INTRO

Nr. 74 - maart 2023

Medisch informatieblad Sint-Franciscusziekenhuis Heusden-Zolder

Laagrisico-zwangerschap

Insulinepomp-therapie

SFZ
SINT-FRANCISCUS ZIEKENHUIS
aan jouw zijde!

Een tijd van transformatie

Dr. Steven Pans, hoofdarts

Maart is de maand van de lente. Een tijd van vernieuwing en verandering. Hetzelfde geldt voor de toekomst van de gezondheidszorg en van onze organisatie. In deze tijd van transformatie zetten we stappen vooruit, vooral in de vernieuwing van onze zorgorganisatie en in technologische innovatie. Die innovatie helpt ons om betere, kwaliteitsvolle en veilige zorg te bieden aan onze patiënten.

Ongeveer 3 jaar geleden zorgde covid voor een omwenteling in ons maatschappelijk en professioneel leven. Herorganisatie van zorg, maskers, schermen, golven, vaccinaties ... In deze periode hebben we een bijzonder intense samenwerking uitgebouwd met de eerste lijn. Die willen we nu versterken. Een belangrijke tool hiervoor is vlotte communicatie, waarbij we als ziekenhuis actuele informatie delen over ons vernieuwde zorgaanbod, onze vernieuwde organisatie en innovatie.

In dit nummer belichten we onze vernieuwde zorgorganisatie voor de zwangere vrouw, met het zorgpad laagrisicozwangerschap. Dat vormt een leidraad voor de eerste lijn en gynaecologen-verloskundigen in het Andreaz-ziekenhuisnetwerk. Daarnaast zetten we de peripartumcoach in de kijker. Die begeleidt toekomstige moeders met de nodige expertise.

Ook ons team van apotheekassistenten komt aan bod. Zij zorgen ervoor dat alles wat medicatie betreft veilig en kwaliteitsvol verloopt.

Verder gaan we dieper in op insulinepomptherapie, een grote vooruitgang in de behandeling van diabetespatiënten. Ons ziekenhuis heeft bijzondere expertise binnen dit domein. We vertellen je ook meer over onze innovatieve robotchirurgie in de abdominale heelkunde, gynaecologie en urologie. Hiermee kunnen we ingrepen minimaal invasief uitvoeren.

Tot slot geven we je een update over onze nieuwbouw. Hierin zullen we een nieuw ambulant behandelcentrum met extra operatiezalen, een uitbreiding van het inwendig oncologisch daghospitaal en een nieuwe ambulante en hospitalisatieafdeling voor onze dienst psychiatrie huisvesten. We hopen dat we eind 2023 de eerste steen kunnen leggen.

In oktober 2022 kreeg ons ziekenhuis opnieuw een positieve evaluatie van de Qualicor-auditoren. Iets waar we ongelofelijk trots op zijn. Ons doel is nu om deze kwaliteit en de daarbij horende vernieuwingen verder door te trekken. Laten we samen streven naar een toekomst waarin iedereen de beste zorg krijgt en samenwerking onze kracht en motivator is.

> We zetten stappen vooruit in de vernieuwing van onze zorgorganisatie en in technologische innovatie.

ACCREDITATIEBEWIJS

Sint-Franciscus Ziekenhuis

Is geaudit door Qualicor Europe en voldoet aantoonbaar aan de internationale standaarden voor kwaliteit van zorg. De instelling neemt deel aan het continu verbeterprogramma van Qualicor Europe.

Februari 2023 - Februari 2028

Omentum Global International GOLD

Qualicor

Word steeds beter

Inzet van apotheek-assistenten op de afdelingen

Nele Schrooten & Elise Dekoninck, apothekers

Elise Dekoninck, apotheker

In 2020 startte een proefproject met een team van apotheek-assistenten op spoed. Intussen werd het project uitgerold op alle verblijfsafdelingen en in het operatiekwartier. Een team van 7 apotheekassistenten verzorgt de thuismedicatiebevraging, de verificatie en de registratie ervan in het medisch dossier. Ze staan ook in voor de educatie van patiënten, de opvolging van afdelingsvoorraden, het crediteren van medicatie bij het ontslag van een patiënt …

> Dit project verhoogt de veiligheid voor de patiënt en creëert tijdswinst voor verpleegkundigen.

Thuismedicatie bij een ongeplande opname

Patiënten die recent ongepland werden opgenomen via spoed, kwamen ongetwijfeld in aanraking met een apotheekassistent. Die doet namelijk de thuismedicatiebevraging aan de hand van het thuismedicatieformulier. Bij onduidelijkheden neemt hij/zij ook contact op met de familie/mantelzorger, de huisarts, de huisapotheker, de thuisverpleging …

Daarna registreert de apotheekassistent de thuismedicatie in de thuistherapie-module in KWS. Van hieruit kan de spoedarts dan vlot de medicatie voorschrijven die in het ziekenhuis verdergezet moet worden. De mee-gebrachte thuismedicatie wordt in een thuismedicatiezak verzameld.

Als de patiënt op spoed nog niet gezien kon worden door een apotheekassistent, doet een verpleegkundige de thuis-medicatiebevraging en de registratie. Nadien volgt dan een controle door een apotheekassistent. Die doet waar nodig verdere navraag en aanpassingen en maakt een opvolgnota voor de behandelende arts.

Anne-Marie Louwies, apotheekassistente

Getuigenis van een apotheekassistent

Het project begon met een klein team. Dat werd al snel uitgebreid met extra collega's, zodat we op meerdere afdelingen actief konden zijn. We proberen een brug te vormen tussen de verpleging en de artsen, met als gemeenschappelijk doel om de juiste medicatie aan de patiënt te geven. Daarbij focussen we ons op het in kaart brengen van de thuismedicatie. Hiervoor nemen we regelmatig contact op met de familie en de zorgverleners uit de eerste lijn. In de toekomst willen we extra inzetten op het informeren van patiënten bij hun ontslag, om zo de therapietrouw te verbeteren.

Nele Schrooten, apotheker

Elif Cetin, apotheekassistente

Thuismedicatie bij een geplande opname

Patiënten die opgenomen worden voor een geplande ingreep, krijgen de dag voor de opname een telefoontje van een apotheekassistent. Als de patiënt al op de preoperatieve raadpleging gezien werd, registreert die de wijzigingen rond thuismedicatie. Werd de patiënt nog niet gezien, dan bevraagt hij/zij de thuismedicatie van nul.

Tijdens de opname ondersteunt de apotheekassistent de verpleging door de medicatie uit de apotheek mee uit te pakken en eventueel bijkomende uitleg te geven aan de patiënt. Hij/zij draagt ook zijn/haar steentje bij aan het ontslag, door thuismedicatie klaar te zetten om mee te nemen naar het woonzorgcentrum (voor max. 24 uur) en de resterende medicatie te crediteren.

De inzet van apotheekassistenten op onze afdelingen is ook de Qualicor-auditoren niet ontgaan. We kregen van hen bijzondere waardering voor dit project.

Je kan de apotheekassistenten op de afdelingen bereiken via thuismedicatie@sfz.be.

Getuigenis van een arts

De hulp van apotheekassistenten op de afdelingen is een absolute troef. Als artsen hebben we dankzij hen een beter en completer overzicht van de thuismedicatie. Vanuit de thuistherapiemodule kunnen we deze medicatie ook vlotter voorschrijven. Daarnaast lijsten de apotheekassistenten aandachtspunten op in de opvolgnota's. Denk aan ontbrekende medicatie, dosisaanpassingen n.a.v. bijkomende info vanuit de eerste lijn, info over therapietrouw … Deze input is heel nuttig en helpt ons om het medicatieschema verder op punt te stellen. Dit project heeft dus zeker een meerwaarde!

Wil je een afspraak maken met onze peripartumcoach? Mail dan naar anke.vounckx@sfz.be of bel naar het algemene afsprakennummer (011 71 55 55).

Omgaan met emoties voor, tijdens en na de zwangerschap

Anke Vounckx, peripartumcoach

Op de zwangerschapsraadpleging worden alle vrouwen gescreend op mentale kwetsbaarheid en zo nodig doorverwezen voor individuele begeleiding. Ze kunnen dan terecht bij een peripartumcoach voor mentale ondersteuning tijdens de zwangerschap of na de bevalling, ook na een traumatische bevalling, miskraam of doodgeboorte.

Emotionele impact

Voor sommigen is zwanger worden erg moeilijk of zelfs onmogelijk. Een onvervulde kinderwens leidt vaak tot intense emoties en een rouwproces waarvan het verloop moeilijk te voorspellen is. Anderen worden dan weer heel snel zwanger en raken hierdoor overdonderd. Ook dit kan een rollercoaster aan emoties veroorzaken. Zeker als het gaat om een zwangerschap zonder partner of een tienerzwangerschap. Goede ondersteuning is dan erg belangrijk.

En wat als er helemaal geen zwangerschapswens is, maar wel plots een zwangerschap? Een ongewenste verandering in het leven van een koppel dat er nog niet klaar voor is. Laten ze de zwangerschap dan doorgaan? Die beslissing heeft een grote impact op hun leven en misschien zelfs op hun relatie.

Meer zorgen dan geluk

Eens de zwangerschap start, volgen er veel lichamelijke veranderingen. Die kunnen erg onaangename en lastige ervaringen met zich meebrengen. Soms wordt het geluksgevoel dan ook overschaduwd door de vele ongemakken. Daarnaast kunnen er gevoelens van onzekerheid en angst ontstaan. Verloopt de zwangerschap ongecompliceerd? Gaat het kindje gezond zijn?

Deze gevoelens kunnen gaan overheersen, waardoor er steeds minder genoten wordt van de zwangerschap. Piekergedachten verstoren de slaap en zorgen voor onrust in de voorbereiding naar het prille ouderschap. Deze voorbereidingen en lastige emoties gaan soms ook gepaard met heimwee naar het leven voor de zwangerschap.

Relatie met de partner

Ook partners worden blootgesteld aan al deze veranderingen. Soms hebben ze het moeilijk om hiermee om te gaan en kan de relatie onder druk komen te staan. Destructieve manieren van ruzie maken en een lichaam vol emoties kunnen zelfs aanleiding geven tot intrafamiliaal geweld. Koppels moeten dus zoeken naar een manier om toch verbonden te blijven met elkaar.

Periode na de bevalling

Wanneer de bevalling in zicht is, kunnen er opnieuw onzekerheden opduiken. Deze angsten in kaart brengen, een goede voorbereiding en voldoende informatie kunnen dan helpen. Hetzelfde geldt voor de periode na de bevalling. Dan begint vaak een nieuwe zoektocht. Bijvoorbeeld, wanneer de bevalling niet verlopen is zoals verwacht en de ouders een moeilijke start kennen.

Bij een vroegtijdig verlies van de zwangerschap of bij een kindje dat niet gezond of levensvatbaar blijkt te zijn, moeten de ouders dan weer hun weg zoeken in het rouwproces.

Begeleiding en ondersteuning

De periode van het ontstaan van de kinderwens tot na de geboorte van een kindje is een van de kwetsbaarste momenten in het leven. Het is een periode waarin er zowel op fysiek als op mentaal vlak veel verandert. Als ouder kom je terecht in een zee van emoties. Deze emoties erkennen (en ermee omgaan) vraagt om de nodige kracht.

Begeleiding en ondersteuning bieden bij deze zoektocht is een belangrijke opdracht van de peripartumcoach. Die helpt ouders om hun gevoelens te verwerken en goed voor zichzelf te blijven zorgen, ook als het moeilijk gaat.

Wat is het polycysteus ovarium-syndroom?

Dr. Aleide Vandewal, gynaecoloog

Het polycysteus ovariumsyndroom (PCOS) is een veelvoorkomende hormonale stoornis die vrouwen in de reproductieve leeftijd treft. De exacte oorzaak ervan is nog altijd niet volledig bekend. Wereldwijd wordt geschat dat 10% van de vrouwen PCOS heeft. Het is een van de belangrijkste oorzaken van subfertiliteit. Symptomen worden vaak onder- of verkeerd gediagnosticeerd. In dit artikel gaan we dieper in op onder andere de pathofysiologie, de diagnose en de behandeling.

Pathofysiologie

Bij PCOS wordt er een overmaat aan androgenen geproduceerd in de thecacellen van follikels en ovarieel stroma, waardoor de communicatie tussen theca- en granulosacellen verstoord wordt. Antrale follikels matureren niet, gaan in atresie en migreren naar de rand van het ovarium. De normale cyclische fluctuatie van reproductieve hormonen wordt afgevlakt, waardoor patiënten in een acyclische steady-state terechtkomen. De LH-secretie stijgt door hyperandrogenisme.

Insulineresistentie ter hoogte van metabole weefsels zorgt dan weer voor een compensatoire hyperinsulinemie. Die stimuleert thecale en stromale cellen voor androgenenproductie, die op hun beurt de LH-concentraties doen toenemen. Deze insulineresistentie kan aangeboren zijn of gestimuleerd worden in de puberteit door obesitas of overgewicht.

PCOS is deels genetisch bepaald. Risicofactoren zijn obesitas en overgewicht. Door een verstoorde glucosehuishouding en insulineresistentie zorgt PCOS ook voor een verhoogd risico op zwangerschapsdiabetes en type 2 diabetes/metabool syndroom op latere leeftijd.

Diagnose

- Endocrinologische kenmerken
  - Hoognormaal of verhoogd LH, verhoogde verhouding LH/FSH (> 2)
  - Verhoogde concentratie AMH (antimulleriaans hormoon, een maat voor de ovariële reserve) door meer granulosacellen van kleine follikels (normaalwaarden van 0,36 tot 5,15 µg/l)
  - Verhoogde productie van androgenen in de ovaria: androsteendion en testosteron
  - Verhoogde nuchtere insuline
- Echografische kenmerken
  - Vergrote ovaria (≥ 10 cm^3) met randstandige cystische atretische follikeltjes (≥ 25) van 2 tot 5 mm (ovaria zonder recente corpora lutea)

Volgens de Rotterdam-criteria kunnen we van PCOS spreken als minstens 2 van deze 3 kenmerken aanwezig zijn:

1. Klinisch hyperandrogenisme (= hirsutisme, Ferriman-Gallweyscore > 8) en/of biochemisch hyperandrogenisme

2. Oligo-amenorroe of evidentie van anovulatie (negatieve progesteronmetingen, cycli > 6 weken)

3. PCO-ovaria bij pelvische echografie

PCOS kan zowel bij slanke als bij obese vrouwen voorkomen. Bij een normaal BMI spreken we van *lean* PCOS. Hierbij is vooral LH de aandrijvende factor, door toegenomen hypofysaire sensitiviteit aan GnRH of veranderde GnRH-secretiepatronen. Bij obesitas of overgewicht en bij metabool syndroom spreken we van *insulin-driven* PCOS.

Onderzoek

Het is belangrijk om een klinisch onderzoek te doen, waarbij het gewicht, de lengte en de Ferriman-Gallweyscore (hirsutisme) bepaald worden. Hierbij kan een nuchtere bloedafname in de vroegfolliculaire fase (dag 1-3 van de menstruatie), waarbij LH, FSH, oestradiol, progesteron, androsteendion, testosteron, SHBG en albumine bepaald worden, al in de juiste richting wijzen. Daar kunnen ook nog +17-OH-progesteron, prolactine, TSH, cortisol en IGF-1 bijkomen. Ook nuchtere glucose, het lipidenprofiel en insuline in screening naar metabool syndroom zijn relevant.

Bij patiënten met lange cycli of bijvoorbeeld amenorroe enkele maanden na de pilstop kan, na een negatieve hCG-test, een progesterondervingsbloeding uitgelokt worden met Duphaston (voorbeeldschema: 5 dagen 2 x 10 mg). Die bewijst voldoende opbouw van het endometrium.

Patiënten worden best verwezen naar gynaecologie voor een pelvische echo. Daarbij worden de ovaria gemeten en de antrale follikels geteld.

Evolutie

In de tweede helft van de reproductieve periode verbetert de klinische expressie van PCOS vaak. Door testosterondaling worden de cycli dan regelmatiger. Toch hebben deze patiënten een blijvend verhoogd risico op endometriumcarcinoom door overproductie van androgenen en oestrogenen. Daarnaast is er een verhoogd cardiovasculair risico en wordt er best regelmatig gescreend op DM type 2, hypertensie, dislipidemie en ischemisch hartlijden.

> PCOS is deels genetisch bepaald. Risicofactoren zijn obesitas en overgewicht.

Behandeling

Als de patiënte geen zwangerschapswens heeft, maar wel klachten van bijvoorbeeld acne of hirsutisme, dan kan er een combinatiepil gestart worden. Hierdoor wordt de SHBG-productie gestimuleerd en daalt de vrije fractie van testosteron. De combinatie met de onderdrukking van de LH-secretie zorgt voor een verminderde androgenenproductie in de thecacellen. Bij obesitas en metabole disfunctie worden best aanpassingen aan de levensstijl besproken, soms met opstart van Metformine.

Onderzoek naar de rol van myo-inositol in de glucosehuishouding en signaalpathway van insuline heeft geleid tot het toedienen van het voedingssupplement Inofolic aan patiënten met PCOS. Dit supplement bevat zowel foliumzuur als myo-inositol. Bij gebruik worden regelmatigere cyclussen vastgesteld. Het onderzoek naar zwangerschapskansen onder Inofolic loopt nog.

Bij een zwangerschapswens en *insulin-driven* PCOS kan Metformine opgestart worden. Dit heeft wel een relatief traag effect. Bij *LH-driven* PCOS of wanneer Metformine geen effect heeft, wordt ovulatie-inductie in de vorm van clomifeencitraat of letrozole gestart. Door het verhoogde risico op hyperstimulatie worden deze patiënten wel best regelmatig echografisch opgevolgd. Als er geen zwangerschap volgt na 3 tot 6 cycli kunnen er lage dosissen exogene gondatrofines toegediend worden. Soms wordt er dan ook ovariumkapseldrilling voorgesteld.

Besluit

PCOS treft vrouwen in de reproductieve leeftijd, maar heeft ook gevolgen voor hun latere leven (opvolging en preventie van metabool syndroom). Het wordt vastgesteld op basis van een combinatie van symptomen en afwijkende echografische of bloedtesten. De behandeling hangt af van de situatie van de patiënte: is er nood aan symptoomcontrole of heeft ze een zwangerschapswens?

Nieuw zorgpad voor laagrisicozwangeren

Dr. Anke Thaens, gynaecoloog

In 2017 werd de aftrap gegeven van een belangrijke samenwerking tussen gynaecologen, eerstelijnsvroedvrouwen en huisartsen in Zuidwest-Limburg. De missie van dit samenwerkingsverband? Een gezamenlijk zorgpad voor laagrisicozwangeren uitwerken.

Binnen de geldende (terugbetalings-) situatie is er verwarring mogelijk over wie wanneer voor een zwangere vrouw zorgt. Patiënten komen vaak eerst bij hun huisarts terecht voor een eerste bloedafname en bevestiging van de zwangerschap. Nadien gaan ze meestal naar een gynaecoloog in het ziekenhuis, met wie ze afspraken maken voor de hele zwangerschap. Later in de zwangerschap komt dan de eerstelijnsvroedvrouw in beeld. Ook zij plant een aantal contactmomenten in.

De opvolging van laagrisicozwangeren wordt zo versnipperd en onoverzichtelijk, met vaak dubbele controles. Dat is jammer voor alle betrokken partijen die hier hun tijd, energie en middelen insteken.

De juiste zorg op het juiste moment

Het werd een gezamenlijke uitdaging om de timing, inhoud en geschiktste zorgverlener voor elk contactmoment uit te werken. Zo kunnen sommige controles, zoals de structurele echo, beter bij de gynaecoloog gebeuren. Op andere momenten in de zwangerschap is de patiënte beter af bij de vroedvrouw, bijvoorbeeld voor een uitgebreid consult met counseling over borst- of flesvoeding. De huisarts is dan weer de zorgverlener bij uitstek voor de allereerste controle en bloedafname en voor counseling over infectiepreventie.

Een goede samenwerking drong zich dus op. Ziekenhuisvroedvrouwen en gynaecologen uit de 4 betrokken ziekenhuizen (het Jessa Ziekenhuis in Hasselt, het Sint-Trudo Ziekenhuis in Sint-Truiden, het az Vesalius in Tongeren en het Sint-Franciscusziekenhuis in Heusden-Zolder), huisartsen uit de verschillende LOK-groepen en eerstelijnsvroedvrouwen uit de hele regio werden afgevaardigd voor een reeks bijeenkomsten met veel kritische vragen, opzoekwerk en overleg. Na een covid-onderbreking gingen we met nog meer enthousiasme verder.

Duidelijk schema

Vandaag delen we met veel trots ons gezamenlijke opvolgschema voor laagrisicozwangeren. In dit document wordt voor elk consult aangegeven wanneer het best plaatsvindt en wie de geschiktste zorgverlener is. Verder hebben we per consult uitgeschreven wat er nagegaan, onderzocht en besproken moet worden, met referenties, documentatie en uitleg erbij.

Daarnaast hebben we een handig schema gemaakt, waarin alle info kort en overzichtelijk weergegeven wordt. Hiermee kan ook de aanbevolen timing van de verschillende contactmomenten berekend worden, op basis van de uitgerekende datum. Zo wordt het voor de laagrisicozwangere snel duidelijk bij wie ze wanneer best komt.

Natuurlijk vraagt dit om een goede samenwerking, met vertrouwen in elkaar. Alle zorgverleners moeten zich houden aan het gezamenlijke opvolgschema, om dubbele consulten effectief te vermijden. Tegelijk geven we de laagrisicozwangere meer verantwoordelijkheid over haar zwangerschap. Ze weet waarvoor en wanneer welke consulten aanbevolen worden en kan zelf haar planning volgen. Het moederboekje van Kind en Gezin kan ook dienen als communicatiemiddel tussen de verschillende zorgverleners.

Goede samenwerking

Belangrijk om te benadrukken is dat het hier alleen gaat over laagrisicozwangeren. Als er vooraf grote problemen bij de moeder zijn of als er problemen opduiken tijdens de zwangerschap, moet de gynaecoloog het opvolgschema herbekijken op maat van de zwangere. We stelden een lijst met indicaties op die kan helpen bij deze risicostratificatie.

We zijn allemaal erg trots op ons werk. We zijn niet de eerste groep met een gezamenlijk zorgpad voor zwangeren (onder andere de groep rond Leuven deed het ons voor), maar de uitgebreidheid van deze samenwerking is wel uniek. Daarmee bijten we de spits af in Limburg.

We stellen ons zorgpad graag aan je voor tijdens ons symposium op zaterdag 6 mei (zie uitnodiging hiernaast).

UITNODIGING **SYMPOSIUM**

Andreaz bevalt van eerste zorgpad: Laagrisicozwangerschap

ZATERDAG 6 MEI 2023

De prenatale opvolging van een zwangere vrouw is op dit moment gefragmenteerd. Er verschijnen heel wat zorgactoren op het toneel die individueel betrokken zijn, vaak op diverse zorgniveaus. Velen van hen bieden daarbovenop prenatale infosessies aan. Denk aan eerstelijnsvroedkundigen en ziekenhuizen. Een consistente opvolging van laagrisicozwangerschappen is vaak zoek in ons gezondheidszorgsysteem.

Een gebrek aan organisatie en coördinatie draagt bij tot het ontstaan van een paradoxale situatie: enerzijds stelt men onderconsumptie van zorg vast bij de (sociaal) kwetsbare doelgroep, anderzijds is er een deel van de bevolking dat eerder aan overconsumptie van prenatale zorg doet. Verschillende factoren dragen daartoe bij.

In dit symposium presenteren we met trots het zorgpad laagrisicozwangerschappen. We vertellen over onze nieuwe visie, die over grenzen van beroepsgroepen of instellingen heen gaat en gebaseerd is op de KCE-richtlijnen. Dit zorgpad is uitgewerkt door huisartsen, eerstelijnsvroedkundigen, gynaecologen en vroedkundigen van het ziekenhuisnetwerk Andreaz.

PROGRAMMA

MODERATOR: DR. ANNICK SCHREURS, KLINIEKHOOFD VERLOSKUNDE JESSA ZIEKENHUIS, HASSELT

8u30 – 9u00 **Onthaal met warme dranken**

9u00 – 9u10 **Welkomstwoord**
Prof. dr. Piet Stinissen, voorzitter Andreaz-netwerk

9u10 – 9u30 **Een zorgpad voor laagrisico-zwangeren: hoe, wat, waarom?**
Dr. Anke Thaens, gynaecologe Sint-Franciscusziekenhuis, Heusden-Zolder

9u30 – 9u50 **Wie wel, wie niet? Inclusie- en exclusiecriteria voor een laagrisicozwangerschap**
Dr. Christa Eerdekens, medisch diensthoofd gynaecologie Sint-Trudo Ziekenhuis, Sint-Truiden

9u50 – 10u10 **En is het al begonnen? Wat als de natuur het niet zelf doet?**
Professionele zorg na de uitgerekende datum
Dr. Miriam Henskens, gynaecologe az Vesalius, Tongeren
Mevr. Leen Vanespen, vroedkundige az Vesalius, Tongeren

10u10 – 10u30 **PAUZE**

10u30 – 10u50 **Vitamine D: supplement voor twee**
Dr. Leen Bouwen, huisarts West-Limburg

10u50 – 11u10 **Less is more?! Richtlijnen voor navelzorg**
Mevr. Sanne Schoubben, vroedkundige bij vroedvrouwenpraktijk Bewonder

11u10 – 11u40 **Panelgesprek met sprekers o.l.v. moderator dr. Annick Schreurs**
Kliniekhoofd verloskunde en gynaecologe Jessa Ziekenhuis, Hasselt

11u40 – 12u00 **Verlost, en nu?**
Mevr. Uwe Porters, vroedkundige, auteur en moeder

12u00 – 12u05 **Afsluitend woord hoofdartsen Andreaz**
Dr. Alex Breugelmans, az Vesalius, Tongeren
Dr. Steven Pans, Sint-Franciscus-ziekenhuis, Heusden-Zolder

12u05 – 13u00 **Netwerkreceptie**

Locatie

Universiteit Hasselt
Oude Gevangenis
Martelarenlaan 42,
3500 Hasselt

Inschrijven

- Graag inschrijven voor zaterdag 29 april 2023.
- Inschrijven via www.jessazh.be/andreaz-bevalt-van-eerste-zorgpad.
- Deelname is gratis.
- Accreditatie voor artsen is aangevraagd (ethiek en economie).

Insulinepompen anno 2023

Dr. Heidi Vanderstappen, endocrinoloog

In december 2021 werd voor het eerst een insulinepomp opgestart bij een patiënt in SFZ. Dat was niet zomaar een pomp, maar ineens het neusje van de zalm: de MiniMed 780G. Iets meer dan een jaar later dragen meer dan 20 patiënten in onze diabetesconventie een insulinepomp en staan er nog eens zoveel gepland voor 2023. Een insulinepomp is dan ook de behandeling bij uitstek voor een type 1-diabetespatiënt, aangezien de fysiologische glucoseregulatie hiermee het best wordt nagebootst.

Dr. Heidi Vanderstappen, endocrinoloog

Wat zijn de voordelen voor de patiënt?

We mogen spreken van een algemene patiënttevredenheid over de MiniMed 780G. Tot nu toe heeft niemand spijt van zijn therapieswitch. Ook wij, artsen en educatoren, zijn enthousiast. Zozeer zelfs dat we al onze type 1-diabetici proberen te overtuigen om over te schakelen van pen- naar pomptherapie.

Bij de MiniMed 780G stuurt de sensor (die de glycemiewaarden registreert) onmiddellijk feedback naar de pomp (die de insuline toedient). De insuline wordt continu toegediend, waarbij de snelheid van toediening elke 5 minuten wordt aangepast aan de glycemiewaarde op dat moment en volgens een algoritme gebaseerd op de glycemieregeling van de afgelopen weken.

Zo geniet de patiënt zowel overdag als 's nachts van een stabielere glycemie-regeling en heeft hij minder kans op hypoglycemie. Dat leidt tot een betere nachtrust, een beter prestatievermogen en meer vrijheid tijdens het werk en in de vrije tijd door minder (angst voor) hypo's.

Daarbovenop dient de patiënt voor elke maaltijd zelf nog een hoeveelheid insuline toe, berekend door de pomp op basis van de hoeveelheid koolhydraten en met behulp van een wizard. Ook dit biedt de patiënt meer gemak en vrijheid, in dit geval op het vlak van maaltijden.

> Met deze pomp geniet de patiënt van een stabielere glycemie-regeling en heeft hij minder kans op hypoglycemie.

Wat moet de patiënt zelf nog doen?

De patiënt moet zich vooral de technische aspecten van de pomp eigen maken: de sensor en infusieset plaatsen en vervangen, de pomp vullen met insuline en de pomp bedienen. Omdat de pomp 'vasthangt' aan de buik, moet hij ook uittesten hoe hij die comfortabel en discreet kan dragen. We merken dat patiënten hier erg vindingrijk in zijn. Tot slot moet hij leren bepalen hoeveel koolhydraten hij bij elke maaltijd moet ingeven.

Voor de rest moet de patiënt zich geen zorgen meer maken over de glycemieregeling, mede dankzij de alarmen voor hoge en lage glycemiewaarden. Natuurlijk moet hij wel reageren op elk alarm.

Hoe werd dit project geïmplementeerd?

Uiteraard komt er heel wat kijken bij de implementatie van een nieuwe therapie:

- Opleiding van artsen/educatoren en intensieve begeleiding door de firma Medtronic
- Blijvende uitwisseling van ervaringen
- Continue en snelle bereikbaarheid om vragen of problemen van patiënten op te lossen (hiervoor kunnen we rekenen op de service van Medtronic)

Het spreekt voor zich dat we dit project nooit hadden kunnen verwezenlijken zonder de dagelijkse inzet van onze educatoren. We zijn dan ook trots op wat we al gepresteerd én geleerd hebben. Maar we kijken vooral vol enthousiasme uit naar wat we onze patiënten de volgende jaren zullen kunnen bieden om het leven met diabetes draaglijker te maken.

De pomp verbetert snel het comfort en de levenskwaliteit van de patiënt.

Begeleiding bij de opstart van een insulinepomp

Tieneke Silkens, diëtiste, diabeteseducator en -coördinator

Na het advies van de endocrinoloog om over te schakelen naar pomptherapie, doorlopen we een duidelijk uitgestippeld traject om de insulinepomp op te starten. Daarbij proberen we de patiënt zoveel mogelijk te betrekken.

Voorbereiding

Tijdens de voorbereidingen laten we de patiënt kennismaken met onze demopomp, sensoren, accessoires ... Daarna brengen we zijn motivatie en verwachtingen in kaart.

Om de insulinepomp efficiënt te gebruiken, moet de patiënt het juiste aantal koolhydraten ingeven. Doet die dat niet, dan kan de pomp niet berekenen hoeveel insuline de patiënt nodig heeft. Ook niet als ze zowel voor de basaalstand als voor de boluscalculator goed ingesteld is.

We besteden daarom veel aandacht aan inzichten in voeding en verpakkingen en aan het eetdagboekje. Door voedingsmiddelen zoals aardappelen, pasta, rijst en brood af te wegen, kunnen we nauwkeuriger de portie bepalen. Er bestaan veel apps om makkelijk koolhydraten te berekenen, maar wij werken vooral met Mijn Eetmeter en FatSecret.

De pomp heeft verschillende bolusopties voor verschillende maaltijden. Koolhydraten worden namelijk niet altijd op dezelfde manier opgenomen. Bij een maaltijd die naast koolhydraten ook veel vetten bevat, worden de koolhydraten bijvoorbeeld langzamer opgenomen in het bloed. De insuline moet dan ook gespreid afgegeven worden.

Naast voeding heeft ook sport een invloed op de glycemie. Daarom geven we de patiënt de nodige tips om de basaalstand van de pomp tijdelijk in te stellen, om zo het risico op hypo's te verkleinen.

Selda Pomar, verpleegundige-diabeteseducator

Opstart

Een verpleegkundige-educator en een diëtiste-educator geven begeleiding in kleine groepen.

Op **dag 1** starten ze de MiniMed 780G-pomp met de Guardian 4-sensor op. Ze overlopen de instellingen van de pomp, vullen het reservoir en plaatsen de infusieset. De Guardian 4 wordt meteen geplaatst, zodat de patiënten ook meteen beschermd zijn tegen hypo's. De MiniMed 780G volgt minstens 3 dagen in de manuele modus.

Op **dag 2** overlopen ze opnieuw de instellingen van de MiniMed 780G en leggen ze CGM (continue glucosemonitoring) verder uit. De patiënten mogen ook met demomateriaal oefenen op de plaatsing van de Guardian 4-sensor. Die meet elke 5 seconden de glucosewaarde.

Op **dag 5** schakelen ze de MiniMed 780G over van manuele modus naar smartguard (automatische modus). Vanaf dan past de pomp automatisch de insulinetoediening aan op basis van de glucosewaarde (doorgekregen via de sensor), om zo te beschermen tegen te hoge of te lage waarden. Bij een misrekening van de hoeveelheid koolhydraten of een gemiste maaltijdbolus corrigeert de pomp met extra insulinetoediening. Bij te lage glycemie verlaagt de toediening of stopt de tijdelijke toediening van basale insuline. De afgifte hervat automatisch bij een normale glucosewaarde.

Evaluatie

De patiënten komen terug voor een evaluatie 10 dagen na de opstart van de MiniMed 780G. We bekijken dan samen de rapporten en instellingen en passen ze aan indien nodig. Tussentijds zijn we ook altijd bereikbaar op weekdagen voor dringende vragen.

De voorbereiding en overschakeling naar de MiniMed 780G is intensief, zowel voor de patiënt als voor ons als diabetesteam. Maar de pomp geeft ons wel veel voldoening: ze voldoet aan de verwachtingen en verbetert snel het comfort en de levenskwaliteit van de patiënt.

Nieuwe artsen

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

Dr. Dorien Geusens
Gastro-enterologie

Dr. Dorien Geusens behaalde haar diploma geneeskunde aan de KU Leuven in 2015. Ze volgde haar specialistenopleiding inwendige geneeskunde in het UZ Leuven, het Jessa Ziekenhuis (Hasselt) en het Sint-Trudo Ziekenhuis (Sint-Truiden). Daarna voltooide ze haar opleiding gastro-enterologie in het ZOL (Genk), het UZ Leuven en de Newcastle upon Tyne Hospitals in het Verenigd Koninkrijk.

Dr. Geusens heeft een bijzondere interesse in de digestieve oncologie en volgde hiervoor een bijkomend fellowship in het Imeldaziekenhuis (Bonheiden) en het UZ Leuven. Sinds 1 maart 2023 versterkt ze ons team van gastro-enterologen.

Dr. Femke Meynen
Reumatologie

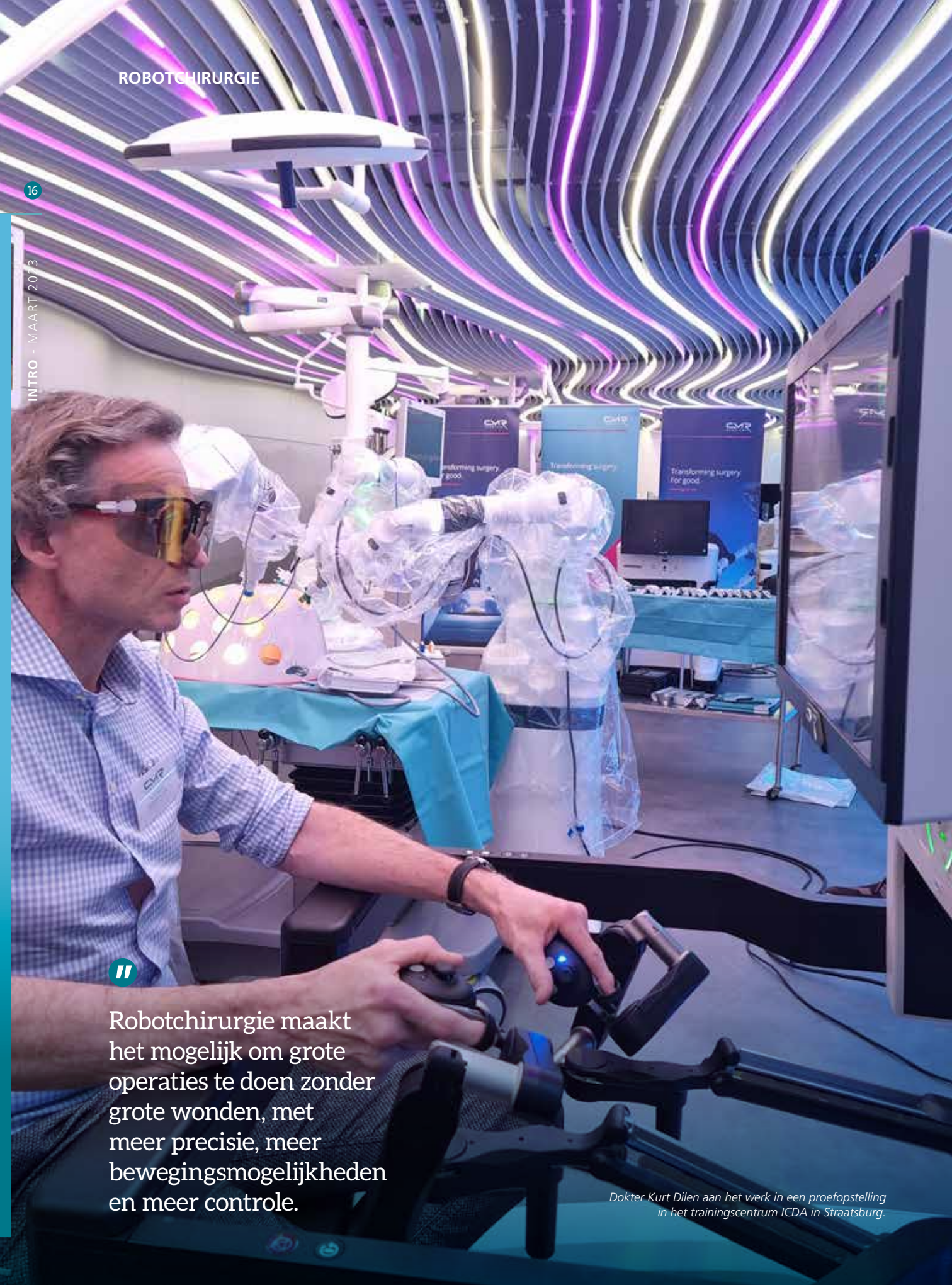
Dr. Femke Meynen behaalde haar master in de huisartsengeneeskunde aan de KU Leuven. Daarna specialiseerde ze zich in de reumatologie in het Maastricht Universitair Medisch Centrum. Ze werd erkend als reumatoloog in 2019. Sinds 1 september van dat jaar werkt ze in het Reuma Instituut en het Jessa Ziekenhuis (Hasselt). Sinds januari 2023 is ze ook deeltijds actief in het Medisch Centrum in Beringen.

Dr. Meynen woont met haar gezin in Lanaken.

Dr. Umit Karaca
Pneumologie

Dr. Umit Karaca groeide op in Leopoldsburg en studeerde geneeskunde aan de Universiteit Maastricht. Daarna specialiseerde hij zich in de pneumologie in het Zuyderland Medisch Centrum Heerlen. Als arts-assistent in opleiding deed hij ervaring op in wetenschappelijk onderzoek en in de commissie voor patiëntgerichte zorg. Binnen de pneumologie heeft dr. Karaca een speciale interesse in slaapstoornissen. Sinds 1 maart versterkt hij ons team van pneumologen.

Dr. Karaca is vader van 2 kinderen en woont samen met zijn gezin in Zonhoven.



Robotchirurgie maakt het mogelijk om grote operaties te doen zonder grote wonden, met meer precisie, meer bewegingsmogelijkheden en meer controle.

Dokter Kurt Dilen aan het werk in een proefopstelling in het trainingscentrum ICDA in Straatsburg.

Hoogkwalitatieve robotchirurgie in SFZ

Gesteund door de medische equipe van specialisten besliste SFZ het chirurgisch robotsysteem Versius aan te kopen, het nieuwste in zijn soort. Momenteel wordt het toestel gebruikt door de diensten gynaecologie, abdominale heelkunde en urologie. In een volgende stap breiden we uit naar nog meer disciplines. Met dit systeem kunnen patiënten in veilige omstandigheden en met grote precisie geopereerd worden, met een minimum aan risico's.

Minder risico's, vlotter herstel

Versius is een robotsysteem van CMR Surgical dat wereldwijd gebruikt wordt door chirurgen in de gynaecologie, urologie, algemene, colorectale en thoracale chirurgie. Het is een klein en draagbaar systeem met een open console en 4 onafhankelijke bedside-units. Chirurgen kunnen hiermee minimaal invasieve ingrepen uitvoeren, zelfs bij complexe operaties. Zo dalen de risico's en kunnen patiënten vlotter herstellen.

Optimale werkomstandigheden

De robot heeft tal van voordelen voor chirurgen:

- ✓ Hoog niveau van nauwkeurigheid door een gamma van instrumenten met volledige pols-rotaties, gecombineerd met een verbeterd 3D-hd-zicht
- ✓ Grotere precisie en controle bij complexe ingrepen en moeilijk bereikbare plaatsen
- ✓ Grote vrijheid bij de plaatsing van de poorten, die ook klein zijn

Door die laatste eigenschap kunnen chirurgen opereren zoals ze dat laparoscopisch deden, maar met de voordelen van robotchirurgie. Dankzij het ergonomisch ontwerp van de console kan de chirurg ook comfortabel staan of zitten. Zo heeft hij minder last van vermoeidheid tijdens lange ingrepen.

Teamwerk bij ingrepen

Versius vraagt om het nodige teamwerk. Het systeem staat naast de operatietafel en bestaat uit enkele robotarmen. De operatieverpleegkundige kan hierin medische instrumenten plaatsen. Die kunnen helemaal rond hun as draaien. De chirurg krijgt zo nog meer bewegingsruimte in het operatiegebied. De medische instrumenten worden ingebracht in het lichaam van de patiënt via enkele sneetjes van 1 tot 2 cm.

De chirurg zit achter een bedieningspaneel. Hiermee bestuurt hij de robotarmen en de medische instrumenten. Het paneel en het systeem zijn met elkaar verbonden via een computer. Het systeem reageert op wat de chirurg doet via het bedieningspaneel en zet die bewegingen meteen om in precieze bewegingen voor de medische instrumenten.

Om in het operatiegebied te kunnen kijken, brengt de chirurg met een robotarm een kleine camera in het lichaam van de patiënt. De geprojecteerde beelden worden weergegeven in 3D en zijn sterk uitvergroot. Zo kan de chirurg zijn operatieveld tot in de kleinste details bekijken. De andere leden van het team kijken mee op grote schermen, waarop dezelfde beelden geprojecteerd worden.

Robotchirurgie maakt het dus mogelijk om grote operaties te doen zonder grote wonden, met meer precisie, meer bewegingsmogelijkheden en meer controle. En dat alles in een klein operatiegebied.

Continu leren en verbeteren

Het systeem legt alle zinvolle gegevens vast met zijn brede digitale ecosysteem. Zo kunnen we nieuwe inzichten verzamelen en onze chirurgische zorg verder verbeteren.

Eerste toestel in de Benelux

Het toestel in SFZ is het eerste dat gebruikt wordt in de Benelux. De eerste ingrepen op de planning zijn een hysterectomie (gynaecologie), bekkenbodemchirurgie, gevolgd door geselecteerde colon- en bariatrische ingrepen (abdominale heelkunde) en urologische ingrepen.

Nieuw-bouw-plannen worden concreet

Wim Pluymers, bouwcoördinator

Toen SFZ in 2011 in volle verbouwingsfase was, dienden we een aanvraag in bij de Vlaamse overheid voor de bouw van een bijkomende vleugel. We namen alle voorzorgen op het terrein, opdat de uitbreiding zo weinig mogelijk impact zou hebben op de werking van het ziekenhuis. Niemand had toen vermoed dat het 10 jaar zou duren vooraleer het dossier, dat intussen ook aangepast werd door nieuwe maatschappelijke en zorgtechnische noden, goedgekeurd zou worden.

In de zomer van 2021 kwam eindelijk de goedkeuring. Toen konden we beginnen aan de vertaling van het aanvraagdossier naar een uitvoeringsdossier. Nu, bijna 2 jaar later, is het concept voor de nieuwe vleugel volledig afgewerkt. Het aanbestedingsdossier is ook overhandigd aan de geïnteresseerde consortia van architecten en aannemers. Zij buigen zich momenteel over onze ideeën voor een functioneel gebouw met 5 verdiepingen en een aangename parkzone, waarin zowel patiënten als familie in een huiselijke en open sfeer de beste zorgen kunnen krijgen.

Het kelderniveau

Op het kelderniveau van de nieuwe vleugel zal de PAAZ-afdeling patiënten in dagtherapie ontvangen. We voorzien voor deze patiënten verschillende therapielokalen. Daarnaast geven we hen de mogelijkheid om te ontspannen in een groene, verdiepte en afgesloten tuin, in een fitnessruimte of in een heuse sportzaal. Het digitale contact met de eigen leefwereld tijdens de vrije momenten zal ook eenvoudig en, indien nodig, zo discreet mogelijk verlopen.

De gelijkvloerse verdieping

Op de gelijkvloerse verdieping worden de opgenomen patiënten van de PAAZ gehuisvest. Hier kunnen 38 patiënten van dichtbij gevolgd worden en de nodige zorgen in aangepaste therapievorm krijgen. Deze patiënten kunnen ook onder begeleiding dezelfde ontspanningsfaciliteiten gebruiken als de patiënten in dagverblijf.

De eerste verdieping

De eerste verdieping is een uitbreiding van het bestaande dagziekenhuis: een ambulant behandelcentrum met 2 volwaardige operatiezalen voorzien van een laminaire flow en een identieke uitrusting als onze bestaande operatiezalen. Hier kunnen alle chirurgische ingrepen onder lokale en volledige verdoving, die in een dagziekenhuissetting mogelijk zijn, uitgevoerd worden. Verder zijn er 3 identiek uitgeruste behandelzalen voor tal van behandelingen, zoals infiltraties, en onderzoeken, zoals gastro- en coloscopie-onderzoeken.

> We hopen dat we de eerste nieuwe afdelingen eind 2025 in gebruik kunnen nemen.

We zorgen hier voor een goede doorstroming van patiënten en begeleiders, met een ruime wachtzaal, 7 anamnese- en omkleedlokalen en een zone waar meer dan 30 patiënten tegelijk onder centraal toezicht voorbereid kunnen worden of kunnen recoveren. Dankzij deze multifunctionele opstelling kunnen ingrepen of onderzoeken voor verschillende pathologieën naast elkaar uitgevoerd worden.

Ook de MKA-associatie zal op deze verdieping zijn patiënten onderzoeken en behandelen. De pijnverpleegkundige zal de patiënten voor de pijnbehandeling kunnen spreken, om daarna de behandeling eventueel nog bij te sturen.

De tweede verdieping

Op de tweede verdieping komt een verblijfsafdeling. Onze huidige afdeling geriatrie 1 verhuist naar hier. Dankzij een verbindingsbrug met een naastgelegen blok ontstaat er een geriatrisch platform dat op termijn tot 3 volwaardige aaneengesloten G-afdelingen kan bevatten. Centraal op deze verdieping, tussen de 3 genoemde afdelingen, is er ook ruimte voorzien voor dokterslokalen, revalidatie-, ergo- en gesprekstherapie en een centrale berging voor de 3 afdelingen.

De derde verdieping

Op de derde verdieping worden de oncologische en inwendige patiënten in daghospitalisatie behandeld. In totaal zullen meer dan 50 patiënten hun behandeling krijgen in een centrale zetelruimte, een 1-persoons- of een 2-persoonssetting, naargelang hun behoeften en gezondheidstoestand. De betrokken oncologen en het oncologisch supportteam zullen de patiënten ook in eigen gespreks- en onderzoekslokalen kunnen opvolgen.

De bereiding van de medicatie, onmiddellijk na het klinisch onderzoek, gebeurt op de verdieping zelf door de eigen apotheek in een speciaal hiervoor ontworpen cleanroom-opstelling. Daarna wordt de medicatie toegediend in een van de twee behandelruimtes.

Verbouwing verloskwartier

Tot slot verbouwen we ook het verloskwartier in het bestaande ziekenhuis. De nieuwe verloskamers worden modern uitgeruste ruimtes, waarin toekomstige ouders van bij hun aankomst in het ziekenhuis tot na de bevalling samen kunnen verblijven.

De start van de werken is voorzien rond de jaarwisseling 2023-2024. We hopen dat we de eerste nieuwe afdelingen eind 2025 in gebruik kunnen nemen.

Geavanceerde nieuwe labotoestellen:

Abbott-analyzers - chemie en immunochemie - klinisch labo

Yannick Wouters, apotheker
Wendy De Breucker, diensthoofd labo

In 2019 werd met het Andreaz-netwerk* een gezamenlijke openbare aanbesteding gedaan voor de chemie- en immunochemie-analyzers van het klinisch labo. Het doel was om uniformiteit doorheen het netwerk te creëren en een zo kostenefficiënt mogelijk systeem te voorzien. Hierbij stonden een aantal criteria voorop, zoals een kleine footprint, een hoge doorvoer van stalen, goede prestatiekenmerken en een verhoogde automatisatie ten opzichte van het oude systeem. Uiteindelijk bleken de toestellen van Abbott, de Alinity C en de Alinity I, de beste keuze te zijn.

* *Het Sint-Franciscusziekenhuis maakt deel uit van het ziekenhuisnetwerk Andreaz, samen met het Jessa Ziekenhuis (Hasselt), het az Vesalius (Tongeren) en het Sint-Trudo Ziekenhuis (Sint-Truiden).*

> We zijn ervan overtuigd dat deze vernieuwing in het labo een grote stap vooruit is voor SFZ.

Grote technische vooruitgang

Onze collega's van het az Vesalius en het Sint-Trudo Ziekenhuis mochten in 2021 al aan de implementatie van de toestellen beginnen. Ons ziekenhuis was eind 2022 aan de beurt, om in april 2023 volledig operationeel te zijn. De ingebruikname van dergelijke systemen kan namelijk enkele maanden in beslag nemen. Ze behoren tot het *core lab* en genereren de grootste hoeveelheid resultaten. Bijna elk afgenomen bloedmonster passeert eerst aan deze 2 systemen voordat het gebruikt wordt op andere werkposten.

Om aan een hogere automatisatie te voldoen, werd er ook gekozen voor de transportband van Abbott, de GLP-track. Die kan stalen op een geautomatiseerde manier vervoeren. De track is voorzien van een geïntegreerde bufferzone, centrifuge en aliquoter, wat zorgt voor meer standaardisatie en kortere rapporteringstijden. Dit is een grote vooruitgang ten opzichte van onze vorige analyzers, die enkel *stand-alone* gebruikt werden.

Dankzij de 2 Alinity C- en de 2 Alinity I-modules is vanaf nu ook de continuïteit van de analyse van stalen tijdens een onderhoud of technische panne verzekerd. Bovendien zijn we hiermee voorbereid op een mogelijke toename aan activiteiten en kunnen we blijven voldoen aan de behoeften van de patiënt en de zorgverleners in ons netwerk.

Betere samenwerking

Het is belangrijk om op te merken dat de hele implementatie geen plug-and-play gegeven was. Het hele laboteam heeft hard gewerkt aan een uitgebreide validatie om de prestatiekenmerken te verifiëren. We willen dan ook graag de laboranten bedanken, maar ook de directie, technische dienst en IT-afdeling. Iedereen heeft zijn steentje bijgedragen in soms zeer stressvolle omstandigheden.

Op dit moment zijn de Alinity-modules volledig operationeel. In de laatste fase van de implementatie worden ze nog gekoppeld aan de GLP-track. We zijn ervan overtuigd dat deze vernieuwing in het labo een grote stap vooruit is voor SFZ, dankzij de kortere rapporteringstijden en de mogelijkheid om uniform te werken met de collega's uit het netwerk. We kijken uit naar de verdere samenwerking met onze partners en naar de voordelen die de Alinity C en de Alinity I ons zullen bieden.

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, bereik je via het afsprakenbeheer op het nummer 011 71 55 55. Je kan ook toegang vragen tot onze digitale telefoongids door te mailen naar **communicatie@sfz.be**.

Wil je Intro liever digitaal ontvangen?

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

Mail je naam, functie, e-mailadres en gemeente naar communicatie@sfz.be of scan de QR-code en vul meteen je 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
Mevr. Diane Mombers

Redactieraad
Voorzitter: dr. Stijn Loonbeek
Redactie: dr. Fons Henckens, mevr. Diane Mombers

Foto's
Mine Daelemans, Kris Dexters

V.U.
Dr. Steven Pans

Hebben meegewerkt
Dr. Steven Pans, mevr. Nele Schrooten, apr. Elise Dekoninck, dr. Fons Henckens, dr. Heidi Vanderstappen, mevr. Tieneke Silkens, dr. Anke Thaens, dr. Aleide Vandewal, apr. Yannick Wouters, dhr. Wim Pluymers, mevr. Anke Vounckx