

INTRO

Nr. 70 - December 2021

Medisch informatieblad Sint-Franciscusziekenhuis Heusden-Zolder

Borstreconstructie
in het kader van
een mastectomie

Medische triage
op de spoed-
gevallendienst

Het kind met
obesitas



Afscheid nemen doet altijd een beetje pijn



Dokter Inge Wouters, hoofdarts in het SFZ, neemt afscheid van ons na een intense periode getekend door coronaperikelen. Ze was nog maar net gestart toen de eerste golf losbarstte. Tot de laatste dag heeft ze ons en ons ziekenhuis door deze moeilijke omstandigheden geloodst.

Dr. Inge Wouters



Veranderen en verbeteren is een continu proces.

"Afscheid nemen doet altijd een beetje pijn. Ook als je zelf beslist om te gaan. Helaas laat COVID-19 niet toe om een afscheidsmoment te organiseren. Daarom wil ik via deze weg iedereen bedanken die er samen met mij naar gestreefd heeft om de best mogelijke zorg aan onze patiënten te bieden. En om de positie van het SFZ als partner van huisartsen en andere ziekenhuizen in ons netwerk te versterken. Veel projecten zijn opgestart en sommige zijn ook al afgewerkt. Maar veranderen en verbeteren is een continu proces. Ik hoop dat jullie hier samen aan blijven werken.

Het ga jullie goed."

We danken dr. Inge Wouters voor haar inzet en wensen haar veel succes toe in haar verdere carrière.

Terugblik op een carrière

Dr. Fons Henckens, kinderarts

Ik heb 35 interessante, fijne, vermoeiende en vaak ook stressvolle jaren als kinderarts achter de rug. Kunst was altijd een goede manier om vooral mentaal de zaken in perspectief te blijven zien. Want er is natuurlijk een reëel gevaar om in een tunnelvisie van medisch denken verstrikt te raken.

Leren door kunst

Kunst is ideaal om de wereld en mensen te relativiseren. Ik ben er ook van overtuigd dat anders kijken je een betere arts maakt. In de kunst leren we bijvoorbeeld een object te bekijken op basis van de lege ruimtes eromheen. Deze invalshoek levert vaak verrassende inzichten op. Bovendien leer je het object beter begrijpen.

Voor mij is er ook een directe link met filosofie. Het voortdurend in vraag stellen van realiteiten en non-realiteiten is de basis van zowel filosofie als kunst. Maar waar kunst meestal blijft hangen in de vraagstelling, probeert filosofie toch antwoorden te formuleren.

Van strips naar de academie

Mijn reis naar kunstinteresse begon toen ik heel jong was. Ik was gefascineerd door de prachtige tekeningen in stripverhalen. En in België hebben we op dat vlak veel geluk: Hergé, Franquin, Ever Meulen, Morris, Vandersteen, Sleen ... En ik maar natekenen.

Na mijn studies ging het van de ene academie naar de andere: Bree, Heusden, Tongeren, opnieuw Heusden. Met overal enthousiaste en inspirerende begeleiders, in een sfeer die zo anders en verfrissend was in vergelijking met het universitaire wereldje.

EEN GREEP UIT HET OEUVER:

Graag wil ik enkele van mijn werken tonen om dit alles te kaderen. Het zal al snel duidelijk worden dat ik niet kon blijven hangen in één medium of stijl. Blijkbaar had ik altijd de behoefte om het anders te doen. Ik was lang in de ban van de tegenstelling ratio/emotie. Ergens is dat ook de tegenstelling arts/patiënt. Ik maakte toen een reeks schilderijen waarin chaos en structuur, emotie en calculatie, samenkwamen.



Een heel fijne manier om te ontspannen is actionpainting à la Pollock. Je hoeft nergens aan te denken: het gaat alleen om de kleur en het ritme, met soms zeer verrassende resultaten.



Later stapte ik over naar een conceptuele benadering van vraagstelling, met foto's, video's en installaties zoals 'Take your time, take a breath', een werk waarbij de vluchtigheid van leven letterlijk zichtbaar gemaakt wordt (youtu.be/0oB9dm0Pj20).

Het is een perfecte manier om ook kritiek, poëzie, humor of filosofie vorm te geven. Zo creëerde ik een volledige tentoonstelling rond tijd en de relativiteit ervan.



Ook maatschappelijke thema's kunnen inspireren. Zo maakte ik een werk rond openbare ruimte en de functie ervan: 'Playing cards' (youtu.be/HXVmnyGmfs). Of wat denkt u van mijn werk rond het zelfbeeld?



'Zweefzuil' is een mooi voorbeeld van een conceptueel werk, waar een heel denkproces aan voorafgaat, dan gevolgd door het omzetten van het idee naar een installatie. Urenlang uitproberen en prutsen totdat hetgeen je voor ogen had werkelijkheid wordt: de poëzie van een zwevend blad papier, enkel gedragen door zijn eigen zuil van lucht, langzaam kabbelend naar de bodem om daar de volledige stilstand te bereiken. (youtu.be/q7Gey3MBvzl)



Of 'Investigabiles viae vitae mortisque' (de wegen van het leven zijn ondoorgrondelijk). Een werk rond leven en dood: welke vorm neemt een leven aan, welk gender, welke evolutie?



Momenteel maak ik terug een aantal schilderijen. Bij het herbekijken van vroegere foto's werd ik getroffen door de emotionele lading van sommige beelden en vroeg ik me af welk effect een uitvergroting en persoonlijke schildertechniek hierop zouden hebben.

Ik verheug me op de volgende carrièreswitch begin december: met veel genoegen kijk ik terug op mijn jaren als pediater en de samenwerking met zoveel gemotiveerde en lieve mensen met een groot hart voor de medemens.

En ik kijk uit naar de tijd die ik nu cadeau krijg om mijn andere passie, de kunst, nog intenser te beleven en te maken.

Zin in meer?

Via digitaalmagazine.sfz.be/intro8 kan u een aantal video's bekijken.

Interessante tentoonstellingen

Yayoi Kusama: Infinity Rooms
Tate Modern, Londen (VK)
nog tot 27.03.2022

David Hockney: grote dubbeltentoonstelling
Bozar, Brussel
van 8.10.2021 tot 23.01.2022

Thuis bij Jordaens
Frans Halsmuseum, Haarlem (NL)
van 15.10.2021 tot 30.01.2022



Borstreconstructie in het kader van een mastectomie

Dr. Paulien Hilven, plastisch, reconstructief en esthetisch chirurg

Helaas komt borstkanker vaak voor: 1 op de 9 vrouwen loopt het risico om getroffen te worden. Wanneer borstkanker wordt vastgesteld, moet de patiënte bijgestaan en begeleid worden door een multidisciplinair team van medische professionals dat meestal bestaat uit een radioloog gespecialiseerd in borstaandoeningen, een gynaecoloog of borstchirurg, een plastisch chirurg, een oncoloog, een radiotherapeut (indien nodig), een verpleegkundige van de borstkliniek, een psycholoog en een kinesitherapeut.

Voor de reconstructie

Afhankelijk van het type mastectomie (borstamputatie), worden de reconstructie en het esthetisch resultaat van de gereconstrueerde borst vastgesteld. De gynaecoloog/borstchirurg bepaalt samen met de patiënte welk type mastectomie er nodig is.

Dit zijn de mogelijkheden:

- **Traditionele mastectomie**
Volledige verwijdering van het borstweefsel, een brede lap huid rond de tumor en de tepel en de tepelhof
- **Huidsparende mastectomie**
De huid van de borst blijft zo goed mogelijk behouden, maar niet de tepel en de tepelhof

- **Tepel(hof)sparende mastectomie**
Het volledige omhulsel van de borst wordt gespaard
- **Borstlift of -verkleining**

Bij een aantal borstkankers kan de behandeling borstsparend zijn. De chirurg neemt dan niet het volledige borstweefsel weg, maar enkel de tumor en een veiligheidsmarge van gezond weefsel. Vaak is er dan bestralingstherapie nodig na de operatie. Vroeger werd deze methode alleen gebruikt om kleine gezwellen of knobbeltjes te behandelen. Dankzij de oncoplastische chirurgie wordt deze techniek nu vaker toegepast. Bij een tumorectomie met brede marge (wegname beperkt tot de tumor) of een

kwadrantectomie (wegname van een kwart van de borst) kan het klierweefsel meteen na de verwijdering van de tumor gemodelleerd worden. Zo blijft de welving van de borst in de mate van het mogelijke behouden. Hierbij primeert natuurlijk de oncologische zorg.

Na wegname van de tumor en na radiotherapie kan de borst soms zichtbare vervormingen vertonen. Denk aan deuken, asymmetrie, hardheid of veranderingen in de huidpigmentatie. Dit kan achteraf gecorrigeerd worden met verschillende plastische en reconstructietechnieken.

De reconstructie zelf

Na een (partiële) borstamputatie zijn er heel wat mogelijkheden voor een mooi resultaat. Een borstreconstructie is bij veel vrouwen tot op hoge leeftijd mogelijk. Dankzij deze reconstructie krijgt de borst haar normale vorm, uiterlijke kenmerken, symmetrie en grootte terug. De borstreconstructie bestaat meestal uit meerdere operaties, die in fasen uitgevoerd worden. De reconstructie, die voor een of beide borsten mogelijk is, kan meteen van start gaan of uitgesteld worden.

Een van de eerste beslissingen die een patiënte in overleg met haar plastisch chirurg moet nemen, betreft het type reconstructie. Er zijn namelijk verschillende manieren om een borst te reconstrueren. We maken hierbij vooral een onderscheid in technieken die met prothesen werken en technieken die lichaamseigen weefsel gebruiken (ook wel *flapreconstructie* genoemd).

Bij de keuze van de reconstructietechniek moet er rekening gehouden worden met het type borstamputatie, de kankerbehandeling en de lichaamsbouw. De reconstructie kan plaatsvinden tijdens de operatie waarbij de tumor wordt weggenomen of later, als de patiënte hersteld is. Dit hangt ook af van eventuele radio- of chemotherapie.

Borstreconstructie met buikweefsel

Een vaak uitgevoerde ingreep is de DIEP-flapreconstructie, waarbij er uitsluitend met lichaamseigen weefsel gewerkt wordt. Daardoor oogt de gereconstrueerde borst erg natuurlijk. Omdat de chirurg buikweefsel gebruikt, bevindt het litteken zich laag op de onderbuik en loopt het van het linker- tot het rechterbekken.

De patiënte komt in aanmerking voor dit type reconstructie als:

- Ze wil dat er lichaamseigen weefsel gebruikt wordt, ze geen implantaatreconstructie wil of hier niet voor in aanmerking komt

- Ze voldoende onderbuikwandweefsel heeft
- Ze eerder geen buikoperaties heeft ondergaan
- Ze vroeger een bestralingstherapie van de borstwand heeft ondergaan
- Ze een mislukte implantaatreconstructie achter de rug heeft
- Ze een onmiddellijke reconstructie ondergaat op het ogenblik van een huidsparende borstamputatie
- Ze een laattijdige reconstructie ondergaat na een borstamputatie

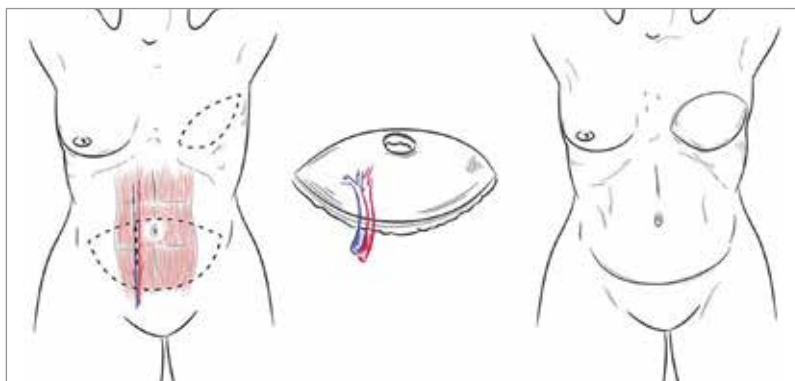
Bij de DIEP-flapborstreconstructie wordt een nieuwe borst gemaakt met huid en vetweefsel van de buik. Via een CT-scan van de buikwand worden de kleine bloedvaatjes (perforanten) die lopen vanuit de huid, door het vetweefsel, via de spieren tot aan de hoofdbloedvaten in de lies in kaart gebracht. Deze bloedvaatjes worden zorgvuldig vrijgelegd, waarbij de rechte buikspieren gespaard worden.

Nadat de bloedvaatjes doorgenomen worden ter hoogte van de hoofdvaten, wordt de DIEP-flap naar de borstregio gebracht. De bloedvaatjes worden met de operatiemicroscop aangesloten op de bloedvaatjes in de borst naast het borstbeen. Soms moet er een stukje rib weggenomen worden, om een beter zicht op de bloedvaatjes te krijgen.

Als de bloedcirculatie naar de DIEP-flap goed werkt, wordt door middel van 'shaping' van de flap een borst gevormd. Daarna wordt het defect ter



De meeste vrouwen die een borstreconstructie laten uitvoeren, zijn heel tevreden over het resultaat. Het zorgt vaak voor meer zelfvertrouwen en een mentale boost.



Borstreconstructie met buikweefsel



hoogte van de buik gesloten. De navel wordt via een kleine huidopening naar buiten gebracht en verder vastgehecht. Uiteindelijk gaat er ter hoogte van de buik een litteken op de bikinilijn en rond de navel zitten. Deze ingreep duurt al snel 6 tot 8 uur.

Het is belangrijk om te weten dat de gereconstrueerde borst kan verschillen van een natuurlijke borst qua vorm, grootte en aanvoelen. Toch zijn de meeste vrouwen heel tevreden over het resultaat. Een reconstructie zorgt vaak voor meer zelfzekerheid en een mentale boost.

Borstreconstructie met de brede rugspier

De chirurg gebruikt de brede rugspier om de borstvorm te reconstrueren. Op het ogenblik van de borstreconstructie wordt de flap van de rug van de patiënte losgemaakt. Meestal wordt de brede rugspierflap gecombineerd met een weefselexpander of een implantaat om tot een beter resultaat te komen.

De flap bestaat uit zacht weefsel voor een borstvorm met een natuurlijker uiterlijk dan wanneer alleen een implantaat gebruikt wordt. Afhankelijk van de lichaamsbouw van de vrouw kan het litteken op de rug diagonaal of horizontaal zijn. Vaak kan het verborgen worden onder het bandje van een beha.

Een patiënte komt in aanmerking voor dit type reconstructie als:

- Ze slank is en de borsten een klein volume hebben

- Ze vroeger bestraald werd en een implantaatreconstructie ondergaat
- Ze niet in aanmerking komt voor andere types borstreconstructie met lichaamseigen weefsel
- Ze een gedeeltelijke borstreconstructie ondergaat om een onvolkomenheid na een tumorectomie te corrigeren
- Ze een dunne huid heeft die extra bedekt moet worden voor een implantaat
- Ze wil dat de gereconstrueerde borst een natuurlijker uiterlijk heeft dan wanneer alleen een implantaat gebruikt wordt

Borstreconstructie met dijweefsel

Bij deze operatie wordt huid- en vetweefsel van de binnenzijde van de dij getransplanteerd naar de borst. Een deel van de gracilisspier (een secundaire spier van de dij) wordt daarbij meegenomen in de flap, samen met de bloedvaten om de spier te voeden. Het litteken bevindt zich aan de binnenkant van de dij en loopt van voor in de lies tot achteraan onder de bilplooï. Dit litteken kan met normaal ondergoed bedekt worden.

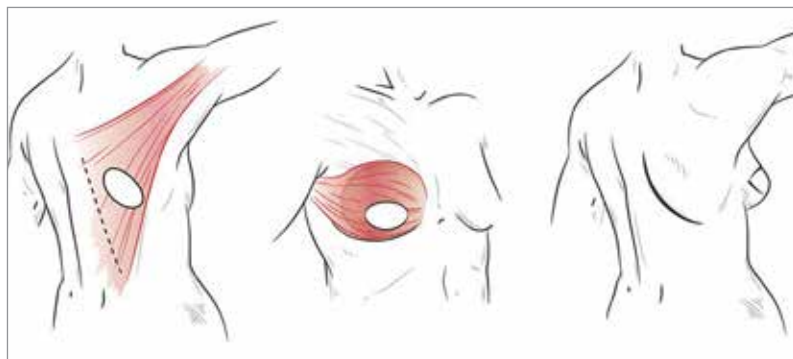
Verloop bij de reconstructie met eigen weefsel

Voorbereiding

- Een rookstop is noodzakelijk om wondhelingsproblemen te voorkomen. Nicotine vernauwt de bloedvaten, waardoor de anastomosen kunnen falen. Voor operaties waarbij weefsel wordt verplaatst, is minstens 6 weken stoppen met roken, voor en na de ingreep, een voorwaarde. Dit geldt ook voor nicotinepleisters.
- Ook met bloedverdunners moet op tijd worden gestopt.

Postoperatief verloop

- De patiënte blijft 3 tot 5 dagen in het ziekenhuis. De eerste dagen wordt de flapreconstructie nauwkeurig gecontroleerd op een goede doorbloeding.
- Snel mobiliseren is belangrijk om o.a. trombose te voorkomen.
- De eerste 6 weken mag de patiënte geen beha dragen, wel een strak topje.
- De patiënte mag gedurende 6 weken geen zware inspanningen leveren zoals sporten en zware lasten heffen
- Enkele maanden na de reconstructie is er meestal nog een corrigerende ingreep nodig ter symmetrisatie. Dit is een kortere ingreep, die gebeurt in het dagziekenhuis.
- Ten slotte kan er een tepelreconstructie uitgevoerd worden. Dat kan onder plaatselijke verdoving, een drietal maanden na de laatste correctieve ingreep. Niet eerder dan 4 maanden na de tepelreconstructie kan er nog een tepeltatoeage plaatsvinden.



Borstreconstructie met de brede rugspier



Borstreconstructie met dijweefsel

Reconstructie met implantaten

Met weefselexpander

Bij deze stapsgewijze methode wordt er in eerste instantie een tijdelijke weefselexpander geplaatst. Zo maken we de huid beetje bij beetje los en creëren we een zachte holte, waar later het implantaat met siliconen in zal komen. Enkele weken na de plaatsing van de expander starten we met het uittrekken van het weefsel.

Wanneer het weefsel voldoende uitgerekt is, krijgt de huid enkele weken om zich aan te passen. Daarna wordt de expander tijdens een korte ingreep (dagopname) vervangen door het permanente implantaat (de siliconenprothese).

Onmiddellijke reconstructie met implantaat

Bij patiënten met een zeer goede huidkwaliteit kan de reconstructie met implantaat in één keer gebeuren. Met deze techniek wordt meteen na de borstamputatie een permanent implantaat

ingebracht. Toch hebben sommige patiënten nog een tweede ingreep nodig.

Een patiënte komt in aanmerking voor deze procedure als:

- Ze niet in aanmerking komt voor een reconstructie met lichaamseigen weefsel
- Ze geen reconstructie met lichaamseigen weefsel wil
- Ze geen aangetast weefsel in het gebied van de borstamputatie heeft
- Ze nooit bestraald werd ter hoogte van de borst of de borstwand
- Ze een reconstructie ondergaat onmiddellijk na een tepel- of tepelhofsparende borstamputatie
- Ze een operatie aan de andere borst wil ondergaan om de symmetrie te verbeteren

Verloop bij de reconstructie met implantaten

- De patiënte blijft enkele dagen in het ziekenhuis.
- Ze mag 6 weken geen zware (sportieve) inspanningen leveren.
- Snel mobiliseren is belangrijk om o.a. trombose te voorkomen.
- Enkele maanden na de reconstructie is er meestal nog een corrigerende ingreep nodig ter symmetrisatie. Dit is een kortere ingreep, die gebeurt in het dagziekenhuis.
- Als de huid dik genoeg is, kan er een tepelreconstructie uitgevoerd worden. Anders wordt er enkel een (3D-) tepeltatoeage aangeraden.

Secundaire ingrepen

Meestal wordt een borstreconstructie in verschillende stappen uitgevoerd. Voor een optimaal resultaat is er bijna altijd meer dan één operatie nodig, zelfs wanneer de reconstructie meteen na een borstamputatie gebeurt.

Operatie van de andere borst

Symmetrie met de gereconstrueerde borst kan bereikt worden door de andere borst te verkleinen, te liften of te vergroten met een implantaat.

Implantaatcorrecties

Veelvoorkomende correcties van implantaatreconstructies willen afwijkingen in de contouren of plooiën wegwerken of de vorming van littekenweefsel rond de prothese verhelpen bij vrouwen die bestraald werden.

Correctie van reconstructie met eigen weefsel

Na een reconstructie met lichaamseigen weefsel is er dikwijls een tweede operatie nodig om de borst haar finale contouren te geven en de tepelhof te reconstrueren.

Reconstructie van de tepelhof

De reconstructie van de tepelhof is de laatste chirurgische fase van de borstreconstructie. De tepelhof wordt gereconstrueerd door een klein stukje lokale huid of een greffe te plaatsen.

Tepeltatoeage

Het laatste onderdeel van de borstreconstructie is het tatoeëren van de tepelhof. Deze snelle en eenvoudige ingreep is normaal gezien pijnloos.

Mogelijke complicaties na een borstreconstructie

Zoals bij elke operatie is er een risico op bloeding, infectie of een verstoorde wondheling. Een weinig voorkomende (ongeveer 1 à 2%), maar dramatische complicatie bij de DIEP-flapborstreconstructie is onvoldoende doorbloeding van het verplaatste weefsel. Dat kan leiden tot het volledig afsterven van de flapreconstructie.

Een goede hygiëne en wondzorg zijn cruciaal om te voorkomen dat de wonde openvalt of de implantaten bloot komen te liggen.

Tijdig mobiliseren is nodig om het risico op longontsteking, longembolen of trombosen in het been te minimaliseren.

Dokter Dirk Degraeve op een scharniermoment in zijn leven

Op 1 december 2021 ging dokter Dirk Degraeve, een van de pioniers van het SFZ, na een carrière van 36 jaar met pensioen. Samen met dr. Degraeve blikken we even terug op zijn medische loopbaan.



Intro: U woont al jaren in Heusden-Zolder, maar waar liggen uw roots?

"Ik ben geboren in Poperinge op 6 november 1955, als middelste van een gezin van 5, met 2 oudere zussen en 2 jongere broers. Ook mijn echtgenote Annemie is van West-Vlaanderen. We kwamen eigenlijk eerder toevallig in Limburg terecht."

"Als kind ging ik naar school in het college in Poperinge. Het was een klassieke, traditionele stadsschool. We woonden in de stad, gingen te voet naar school en konden 's middags thuis bij mama gaan eten. Het waren andere tijden."

"Mijn vader was internist en dat wekte mijn interesse voor geneeskunde. Diagnostiek en zorg voor mensen lagen me wel dus de opleiding interne geneeskunde was een logische keuze."

"Ik deed mijn 3 kandidaturen geneeskunde in Kortrijk en vervolgens 4 doctoraatsjaren in Leuven. Daarna werd ik in 5 jaar tot algemeen internist opgeleid in het H. Hart Roeselare en het UZ Leuven, waarna ik aanvullend een bijzondere bekwaming in de pneumologie bekwam."

Intro: En dan samen met uw gezin naar Limburg?

"Ik ben mijn carrière in het SFZ begonnen in oktober 1985. Het eerste jaar halftijds in combinatie met mijn legerdienst in Keulen. We woonden toen nog in Leuven, waar Annemie werkte als advocaat en er ook nog de zorg voor 2 peuters bijnam. Door de wachtverplichtingen was ik dat jaar heel weinig thuis. Dat was toen niet evident en is nu zelfs niet meer denkbaar."

"In 1986 zijn we dan dicht bij het ziekenhuis gaan wonen. Dat was praktisch omdat ik snel, en meestal te voet, naar het ziekenhuis kon. Tot 2000 hadden we namelijk thuiswacht en was snelle beschikbaarheid dus noodzakelijk."

Intro: Hoe ziet uw gezin er precies uit?

"We hebben 2 dochters, een zoon en 3 kleinkinderen. Benedicte is germaniste en heeft een kaderfunctie bij de bank Euroclear, waar ze vooral teams aanstuurt en begeleidt. Dat ligt haar ook goed. Isabelle is romaniste. Ze is projectleider en hoofdredacteur in het departement milieubeheer van het Brussels Gewest."



Na enkele jaren voelde ik mij thuis en waren eventuele twijfels weg.

Ze werkt dus vooral rond groene thema's, waarvoor ze zich graag inzet. Thomas ging voor advocaat en trad zo in de voetsporen van Annemie. Hij heeft zich gespecialiseerd in IT-recht."

Intro: Wie heeft u eigenlijk op het spoor van Limburg gebracht?

"Het SFZ zocht dringend een derde internist om de groeiende activiteit op de gloednieuwe campus verder waar te maken. De regio bood veel mogelijkheden door het grote hinterland. Professor Vantrappen kende de collega's en raadde mij aan om eens te polsen. Heusden-Zolder was ook niet zo ver: Annemie werkte toen nog in Leuven. Het klikte onmiddellijk met de toenmalige internisten Jos Miserez en Luc Geutjens. Het was mij ook al snel duidelijk dat er perspectief en werk genoeg was. Na enkele jaren voelde ik mij thuis en waren eventuele twijfels weg."

Intro: Die eerste stap naar het SFZ, was dat toen nog in het oude ziekenhuis?

"Aantrekkelijk voor mij was de opening van de mooie nieuwbouw in oktober 1985. Ik heb maar 3 dagen in het oude ziekenhuis gewerkt, voor een vervanging in de zomer voor ik mijn contract tekende. Ik herinner me dus het oude gebouw en vooral ook hoe wijlen E.Z. Emilia me goed had geobserveerd en uitgevraagd. Ze had veel invloed dus je kon maar beter bij haar in de smaak vallen. En het zal bij mij dus goed genoeg geweest zijn zeker?"

"Ik herinner me ook de officiële opening van het nieuwe ziekenhuis. Minister Weckx wenste ons geluk met een zeer mooi ziekenhuis, maar hij maakte even snel duidelijk dat in zijn visie een ziekenhuis met 150 bedden eigenlijk te klein was. Dat was toen wel een domper op de feestvreugde."

"Maar de boodschap was aangekomen en in de geesten was dit al een eerste opening naar de fusie met de Sint-Annakliniek in Beringen in 1991. Als dienst hebben we dat proces helpen faciliteren. We zagen de mogelijkheden van ons ziekenhuis groeien en de groep inwendige en haar subdisciplines breidden snel uit."

Intro: Hoe verliep uw persoonlijke evolutie van algemeen internist naar pneumoloog?

"De eerste jaren was ik op heel wat terreinen actief als algemeen internist. Naast het uitbouwen van het specialisme pneumologie deed ik ook oncologie, beeldvorming (echografie en puncties, gastro- en rectoscopie), spoed- en intensieve zorg ... Systeemziekten en infecties hebben mij ook altijd enorm geïnteresseerd."

"Geleidelijk zijn heel wat van deze activiteiten overgenomen en naar een hoger niveau getild met de komst van subspecialisten. Ondertussen was de activiteit in pneumologie ook in die mate toegenomen dat ik voor mijn discipline

uitbreiding moest zoeken. In 2004 is Ruud Van Puijenbroek aangeworven als pneumoloog-oncoloog. Sindsdien hebben we op een aangename manier en als een goed team samengewerkt. In 2020, in volle coronacrisis, kwam Tanja Kluyt als derde pneumoloog de dienst versterken."

Intro: En hoe heeft u eigenlijk die corona-episode ervaren?

"Voor ik die zware covidpneumonie doormaakte, was ik gelukkig nooit veel ziek geweest, op enkele kleinere ingrepen na. Maar al vroeg in de eerste golf werd ik besmet en ben ik terechtgekomen op mijn eigen afdeling, maar als patiënt. Ik was erg verzwakt, met toenemend zuurstofgebrek. En dan word je plots aan de zorg overgeleverd. Je verliest even alle controle en dat was ik helemaal niet gewoon."

"Maar ik had absoluut vertrouwen in mijn collega's en in ons team op inwendige 2. Ze waren zo bekommerd en ondersteunend, maar ze hadden het ook zichtbaar moeilijk. Er waren in die eerste maanden van de pandemie te weinig beschermingsmiddelen en weinig zekerheden. Ik was bijvoorbeeld de eerste patiënt in ons ziekenhuis die op een niet-intensieve afdeling met optiflow werd behandeld. Dat zal ook heel wat stress met zich meegebracht hebben."

"Maar gelukkig is het voor mij goed gegaan en ben ik heel goed hersteld. Na mijn ontslag uit het ziekenhuis heb ik thuis gerevalideerd, stappend in mijn tuin met de saturatiemeter op de vinger. Elke dag wat verder, tot ik me een maand later goed genoeg voelde om terug aan het werk te gaan."

"In die periode heb ik meer dan ooit ervaren dat de tijd die je geeft aan de patiënt, of je nu arts, verplegende, kinesist, sociaal of logistiek medewerker bent, het belangrijkste en heilzaamste is wat je kan geven. Aanwezig en betrokken zijn, echt luisteren, eens extra langskomen. Dat geeft vertrouwen en

dat is heel belangrijk als je het als patiënt moeilijk hebt. Soms moet je het zelf eens meemaken."

Intro: U hebt samenwerking met huisartsen altijd hoog in het vaandel gedragen. Een goed voorbeeld hiervan is uw jarenlange inzet voor de geneeskundige kring.

"Het is natuurlijk belangrijk om een goede samenwerking met de huisartsen na te streven. Zij zijn namelijk onze verwijzers. Maar onze artsenkring beoogde ook meer persoonlijke en vriendschappelijke contacten, met verschillende activiteiten. Als je elkaar persoonlijk kent, gaat de communicatie over een patiënt ook vlotter."

"Door de jaren heen werd de groep van specialisten en huisartsen wel erg groot en werd het informele contact moeilijker. Maar een wetenschappelijke avond voor een LOK-groep, een ziekenhuissymposium voor de huisartsen, de jaarlijkse nieuwjaarsreceptie, een avondje film of een wandeling, dat blijven goede initiatieven om de banden te versterken."

Intro: Is er een speciale ervaring met patiënten of medewerkers die u bijblijft?

"Dat is een moeilijke vraag. Er zijn zoveel herinneringen aan zoveel medewerkers. Er is ook veel veranderd in de werk-



"

Er is niets heilzamer dan de tijd die je geeft aan een patiënt.

omgeving en in de technische mogelijkheden, maar ik heb altijd geprobeerd om mij zo goed mogelijk aan te passen en om vooruit te kijken."

"In de beginjaren kwam ik heel veel op spoed. Je liet werk vallen en patiënten wachten als er zich iets acuuts voordeed. Je was van permanentie, je moest regelmatig bijstand geven bij reanimaties en soms zelfs mee uitrukken met de mug. We gingen ook in de operatiezaal meekijken als er een thorax of buik opening."

"Dat is nu natuurlijk niet meer mogelijk en zeker ook niet meer wenselijk. Er is veel meer structuur gekomen in ons werk en in onze zorg. En dat heeft zonder twijfel ook gezorgd voor meer kwaliteit."

"Ik heb heel goede herinneringen aan de teams waarmee ik heb mogen werken: de verpleegafdeling, inwendige 2, het pulmo-revalidatieteam, het secretariaat inwendige, het personeel van de polikliniek, maar ook de teams van spoedgevallen, intensieve, het dagziekenhuis ... Ik prijs me gelukkig dat ik met zoveel geëngageerde medewerkers in het SFZ heb mogen samenwerken."

Intro: Nog een laatste vraag: u heeft toch een grote liefde voor muziek en concerten?

"Ik luister graag naar muziek. Dat geeft me rust. Ik heb altijd muziek willen maken en ik heb pianogespeeld, maar het talent was er niet. Ik heb wel verschillende concerten mogen organiseren met de organisaties waar ik lid van was. Ik hou van klassieke, etnische en jazzmuziek. Ik hoop dus dat ik nu meer tijd zal hebben voor een schouwburg- en concertabonnement."

"Annemie en ik genieten ook van het werk in de tuin en we kijken ernaar uit om meer tijd te hebben voor onze kleinkinderen. We gaan ook regelmatig samen wandelen, fietsen ... om onze conditie een beetje te onderhouden. Een gezonde geest in een gezond lichaam, hé!"

Dr. Degraeve praat met warmte over zijn medische opdracht in het SFZ. Bijzondere dank voor uw jarenlange inzet!

TEAM

Nieuwe arts

Om de medische teams van het SFZ te versterken, verwelkomen we een nieuwe arts.

We stellen haar graag kort aan u voor ...



Dr. Paulien Hilven

Plastisch, reconstructief en esthetisch chirurg

Dr. Paulien Hilven is afkomstig uit Diepenbeek. Na haar bachelor aan de UHasselt studeerde ze in Leuven af als basisarts. Daarna specialiseerde ze zich in plastische en reconstructieve chirurgie in het UZ Leuven.

Tijdens haar opleiding liep ze stage in verschillende ziekenhuizen in België, het LUMC in Leiden en in Bukavu (Oost-Congo). Haar specialisatiejaren bracht ze door in het Jessa Ziekenhuis en het UZ Leuven. Ze werkte ook een jaar in 2 ziekenhuizen in Londen (Great Ormond Street Hospital en Royal Free Hospital).

Haar interesse gaat onder andere uit naar algemene plastische chirurgie (borstreducties, buikwandcorrecties en borstvergrotingen) en naar het aangezicht (facelifts, halslifts, neuscorrecties ...). Dr. Hilven zal zich ook toeleggen op reconstructieve chirurgie. Zo zal ze regelmatig borstreconstructies (o.a. DIEP-flap) doen, in samenwerking met de dienst gynaecologie. Ze vindt een persoonlijke aanpak erg belangrijk: ze wil voldoende tijd nemen om naar haar patiënt te luisteren, om die zo goed mogelijk te helpen.

Dr. Hilven is mama van een zoontje en woont met haar gezin in Genk.



Ann Claes, Stef Mertens en
Ann Vandebergh

Nieuw in het SFZ: de stomaraadpleging

Leven met een stoma is heel complex. Het heeft een grote impact op het dagelijks leven van de patiënt. Sinds september 2021 kunnen patiënten daarom terecht in het SFZ voor een stomaraadpleging.

De stomaconsultatie gebeurt door ervaren referentieverpleegkundigen op het vlak van stomazorg. Ook nieuwe patiënten zijn welkom, bijvoorbeeld voor een preoperatief gesprek. Na de ziekenhuisopname kan de patiënt dan beroep blijven doen op de stomaconsulenten. Uiteraard staan onze artsen altijd in nauw overleg met de verpleegkundigen.

Stomaconsulenten

Ann Claes

coördinatie van de stomaraadpleging
(samen met de artsen abdominale heelkunde en urologie)

Stef Mertens en Ann Vandebergh

referentieverpleegkundigen in de stomazorg

Chirurgen

dr. Nathalie Deferm en dr. Johan De Gols
abdominale heelkunde

dr. Jo Stragier, dr. Kurt Dilen en dr. Tom Tuytten
urologie



Dr. Nathalie Deferm

Praktisch

Stomaconsultatie
woensdagvoormiddag

Afspraken
011 71 54 21

Stap voor stap door het complexe verhaal van gangstoornissen

Dr. Salah-Eddine Achahbar, dr. Steven Vanvolsem, neurochirurgen

Dr. Michel Schellemans, internist-geriater

Dr. Jan-Dirk Vermeij, neuroloog



Het klinisch beeld van gangstoornissen is een erg complexe puzzel die vanuit verschillende invalshoeken en disciplines benaderd kan worden. Vaak brengen een zorgvuldige anamnese en neurologisch onderzoek ons al dicht bij de diagnose.

Belang van geassocieerde symptomen

Eerst bepalen we de anatomische locatie van de oorzaak van de klachten. Maar ook de geassocieerde symptomen zijn cruciaal voor een correcte diagnose. Neem bijvoorbeeld het verschil tussen de gangstoornissen bij een Parkinson-patiënt en een NPH-patiënt (*Normale Druk Hydrocefalie*). Beide vertonen een extrapyramidaal gangpatroon met kleine schuifelende pasjes, veel moeite met omdraaien en 'freezing'. Maar de NPH-patiënt neigt ook naar retropulsie (naar achter vallen) en heeft veel moeite met rechtekomen uit een zittende houding, wat minder het geval is bij de Parkinsonpatiënt.

De geassocieerde symptomen helpen ons om het gangspoor beter te duiden. Zo vertonen beide patiënten een beeld van frontotemporale dementie, maar bij NPH is dit meestal veel vroeger prominent aanwezig. Verder ervaren Parkinsonpatiënten vaak bewegingsarmoede, traagheid in beweging en begeleidend autonome verschijnselen (orthostase, obstipatie ...), terwijl NPH-patiënten

eerder geassocieerde urge-incontinentie vermelden.

Gespecialiseerde onderzoeken

Soms zijn er specifieke bijkomende onderzoeken nodig om tot een diagnose te komen of het vermoeden te bevestigen. Zo zorgt een neurologisch onderzoek in combinatie met een staptest voor meer uitsluitsel bij patiënten met een klassieke triade van NPH.

Een patiënt kan klachten hebben die lijken op de ziekte van Parkinson, maar strikt genomen niet aan de criteria voldoen. Een MRI van de hersenen zou dan tot de diagnose vasculair parkinsonisme kunnen leiden. In dat geval lijdt het hersengebied dat betrokken is bij de ziekte van Parkinson aan zenuwslijtage. Hoewel de klachten dus hetzelfde lijken, zijn de oorzaak en de behandeling ervan heel verschillend.

Het is dan ook belangrijk om een multidisciplinaire aanpak te hanteren, waarbij de neuroloog, geriater, neurochirurg en paramedici elk vanuit hun eigen inbreng

de patiënt evalueren om tot een diagnose en behandelplan te komen.

Behandeling op maat van de patiënt

Het scala aan behandelingen voor gangstoornissen is zo mogelijk nog breder dan de waaier van onderliggende aandoeningen. Zelfs voor gelijkaardige klinische beelden bestaan verschillende behandelingen, naargelang de oorzaak. Zo zal een patiënt met een extrapyramidaal gangbeeld als gevolg van Parkinson medicamenteus behan-





deld worden, terwijl een gelijkaardig gangpatroon in het kader van NPH eerder behandeld wordt met lende puncties en een ventriculoperitoneale drainage.

Soms heeft eenzelfde therapie ook verschillende effecten. Zo slaat een medicamenteuze behandeling goed aan bij een patiënt met Parkinson, maar niet bij een patiënt met vasculair parkinsonisme. Bovendien kan de therapie veranderen in functie van het stadium van de onderliggende ziekte. Zo krijgen patiënten tijdens een MS-opstoot even heel andere medicatie, via een andere toegangsweg en in hoge doseringen.

Revalidatie: musculus diminuitur nisi eum exerceas!

Vaak is een causale therapie niet beschikbaar of ontoereikend. De behandeling van de onderliggende problematiek is soms wel effectief als secundaire preventie, maar ze is niet onmiddellijk gericht op het controleren van de dagelijkse gangproblemen. In andere gevallen wordt de problematiek multifactorieel bepaald, waardoor de geïsoleerde behandeling van een of enkele factoren geen oplossing biedt. Toch is het belangrijk om ook dan in te zetten op het behoud van de beschikbare gangfunctie en het verhogen van de veiligheid.

Na een eenmalige evaluerende en oriënterende sessie (Geriatrisch bilan en/of samen veilig bewegen) bepalen we of en welke bijkomende revalidatietherapie aangewezen is. Zo kan de patiënt bijvoorbeeld terecht komen in het fysiek geriatrisch revalidatieprogramma 'Stap je in balans', onder leiding van gespecialiseerde kinesisten en ergotherapeuten. Dit programma biedt groeps- en individuele sessies en advies voor thuis.

Ook in thuisoefenprogramma's, zoals Otago, adapteren we de therapie aan de individuele noden van de patiënt. Zo optimaliseren we de zelfredzaamheid en verkleinen we het valrisico.

Veelvoorkomende oorzaken van gangstoornissen

	Trauma	Oncologisch	Degeneratief	Infectieus	Auto-immuun	Intox	Metabool
Hersenen	NAH, cerebral palsy	Glioma, meningioma, lymfoma	Parkinson, NPH, vasculaire encephalopathie	Meningitis, encephalitis	MS	-	Hepatische encephalopathie
Cerebellum	-	-	Parkinson-plus (MSA)	-	MS	OH-abusus, hypoparathyreoïdie, prionziekten	-
Myelum	Contusio cervicalis posterior, dwarslaesie	Meningioma, schwannoma, postbestraling Kahler	CSKS, ALS	Polio, ziekte van Lyme, herpes-virussen	MS, Guillain-Barré	Deficiënties: vit. B12, koper, foliumzuur	-
Radix	-	Schwannoma	LSKS, mono-radiculopathie (bv. HNP)	Ziekte van Lyme	-	-	-
Perifere zenuw	Drukneuropathie (fibularis)	Schwannoma	Polyneuropathie	-	Guillain-Barré	-	Diabetes
Neuromusculaire junctie	-	-	-	-	Myasthenia gravis	-	-
Spier	Accidenteel letsel bewegingsapparaat	-	Zwangerschap, na excessieve inspanning	-	PMR, fibromyalgie, inflammatoire artriden (reuma)	Medicatie (bv. statine), ethylisme	Elektrolytstoornissen: Na, K, Mg, Ca, vitamine D-tekort orgaanfalen (schildklier, lever, nieren, bijnieren, hersenen)
Sensorische organen	-	-	Polyneuropathie	-	-	-	Diabetes

Medische triage op de spoed-gevallendienst

Dr. Raf Fransen, urgentiearts



Dr. Raf Fransen, urgentiearts en dr. shabnam Golmarvi, medisch diensthoofd spoedgevallen

Hoe bepaal je wie er op spoed het dringendst geholpen moet worden? Hoe laat je al de rest er soepel en efficiënt omheen draaien? En hoe zorg je ervoor dat alle patiënten binnen een aanvaardbare termijn geholpen worden? In tijden van frequente overcrowding, door een zoveelste coronagolf, zijn dit geen evidente vragen.

Druk op spoed

Eerst en vooral moet je rekening houden met de bezetting op spoed op dat moment: hoeveel patiënten zijn er? Hoeveel zijn er dringend? Zijn er nog ambulances onderweg naar ons ziekenhuis? Hoe dringend zijn die patiënten? Welke patiënten kunnen naar de opnamediensten? Zijn de HALO en de 2 spoedartsen hier? Is de mug weg? Want dan zijn er een arts en een verpleegkundige minder. En dat zorgt voor extra druk op de overblijvende spoedarts en verpleegkundigen.

Je moet ook denken aan de beperkingen van de spoedgevallendienst. Dat is de enige dienst waarvan verwacht wordt dat hij bijna onuitputtelijk flexibel, polyvalent en bereikbaar is, met een virtueel grenzeloze beschikbaarheid van alle urgente en minder urgente zorgen van alle disciplines.

Onze spoedgevallendienst heeft een jonge ploeg die zijn eerste stappen heeft moeten zetten tijdens

de coronapandemie. Daarnaast hebben afkortingen zoals KWS, GDPR en NIAZ het leven er zeker niet makkelijker op gemaakt, hoewel ze ongetwijfeld hun nut hebben.

Enkele cijfers

Hoe druk is het op onze spoedgevallendienst? Dat is niet eenvoudig te bepalen. De zorgzwaarte verschilt van patiënt tot patiënt. Vorig jaar was een apart jaar. Het absolute aantal patiënten op spoed lag in 2020 meer dan 20% lager dan in 2019. Maar door de uitdagingen van de pandemie was het toch een erg moeilijk jaar.



De spoedgevallendienst biedt hoogwaardige medische zorgen onder grote tijdsdruk.



Medische triage moet de efficiëntie van de spoedgevallendienst optimaliseren.

De jaren ervoor draaiden we jaarcijfers van gemiddeld 26.000 patiënten (2017-2019). Dat zijn er ruim 70 per dag, ook op zon- en feestdagen. Vooral tussen 10.00 en 22.00 uur bieden zich gemiddeld 4 keer meer patiënten per uur aan.

De verhouding tussen patiënten die een ambulante behandeling krijgen en patiënten die opgenomen worden, blijft in de statistieken redelijk stabiel.

33%

van de patiënten op spoed wordt opgenomen

Elke opgenomen patiënt komt met een erg hoge workload, naast de acute zorgen. Dossierzorg, statistieken aanvullen, controle van de thuismedicatie, medicatievoorschriften voor de eerste 24 uur dat de patiënt opgenomen wordt ...

Maar ook de administratie voor ambulante patiënten vraagt steeds meer tijd en inspanning.

‘De ene patiënt na de andere doen’ is dus duidelijk geen optie meer. De spoedgevallendienst biedt hoogwaardige medische zorgen, onder enorme tijdsdruk en zonder ruimte voor fouten. We managen verschillende zorgprocessen op hetzelfde moment, in een omgeving met beperkingen.

We werkten al langer met een triagesysteem, waarmee we op een gestandaardiseerde manier bekeken hoe urgent zorgen waren. Maar dat systeem volstond niet meer. Met KWS werd het gekende Manchester Triage Systeem vervangen door de Emergency Severeness Index (ESI).

Medische triage

We testen nu ook al een tijdje medische triage. Bij dit systeem wordt de spoedarts heel snel ingeschakeld om het zorgproces te sturen, zodat de diagnose

en het zorgpad nog sneller en beter bepaald en uitgevoerd kunnen worden.

Concreet betekent dit dat de arts bij de eerste opvang van de patiënt, de triage, aanwezig is. Hij evalueert de patiënt en bepaalt welke onderzoeken er nodig zijn om zo snel en efficiënt mogelijk tot een diagnose te komen. Tijdens de spitsuren tussen 10.00 en 22.00 uur is dit een extra belasting voor de arts, die tussendoor telkens weer tijd moet maken om een extra dossier te starten, voorschriften voor onderzoeken te maken ...

Een belangrijk voordeel is wel dat het diagnose- en zorgproces op deze manier zo gericht mogelijk verloopt. De patiënt moet ook niet doelloos in de wachtzaal zitten. Medische triage is een van de vele initiatieven om de efficiëntie van de spoedgevallendienst te optimaliseren en om up-to-date te blijven.

Het kind op de spoedgevallendienst

Dr. Kim Eerdeken, kinderarts



Acute zorg voor het zieke kind op de spoedgevallendienst is een belangrijk deel van ons werk als kinderarts. Gelukkig gaat het zelden om vitaal bedreigde kinderen. Vaak hebben we te maken met acute maar minder ernstige ziekteverschijnselen en ongeruste ouders. Internationaal lijkt het aantal kinderen dat zich aanmeldt op spoed toe te nemen, zonder dat er aanwijzingen zijn voor een gelijktijdige toename van de mate van ziek-zijn of de prevalentie van ernstige ziektes bij kinderen.

Opleiding en opfrissing

We worden minder blootgesteld aan ernstige spoedsituaties omdat ze zich nu eenmaal minder voordoen, mede door vaccinaties. Bovendien worden de schaarse gevallen verdeeld over steeds meer artsen (spoedartsen, anesthesisten, kinderartsen, HAIO's, assistenten in opleiding). Kortom, we zien te weinig casussen om bekwaam te worden en te blijven. Voor kinderartsen en andere professionele hulpverleners op de spoedgevallendienst is het dan ook een hele uitdaging om de vaardigheden om bekwaam te handelen in spoedsituaties op peil te houden.

Daarom is het erg belangrijk om te blijven oefenen tijdens cursussen of scenariotrainingen, om erover te lezen en om je kennis regelmatig op te frissen. Zo geven we momenteel een bijscholing over het acuut zieke kind op de spoedgevallendienst. In deze situatie moet er een zekere systematiek gevolgd worden. Het hoofddoel is het vitaal bedreigde kind herkennen. Een vroege herkenning is namelijk een bepalende factor voor het verloop en de uitkomst. Ook de tekens van respiratoir en circulatoir falen komen aan bod.

Manchester Triage Systeem

Alles start met een meting van de vitale parameters. Omdat kinderen soms erg angstig zijn op een spoedgevallendienst, is het beter om hen te laten uitkleden door de ouder en de parameters te meten als ze op de schoot van de ouder zitten. De moeilijkheid is dat er verschillende normaalwaardes bestaan voor de vitale parameters, naargelang de leeftijd. Er zijn verschillende systemen voorzien voor een goede triage. Vaak wordt er een aangepaste versie van het Manchester Triage Systeem gebruikt. Dat is een gevalideerd



Alles start met een meting van de vitale parameters.



Werken in teamverband is cruciaal tijdens de opvang van het acuut zieke kind.

internationaal triagesysteem voor kinderen op de spoedgevallendienst. Het voorziet verschillende flowcharts, waarvan enkele aangepast zijn aan kinderen. Toch zijn er nog steeds valkuilen, zoals zuigelingen jonger dan 3 maanden, patiënten met een chronische aandoening ...

ISBARR-briefing

Eens de patiënt getrieerd is, is een goede briefing essentieel. Die gebeurt best via het ISBARR-systeem. Daarbij moet zeker nagegaan worden of de hulpverlener die erbij gevraagd wordt het goed begrepen heeft.

Evaluaties met de PEWS

Vergeet niet de patiënt regelmatig te evalueren. Dat kan met behulp van de Pediatric Early Warning Score (PEWS). Die wordt vaak gebruikt om het acuut zieke kind op te volgen. Het is een methode om vitale parameters te objectiveren en een hulpmiddel voor hulpverleners om een beleid af te spreken.

Werken in team met de juiste materialen

Acuut zieke kinderen worden best opgevangen in een ruimte op spoed die ingericht is naar hun behoeften en uitgerust is met de juiste materialen. Die moeten ook regelmatig gecontroleerd worden. De ziektebeelden van kinderen zijn van een andere aard en ernst dan die van volwassenen. Ze vragen dus om een andere aanpak, volgens vooropgestelde richtlijnen en protocollen, waar alle leden van het team aan meewerken. Werken in teamverband is namelijk cruciaal tijdens de opvang van het acuut zieke kind. Duid ook zeker een teamleider aan: bij kinderen is dat meestal de kinderarts.

Nabijheid van de ouder

In heel dit gebeuren mag de rol van de ouder niet vergeten worden. De aanwezigheid van de ouder stelt het kind op zijn gemak. Bij een kind met een beperking is het belangrijk om te vragen hoe het reageert als het niet ziek is. Veel ouders willen ook aanwezig zijn bij de reanimatie van hun kind. De werking van het reanimatieteam wordt in principe niet nadelig beïnvloed door de aanwezigheid van de ouders. Ze worden wel best bijgestaan door een verpleegkundige.



Wat is de ISBARR-methode?

De ISBARR-methode is een erkend kader waarmee zorgverleners kritische informatie op een duidelijke manier kunnen verzamelen en communiceren. Het is een eenvoudig te onthouden methode voor een situatieanalyse ter voorbereiding van de communicatie met een andere hulpverlener.

I Identification

- Identificeer jezelf, je locatie en de dienst vanwaar je belt
- Identificeer de patiënt: geef zijn voornaam, naam, geboortedatum en de reden van je aanmelding

S Situation

- Beschrijf de reden van je oproep of de huidige toestand van de patiënt
 - Wat is er aan de hand?
 - Wanneer is het gebeurd?
 - Wat is de graad van ernst?

B Background

- Geef de reden van opname en de huidige diagnose
- Geef een samenvatting van de relevante informatie
- Informeer de hulpverlener over de relevante medische achtergrond van de patiënt. Hiervoor moet je het dossier van de patiënt bij de hand hebben

A Assessment

- Beschrijf de recentste klinische toestand van de patiënt. Overloop systematisch de neurologische, hemodynamische en respiratoire functies, de laboresultaten, nog steeds opgestarte hulpmiddelen, toestellen ...
- Denk kritisch na vooraleer je de arts informeert: analyseer de onderliggende reden voor de conditie van je patiënt

R Recommendation

- Wat is jouw aanbeveling? Wat verwacht je?

R Repeat

Ontmoet onze HAIO's

**Er zijn op dit moment heel wat huisartsen in opleiding (HAIO's) aan de slag in het SFZ.
Tijd voor een kennismaking.**



**Linde
Vanhessche**

Linde Vanhessche woont in Ham. Ze zit in haar tweede jaar als HAIO en is aan de slag op de dienst heelkunde sinds begin oktober. Na 3 maanden verhuist ze dan naar de dienst pneumologie. Op die manier hoopt ze om zowel op internistisch als op chirurgisch vlak haar kennis en ervaring uit te breiden.

Vanaf de eerste weken verliep haar stage positief, met een fijn team en de nodige afwisseling. Ze kijkt uit naar het verdere verloop van deze periode en is ervan overtuigd dat deze ziekenhuisstages een nuttige toevoeging aan de opleiding zijn.



**Andreas
Van Vlaenderen**

Andreas woont in Waanrode en staat momenteel op de afdeling pneumologie. In januari 2022 wisselt hij met Linde en gaat hij naar de afdeling heelkunde. Andreas vindt dat er een vriendelijke en open sfeer in het SFZ hangt. Hij is ook blij dat er recent overgeschakeld werd naar KWS. Dat maakt het werk een pak aangener.

Na zijn stageperiode zal Andreas zijn opleiding verderzetten in groepspraktijk De Hoeven. Die ligt op 5 minuten rijden van het ziekenhuis. Hij zal dus nog zeker anderhalf jaar samenwerken met het SFZ.



**Desiree
Schrijnemakers**

Desiree woont in As en zit in haar tweede jaar als HAIO. Het komende half jaar brengt ze door op de afdelingen geriatrie 1 en orthopedie. Ze koos voor deze stage omdat het 2 heel verschillende, maar ook heel interessante disciplines zijn, die dagelijks voorkomen in een huisartsenpraktijk.

De overgang van een huisartsenpraktijk naar een ziekenhuisomgeving was even wennen, maar ze vindt het fijn om in team te werken rond een boeiende en leerrijke pathologie. Tijdens dit half jaar hoopt ze dan ook veel te leren over de polyfarmacie en -pathologie van de geriatrische patiënt. Ze wil ook technische handelingen, zoals orthopedische infiltraties, goed leren uitvoeren. Zo wil ze later patiënten beter verder helpen.



**Melissa
Das**

Melissa woont in het mooie Bree. In oktober begon ze haar stage op de dienst orthopedie, maar vanaf januari versterkt ze het team op de dienst geriatrie. Dit is haar eerste kennismaking met ons ziekenhuis, maar ze voelt zich heel welkom dankzij de vriendelijke collega's. Ze wil zoveel mogelijk bijleren, zodat ze later al die kennis kan gebruiken als huisarts.

Haar eerste maanden zijn alvast goed meegevallen. Ze hoopt nu deze lijn door te trekken, zodat ze met een tevreden gevoel - en heel wat extra kennis - haar stage kan afsluiten.



**Anne
Verstraeten**

Anne woont in Zonhoven en is in oktober gestart als HAIO op de spoed-gevallendienst. Ze heeft gekozen voor deze dienst omwille van de grote verscheidenheid aan pathologieën en patiënten. Ze vindt deze ervaring ook bijzonder nuttig voor als ze later, als huisarts, patiënten moet doorverwijzen naar de spoedgevallendienst.

Het is dan ook heel leerrijk om nu niet alleen het perspectief van een huisarts te ervaren, maar ook dat van een spoed-arts.



**Larissa
Molenberghs**

Larissa is afkomstig uit Herselt, maar ze werd al snel verliefd op Limburg tijdens haar eerste stageperiode. Momenteel staat ze op de spoed-gevallendienst omdat ze nieuwsgierig is naar wat er gebeurt met patiënten die door hun huisarts doorgestuurd worden naar spoed.

Ze is ook enorm geïnteresseerd in de communicatie tussen spoed en huisarts en de verschillende pathologieën die binnenkomen op de spoed-gevallendienst.

Het kind met obesitas

Dr. Sarah Bogovic, kinderarts

Helaas zien zorgverleners zowel in de eerste als in de tweede lijn steeds meer tieners en lagereschoolkinderen met overgewicht en obesitas. Maar ook bij kleuters is dit zeker geen uitzondering meer. Bovendien lijkt de coronacrisis hier geen goed aan gedaan te hebben.



Oorzaken en gevolgen

De oorzaken liggen voor de hand: onze kinderen zitten te veel stil, spelen te weinig buiten en krijgen een overaanbod aan ultraprocesseerde food en beeldschermen. Daarnaast kan overgewicht een teken zijn van een breder probleem, zoals armoede, zware emotionele stress, onwetendheid over een gezonde leefstijl bij de ouders of familie, een opvoedingsprobleem ...

Het spreekt voor zich dat een interventie wenselijk is. Overgewicht op kinderleeftijd heeft namelijk veel gevolgen, waaronder tal van aandoeningen en kwaaltjes, zoals musculoskeletale klachten en metabool syndroom. Zo wordt er regelmatig bij een dertiger die al zijn hele leven obees is diabetes mellitus type 2 vastgesteld. Zo'n jonge leeftijd zorgt voor een grote

kans op eindorgaanschade, ergens in de verdere levensloop. Daarnaast heeft overgewicht een niet te onderschatten impact op het psychosociaal functioneren en het zelfbeeld. Gewicht is ook een van de meest voorkomende redenen voor discriminatie.

Motiveren, niet stigmatiseren

Er wordt al veel goed werk geleverd in het kader van preventie. Zo maken de medewerkers van Kind en Gezin en het CLB er een speerpunt van om informatie aan te bieden over gezonde leefgewoontes en om overgewicht te signaleren en te bespreken. Ook wij als kinderartsen zijn alert en gaan het gesprek aan over zowel onder- als overgewicht. Dat is een verantwoordelijkheid die we allemaal delen.



Overgewicht heeft een niet te onderschatten impact op het psychosociaal functioneren en het zelfbeeld.

Maar hoe doen we dat nu best? Moeten we streng en moraliserend zijn of medelevend? Moeten we de ouders of het kind op de vingers tikken? Moeten we ingaan op de thuissituatie of net niet? We voelen aan dat het soms moeilijk is om patiënten te motiveren. Het is al een grote stap om naar onze spreekkamer te komen. De energie om er dan nog verder aan te werken is vaak op.

Belangrijk is dat wij als hulpverlener niet stigmatiserend zijn in de communicatie. Probeer een open gesprek aan te gaan zonder veronderstellingen, let op je taal en bekrachtig de inspanningen die al geleverd zijn. Vermijd een eenzijdige focus op het gewicht, maar leg de nadruk op de bevordering van een gezonde leefstijl, een positief zelfbeeld en meer welbevinden.

Veranderen van leefstijl

Uit onderzoek blijkt namelijk dat een vermindering van de gezondheidsrisico's voornamelijk voortkomt uit leefstijl- en gedragsveranderingen en niet per se evenredig is met de mate van gewichtsverlies. Bovendien is afvallen zeker geen must voor een kind in volle groei. Het is beter om te streven naar een stabilisatie van het gewicht, door positieve leefstijlveranderingen, zodat de groei de rest van het werk kan doen.

Motiverende gespreksvoering lijkt dus de sleutel. De organisatie Eetexpert biedt hiervoor de nodige tools voor hulpverleners. Zo kan je hun INNOVATE-tool gebruiken om je gesprek te structureren en samen met de patiënt (en diens ouder) op zoek te gaan naar haalbare en wenselijke acties en doelstellingen.



Ga een open gesprek aan en bekrachtig de inspanningen die al geleverd zijn.

De INNOVATE-tool

I

Invoegen

- Maak eerst contact
- Bespreek daarna het probleem

N

Niet stigmatiseren

- Vertrek vanuit het groeiverhaal van het kind, niet vanuit gewicht of uiterlijk
- Stimuleer via je taal goede zelfzorg

N

Negotiëren

- Bepaal een gezamenlijke agenda: "Waarover willen we het vandaag hebben?"
- Verken motivatie en wat al is geprobeerd

O

Onderzoeken

- Vraag goedkeuring om te meten en te wegen
- Bevraag klachten en medicatie
- Klinisch onderzoek en labo's
- Heb aandacht voor lichaamsbeleving tijdens het wegen

V

Verduidelijken

- Bevraag kind/ouder naar leefstijl en eetvaardigheden
- Vraag of kind/ouder infoches wil

A

Actie bepalen

- Onderzoek of er verwijzing nodig is (bv. bij eetstoornis of impact op de gezondheid)
- Indien mogelijk verdere opvolging door eerste lijn

T

Timen & plannen

- Maak een behandelplan: Wat wil kind/ouder zelf? Wat is medisch nodig?
- Bepaal concrete doelen: Wat is haalbaar? Wat is wenselijk?

E

Evalueren & bijsturen

- Een gezonde leefstijl is belangrijker dan gewichtsverandering
- Bijsturen behandelplan indien nodig

Nuttige telefoonnummers SFZ

Afsprakenbeheer	011 71 55 55
Algemeen	011 71 50 00
Directiesecretariaat	011 71 54 17

Medische specialismen

Abdominale heelkunde	011 71 58 12
Endocrinologie	011 71 58 13
Fysische geneeskunde	011 71 59 18
Gynaecologie	011 71 58 09
Hematologie	011 33 79 79 (VJZ)
Inwendige ziekten (gastro-entero, pneumo, cardio, geriatrie)	011 71 58 05
Kinder- & jeugdgeneeskunde	011 71 58 45
Labo	011 71 59 57
Medische beeldvorming	011 71 56 10
Medische oncologie	011 33 79 79 (VJZ)

Mond-, kaak- & aangezichtschirurgie	011 71 58 14
Neurologie (dinsdag en donderdag tussen 9 en 10 uur)	011 71 59 00
Nucleaire geneeskunde	011 71 59 52
Orthopedie	011 71 58 06
Pijnkliniek	011 71 55 95
Preoperatieve raadpleging	011 71 54 73
Revalidatie	011 71 55 63
Spoedgevallen	011 71 55 04
Urologie	011 71 58 10
Vaatheelkunde	011 71 58 07

Specialismen die NIET in deze lijst zijn opgenomen, bereikt u via het afsprakenbeheer op het nummer 011 71 55 55. U kan ook toegang vragen tot onze digitale telefoongids door te mailen naar communicatie@sfz.be

Wilt u Intro liever digitaal ontvangen?

- Altijd en overal raadpleegbaar op pc, laptop en smartphone
- Meer diepgang voor boeiende topics over de dagelijkse ziekenhuisrealiteit
- Interactieve mogelijkheden, educatieve filmpjes, fotoreportages, nuttige links, enz.

Mail uw naam, functie, e-mailadres en gemeente naar diane.momers@sfz.be of scan de QR-code en vul meteen uw gegevens in.



Colofon

Algemeen

Sint-Franciscusziekenhuis
P. Paquaylaan 129
3550 Heusden-Zolder
Tel. 011 71 50 00 (algemeen)
011 75 55 55 (polikliniek)

Algemeen directeur

Mevr. Nele Sneyers

Eindredactie

Diane Mombers

Redactieraad

Voorzitter: dr. Stijn Loonbeek
Redactie: dr. Christoph Kenis, dr. Fons Henckens, Diane Mombers

Foto's

Kris Dexters

V.U.

Dr. Steven Vanvolsem

Hebben meegewerkt

Dr. Steven Vanvolsem, dr. Sarah Bogovic, dr. Raf Fransen, dr. Kim Eerdeken, dr. Inge Wouters, dr. Jan-Dirk Vermeij, dr. Michel Schellekens, dr. Fons Henckens, dr. Paulien Hilven, dr. Nathalie Deferm, dr. Dirk Degraeve, mevr. Ann Claes, Diane Mombers