV meer dan 20 jaar geleden leren kennen via een bevriend kinesist die werkte in het Brandwondencentrum

in Neder-over-Heembeek. Hij heeft toen een bijscholing gegeven aan onze dienst Fysiotherapie. Ik was meteen enthousiast omdat ik bepaalde voordelen zag in deze therapie die mij kon helpen bij het behandelen van mijn patiënten, daar waar ik beperkt was met de technieken die ik geleerd had. Met een proeftoestel dat we van de firma kregen, hebben we kunnen aantonen dat we met IPV heel goede resultaten haalden met onze patiënten."

"Ik ben gestart met de meer eenvoudige patiënten en heb vervolgens opgebouwd naar de complexere pathologieën. Omdat zij een duidelijk verschil zagen in de resultaten, kreeg ik steun van de artsen en is er beslist om het systeem aan te kopen. Intussen wordt het ZOL beschouwd als referentiecentrum voor IPV als behandelingstechniek en beademingsmodaliteit."

Omdat het om een open systeem gaat dat mits de juiste kennis en toepassing weinig schade aan de longen kan toebrengen, kan IPV ook gebruikt worden bij neonaten. David Schramme: "Het kleinste kindje dat we ooit behandeld hebben woog 470 gram en werd beademd via nasale tube."

"We kunnen via een tube werken, via een tracheotomie, met een masker of een mondstuk. Omdat het toestel ook helpt bij het inademen, wordt het door de meeste patiënten als een echte hulp en als



120 kinesisten die lid zijn van IPG/CF, een internationale vereniging die werkt rond Cystic Fibrosis, volgden de opleiding.

aangenaam ervaren. En ook voor kleine kinderen op Pediatrie is het zeer geschikt. Kinderen behandelen we het liefst op een zitbal. Dit om hen te helpen bij het ontspannen.”

David Schramme, kinesist: “We hebben de mogelijkheid om veel parameters aan te passen aan de pathologie en de klinische situatie van de patiënt en dat is een groot voordeel van het systeem. ”

“We hebben het liefste dat de patiënten rechtop zitten tijdens de therapie want dit geeft fysiologisch een betere stand van de longen.

Maar de houding is uiteraard afhankelijk van de pathologie van de patiënt. Sommige mensen zijn bedgebonden en dan zetten we het bed zo recht mogelijk.”

“Bij niet-geïntubeerde patiënten in het ziekenhuis werken we graag met een masker omdat bij het masker het effect van de positieve druk langer kan volgehouden worden, en niet door de patiënt bepaald wordt. Een mondstuk is ook veel vermoeiender voor de patiënt en ook niet voor iedereen haalbaar. Dit kan zijn om neurologische redenen, omdat de patiënt niet coöperatief genoeg is of omdat er onvoldoende mondtonus is.”

Hoogfrequent beademingstoestel

Het systeem heeft ook een hoog frequent beademingstoestel (Volumetrie Diffusive Respirator of VDR) in het gamma. David Schramme: “We gebruiken dat toestel hier al 20 jaar en in die tijd heb ik veel ervaring opgebouwd wat betreft de instellingen. We hebben de mogelijkheid om veel parameters aan te passen aan de pathologie en de klinische situatie van de patiënt en dat is een groot voordeel van het systeem. Hiermee kunnen we bijvoorbeeld indien noodzakelijk inspelen op labielere situaties en ook de moeilijker te beademen patiënt beademen. Net als mijn collega’s kinesisten word ik soms door onze artsen op Intensieve Zorgen gevraagd om te assisteren tijdens beademingen of tijdens operaties in het OK.”



Prof. dr. Kristoff Corten behandelt tal van complexe heupproblemen en verwijst patiënten die moeilijk of onvoldoende herstellen na een orthopedische ingreep naar RELAB, het academisch innovatielab van UHasselt.

REVALIDATIE OP MAAT VOOR PATIËNTEN NA COMPLEXE HEUPCHIRURGIE

Patiënten die moeilijk herstellen na heupchirurgie worden verwezen naar RELAB aan UHasselt voor een kinesitherapeutisch onderzoek en een aangepast revalidatieplan. Tijdens de officiële opening van RELAB stelde prof. dr. Kristoff Corten onderstaande casus voor die het belang en de voordelen van de samenwerking voor de patiënt duidelijk illustreert.

Samenwerking RELAB-ZOL

Op 29 november 2018 vond aan UHasselt de officiële lancering plaats van RELAB, het academisch innovatielab van het Limburg Clinical Research Programma in samenwerking met de faculteit Revalidatiewetenschappen van de Universiteit Hasselt.

Relab stelt zijn wetenschappelijke expertise in revalidatiewetenschappen ter beschikking om patiënten met complexe revalidatieproblemen nog beter te kunnen helpen.

Kinesitherapeuten en artsen kunnen patiënten met complexe problemen naar RELAB doorverwijzen voor verder klinisch kinesitherapeutisch en technologisch onderzoek. De technologische onderzoeken om bewegingsgedrag in kaart te brengen werden ontwikkeld in samenwerking met specialisten van het ZOL en Jessa Ziekenhuis.

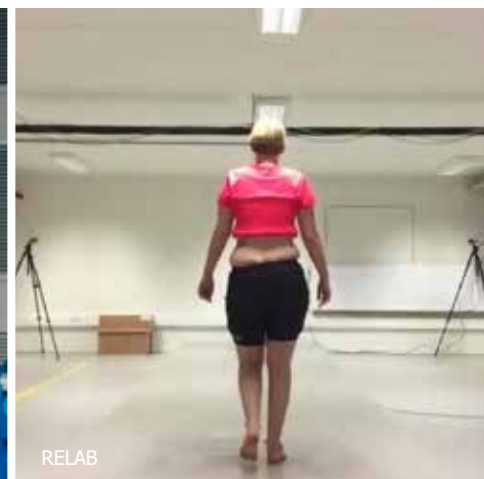
Zo werkt RELAB reeds enkele jaren samen met prof. dr. Kristoff Corten, orthopedisch chirurg in het ZOL. Prof. Corten behandelt tal van complexe heupproblemen en verwijst patiënten die moeilijk of onvoldoende herstellen na een orthopedische ingreep. In RELAB worden deze patiënten geëvalueerd in een biopsychosociale context om zoveel mogelijk aangrijpingspunten voor de revalidatie te identificeren. Tegelijkertijd wordt gekeken naar het welbevinden, naar coping strategieën, en naar het stressniveau van de persoon omdat ook deze aspecten een invloed kunnen hebben op het succes van de revalidatie.

Ook werkt RELAB samen met prof. dr. Corten voor wetenschappelijk onderzoek. Zo wordt dankzij de steun van het Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek (FWO), in een samenwerking tussen ZOL, UHasselt en KULeuven een applicatie ontwikkeld om feedback te geven aan mensen met degeneratieve heup- en knieproblemen over gewrichtsbelasting tijdens functionele activiteiten.

Voor meer informatie kan u steeds terecht bij relab@uhasselt.be



V.l.n.r. prof. Piet Stinissen (decaan faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen UHasselt), prof. Annick Timmermans (coördinator Relab), prof. dr. Kristoff Corten (heupchirurg ZOL), prof. Peter Feys (decaan Revalidatiewetenschappen UHasselt)



RELAB

Bij een jonge vrouw van 27 jaar werd een peri-acetabulaire osteotomie uitgevoerd omwille van heupdysplasie (Figuur 1). Dit is een zeer complexe, spiersparende bekken ingreep die slechts in 3 centra in België op regelmatige basis wordt uitgevoerd (Figuur 2). Een mogelijke complicatie die in <1% van de gevallen kan gebeuren, is een zenuwuitval van de nervus ischiadicus die het been bezuigt. Na de ingreep werd een uitval van deze zenuw vastgesteld.

Gevolg was dat de patiënte post-operatief een dropvoet ontwikkelde en het normaal functioneren in het gedrang kwam. Zij kreeg hierdoor heel wat psycho-sociale problemen en ook de revalidatie verliep moeizaam.

Er diende bovendien een bijkomende ingreep uitgevoerd te worden omdat het bot niet genas (Figuur 3). Opnieuw ontstond een zenuwletsel, wat de revalidatie verder bemoeilijkte.

Na een peestransfer omwille van de dropvoet werd besloten de patiënte naar het RELAB te verwijzen voor een multidisciplinair revalidatieschema. Prof. Annick Timmermans voerde een grondige risico- en ganganalyse uit en stelde een specifiek, aangepast revalidatieschema samen dat begeleid werd door de fysiotherapeut van de patiënte. De patiënte is gestart met het revalidatieprogramma en ondanks significante en blijvende beperkingen is ze er uiteindelijk in geslaagd om haar professionele en sociale leven opnieuw op te nemen.

Zonder de expertise van de specialisten van RELAB was deze patiënte wellicht nooit zo efficiënt en goed geholpen.

Prof. dr. Kristoff Corten,
orthopedisch chirurg



Figuur 1.

Heupdysplasie is een aangeboren afwijking van het heupkommetje dat daardoor onvoldoende de bol van het bovenbeen overdekt. Het gevolg is dat jonge patiënten pijn in de lies, de buitenzijde van de heup en de lage rug krijgen. Initieel wordt meestal 3-6 maanden kinesitherapie voorgeschreven om de compensatoire mechanismen te ondersteunen. Dit bleek niet afdoende bij patiënte die geen normaal functioneren meer kon bereiken.



Figuur 2.



Een peri-acetabulaire osteotomie van Ganz is een spiersparende operatie waarbij het bekkenbot op 5 verschillende plaatsen wordt doorgenomen zodat het heupkommetje een mooie overdekking van de heupbol kan bewerkstelligen. Het fragment wordt met 2 tot 3 schroeven gefixeerd. Omwille van cosmetische redenen voert prof. Corten deze ingreep bij jonge vrouwen uit via een kleine 5-8cm incisie in de lies die mooi heelt onder de bikinilijn.



Figuur 3.

Bij patiënte was er geen heling van het schaambeenbot waardoor een plaatfixatie nodig bleek via een 2de ingreep 8 maanden na de eerste.

STUDENTEN ONTWIKKELEN PROOF-OF-CONCEPT CHATBOT DIE VRAGEN VAN PATIËNTEN BEANTWOORDT

In het kader van hun bachelorproef ontwikkelden de masterstudenten IIW elektronica - ICT Anouk Michiels en Bram Verstraeten een proof-of-concept chatbot die in staat is algemene en specifieke vragen te beantwoorden van patiënten. Het ging om een eerste fase in het project. De studenten liepen stage bij de Mobile Health Unit/Future Health van het ZOL. Met hun project wonnen ze de Cera Award, uitgereikt op 5 oktober in Leuven. De award bekroont technologische projecten die een steentje bijdragen aan de gezondheidszorg.



Anouk Michiels en Bram Verstraeten

Het uitgangspunt van de studenten was dat herhaalde vragen van patiënten in een ziekenhuis bijdragen aan een verhoogde werkdruk voor zorgverleners. Om de werkdruk te verminderen en om meer tijd te hebben voor patiëntgerichte taken, zochten zij naar 'andere manieren' om repetitieve vragen van patiënten te beantwoorden. Ze ontwikkelden een proof-of-concept gespecialiseerde, klinische chatbot die een patiënt kan identificeren en zijn vragen kan beantwoorden.

Een chatbot is een non-verbaal systeem dat in staat is om gesproken taal te begrijpen, te creëren, te interpreteren en zelfs toelaat te communiceren. Voorbeelden van stem-geactiveerde chatbots zijn Siri (Apple Inc.) en Alexa (Amazon).

Om de algemene en specifieke vragen van patiënten te kunnen beantwoorden moet de chatbot de aangeboden diensten van het betreffende ziekenhuis kennen en inzicht hebben in de medische dossiers van een patiënt. Antwoorden op algemene vragen zijn voor elke patiënt hetzelfde, terwijl antwoorden op patiënt-specifieke vragen afhankelijk zijn van de toegang tot het elektronisch medisch dossier van de patiënt. Het doel van dit onderzoeksproject was om een proof-of-concept te ontwikkelen voor een gespecialiseerde stand-alone chatbot die zowel algemene, als patiënt-specifieke vragen kan beantwoorden.

Als basis voor de chatbot werd de Google Voice Kit gebruikt. Dit is een commercieel verkrijgbare chatbot die in dit project werd omgevormd naar een klinisch bruikbare tool. De eerste wijziging die werd aangebracht, was het toevoegen van aangepaste vragen en de daarbij behorende antwoorden. Ten tweede werd een klinische database opgebouwd, waarin alle mogelijke vragen en antwoorden opgeslagen werden. Indien een vraag werd gesteld, werd er met deze database verbinding gemaakt om een geschikt antwoord te vinden. Om uit te vinden welke vragen moesten worden geïmplementeerd, werd een online enquête gestuurd naar de

zorgverleners (n=58) van het ZOL, evenals werd een vragenlijst afgenomen bij een 20-tal patiënten. Dit onderzoek toonde aan dat patiënten open staan voor het gebruik van zo'n chatbot (80%) op de kamer, met als voornaamst drijfveer om de verpleegkundigen niet lastig te vallen met 'gewone' vragen (70%). De zorgverleners waren onzeker (50%) over het gebruik van een chatbot, maar slechts 12% van de ondervraagden was tegen het gebruik. Wel werd aangegeven door de zorgverleners dat algemene en patiënt-specifieke vragen minstens één keer tot meerdere keren per dag bevestigd werden (76%).

Omdat vragen op verschillende manieren kunnen worden gesteld, is het noodzakelijk dat gestelde vragen gereconstrueerd kunnen worden via trefwoorden. Omdat het project nog in een proof-of-concept fase zit, is hiervoor enkel de basis gelegd. Om de patiënt te identificeren in het geval dat hij een patiënt-specifieke vraag stelt, werden verschillende wijzen van identificatie van de patiënt onderzocht, alsook de koppeling met Hix. Ten slotte werd een kort overzicht van mogelijk toekomstig onderzoek voorgesteld om de proof-of-concept chatbot verder te kunnen uitbreiden volgens de klinische noden.

Enkele voorbeelden van ALGEMENE VRAGEN:

- Wat zijn de openingsuren van het кафeteria?
- Wat zijn de bezoeken?
- Wat is de code van de WIFI?

Enkele voorbeelden van PATIËNT-SPECIFIEKE VRAGEN:

- Wie is mijn arts?
- Wat is mijn kamernummer?
- Wat is het telefoonnummer van mijn kamer?
- Op welke afdeling lig ik?
- Welke onderzoeken staan er gepland?

UHASSELT WERKT NAUW SAMEN MET ZIEKENHUIZEN VOOR OPLEIDING GENEESKUNDE

De opleiding geneeskunde aan UHasselt startte in september met een aangepast curriculum. "We werken volgens een activerend onderwijsconcept waarin studenten zelf aan de slag gaan met de leerstof," aldus decaan prof. Piet Stinissen. "Al vanaf het eerste bachelorjaar komen de kliniek en de patiënt meer aan bod, onder andere via multidisciplinaire casussen die onder begeleiding voorgesteld worden tijdens de lessen." Voor dat laatste werkt UHasselt onder andere samen met het ZOL.

Prof. Piet Stinissen: "De opleiding geneeskunde is al langer in evolutie. Bij de vroegere, algemene hervorming naar zes jaar is er veel meer pathologie naar de bacheloropleiding gekomen. Vroeger kregen de studenten vooral 'basisvakken' maar dat beeld verandert waardoor het aantal klinici dat ook bij ons lesgeeft of bij de organisatie van de opleiding betrokken is, is toegenomen. Er zijn veel artsen die een belangrijke stempel op onze opleiding geneeskunde hebben gedrukt. Vanuit het ZOL zijn dit onder andere artsen van de disciplines cardiologie, anesthesie, pijnkliniek, gynaecologie, orthopedie, gastro-enterologie, nucleaire geneeskunde, medische beeldvorming ... Hun inbreng is erg belangrijk voor ons."

Vorig jaar hebben jullie zelf een hervorming doorgevoerd aan het curriculum van de opleiding?

Prof. Piet Stinissen: "Bij de hervorming wilden we naar een meer uniforme organisatie van de studiejaren gaan maar we hebben ook gekeken naar de accenten die bijkomend moesten gelegd worden. We werken hiervoor met de competenties van het CanMed-model die focussen op medisch handelen, kennis, communicatie, organisatie, samenwerken, maatschappelijk handelen en professionaliteit. Al deze elementen zijn nu sterk uitgebouwd in de opleiding en worden ook getoetst. Ik wil hier vooral prof. dr. Marjan Vandersteen bedanken als belangrijke mede-architect. Zij is met pensioen intussen maar blijft nog een klein stukje verbonden om de nieuwe aanpak op de rails te krijgen. In haar rol als opleidingshoofd werd ze opgevolgd door prof. dr. Paul Dendale."

Wat is de belangrijkste wijziging in de nieuwe aanpak?

Prof. Piet Stinissen: "Daarnaast bestond de vraag om de kliniek en de patiënt sneller aan bod te laten komen in de opleiding. Initiator van dit idee is vooral prof. dr. Wim Pinxten. We willen onze studenten laten kennismaken met het verhaal achter een ziekte. Maar ook met de multidisciplinaire zorg die rond een patiënt wordt georganiseerd. Dit is een belangrijke, nieuwe component binnen de opleiding die ik op andere universiteiten nog niet gezien heb."



Prof. Piet Stinissen, decaan Geneeskunde en Levenswetenschappen UHasselt

Hoe wordt dit praktisch aangepakt?

Prof. Piet Stinissen: "We hebben in elk blok meerdere getuigenissen ingevoegd. Dat kan een patiënt zijn, met zijn of haar omkadering, die in een panel uitlegt wat het betekent om met een bepaalde ziekte te leven. Zo hebben we al een getuigenis gebracht van een persoon met mucoviscidose. Maar het kan ook gaan om een filmpje dat dieper op een ziekte ingaat en waarbij enkele patiënten getuigen."

"Daarnaast brengen we vier keer per jaar uitgebreide, multidisciplinaire casussen waarbij een bepaalde pathologie wordt bekeken vanuit verschillende invalshoeken. We vertrekken van een patiënt die de beleving van zijn ziekte toelicht. Daarna komt het medisch aspect aan bod, de verpleegkundige zorg, de zorg van psychologen, diëtisten, kinesisten, ergotherapeuten, de mantelzorg en tot slot ook het wetenschappelijk onderzoek. De studenten kunnen vragen stellen aan de verschillende aanwezigen. We hebben nu al een paar casussen behandeld – in het eerste blok was dat spina bifida – en de aanpak blijkt aan te slaan. Het is ook heel aantrekkelijk voor de studenten omdat dit hen laat zien en voelen waar geneeskunde over gaat. Wij denken dat die multidisciplinaire casussen zeer belangrijke leermomenten zijn voor de studenten."

Hoe worden de patiënten die komen getuigen begeleid?

Prof. Piet Stinissen: "We werken met patiëntenambassadeurs, dit zijn mensen die het aanspreekpunt zijn voor de patiënten en die hen begeleiden in het voor- en natraject. Want voor hen is het erg confronterend om voor studenten over hun ziekte-ervaringen te praten. Vaak gaat het toch om erg private zaken. We zoeken trouwens nog steeds patiënten."

Mensen die zich geroepen voelen om hun verhaal te doen, mogen zich altijd aanmelden via patientambassadeurs@uhasselt.be.



Prof. dr. Wilfried Gyselaers, gynaecoloog ZOL

“STUDENTEN LEREN DAT EEN ARTS MAAR EEN SCHAKEL IS IN EEN KETTING”

Prof. dr. Wilfried Gyselaers is gynaecoloog in het ZOL en een van de sleutelfiguren in de opleiding Geneeskunde aan UHasselt.

“Vroeger was een arts een wetenschappelijk denkend iemand die fysica, biologie en scheikunde kon toepassen op het menselijk lichaam en daarom kon begrijpen waarom het lichaam niet werkte zoals het moest. Maar intussen is geneeskunde uitgegroeid tot een eigen wetenschap. Wat is evidence based, welke richtlijnen zijn er, waarom zijn bepaalde medicijnen beter dan andere, welke onderzoeken zijn er, hoe communiceer je met een patiënt zodat hij je begrijpt, hoe doe je een klinisch onderzoek? Veel vragen die we vroeger als jonge arts zelf al doende moesten uitzoeken, maar die nu wel in het pakket van de opleiding zitten.”

De aanpassingen die we sinds dit academiejaar doorgevoerd hebben in het curriculum hebben de opleiding sterk veranderd. In plaats van het vak ‘nefrologie’ te geven, hangen we de theorie nu op aan het verhaal van een nierpatiënt, zijn entourage en zorgverleners. Zij brengen hun invalshoek op de ziekte en al de zorgen en problemen die

er nog bij komen. Studenten leren hieruit dat een arts maar een schakel is in een ketting en dat teamwerk belangrijk is.”

“We leren de studenten ook verder te kijken dan de cursus. Ze worden gestimuleerd om vragen te stellen en zelf op zoek te gaan naar betrouwbare artikels.”

“Ook andere vakken worden aan de casus opgehangen. De aanpak is dus breder en meer toegepast. Ander voordeel is dat een patiënt de meest recente evoluties en trends in de behandeling over zijn ziekte meebrengt.”

“Studenten reageren heel positief op onze manier van lesgeven. We krijgen feedback als ‘nu weten we waarom we al die theorie moeten begrijpen’ en ‘we moeten hard studeren maar de patiënten geven dat duwtje in de rug waardoor je dit ook graag doet.’”

Voor de hele provincie

Het LOC bedient de facto heel Limburg; het heeft goede contacten met alle ziekenhuizen in de provincie. De hernieuwde kwalificatie bewijst dat het centrum uitstekend werk aflevert. "Het LOC werkt als één entiteit verspreid over twee campussen", zegt oncoloog Paul Bulens. "Voor de patiënten is dit belangrijk. Waar ze zich ook aandienen, ze krijgen op beide locaties dezelfde hoogstaande kwaliteit van behandeling en zorg."



"EXCELLENTE RADIOThERAPIE binnen vzw LOC"

Het Limburgs Oncologisch Centrum blijft een regionaal 'center of competence' in radiotherapie. Dat blijkt uit de B-QUATRO-audit die op de twee locaties – het Jessa Ziekenhuis en het ZOL – is uitgevoerd. Een auditteam bezocht het centrum vier dagen. Het eindrapport noemt het LOC een state-of-the-art afdeling die excellente zorg verleent in Limburg. In 2012 kreeg het centrum al een gelijkaardige beoordeling.

De Belgische radiotherapeutische centra laten zich elke vijf jaar onderwerpen aan een externe audit. Dat gebeurt onder impuls van het College van Geneesheren voor Centra Radiotherapie. QUATRO staat voor Quality Assurance Team for Radiation Oncology. Het internationaal atoomagentschap IAEA tekent de audit uit. B-QUATRO is de Belgische variant.

De federale overheid stelt een extern en multidisciplinair auditteam samen. Zo kreeg het LOC in Hasselt en Genk bezoek van een radiotherapeut-oncoloog, een verpleegkundige, een fysicus en een kwaliteitsmanager. Zij schonken onder meer aandacht aan de infrastructuur, de procedures, de radioprotectie, het personeel en de kwaliteit van zorg voor de patiënt.

Volwaardig competentiecentrum

Het IAEA stipuleert dat een center of competence moet beschikken over EBRT (uitwendige bestraling), brachytherapie (inwendige bestraling), dosimetrie en apparatuur voor imaging (beeldvorming) en een behandelplanning. Het moet ook beschikken over voldoende trainingsmogelijkheden voor de medewerkers. Een center of competence staat kortom model voor andere centra voor radiotherapie.

Het rapport van deze audit besluit dat het LOC aan al deze criteria voldoet. Het geldt als een volwaardig competentiecentrum voor Limburg. "Dat is alvast het bewijs dat we de boot niet gemist hebben", zegt dr. Paul Bulens. "De voorbije twintig jaar is de behandeling van kanker sterk geëvolueerd. Radiotherapie verloopt preciezer en meer doelgericht, onder andere door alsmaar meer verfijnde apparatuur, accurate software en beeldvormingstechnieken. Daarin hebben we de jongste jaren onophoudelijk geïnvesteerd."

Eén goed georganiseerd team

Ook op vlak van personeel en zorgkwaliteit scoort het centrum goed. "Het rapport stelt dat de medewerkers van het LOC gemotiveerd en goed georganiseerd zijn", zegt fysicus Marc Orlandini. "Ze werken samen als één team. Natuurlijk zitten er ook nog enkele werkpunten in het verslag, zoals de integratie van de medische dossiers. Het Jessa Ziekenhuis en het ZOL werken met verschillende systemen die niet optimaal matchen. Dat is alvast een uitdaging voor de toekomst."

Luc Pannekoek, hoofdverpleegkundige Radiotherapie LOC: "We schenken al verschillende jaren bijzondere aandacht aan kwaliteit en veiligheid. Een fulltime stafmedewerker waakt hierover. We hebben bovendien een eigen kwaliteits- en veiligheidsteam. Ook de zorg en ondersteuning van de patiënt zijn prioriteiten. In het QUATRO-rapport staat dat de patiënt in het LOC uitvoerige en begrijpelijke informatie krijgt. Daar maken we inderdaad de nodige tijd voor vrij."



Harold Gillies



Foto & pastel vergelijking



Henry Tonks



DE KAPOTTE GEZICHTEN VAN GILLIES & TONKS

De Eerste Wereldoorlog was een grote uitdaging voor de chirurgen. De introductie van meer destructieve wapens resulteerde in meer verwoestende, en voorheen nooit geziene verwondingen.

In de loopgravenoorlog van 1914-18 was het hoofd een grotere schietschijf dan de rest van het lichaam. De gezichten van soldaten werden verminkt door granaatscherven of onherkenbaar verbrand door mosterdgas. Ondanks de inspanningen van de oorlogschirurgen bleven meestal lelijke littekens achter. De verhakkelde wondranden werden samengetrokken en met enkele steken verbonden, in de hoop dat de natuur de rest zou doen. Maar alle letsels waren besmet en penicilline zou pas in 1928 worden ontdekt. Een nieuw type chirurgie drong zich op.

Harold Gillies

De man die dit als geen ander beseftte was Harold Gillies (1882–1960), een jonge Nieuw-Zeelandse chirurg die in Engeland werkzaam was. Aan de directie van het Cambridge Military Hospital, Aldershot vroeg hij in 1916 om een speciaal centrum voor Faciale Reconstructie op te richten. Zijn enthousiasme om gruwelijke gezichtsverminderingen professioneel aan te pakken sloeg aan bij de directie. Gillies kreeg 200 bedden. Maar na het Somme offensief van juli 1916 werd het ziekenhuis overrompeld door geen 200 maar 2000 soldaten met half weggeblazen gezichten. De chaos was niet te overzien en was deels te wijten aan de reclame die Gillies eerder dit jaar

voor zijn centrum had gemaakt. Voor £10 had hij labels laten ontwerpen en naar de Franse veldhospitaal opgestuurd. Telkens een Britse soldaat een aangezichtswond opliep, naaide een verpleegster zo'n label op zijn uniform. Bij aankomst in Engeland werden ze allemaal richting het militair hospitaal in Aldershot gestuurd.

Van elke gelaatsverminking maakte Harold Gillies een pre-operatieve schets om die later te kunnen vergelijken met het uiteindelijke resultaat. Maar toen de gewonden massaal werden binnengebracht, had hij daar geen tijd meer voor. Gelukkig was er iemand uit zijn chirurgisch team die ontzettend goed kon tekenen. Het was de 20 jaar oudere Henry Tonks (1862- 1937). Naast lid van het Royal College of Surgeons doceerde hij ook tekenen en anatomie aan de Slade Academy of Fine Arts in Londen.

Henry Tonks

Opgeleid als arts had Tonks ook de gruwelijke verminkingen van Britse soldaten in Frankrijk gezien. Vanuit een professioneel én menselijk oogpunt had hij het echter psychologisch moeilijk om dergelijke catastrofes te verwerken. "I have decided that I am not any use as a doctor". In een andere brief schreef hij: "the wounds are horrible, and I will be against wars in the future. You have no right to ask men to endure such suffering."

Dus toen Gillies aan Tonks vroeg om zijn reconstructieve operaties te documenteren door de gezichten van de patiënten voor en na de

operatie af te beelden, accepteerde die maar al te graag. Hij voelde zich meer op zijn gemak in de artistieke sfeer dan met scalpel, naald en draad. De samenwerking tussen pionier-chirurg Harold Gillies en kunstenaar/arts Henry Tonks leidde tot de meest beklijvende afbeeldingen van de oorlogsgruwel.

De pastelportretten van de gezichtswonden waren in eerste instantie van didactisch opzet. Ze dienden om het al dan niet welslagen van de faciale reconstructie te documenteren. Omwille van het 'horrible' aspect ervan, zoals Tonks het noemde, wenste hij niet dat ze door het grote publiek werden bekeken. Ook de gewonde soldaten kregen ze niet te zien. In het militair hospitaal van Gillies was zelfs geen enkele spiegel toegelaten. Toch bezitten de pastelportretten iets wat hun functie als medische illustraties overstijgt. Dat heeft te maken met de ambiguïteit tussen de monsterlijke verminking en de zachte pasteltinten. Wat een portret van een jonge soldaat zou moeten zijn - mannelijke trekken, strak gekamd haar en geknoopte stropdas - is hier 'gesaboteerd' door een lelijk gapende wonde. Maar door de wonden in zachte pasteltinten uit te voeren, worden ze op een meer verbloemde, meer esthetische manier weergegeven. Op die wijze toont Henry Tonks een zeker medeleven met de gewonde soldaat en ontstaat ook een emotionele betrokkenheid van de toeschouwer.

Als men de pasteltekeningen van Tonks vergelijkt met de fotografische opnames die van hetzelfde



Voor en achteraf



Voor en achteraf



gelaat zijn genomen, komt de abstractie van de kunstenaar naar voren. Tonks schrikt niet terug voor de gruwel maar abstraheert het leed van de patiënt die geraakt is in zijn meest kwetsbare 'ik', zijn hoogstpersoonlijk gelaat.

Strange New Art

Toen de stroom gewonden alsmaar bleef toemen, verhuisde Gillies naar het grotere Queen's Hospital in Sidcup, Kent waar hij een 'Centre for Facial Surgery' oprichtte. Tonks volgde hem. "It is a chamber of horrors, but I am quite content to draw them as it is excellent practice."

Faciale reconstructie noemde Gillies een 'strange new art' en tijdens de Grote Oorlog zou hij meer dan 11.000 operaties uitvoeren op zo'n 5.000 soldaten. Om grote aangezichtsverwondingen te repareren, gebruikte hij huidflappen die via 'pedicle tubes' (huidtunnels) overgebracht werden uit een gezonde huidstrook. Dit had het praktische voordeel dat een gapende wond onmiddellijk kon worden gedicht en de bloedsvoorziening bewaard bleef. Volgens Gillies moest een plastisch chirurg vooral zo goed mogelijk de individuele persoonlijkheid (de identiteit) van iemand herstellen.

Pionier in de plastische chirurgie

Harold Gillies raakte eerder toevallig verzeild in de 'esthetische, reconstructieve chirurgie', zoals hij die nieuwe tak van de heilkunde noemde. Toen de Eerste Wereldoorlog uitbrak, was hij 32 jaar oud en trad toe tot het Rode Kruis. Als officier werd hij naar België gestuurd maar in de kanaalhaven van Boulogne ontmoette hij de Fransman Auguste Valadier. Valadier had er een speciale medische eenheid opgezet voor de behandeling van kaakwonden. De Fransman experimenteerde

ook met het nemen van weefsel uit andere delen van het lichaam, een proces dat Gillies enthousiast maakte. Hij ontmoette er ook de Amerikaanse kaakchirurg Bob Roberts die hem een Duits boek leende over kaak- en mondchirurgie. Uit de paar foto's in dat Duitse boek deed hij zijn eerste inspiratie op voor faciale reconstructie. Gestimuleerd door dit alles trok hij naar Parijs om een bezoek te brengen aan een van Europa's meest vooraanstaande chirurgen: Hippolyte Morestin. Bij Morestin woonde hij een operatie bij voor een kanker in het gezicht en zag hoe Morestin de grote tumor verwijderde en nadien de wond herstelde door een stuk huid onder de kaak uit te snijden en op te rollen. De switch van algemene heilkunde naar gezichtsreconstructie was nu voor hem gemaakt.

Esthetische dimensie

Gillies zag al gauw in dat veel chirurgen de esthetische kant van plastische chirurgie van ondergeschikt belang vonden. Volgens de Duitsers gold zelfs het adagium: hoe lelijker het litteken, hoe eervoller de wond. Gillies wou het echter perfect doen. Zijn lange leven streefde hij ernaar om niet enkel de functie van het aangetaste gebied te herstellen maar ook het vroegere gezicht van de soldaat te herstellen. En als het kon, nog mooier te maken dan voorheen.

In 1920 vatte hij zijn vaardigheden samen in zijn 'Plastic Surgery of the Face' en schreef daarmee het eerste standaardwerk voor de moderne plastische chirurgie. De talrijke illustraties van Tonks zijn uniek in de medische en artistieke wereld. Veel sensueler dan zwart/wit fotografie geven de pastelkleuren de natuurlijke teint weer van het

kapotgeschoten weefsel. Los van de onmiskenbare gruwel ligt in zijn schetsen een ongrijpbare artistieke schoonheid en tederheid.

Cosmetische chirurgie

Na de oorlog verminderden uiteraard de operaties op ex-militairen. In 56 Queen Anne Street, Londen, richtte Gillies een privékliniek op en een totaal ander clientèle diende zich aan. Het waren mensen zonder zichtbare letsels maar die er anders of mooier uit wilden zien. Naast face-lifts en geslachtsveranderingen voerde hij ook borstverkleiningen uit, zoals bij een golfspeelster: "once because they impeded her swing and the second time at her lover's request."

Maar niet elke gewonde soldaat leek verzoend met zijn vroeger 'imago'. Zoals de man die enkele huidtunnels van borst naar gezicht had laten aannaaien maar niet meer kwam opdagen om ze te laten verwijderen. Toen hij enkele jaren later alsnog op consult kwam, vroeg Gillies zich verbaasd af waar hij al die tijd was gebleven? Tja, hij had goed geld verdiend in freak-shows als Elephant Man.



Dr. Johan Van Robays

Anatopatholoog

'War, Art and Surgery': permanente tentoonstelling van Tonk's pastelschetsen in het Hunterian Museum at the Royal College of Surgeons in Londen.



AANKONDIGING NIEUWE ZOL ARTSEN

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



Dr. Sanne Verbeek, anatomopathologie

Dr. Sanne Verbeek behaalde haar diploma geneeskunde in 2013 aan de KU Leuven. Haar specialistenopleiding volgde ze aan UZ Leuven

onder leiding van prof. dr. Raf Sciôt en prof. dr. Birgit Weynand.

In het ZOL is dr. Verbeek actief op de dienst Anatomopathologie. Daarnaast is ze consulent borstpathologie op de dienst Pathologische Anatomie van het UZ Leuven.

Dr. Nele Czech, algemeen inwendige – geriatrie

Dr. Nele Czech behaalde haar artsdiploma in 2012 aan de KU Leuven. Haar specialistenopleiding volgde ze aan UZ Leuven onder leiding van prof. dr. Johan Flamaing.

In het ZOL is dr. Czech actief op de diensten Algemeen Inwendige Geneeskunde-Infectieziekten en Geriatrie.

Intussen volgt ze ook de interuniversitaire opleiding microbiologie-infectieziekten om de dienst Infectiologie verder mee uit te bouwen.





Dr. Stephanie Van Aelst, anatomopathologie

Dr. Stephanie Van Aelst behaalde haar diploma geneeskunde in 2013 aan de KU Leuven. Haar specialistenopleiding volgde ze aan UZ Leuven onder leiding van prof. dr. Raf Sciôt en prof.

dr. Birgit Weynand en aan AZ Sint-Jan Brugge onder leiding van dr. Pascale De Paepe.

In het ZOL is dr. Van Aelst actief op de dienst Anatomopathologie.



Dr. Helena Van Kerrebroeck, gynaecologie

Dr. Helena Van Kerrebroeck behaalde haar artsendiploma in 2011 aan UGent. Haar specialistenopleiding volgde ze aan Maastradziekenhuis Rotterdam onder leiding van dr. Arie Verhoeff en dr. P.J. Timmers, OLV-Ziekenhuis Aalst onder leiding van dr. Jan Van Den Haute en dr. Koen Traen, Middelheimziekenhuis Antwerpen onder leiding van prof. dr. Amin Makar, het ZOL onder

leiding van prof. dr. Eric De Jonge en tot slot UZ Gent onder leiding van prof. dr. Steven Weyers.

Daarnaast volgde dr. Van Kerrebroeck een fellowship 'urogynaecologie-benigne gynaecologie' aan Hôpital Jeanne de Flandres Lille onder leiding van prof. dr. Michel Cosson en ZOL Genk onder leiding van dr. Eva De Cuyper.

In het ZOL is dr. Van Kerrebroeck actief op de dienst Gynaecologie-Verloskunde. Ze zal zich toeleggen op benigne gynaecologie en urogynaecologie en op de opvolging van de zwangere patiënt.

PROGRAMMA 2018|19

WETENSCHAPPELIJKE RAAD >

Aula (G -1.10)

campus Sint-Jan (tenzij anders vermeld)

- Woensdag 6 februari 2019 | van 19.00 tot 21.30 uur
MIC – NIC symposium
- Donderdag 28 februari 2019 | van 20.30 tot 22.30 uur
Hidradenitis Suppurativa: multidisciplinaire aanpak van een chronische en invaliderende aandoening.
- Dinsdag 12 maart 2019 | van 18 tot 20.30 uur
Conflictmanagement (voor stagemeesters)
Locatie: vergaderzaal G -1.14 ZOL, campus Sint-Jan
Organisatie: Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen UAntwerpen in samenwerking met de Wetenschappelijk Raad van het ZOL.
- Donderdag 28 maart 2019 | van 20.30 tot 22.30 uur
Transgenderzorg anno 2019
- Zaterdag 30 maart 2019 | van 9 tot 12.30 uur
Symposium Cardiologie 2019
Locatie: Thorpark Genk
- Donderdag 25 april 2019 | van 14 tot 17 uur
Hoe Medbook het feedback geven en ontvangen en het voeren van functionerings- en evaluatiegesprekken kan faciliteren
Locatie: vergaderzaal G -1.16/G -1.18 ZOL, campus Sint-Jan
Organisatie: Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen UAntwerpen in samenwerking met de Wetenschappelijk Raad van het ZOL.

- Donderdag 25 april 2019 | van 20.30 tot 22.30 uur
Spine Unit: nieuwe richtlijn aanpak radiculaire pijnen bij lumbalgie. Hoe verandert dit mijn praktijk?
- Donderdag 23 mei 2019 | van 20.30 tot 22.30 uur
Multidisciplinaire aanpak van hoofd-hals oncologie in het ZOL
- Donderdag 27 juni 2019 | van 20.30 tot 22.30 uur
Future Health: uitdagingen voor de toekomst van het ZOL en voor u als arts

LOCATIE >

Aula ZOL tenzij anders vermeld

campus Sint-Jan, G -1.10, Schiepsse Bos 6, 3600 Genk

U kan parkeren in het nieuwe parkeergebouw voor personeelsleden (volg richting Speed).

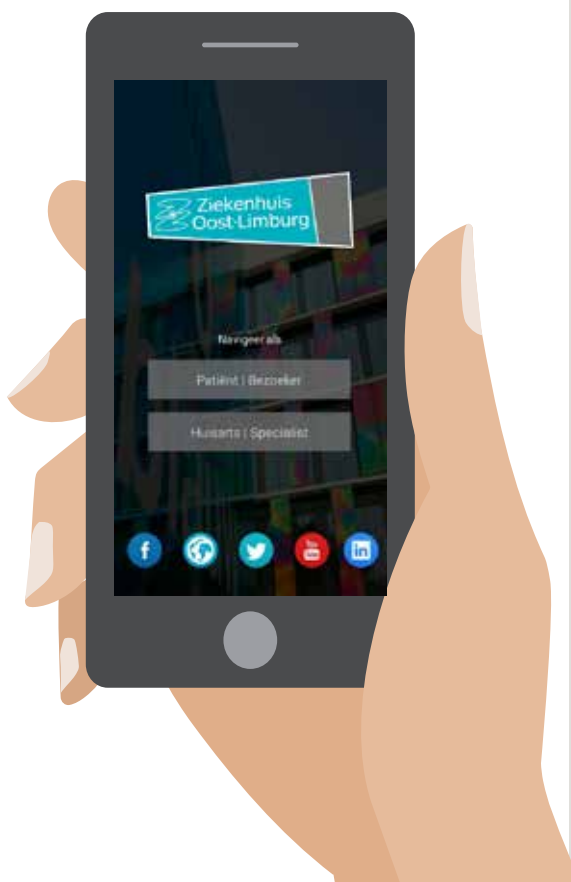
MEER INFO >

www.zol.be/symposia

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

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

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



COLOFON

Verantwoordelijke uitgever:

Dr. Griet Vander Velpen
Medisch directeur ZOL

Redactie en samenstelling:

Grete Bollen

Werken mee:

Dr. Koen Ameloot
Prof. dr. Johan Bellemans
Dr. Paul Bulens
Prof. dr. Kristoff Corten
Dr. Jef De Bie
Dr. Cornelia Genbrugge
Prof. dr. Admir Hadzic
David Schramme
Dr. Luc Stockx
Dr. Mathieu Struyve
Dr. Johan Van Robays
Julie Vrancken

Redactieadviesraad:

Dr. Marc Daenen
Dr. Jan De Koster
Prof. dr. Dieter Mesotten
Dr. Eline Macken
Prof. dr. Willem Ombelet
Dr. Griet Vander Velpen
Dr. Johan Van Robays
Dr. Luc Vrielinck

Foto's:

ZOL
Topdokters
Cover: Marco Mertens
Micha Vandormael
Dissectiekamer: @PhotoStraka
Belbachir Boumediene

Lay-out:

Lisa Castelli &
Liesbeth Grondelaers,
dienst Communicatie

Redactie:

Schiepse Bos 6
B 3600 Genk - Belgium
T +32 (0)89 32 17 62
zolarium@zol.be

www.zol.be

Niets uit deze uitgave mag
overgenomen of vereenvoudigd
worden zonder schriftelijke
toelating van de uitgever.

PARTNERS IN ZORG



Malika Ait Si Mhand en dr. Van Holsbeke

Op week 37 van haar zwangerschap bleek tijdens een controle dat haar baby nog steeds in stuitligging lag. Malika Ait Si Mhand (38) is zwanger van haar vierde kindje en het was de eerste keer dat haar baby op het einde van de zwangerschap niet met zijn hoofdje naar beneden ging liggen. "De vroedvrouw zei dat dr. Van Holsbeke de baby nog kon draaien. Ik wilde dit zeker proberen. Een keizersnede zag ik totaal niet zitten. Het is immers een operatie die risico's met zich meebrengt en 8 weken herstel vraagt. Met vier kleine kinderen en een man die full time werkt, zou dat heel moeilijk zijn voor mij."

"Ik was eigenlijk helemaal niet bang voor de draaiing. De vroedvrouw en dr. Van Holsbeke hebben mij vooraf alles goed uitgelegd en ik ben ook op Youtube gaan kijken hoe de procedure verloopt. Mijn man was bang dat er iets met het kindje zou kunnen misgaan – het klonk in het begin allemaal nogal akelig - maar ik had alle vertrouwen in mijn dokter."

Dr. Van Holsbeke: "Eerst leggen we de zwangere aan de monitor om het hartritme van de baby te controleren en geven we een infuus met weeënremmers om de baarmoeder te ontspannen. Als de echo bevestigt dat de baby nog in stuit ligt, proberen ik de billen van de

baby uit het bekken van de mama omhoog te duwen. Dan neem ik het hoofd met de andere hand en probeer ik de baby in één beweging te laten tuimelen."

"De procedure is belastend voor de zwangere maar ook voor mij is het een hele klus. Als je de kracht in je armen loslaat, schiet de baby immers terug. Via echografie kijken we of het draaien gelukt is en zo niet probeer ik het nog maximum twee keer opnieuw. Alhoewel de risico's heel klein zijn, gaat de moeder na de procedure opnieuw anderhalf uur aan de monitor en doen we nog een bloedafname. Zo zijn we zeker dat de baby en de placenta de procedure goed verdragen hebben. Als alles goed is, mag de zwangere terug naar huis."

Dr. Van Holsbeke: "De meeste zwangeren met een baby in stuitligging staan open voor een uitwendige kering maar er zijn natuurlijk mensen die bang zijn voor de procedure." Malika Ait Si Mhand: "Het draaien doet pijn maar als het voorbij is, heb je hoogstens enkele dagen een lastige buik en daarna voel je er niets meer van. Intussen ben ik op datum en helemaal klaar voor de bevalling. Voor mij mag hij nu wel geboren worden."