INTRO

Nr. 71 - Maart 2022

Medisch informatieblad Sint-Franciscusziekenhuis Heusden-Zolder

De behandeling van obesitas: een multidisciplinaire aanpak op maat van elke patiënt

Dr. Devue op een scharniermoment in zijn leven

SFZ
SINT-FRANCISCUS ZIEKENHUIS
aan jouw zijde!

Iedereen moet actie ondernemen.

Dr. Steven Vanvolsem, medisch directeur

Met 800 miljoen patiënten is obesitas een van de grootste gezondheidsuitdagingen ter wereld. Deze levensbedreigende aandoening leidt niet alleen tot een verhoogd risico op andere gezondheidsproblemen, het risico op een hospitalisatie bij obesitaspatiënten met een COVID-19-infectie verdubbelt ook.

Helaas worden nog heel wat obesitaspatiënten gestigmatiseerd, zowel thuis als op het werk en in de gezondheidszorg. Vandaar het thema van Wereldobesitasdag dit jaar: 'Everybody needs to act' (iedereen moet actie ondernemen).

> Obesitas is een van de grootste gezondheidsuitdagingen ter wereld.

Ook het Obesitascentrum van SFZ biedt dagelijks de nodige zorg en ondersteuning aan obesitaspatiënten. Het multidisciplinaire team staat altijd klaar om elke patiënt met overgewicht of obesitas verder te begeleiden. In dit nummer maakt u kennis met de verschillende invalshoeken en behandelopties van obesitas in SFZ.

We stellen u ook enkele nieuwe artsen voor en blikken met dr. Devue terug op zijn jarenlange carrière in SFZ.

Veel leesplezier!

"Obesitas is een levensbedreigende aandoening die het risico op ernstige comorbiditeiten enorm doet toenemen.

De behandeling van obesitas: een multidisciplinaire aanpak op maat van elke patiënt

Dr. Nathalie Deferm, obesitaschirurg

Het is al vaak in de media verschenen: de wereldwijde prevalentie van obesitas stijgt jaar na jaar. Volgens de World Health Organisation (WHO) moeten we de ziekte zelfs als een wereldwijde epidemie beschouwen. Uit statistisch onderzoek uit 2017 bleek dat meer dan 4 miljoen mensen overleden zijn aan de gevolgen van overgewicht of obesitas. Wereldwijd is het probleem van obesitas groter geworden dan dat van ondervoeding (uitgezonderd in Sub-Saharisch Afrika en Azië). Vandaar ook het thema van de Wereldobesitasdag op 4 maart 2022: 'Everybody needs to act'[1].

Groeiende problematiek

Wereldwijd wordt geschat dat ongeveer 800 miljoen mensen aan obesitas lijden. Deze levensbedreigende aandoening zorgt niet alleen voor een enorme toename van ernstige comorbiditeiten *(figuur 1)*, maar ook voor een verdubbeling van het risico op hospitalisatie bij een COVID-19-infectie.

Ook hier in het Obesitascentrum zijn we ons bewust van dit groeiende probleem. Daarom hebben we de laatste jaren enorm geïnvesteerd in de verdere uitbouw en optimalisatie van ons multidisciplinair team. Wekelijks is er een teamoverleg met onze coördinatrice, kinesisten, diëtisten, psychologe, endocrinoloog, chirurg en zo nodig gastro-enterologen, pneumologen en cardiologen. We werken nauw samen om een op maat gemaakte aanpak te ontwikkelen voor elke patiënt die met een hulpvraag naar het Obesitascentrum komt *(figuur 2)*.

Werking Obesitascentrum

Elke patiënt met vragen over overgewicht of obesitas kan zich aanmelden bij onze coördinatrice. Tijdens een consultatie van 1 uur luistert ze aandachtig naar de hulpvraag van de patiënt. Afhankelijk daarvan worden de verschillende trajecten uitgebreid toegelicht.

Dat kan gaan van een conservatief traject of medicamenteuze ondersteuning tot een heelkundig traject. In functie daarvan wordt de patiënt doorverwezen naar specialisten en paramedici. Wanneer de patiënt zijn traject volledig doorlopen heeft, wordt elk dossier op het multidisciplinaire overlegmoment (MDO) overlopen.

obesitas centrum SFZ

1: www.who.int – www.worldobesity.org

Ook patiënten die in het verleden ergens anders een obesitasbehandeling kregen, zijn van harte welkom in het Obesitascentrum. Dat kan gaan van gewichtstoename na een bepaalde procedure tot de vraag om jaarlijkse opvolging door ons multidisciplinaire team.

Welk traject er ook gekozen wordt, de patiënt staat altijd centraal, ondersteund door alle teamleden van het Obesitascentrum.

Wettelijke en wetenschappelijke criteria voor bariatrische heelkunde in België

Algemene voorwaarden voor een heelkundige ingreep

- 18 jaar
- Minstens 1 jaar dieet gevolgd
- Bereidheid tot levenslange follow-up
- Gemotiveerd om levensstijl aan te passen
- Schriftelijk akkoord van:
  - Endocrinoloog/internist
  - Psycholoog/psychiater
  - Chirurg
  - Diëtiste
  - Huisarts
- Geen andere oorzaak voor obesitas
- Geen alcohol- of ander middelenabusus
- Geen zware psychiatrische problematiek

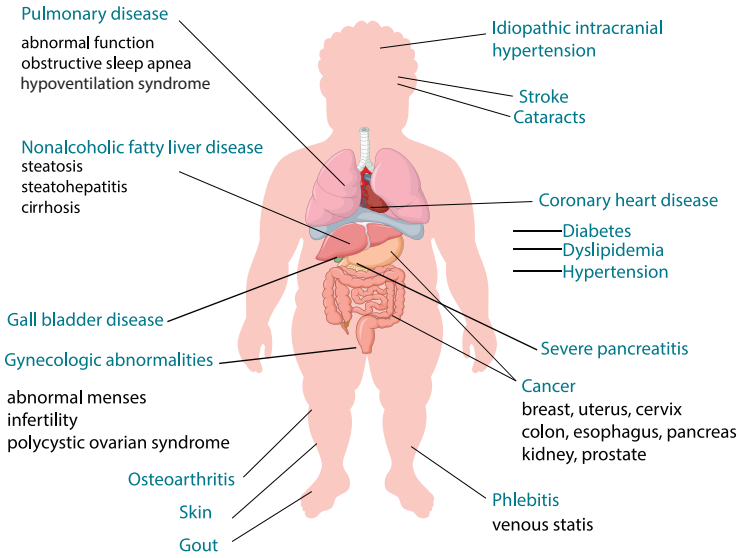
Daarna kijken we of de BMI samen met al dan niet gekende comorbiditeiten voldoende hoog is voor een bariatrische ingreep.

- BMI ≥ 40

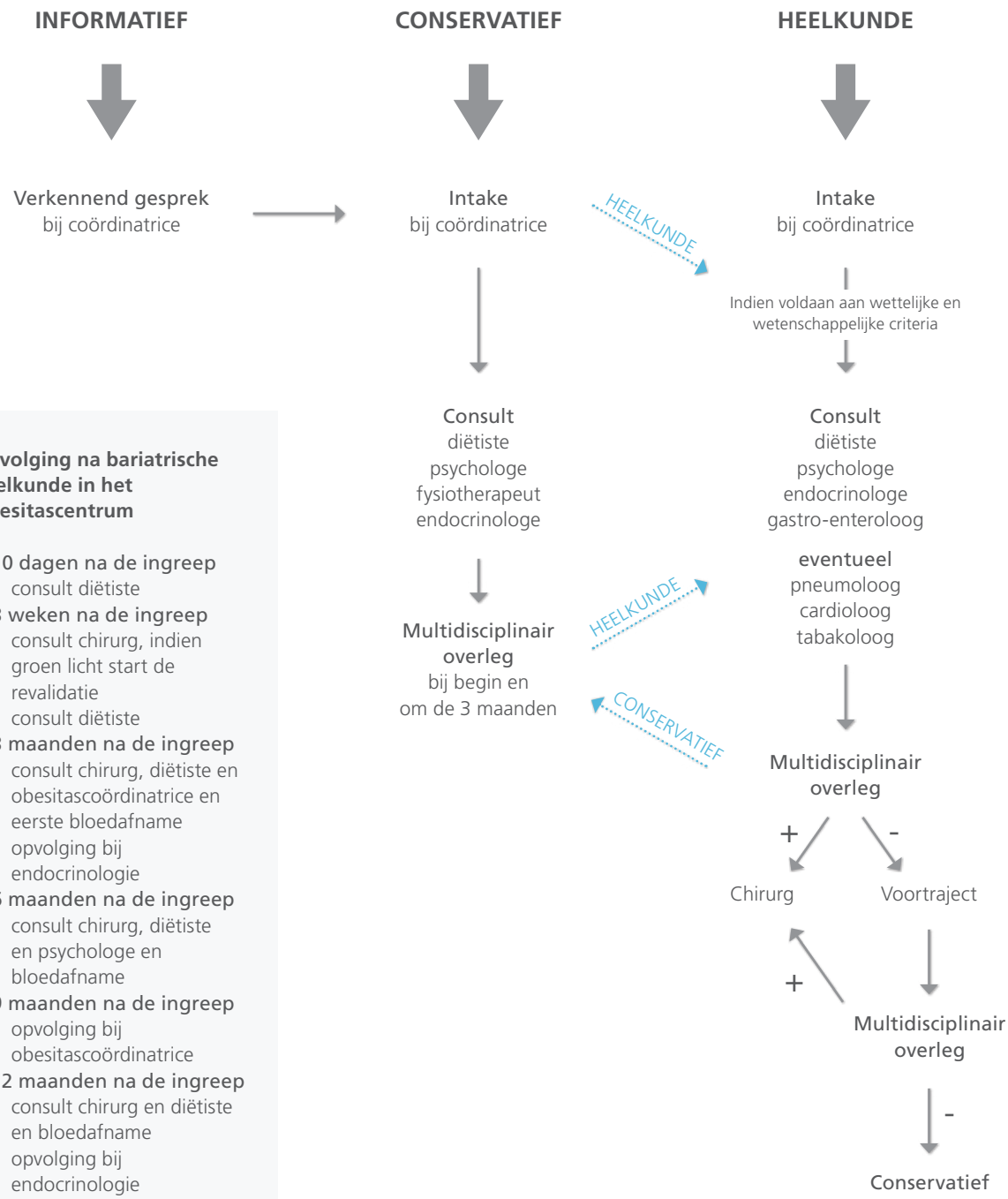
OF

- BMI ≥ 35 + Diabetes Mellitus (= suikerziekte)
- BMI ≥ 35 + Hypertensie (= hoge bloeddruk, met medicatie)
- BMI ≥ 35 + Slaapapneu (bewezen via slaaponderzoek)
- BMI ≥ 35 + Falende eerdere bariatrische ingreep (bv. maagballon of -bandje, Mason-gastroplastie)

Figuur 1: Comorbiditeiten bij obesitas (BMI > 30 kg/m²)



Figuur 2: Multidisciplinaire aanpak in het Obesitascentrum



Opvolging na bariatrische heelkunde in het Obesitascentrum

- 10 dagen na de ingreep
  - consult diëtiste
- 3 weken na de ingreep
  - consult chirurg, indien groen licht start de revalidatie
  - consult diëtiste
- 3 maanden na de ingreep
  - consult chirurg, diëtiste en obesitascoördinatrice en eerste bloedafname
  - opvolging bij endocrinologie
- 6 maanden na de ingreep
  - consult chirurg, diëtiste en psychologe en bloedafname
- 9 maanden na de ingreep
  - opvolging bij obesitascoördinatrice
- 12 maanden na de ingreep
  - consult chirurg en diëtiste en bloedafname
  - opvolging bij endocrinologie
- 18 maanden na de ingreep
  - opvolging bij de diëtiste
- 24 maanden na de ingreep
  - consult chirurg en diëtiste en bloedafname

HET VERHAAL VAN PATIËNTE PEGGY VANDERMAESEN

Ik voel me terug goed in mijn vel, door het gewichtsverlies én de intensieve begeleiding

Mogen we vragen om jezelf even voor te stellen?

"Ik ben Peggy Vandermaesen, 46 jaar en mama van een zoon van 18 en een dochter die 14 wordt. Ik ben 20 jaar getrouwd met mijn man. Samen hebben we al heel wat watertjes doorzwommen. We kunnen echt op elkaar rekenen."

Hoe heeft overgewicht een rol gespeeld in je leven?

"Mijn overgewicht is zich stilaan beginnen opbouwen door nekproblemen. Die evolueerden naar een ernstige hernia. Daarna werd ik ook nog met reuma gediagnosticeerd. Initieel woog ik 75 kg, maar dat ging geleidelijk omhoog naar 90 en uiteindelijk meer dan 100 kg. Mijn overgewicht nam ook toe na de geboorte van ons tweede kind. Door mijn gewrichtsklachten en de bijbehorende pijnen kon ik moeilijker sporten. Met veel spijt in het hart moest ik zelfs stoppen met werken, waardoor mijn gewicht alleen maar verder de hoogte inging."

Wat heeft je aangemoedigd om stappen te ondernemen voor je overgewicht?

"Door mijn overgewicht en zwangerschappen kreeg ik een navelbreuk. Ik werd hier succesvol aan geopereerd, maar na 1 jaar was hij al terug en deze keer veel groter. Zo kwam het dat dr. De Gols mij doorverwees naar dr. Deferm. Om mijn breuk goed te kunnen opereren, moest ik eerst een gezonder gewicht hebben. Zo ben ik in het Obesitascentrum terechtgekomen. Alles werd mij in detail uitgelegd en ik werd goed begeleid doorheen het proces. Mijn maagingreep is doorgegaan in 2020."

Welke hindernissen ondervond je in je strijd tegen overgewicht?

"Toen ik op mijn hoogste gewicht was, had ik het mentaal heel moeilijk. Ik werd zelfs depressief. Ik was dan ook blij dat het hele team van het Obesitascentrum van SFZ voor de patiënt klaarstaat en ervoor zorgt dat je kan volhouden, ook wanneer je het even niet meer ziet zitten. Ze hebben mij een nieuw leven gegeven. Daar ben ik hen eeuwig dankbaar voor."

Waarom heb je gekozen voor een chirurgische ingreep?

"Omdat het met diëten alleen niet meer lukte. Ik heb natuurlijk eerst goed overlegd met mijn man en mijn gezin en de nodige tijd genomen voordat ik deze bijzondere stap zetten."

Voldoet het resultaat van deze ingreep aan je verwachtingen?

"Absoluut! Initieel zeiden ze dat ik 25 tot 30 kg zou afvallen, maar ik ben er al 51 kwijt! Ik hou mij dan ook aan alle adviezen en kom naar de opvolgconsulten. Ik ben ook blij dat ik me niet alle lekkere voeding moet ontzeggen. Ik kan al wel eens een frietje mee-eten: dat zijn er dan wel maar een tiental, maar ik heb hiermee een voldaan gevoel."

Je moet nu anders omgaan met eten, hoe heb je mentaal die stap gezet?

"In het begin was het niet gemakkelijk. Voor de operatie kon ik alles eten, de eerste weken erna leefde ik op pudding, yoghurt en soep. Geleidelijk ga je dan over naar vaste voeding en merk je dat je niet meer alles kan eten zoals vroeger. Uiteindelijk leer je de gezonde voeding wel waarderen. Als je dan merkt dat het gewicht verder mee naar beneden gaat, geeft dat een mentale boost."

Hoe belangrijk is eten nu in je leven?

"Ik ben mij elke dag bewust van mijn eetpatroon. Toch heb ik op een gegeven moment het gevoel gekregen dat ik niet meer op dieet stond en dat is fijn. Als we nu uiteten gaan, bestel ik een kleinere portie of een kindermenu. Van

> Het hele team zorgt ervoor dat je dit vermageringsproces kan volhouden, ook wanneer je het even niet meer ziet zitten.

> Ik ga er nog altijd elke dag voor. Ik volg trouw alle adviezen op en kom regelmatig op controle.

het Obesitascentrum kreeg ik een kaartje waarop staat dat ik een maagverkleining heb ondergaan en dat ik dus enkel kleine porties kan eten."

Dr. Deferm, ik hoor dat je haar leven veranderd hebt?

Dr. Deferm: "Het doet mij veel plezier om te horen dat Peggy zo tevreden is. Zo'n resultaten geven niet alleen mezelf, maar het hele team de drive om ons verder in te zetten voor al onze patiënten met obesitas of overgewicht."

Peggy: "Ik voel me ook goed, buiten mijn nekpijnen. Maar ik probeer me hier over te zetten en positief te zijn."

Dr. Deferm: "Als je ziet vanwaar ze komt, dan kan ik als arts alleen maar tevreden zijn met zo'n energieke patiënte!"

Peggy: "Ik kom ook nog altijd revalideren in het Obesitascentrum van SFZ, onder begeleiding van de fantastische kinesisten."

Dr. Deferm: "Hoe vaak sport je nog?"

Peggy: "Ik kom 2 keer per week naar de revalidatie en thuis doe ik ook nog oefeningen. Ik gebruik de fiets als ik kan. Ik heb nu veel meer energie. Mijn man zegt regelmatig 'Ga nu eens even zitten, doe het wat rustiger'."

Dr. Deferm: "Intussen is Peggy ook met succes geopereerd aan haar buikwandbreuk. Ze had die echt nodig en hij sluit mooi aan bij haar verhaal."

Peggy: "Ik voel me terug goed in mijn vel. Door het gewichtsverlies, maar ook door de intensieve begeleiding."

Dr. Deferm: "Dat is de grootste sterkte van ons Obesitascentrum. Alle teamleden werken nauw samen. Tijdens ons wekelijkse overlegmoment bespreken we niet alleen de chirurgische patiënten, maar ook patiënten die een conservatief traject volgen of problemen hebben binnen hun traject."

Wat waren de moeilijkste momenten na de ingreep?

"Het moeilijkste vond ik de eerste weken na mijn ingreep. Zoals ik eerder al zei, leef je dan op pudding, yoghurt en soep. Je oude eetpatroon wordt aangepast. Dankzij de steun van mijn familie en de nauwe opvolging van het Obesitascentrum, ben ik door deze moeilijke eerste periode geraakt. Ook de foto's van toen ik nog obees was geven me extra motivatie."

Welke invloed heeft deze nieuwe attitude op je sociale leven?

"Ik voel me terug veel beter in mijn vel, zowel fysiek als mentaal. Ik denk ook dat ik dit uitstraal naar de buitenwereld. Maar zonder de steun van mijn gezin was dit me nooit gelukt. Mijn echtgenoot blijft me steunen, nu nog. Ook mijn kinderen merken dat hun mama gelukkiger is. We kunnen nu veel meer uitstapjes maken. Als gezin zijn we hier zeker sterker uitgekomen."

Je ziet er goed uit, verzorgd. Was je daar vroeger ook mee bezig?

"Voor mijn operatie had ik veel minder aandacht voor mode. Nu ben ik terug gelukkig. Ik kan terug mooiere kleren kopen. Ik koop ook meer kleur en doe terug make-up op."

Wie zou je aanraden om deze aanpak te overwegen, als ervaringsdeskundige?

"Ik raad iedereen met overgewicht of obesitas aan om advies te vragen aan het Obesitascentrum van SFZ. Ik zeg altijd: 'Als ik het kan, kan jij het ook'."

Waar vind je de kracht om vol te houden?

"Die kracht is doorheen het proces gekomen. We zijn nu 2 jaar verder en ik ga er nog altijd elke dag voor. Ik volg trouw alle adviezen op en kom regelmatig op controle. Buiten de revalidatie in SFZ ga ik ook nog fietsen, laat ik de honden uit en ga ik al eens baantjes trekken in het zwembad."

En hoe ga je nu met voeding om?

"Ik weet nu wat ik kan eten en hoeveel. Voor mij voelt het niet meer aan als een dieet."

Heb je zin om terug te gaan werken?

"Zeker! Ik doe al enkele maanden vrijwilligerswerk: ik zorg voor een jongen met een fysieke beperking. We maken leuke uitstapjes, wat mij enorm veel voldoening geeft. Verder wil ik starten met een cursus in avondonderwijs om mijn echtgenoot, die zelfstandige is, te helpen in zijn zaak."

"Enkele jaren geleden was ik depressief door al mijn problemen. Maar dankzij mijn operatie, de begeleiding en de steun van mijn familie ben ik uit dat dal geklommen. Ik ben weer een gelukkige vrouw, echtgenote en mama."

We onderscheiden 3 soorten obesitaspatiënten

Dr. Galina Khorosheva & dr. Katrien Laga, endocrinologen

Dr. Galina Khorosheva

Op de raadpleging van het Obesitascentrum zien we als endocrinologen tal van patiënten. Die kunnen onderverdeeld worden in 3 groepen.

Groep 1: langdurige patiënten

De grootste groep zijn de patiënten die al jaren kampen met obesitas. Ze hebben verschillende diëten en therapieën geprobeerd, vaak met resultaten van korte duur, het gekende jojo-effect. Ze komen bij ons met de vraag of onderliggende hormonale problemen de oorzaak van hun gewichtstoename kunnen zijn. In deze screening kijken we eerst de schildklierfunctie na. Schildklierlijden komt relatief vaak voor en moeilijk afvallen is een van de symptomen. Maar vaak zijn er ook andere klachten (koudegevoel, haaruitval, vermoeidheid).

Daarnaast doen we altijd een dexamethasonesuppressietest om de eerder zeldzame overproductie van cortisol (in het kader van M. Cushing) uit te sluiten. Ook dit gaat meestal gepaard met andere klachten of symptomen (hoge bloeddruk, moon facies, ecchymosen).

De meeste endocriene ziekten hebben verschillende kenmerken als syndroom. Obesitas is dus zelden het enige 'symptoom'. Meestal gaat het dan ook om een exogene obesitas, zonder onderliggende hormonale oorzaak.

Groep 2: patiënten met afwijkende hormonale testen

De tweede groep zijn mensen doorverwezen door huisartsen of andere specialisten, bij wie de hormonale testen niet binnen de referentiewaarden liggen. Hier is verder specialistisch onderzoek nodig, naast een uitgebreide familiale anamnese en een klinisch nazicht. Bij de interpretatie van de testen kijken we ook naar de mate van de afwijkingen en de omstandigheden van de testen (bv. pilgebruik, tijdstip van afname in het labo ...). Indien nodig worden de testen opnieuw uitgevoerd, uitgebreider of in gecontroleerde omstandigheden.

> We proberen uit te leggen dat obesitas een chronische ziekte is die een levenslange 'behandeling' vereist.

Dr. Katrien Laga

Vaak zijn de afwijkingen in hormonale testen de gevolgen en niet de oorzaken van obesitas (bv. hypogonadisme). Als andere oorzaken uitgesloten zijn, bespreken we de volgende stappen met de patiënt. We proberen uit te leggen dat obesitas een chronische ziekte is en dat elke chronische ziekte een levenslange 'behandeling' vereist. De patiënten worden doorverwezen naar de obesitascoördinator, die hen begeleidt bij de keuze van hun traject.

Voor obesitas bestaan de volgende behandelingen: een conservatieve (dieet en beweging), een medicamenteuze of een chirurgische behandeling.

We hanteren altijd een multidisciplinaire aanpak, waarbij de diëtiste, psycholoog en fysiotherapeut een even belangrijke rol spelen als de endocrinoloog en de chirurg. We werken samen en het beleid wordt individueel uitgestippeld.

Sommige patiënten hebben meer ondersteuning van de psycholoog nodig, terwijl andere de begeleiding van de diëtiste belangrijker vinden. Voor veel patiënten is de beweging in groep ook een meerwaarde.

Voor patiënten met morbide obesitas (BMI > 40) is chirurgie vaak de enige efficiënte optie.

Groep 3: patiënten voor bariatrische heelkunde

De derde groep van patiënten is specifiek doorverwezen voor een endocrinologisch nazicht ter voorbereiding van bariatrische heelkunde. Deze patiënten worden best eerst gezien door onze obesitascoördinator en nadien door de endocrinoloog, psycholoog, diëtiste en chirurg. Zij evalueren elke patiënt vanuit hun deelgebied.

Na multidisciplinair overleg wordt besloten of de patiënt in aanmerking komt voor bariatrische heelkunde of (nog) niet. Zo nodig starten we eerst een conservatief of medicamenteus traject op. Bij een positieve beslissing bereiden we de patiënt grondig voor op het voedingsschema en het leven dat hem na de operatie te wachten staat.

Ook postoperatief wordt de patiënt opgevolgd door de chirurg en de endocrinoloog. Het gaat daarbij om een 3- tot 6-maandelijkse controle van de vitaminestatus. Indien nodig passen we de antihypertensieve of diabetestherapie aan. Daarnaast zijn blijvende dieetbegeleiding en begeleiding door een fysiotherapeut en psycholoog vaak aangewezen.

"Motivatie en realistische verwachtingen zijn belangrijk in zowel een conservatief als een chirurgisch traject.

De rol van de psycholoog in een obesitaskliniek

Lieve De Clerck, klinisch psychologe

De impact van morbide obesitas is groot en zorgt vaak voor een verstoring van kwaliteit van leven, zowel op lichamelijk en psychisch vlak als op sociaal vlak. Patiënten geven tal van somatische redenen aan waarom ze hun morbide obesitas willen aanpakken. Dit gaat van fysieke ongemakken die zorgen voor beperkingen tot daadwerkelijke gezondheidsproblemen. Op psychologisch vlak zien we een verhoogd risico op stress, een verhoogde prevalentie van angst, depressie en een laag zelfbeeld. We zien ook gevolgen op sociaal vlak: stigmatisering en sociaal isolement worden vaak aangehaald.

Verschillende psychologische factoren kunnen een invloed hebben op het ontstaan en in stand houden van morbide obesitas en het wel of niet slagen van een dieetpoging.

In onze obesitaskliniek wordt er voor zowel de aanmeldingen bariatrische chirurgie als voor het conservatieve traject gekozen om iedereen minstens één consult bij de psychologe te geven. Het eerste gesprek heeft in beide situaties grotendeels dezelfde structuur, maar met een aantal verschillende aandachtspunten.

Motivatie en verwachting van de patiënt

Motivatie en realistische verwachtingen zijn belangrijk in zowel een conservatief als een chirurgisch traject. Wat zijn de beweegredenen van de patiënt om nu een traject aan te gaan? Hoe staat hij tegenover gedragsverandering? Is er bereidheid om gewoontegedrag in het kader van eten en/of beweging te veranderen? In welke mate wil en kan de patiënt zich engageren? Zijn er al dieetpogingen geweest en wat liep er toen mis?

Welke verwachtingen zijn er betreffende gewichtsverlies en de tijdspanne waarin dit moet gebeuren? Zijn dit realistische verwachtingen? Wanneer het gaat om een screening voor een operatie wordt er extra aandacht besteed aan de verwachtingen van de ingreep en de effecten ervan. Wordt het gezien als een snelle en gemakkelijke oplossing? Het is belangrijk dat de patiënt de operatie ziet als het begin van een veranderingsproces waarin hij zelf een actieve rol in zal moeten spelen.

Psychosociale context

Hoe ziet de familiale en psychosociale context van de patiënt er uit? Heeft hij steunfiguren in zijn omgeving? Zijn er eventuele stressoren die een sterke invloed op hem hebben?

Hierbij wordt vooral ook gekeken naar de invloed van de omgeving. Worden eventuele slechte eetgewoonten met heel het gezin gedeeld? Is iedereen bereid om veranderingen te doen of staat de patiënt er alleen voor? Bij een screening voor een operatie wordt er ook gepolst naar de mening van de directe omgeving. Zijn er vertrouwenspersonen die achter de beslissing van een eventuele operatie staan?

Voor een operatie is het belangrijk dat er stabiliteit is in het leven van de patiënt. De Ingreep en de veranderingen die deze meebrengt zijn een belangrijk (positief) life-event. Maar ook positieve life-events zorgen vaak voor een verhoging van stress.

> Gewoonten in kaart brengen is belangrijk, omdat deze trajecten gedragsveranderingen vereisen.

Gewoonten

De eetgewoonten van de patiënt en zijn gezin worden in kaart gebracht: wat eet men, waar eet men voornamelijk, wanneer wordt er gegeten? Eten voor de tv bijvoorbeeld zorgt ervoor dat men meer gaat eten. Verder wordt er nagegaan waarom men eet: is dit vanuit een hongergevoel, goesting of emotie? Als een patiënt bijvoorbeeld steeds begint te eten wanneer hij boos of verdrietig is, als een vorm van coping, is het belangrijk om samen met de patiënt op zoek te gaan naar een andere manier om met tegenslagen of emoties om te gaan. Welk effect hebben stress en problemen op de patiënt? Wordt er eerder een passieve, vermijdende copingstijl gehanteerd of eerder een actieve, probleemoplossende coping?
Het in kaart brengen van gewoonten is belangrijk in zowel een conservatief als een chirurgisch traject omdat beide trajecten gedragsveranderingen vereisen.

Er wordt ook getoetst of er sprake is van enige vorm van eetproblemen, zoals binge-eating, waarbij de patiënt grote hoeveelheden voedsel op een korte tijd ongecontroleerd opeet. Zulke vreetbuien worden meestal uitgelokt door een emotionele stressor.

Naast de eetgewoonten wordt er ook ingezoomd op het bewegingspatroon van de patiënt. Hoe vaak en wanneer beweegt hij? Hoe staat hij tegenover een (herop)start van een (meer) actief leven?
Voor het traject naar een chirurgische behandeling wordt er extra aandacht besteed aan de alcoholconsumptie. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat na bariatrische chirurgie vaak alcoholproblemen ontstaan. Dit wordt ook duidelijk uitgelegd aan de patiënt.

Lijdensdruk

Er wordt een beeld gevormd van de impact van de obesitas op de levenskwaliteit van de patiënt. Hierbij worden mogelijke gezondheidsproblemen, zoals diabetes, hoge bloeddruk, enz., in kaart gebracht. Daarnaast wordt nagegaan welk effect de obesitas op het sociaal welzijn heeft. Soms trekt men zich vanuit een schaamtegevoel terug of slaagt men er niet meer in aan sociale activiteiten deel te nemen. Er wordt gepeild naar mogelijke depressieve klachten. Wanneer die prominent aanwezig zijn, kan er beslist worden om een operatie op een later tijdstip uit te voeren, gezien die de draagkracht verminderen. Het wordt dan aangeraden om eerst de depressie te behandelen.

Psychotherapeutische begeleiding

In een conservatief traject wordt er na het eerste gesprek samen met de patiënt gekeken welke mogelijke werkpunten er zijn en of de patiënt hiervoor begeleiding wil opstarten. Die kan meteen worden opgestart of op een later tijdstip.
Soms beslist een patiënt in de loop van het programma om een chirurgisch traject aan te gaan. In een chirurgisch traject kan er begeleiding voorzien worden op verschillende momenten in het behandelproces.

Voor de operatie

Wanneer de patiënt en/of teamleden twijfelen over een operatie, kan er een proefperiode voorgesteld worden, waarbinnen de patiënt multidisciplinair begeleid wordt om tot een beslissing te komen. Tijdens de begeleidende sessies richt de psycholoog zich samen met de patiënt op aandachtspunten die uit de screening naar voren zijn gekomen, zoals eetbuien, emotioneel eetgedrag. Verder gaan we werken aan de voorbereiding op gedragsverandering. De begeleidingssessies zijn er op gericht om de patiënt inzicht te geven in de functies van zijn eetgedrag. We proberen op deze manier te zorgen voor het vergroten van de zelfcontrole.

Na de operatie

Ongeveer zes maanden na de operatie wordt er steeds een opvolgingsgesprek met de psycholoog voorzien. Vaak gaat het erg goed vlak na de operatie, maar ontstaan er problemen na een aantal maanden. Tijdens dit opvolgingsgesprek worden mogelijke aanpassingsmoeilijkheden in kaart gebracht en wordt er samen met de patiënt bekeken of psychotherapeutische begeleiding zinvol kan zijn. Soms wordt er in samenspraak met de patiënt al voor de operatie gepland om begeleiding na de ingreep op te starten.

Hervalpreventie

Wanneer er geen verdere begeleiding wordt opgestart, is het belangrijk om te kijken naar terugvalpreventie: omgaan met stress, stabilisatie van het gewicht, verlies van motivatie …

Indien nodig kan de patiënt ons op eigen initiatief contacteren voor een nieuwe afspraak.

Nieuwe artsen

Om de medische teams van SFZ te versterken, verwelkomen we enkele nieuwe artsen. We stellen hen graag kort aan u voor …

Dr. Josje Voncken
Neuroloog

Dr. Josje Voncken studeerde geneeskunde aan de Radboud Universiteit in Nijmegen. Na een assistentschap in Eindhoven, Arnhem en Heerlen startte ze haar opleiding in het Zuyderland Medisch Centrum in Heerlen/Sittard. Tijdens deze opleiding heeft ze ook ervaring opgedaan in het universitaire ziekenhuis in Maastricht en in het Academisch Centrum voor Epileptologie Kempenhaeghe in Heeze.

Eind 2021 ontving dr. Josje Voncken haar diploma als neuroloog. Sinds begin 2022 versterkt ze het team neurologen van dr. Doberenz, dr. Peters, dr. Vermeij en dr. Medaer in SFZ.

Dr. Katrien Morias
Pneumoloog

Dr. Katrien Morias volgde haar opleiding geneeskunde aan de KU Leuven en startte er de vervolgopleiding inwendige geneeskunde. Ze volbracht haar verdere specialisatie tot pneumoloog aan de UGent met onder meer rotaties in het AZ Sint Jan (Brugge) en het UZ Gent.

Binnen de pneumologie gaat haar interesse uit naar respiratoire infectiologie en in het bijzonder naar tuberculose, fungale infecties en bronchiëctasieën. Ze bekwaamde zich hierin verder met een bijkomend fellowship onder leiding van professor Van Braeckel. Sinds 1 december 2021 versterkt dr. Katrien Morias de dienst pneumologie van SFZ.

Dr. Ines Christis
Urgentiearts

Dr. Ines Christis is afkomstig uit Zonhoven. Ze volgde haar opleiding geneeskunde aan de Universiteit Hasselt en de KU Leuven. Nadat ze haar basisopleiding succesvol afrondde in 2013, specialiseerde ze zich in de anesthesiologie aan de KU Leuven.

Als assistent deed ze ervaring op in het Ziekenhuis Oost-Limburg in Genk en in het Universitair Ziekenhuis van Leuven. In 2018 begon ze als anesthesist in de Europaziekenhuizen in Brussel. Daarna behaalde ze haar bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneeskunde en deed ze ervaring op in de urgentiegeneeskunde in het Ziekenhuis Oost-Limburg in Genk.

Sinds januari versterkt dr. Ines Christis de spoedgevallendienst in SFZ.

Door meer te bewegen verbetert je algemene fitheid, waardoor je je beter in je vel voelt en meer zelfvertrouwen krijgt.

Obesitas en gezond (leren) bewegen

Ellen Verjans, kinesitherapeut

Meer bewegen is een essentieel onderdeel van de behandeling van obesitas. Het is heel belangrijk om patiënten te stimuleren om een actievere levensstijl aan te nemen, zowel tijdens als na de revalidatie.

Voordelen van meer bewegen

Een belangrijk voordeel van fysieke activiteit is het verminderde risico op hart- en vaatziekten, zoals hoge bloeddruk, hoge cholesterol en diabetes. Andere voordelen zijn een betere nachtrust en minder stress, angst en depressieve klachten.

Door meer te bewegen verbetert je algemene fitheid, waardoor je je beter in je vel voelt en meer zelfvertrouwen krijgt. Je abdominaal vet vermindert ook en je insulineresistentie verbetert, waardoor het risico op diabetes kleiner wordt. Tot slot heeft het een positief effect op je stofwisseling, die dan weer invloed uitoefent op je eetlust en je gewicht.

Revalidatie in het Obesitascentrum

Voordat de revalidatiefase van de obesitasbehandeling start, wordt er eerst een consultatie bij de obesitascoördinatrice vastgelegd, daarna bij de fysisch geneesheer. Die onderzoekt of er beperkingen of letsels zijn waarmee we rekening moeten houden tijdens de revalidatie. Zowel patiënten met een conservatieve als patiënten met een operatieve behandeling komen in aanmerking voor revalidatie.

We bieden 3 dagen per week obesitasrevalidatie aan, op maandag, woensdag en vrijdag, telkens van 8.30 tot 12.00 uur. De patiënten komen 2 keer per week trainen in groepen van maximaal 6 personen. Iedereen volgt een persoonlijk oefenschema, dat gradueel opgebouwd wordt.

De parameters die we opvolgen zijn gewicht, bloeddruk en hartslag. Tijdens de revalidatie komen zowel aerobe conditietraining als spierversterkende oefeningen via toesteltraining aan bod.

Aerobe lichaamsbeweging is bewegen aan een lage intensiteit van langere duur (45 minuten). Zo heeft het lichaam meer tijd om voldoende zuurstof via de longen naar de spieren te vervoeren. Dat zorgt ervoor dat je vet verbruikt en dat je energieniveau toeneemt. Als je begint met bewegen is de frequentie en duur belangrijker dan de intensiteit, ook om letsels te vermijden.

Ook krachttraining voor de bovenste en onderste ledematen is nuttig om gewicht te verliezen. Daarbij is het belangrijk om de oefeningen traag uit te voeren. Bij een toename van de spiermassa neemt je verbranding toe en je insulineresistentie af, waardoor het risico op diabetes verkleint.

Obesitas-revalidatieteam:

Ellen Verjans
kinesitherapeut

Shilly Van Gelder
kinesitherapeut

Dr. Filip Noé
fysisch geneesheer

Dr. Bert Jennes
fysisch geneesheer

Dr. Kathleen Vanbilsen
fysisch geneesheer

"We proberen meteen te benadrukken dat we niet naar een dieet toewerken, maar naar een gezonde levensstijl.

Werken aan een gezond en gevarieerd voedingspatroon

Kelly Rochus & Evelien Vranken, diëtisten

Als diëtisten werken we samen met onze patiënten aan een gezonder voedingspatroon en het bijbehorende gewichtsverlies. We leggen graag uit hoe we dat precies aanpakken.

Voeding in het conservatief traject

Allereerst zijn er patiënten die bewust niet kiezen voor een operatie of die niet in aanmerking komen voor bariatrische chirurgie. Zij volgen het conservatief traject. Tijdens het intakegesprek bepalen we hun lengte, gewicht en BMI. We vragen ook naar hun dieetgeschiedenis, gewichtsevolutie, fysieke activiteit, motivatie en verwachtingen.

Het grootste deel van het intakegesprek besteden we aan een uitgebreide voedingsanamnese. We kijken naar de structuur en de regelmaat in hun voedingspatroon. Wat eten ze? Hoeveel? Hoe vaak? We vragen ook hoe ze hun maaltijden bereiden en bekijken het eventuele gebruik van kant-en-klaremaaltijden, afhaalmaaltijden en de frequentie van het uiteten.

Tijdens deze eerste consultatie krijgen patiënten ook al uitleg over gezonde voeding. We proberen meteen te benadrukken dat we niet naar een dieet toewerken, maar naar een gezonde levensstijl.

Op basis van de voedingsdriehoek begeleiden we hen stap voor stap naar een gezonder en gevarieerd voedingspatroon. We verbieden bepaalde voedingsmiddelen of gerechten niet volledig, maar leren patiënten wel om bewuster te eten. Zo leren we hen om zelf voedingsmiddelen te beoordelen aan de hand van de etiketten.

De frequentie van de opvolging is afhankelijk van de noden van de patiënt. Bij een conservatief traject is er sowieso opvolging bij de diëtiste, soms ook bij de psychologe en eventuele obesitasrevalidatie bij de kinesiste. Er kan ook medicatie opgestart worden onder begeleiding van de endocrinoloog. Daarbij is de begeleiding van de diëtiste van groot belang om de beste resultaten te behalen.

Voeding bij bariatrische chirurgie

De begeleiding van patiënten die kiezen voor bariatrische chirurgie loopt deels

gelijk met die voor andere patiënten. Naast het verzamelen van algemene gegevens en de uitgebreide voedings–anamnese zoeken we in het eerste intakegesprek ook uit of de patiënt voldoende geïnformeerd is en bereid is tot een lange begeleiding. We proberen ook na te gaan of er sprake is van een eetstoornis of alcoholmisbruik in het verleden.

Daarna bepalen we of de patiënt een positief of een negatief advies voor bariatrische heelkunde krijgt. Eventueel werken we met een voortraject, waarin we de tijd nemen om de patiënt klaar te stomen voor de operatie. De eindbeslissing over de geschiktheid van een patiënt wordt altijd genomen door het volledige team, na overleg.

Is de patiënt door iedereen goedgekeurd voor bariatrische heelkunde, dan gaat hij nog 1 keer langs bij de diëtiste. We starten namelijk 14 dagen voor de operatie met een eiwitrijk dieet. Dat moet de lever doen inkrimpen, om de operatie te vergemakkelijken. Hiervoor werken we samen met de firma Ligna Pharma. De producten worden samen besteld en thuis geleverd. Tijdens deze consultatie bespreken we ook de eerste postoperatieve fase, namelijk vloeibare voeding. In deze fase werken we met een eiwitpoeder (wei-eiwit), dat patiënten moeten toevoegen aan hun voeding om spierafbraak te vermijden. We overlopen duidelijk de belangrijkste aandachtspunten, waaronder traag eten, goed kauwen en vocht en vast voedsel spreiden.

Risico op vitamine- en/of mineralentekorten

Bij elke vorm van bariatrische chirurgie bestaat het risico op vitamine- en/of mineralentekorten. Na een gastric bypass komen tekorten aan vitamines en mineralen regelmatig tot vaak voor. Het gaat dan vooral over ijzer, vitamine B12, vitamine D, calcium, zink en selenium.

Over de mate van vitamine- of mineralentekorten bij een gastric sleeve is minder bekend, maar er werden wel al tekorten aan ijzer, vitamine B12, foliumzuur en vitamine B1 vastgesteld. Levenslange suppletie van vitamines en mineralen is daarom noodzakelijk. Wij kiezen daarbij voor de multivitamines van de firma's Fit for Me en Barinutrics. Hun multivitamines zijn speciaal ontwikkeld, en dus voldoende hoog gedoseerd, voor onze patiënten na bariatrie.

Tijdens de hospitalisatie starten we op dag 1, na RX SMD, met vloeibare voeding. De diëtiste herhaalt op dat moment nog eens de belangrijkste aandachtspunten. De eerste controle volgt 10 dagen na de operatie. Als de voedselintake vlot gaat, wordt er uitgebreid naar fase 2 (een gepureerde, zachte, eiwitrijke voeding). Als ook die fase vlot verloopt, wordt er 14 dagen later verder uitgebreid naar vaste voeding. Daarna komen patiënten ook nog op 3 maanden, 6 maanden, 1 jaar , 1 1/2 en 2 jaar na de operatie op consultatie voor verdere opvolging.

Op korte en op lange termijn schenken we extra aandacht aan de eiwitinname (in de eerste fase via eiwitpoeder, later via eiwitrijke voedingsmiddelen), om de afname van spiermassa te voorkomen.

In alle opvolgconsultaties spelen we in op eventuele klachten van patiënten. Bij diarree kijken we naar de inname van vezels, bij obstipatie werken we op onoplosbare vezels (vezelrijke broodsoorten, groenten, fruit) en vocht. Als er sprake is van veelvuldig braken, geven we extra aandacht aan goed kauwen, traag eten en de spreiding van vocht en vast voedsel. We blijven ook werken aan bewustwording en we benadrukken het nut van levenslange vitaminesuppletie. Zo komen we, stap voor stap, tot een juist voedingspatroon.

> We blijven werken aan bewustwording en we blijven het nut van levenslange vitaminesuppletie benadrukken.

Dokter Erik Devue op een scharniermoment in zijn leven

Samen met dr. Devue blikken we terug op zijn medische loopbaan in SFZ.

Woon je al lang in de omgeving van Heusden-Zolder? En waar liggen je roots?

"Ik ben afkomstig van Nieuwerkerken (Sint-Truiden), maar ik woon al jarenlang, eigenlijk sinds ik in SFZ werk, in het centrum van Beringen. In het begin van mijn carrière in september 1989, zijn we onmiddellijk in de omgeving van SFZ een woning gaan zoeken. En die vonden we dus in Beringen. Daar wonen we nog steeds heel graag. Ik was niet bekend met de regio. Er hing een vacature uit op het assistentenbord in Leuven en ik heb toen de kans gekregen en genomen om in SFZ te starten."

Jij hebt hier de dienst NKO opgestart?

"Toen ik hier begon, was dr. Nand Degreef hier NKO-arts. Hij werkte in het ziekenhuis van Sint-Truiden en deed enkele uren per week raadpleging in SFZ om de noden op te vangen. Dan ben ik hier in '89 begonnen. Ik heb van in het begin geprobeerd om de activiteiten die hier nog niet gedaan werden uit te bouwen, ook op chirurgisch vlak. Nu hebben een goed georganiseerde dienst NKO en loopt alles vlot dankzij mijn collega's dr. De Cuyper en dr. Crins."

Dat is toch iets om trots op terug te blikken.

"Ja, natuurlijk. Eigenlijk is het allemaal ook heel snel gegaan. Ik herinner me nog dat dr. Geutjens me belde en zei: 'Ik weet dat je volgende week pas begint, maar er zijn toch al patiënten die je willen zien.' Na een paar weken had ik al een vol raadplegingsprogramma. In januari 1990, ik was toen een drietal maanden bezig, ben ik ook mijn privépraktijk gestart in Beringen. Ook die agenda werd snel ingevuld."

"Ik heb geen secretaresse, mijn vrouw beantwoordt de telefoon. We zijn altijd bereikbaar van 08u00 tot 19u00. Na al die jaren van samenwerken kan Monique de meeste vragen van patiënten beantwoorden. En als ze me toch willen spreken, ben ik onmiddellijk bereikbaar. Dat maakt dat we dicht bij de patiënt staan, maar ook bij de eerstelijnszorgverstrekkers. Dat heeft altijd goed gewerkt en werkt nog steeds goed. Hierdoor heb ik ook een goede band met de huisartsen."

Waar is je interesse voor geneeskunde ontstaan?

"Toen ik 17 was, had ik nog geen enkel idee wat ik zou gaan studeren. Ik was wel geïnteresseerd in biologie, wiskunde en wetenschappen. Mijn broer suggereerde om geneeskunde te gaan doen en dat heeft me doen beslissen om deze studies aan te vatten. In 1978 ben ik dan

begonnen aan de KUL. Ik heb daar ook mijn verdere studie doorlopen. Het eerste jaar was in die tijd saai: het was vooral wiskunde, fysica, plantkunde … Dat had niets met geneeskunde te maken. Het tweede jaar kwam er anatomie, biochemie, fysiologie … bij. Toen werd het wel echt interessant en wist ik dat ik een goede keuze gemaakt had."

En dan heb je je nog moeten specialiseren in ORL?

"De opleiding geneeskunde bestond uit 5 jaar theorie, het zesde jaar was een stagejaar. Dan doorloop je al de disciplines: heelkunde, inwendige, pediatrie, gynaecologie … Na het stagejaar wist ik het eigenlijk nog niet goed. Het boeide me allemaal en ik dacht: ik word misschien best huisarts. Ik ga graag om met mensen: praten met patiënten en hen geruststellen … dat ging me goed af. Tijdens het laatste jaar was er een vriendin wiens oom NKO-arts was in het Antwerpse. Ik had nog geen lessen NKO gehad, maar ik ben enkele keren raadplegingen en ingrepen mee gaan volgen. Ik vond dat bijzonder interessant en heb dan beslist om de opleiding NKO te volgen. De keuze voor NKO is dus heel toevallig gekomen. Mijn collega Pierre Delaere, die nu prof is in Leuven, en ik werden aangenomen om als eerstejaarsassistenten te beginnen in Leuven. En ik heb geen enkele keer twijfels of spijt gehad van mijn keuze."

Ik geloof dat je op deze dienst ook je vrouw hebt leren kennen?

"Ik was eerstejaarsassistent en Monique was logopediste. Haar bureau was een gebouw verder, maar ze moest regelmatig logopedische aanvragen komen laten tekenen bij de assistenten. Zo heb ik haar leren kennen. En van het een kwam het ander, hé."

Heeft ze dan van in het begin achter je activiteiten gestaan?

"Monique werkte in Leuven als logopediste in dienst van de universiteit en in het centrum voor ontwikkelingsstoornissen. Daarbuiten had ze ook nog een privépraktijk en was ze fulltime bezig. In 1987 zijn we getrouwd. In het begin heeft ze nog 2 jaar gewerkt in Leuven, tot onze eerste dochter Helena geboren is in maart 1989 en daarna Elisabeth in oktober 1990 . Ze had graag loopbaanonderbreking gekregen, maar dat werd toen niet toegestaan. Monique heeft altijd achter me gestaan en me gesteund in mijn professionele bezigheden."

"Toen ze haar activiteiten in Leuven stopzette, hebben we beslist om de praktijk in het ziekenhuis en in Beringen samen uit te bouwen. Als logopediste kent ze de audiometrie zeer goed. ORL heeft ook veel raakpunten met logopedie. Ideaal dus om dit samen te doen. Tot op heden springt ze nog regelmatig in. Als een audiogram bij een vrij jong kind moeilijk af te nemen is, dan doen we dat samen. Ze heeft ook een heel goed contact met de mensen. De drempel is soms lager voor hen om iets aan haar te vertellen. Veel klachten hebben dikwijls een psychische achtergrond. Als ik dan bezig ben met onderzoeken, geven de partner of kinderen haar wat achtergrondinformatie. Dat geeft een betere kijk op het totaalbeeld van de patiënt. We zijn echt een goed team!"

Je bent ook vader van drie kinderen?

"Ja, mijn oudste dochter Helena is huisarts in Jette. Elisabeth, mijn tweede dochter, studeerde rechten en vervolgens marketing en management. Zij woont met haar vriend in Berchem. Onze zoon Hendrik is geboren in 1993. Hij is handelsingenieur en werkt bij AB InBev in Leuven. Hij woont ook in Berchem, samen met zijn vriendin."

Hoe kijk je naar de medische evolutie op het vlak van NKO?

"Toen ik hier begon, deed ik vooral kleine ingrepen, zoals amandelen of vegetaties verwijderen, buisjes plaatsen, de routine-neusingrepen zoals septumcorrecties … Vervolgens ben ik na de opleiding ook onmiddellijk gestart met schildklieringrepen. Ik heb de eerste vijf à zes jaar dat ik hier werkte nog verschillende cursussen gevolgd in het buitenland, want de endoscopische

> Ik heb van in het begin geprobeerd om de activiteiten die hier nog niet gedaan werden uit te bouwen.

sinuschirurgie, wat nu de standaard is, is pas begonnen in '91-'92 en ik ben afgestudeerd in '89. Nu leert men dat allemaal tijdens de opleiding, wat maakt dat jonge artsen op dat gebied toch een voorsprong hebben. Elk domein in de geneeskunde evolueert en brengt nieuwe technieken, nieuwe materialen, onderzoeken …"

Ga je die ingrepen missen? Of is het goed geweest?

"Ik zou zeggen dat het goed geweest is. Ik denk niet dat ik het opereren ga missen. Ik zal mijn patiënten, die in aanmerking komen voor een ingreep, met vertrouwen doorverwijzen naar mijn collega's in het ziekenhuis. Nadien komen de kinderen verder op controle bij mij. We hebben goede afspraken met de collega's. De ouders waar je een goede band mee hebt, vinden het ook fijn om voor de nazorg terug te komen."

Heb je veel nadelen ondervonden aan de coronaperikelen?

"Natuurlijk werden de meeste chirurgische ingrepen uitgesteld. Voor de rest heb ik daar weinig nadelen aan ondervonden. Tijdens de eerste golf is het idee bij mij opgekomen om wat vroeger te stoppen met werken. Rustiger werken heeft toch ook zijn voordelen. Meer tijd voor mijn gezin, voor hobby's …"

"Ik heb ook ervaren hoe snel het leven kan veranderen. In 2010 heeft Monique een subarachnodiale bloeding gehad door een geruptureerd hersenaneurysma. Haar leven heeft toen aan een zijden draadje gehangen. Ze is hier relatief goed van hersteld. Werken is mooi en geeft voldoening, maar je moet niet leven om te werken. Dat maakt dat we de beslissing hebben genomen om meer van het leven te genieten, nu we nog gezond zijn. Ik ga wel enkele dagen raadplegingen blijven doen in mijn privépraktijk. Dus het is nog geen 'pensioen', eerder een halftijdse activiteit."

Samenwerking met de huisartsen is ook altijd heel belangrijk geweest voor jou.

"Ja, dat is inderdaad zo. Ik ben altijd bereikbaar voor elke huisarts. Ik maak daar tijd voor. Ik ken ze niet allemaal persoonlijk, maar ik weet hoe belangrijk het is om een goede vertrouwensrelatie te hebben met de huisarts. Ik heb zelf een dochter die huisarts is."

Heb je een speciale ervaring met patiënten of medewerkers die je bijblijft? Of een anekdote?

"Het zijn er veel, hoor. We hebben fijne en leuke ervaringen met de patiënten, maar we horen soms ook trieste verhalen."

"Arts zijn geeft veel voldoening, niet enkel op medisch maar ook op menselijk vlak. En ik heb vooral de verandering gezien in het ziekenhuis. Toen ik begon waren er maar drie internisten, twee radiologen, twee gynaecologen en drie chirurgen. En kijk: nu is er een medische staf met meer dan 120 artsen-specialisten. Het wordt allemaal gespecialiseerder, wat wel zorgt voor meer administratie …"

"Ik was een van de eerste NKO-artsen in Limburg die met een volledig digitaal medisch dossier werkte. Ik had in '96 een volledig uitgewerkt elektronisch medisch dossier en ik heb sindsdien geen papieren dossier meer gebruikt. De laatste jaren heeft de digitale revolutie ook in het ziekenhuis de dagelijkse werking in een sneltempo veranderd. Dat was soms wel moeilijk om te volgen."

Nog een laatste vraag: je hebt een grote liefde voor kunst. Ga je daar nog iets mee doen?

"Ja, absoluut. Ik ga proberen om terug één keer per week te schilderen. Ik heb thuis een atelier ingericht: mijn vrouw noemt dat mijn 'mancave', waar ik me af en toe eens kan terugtrekken. En dan kom ik graag nog een keertje terug om mijn werken hier in het ziekenhuis tentoon te stellen."

> Ik verwijs patiënten voor een ingreep in alle vertrouwen door naar mijn collega's in SFZ.

ZATERDAG 14 MEI 2022 van 09u00 tot 12u00 in SFZ

Verloskunde stelt ons voor nieuwe uitdagingen. Met alle zorgeverleners willen we op eenzelfde lijn samenwerken. We willen zorg op maat bieden, met volle aandacht voor de stem van de zwangere patiënte.

In interactieve werkgroepen willen we onze inzichten op elkaar afstemmen en onze succesfactoren en obstakels bespreken.

Schrijf je tijdig in voor dit interactief symposium!

Onze workshops worden specifiek afgestemd op de verschillende doelgroepen:

- huisartsen
- kinderartsen
- gynaecologen
- zelfstandige vroedvrouwen
- maatschappelijk werkers
- zorgverleners

Accreditatie is aangevraagd.

MEER INFO
communicatie@sfz.be

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 communicatie@sfz.be of scan de QR-code en vul meteen uw gegevens in.

SFZ SINT-FRANCISCUS ZIEKENHUIS aan jouw zijde!

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, mevr. Diane Mombers

Foto's
Lies Engelen, Kris Dexters

V.U.
Dr. Steven Vanvolsem

Hebben meegewerkt
Dr. Nathalie Deferm, dr. Galina Khorosheva, dr. Katrien Laga, dr. Fons Henckens, dr. Steven Vanvolsem, dr. Filip Noë, mevr. Peggy Vandermaesen, mevr. Lieve De Clerck, mevr. Ellen Verjans, mevr. Kelly Rochus, mevr. Evelien Vranken, dr. Erik Devue, dr. Nele Maeseele, mevr. Diane Mombers