

INTRO

Nr. 83 - Maart 2026

Medisch informatieblad Sint-Franciscusziekenhuis Heusden-Zolder

Dermatologie

Ketamine-geïnduceerde
uropathie

Locoregionale anesthesie



VOORWOORD

Beste collega's, partners en lezers,

De eerste Intro van 2026 weerspiegelt niet alleen de brede expertise, de multidisciplinaire samenwerking en de innovatieve kracht binnen ons ziekenhuis, maar zet ook het proces naar onze nieuwe strategienota in de kijker. Deze nota vormt het kompas voor de komende drie tot vijf jaar, waarin we samen bouwen aan toekomstgerichte, veilige en warme zorg voor elke patiënt, met bijzondere aandacht voor intra- en transmurale samenwerking.



Dr. Steven Pans,
medisch directeur

De gezondheidszorg staat vandaag voor grote uitdagingen. Het zorglandschap verandert snel, de complexiteit van zorgvragen neemt toe, de verwachtingen van patiënten en hun naasten evolueren, en de samenwerking tussen ziekenhuis, huisartsen, eerstelijnspartners en mantelzorgers wordt steeds belangrijker. Onze strategienota benadrukt daarom het belang van verbinding, zowel binnen het ziekenhuis als met de bredere zorgnetwerken. We willen een voortrekkersrol blijven opnemen in geïntegreerde zorg, waarbij we samen met onze partners bouwen aan een efficiënt, mensgericht en duurzaam zorgcontinuüm.

De stijgende zorgvraag, de vergrijzing, de krapte op de arbeidsmarkt en de toenemende kosten vragen om doordachte keuzes en een wendbare organisatie. In onze strategienota kiezen we resoluut voor waardegedreven gezondheidszorg: zorg die maximaal bijdraagt aan de levenskwaliteit van onze patiënten, met aandacht voor patiëntervaring, uitkomsten, wensen en behoeften. Dat betekent dat we luisteren naar de stem van de patiënt en samen met hem en zijn omgeving zoeken naar de best mogelijke zorgoplossingen.

Innovatie blijft daarbij een drijvende kracht binnen het Sint-Franciscus-ziekenhuis. We investeren in digitale toepassingen, zoals telemonitoring bij

hartfalen, geavanceerde beeldvorming en robottechnologie in de orthopedie. Ook nieuwe technologieën, van digitale navigatie in de mond-, kaak- en aangezichtschirurgie tot de implementatie van een state-of-the-art SPECT/CT-toestel, maken onze zorg preciezer, veiliger en meer op maat van de patiënt. Innovatie betekent voor ons ook het versterken van multidisciplinaire samenwerking, zodat zorgtrajecten optimaal aansluiten bij de noden van elke patiënt.

Samen willen we de zorg anders organiseren. Waar de focus vroeger sterk lag op curatieve zorg, verbreden we vandaag nadrukkelijk onze blik naar het volledige zorgcontinuüm. Preventie, herstel, zelfredzaamheid en welzijn krijgen een prominentere plaats in onze werking. Dat sluit naadloos aan bij initiatieven zoals het vernieuwde parkinsonrevalidatieprogramma, de menopauzekliniek en de implementatie van telemonitoring bij hartfalen – trajecten die patiënten ondersteunen in elke fase van hun zorgpad.

Onze kracht ligt in verbinding: tussen disciplines, tussen ziekenhuis en eerste lijn, en tussen zorgverlener en patiënt. We bouwen aan geïntegreerde zorgtrajecten waarin samenwerking met huisartsen, eerstelijnspartners en mantelzorgers centraal staat. Ook de inzet van onze vele vrijwilligers maakt onze zorg

niet alleen kwalitatief, maar ook warm en toegankelijk. Zij zijn vaak een eerste aanspreekpunt voor patiënten. Door onze krachten te bundelen, creëren we samen een efficiënt en mensgericht zorgcontinuüm.

In deze Intro belichten artsen en zorgverleners uiteenlopende thema's binnen onder meer de dermatologie, urologie, locoregionale anesthesie en de nieuwste ontwikkelingen in beeldvorming en diagnostiek. Dr. Brecht Jacobs bespreekt daarbij een bijzonder actueel thema: ketamine-geïnduceerde blaasproblematiek. Daarnaast verwelkomen we nieuwe collega's die met hun expertise en engagement onze teams versterken. Elk artikel weerspiegelt onze ambitie om kwalitatieve, veilige en toekomstgerichte zorg te bieden.

De toekomst van het Sint-Franciscus-ziekenhuis is er één van ambitie, innovatie en verbondenheid. Samen maken we elke dag het verschil voor onze patiënten: als artsen, verpleegkundigen en medewerkers, samen met huisartsen, eerstelijnspartners en vrijwilligers. Met de nieuwe strategienota als leidraad kijken we vooruit en bouwen we verder aan een inspirerende en gezonde toekomst.

Trots op ons verleden, klaar voor de toekomst.

Samen richting geven in een snel veranderend zorglandschap

De zorg staat niet stil. Integendeel: maatschappelijke verwachtingen, hervormingen in het zorglandschap, technologische ontwikkelingen en demografische verschuivingen volgen elkaar in hoog tempo op. Wat gisteren vanzelfsprekend was, staat vandaag ter discussie. Dat vraagt van zorgorganisaties niet alleen aanpassingsvermogen, maar vooral een duidelijke koers en de moed om ver vooruit toekomstgericht te denken.

Ook voor het Sint Franciscusziekenhuis is dit een bepalend moment. Als regionaal ziekenhuis voelen we dagelijks de impact van die veranderingen: de toenemende complexiteit van zorgvragen, de druk op mensen en middelen en de nood aan samenwerking over organisatiegrenzen heen. Tegelijk zien we daarin geen bedreiging, maar een uitnodiging om onze rol bewust en ambitieus op te nemen.

Die ambitie vertrekt vanuit een duidelijke overtuiging: **kwalitatieve en toegankelijke zorg is het sterkst wanneer ze regionaal verankerd blijft, dicht bij patiënten en zorgverleners, én ingebed is in een krachtig netwerk van partners.**

De voorbije maanden hebben we daarom intensief nagedacht over hoe we ons als ziekenhuis duurzaam kunnen positioneren in een zorglandschap dat volop in beweging is. Dat deden we niet in afzondering. Deze reflectie groeide in dialoog: samen met artsen en diensthoofden binnen het ziekenhuis, én in nauw overleg met externe zorgpartners. Ook met vertegenwoordigers van het bestuur van de Eerstelijnszone gingen we recent diepgaand in gesprek over gedeelde uitdagingen, spanningsvelden en kansen in onze regio. Net in dat samenspel wordt duidelijk waar visies

samenkomen, waar het schuurt en waar hefbomen liggen om zorg anders en beter te organiseren.

Die gezamenlijke oefening vertrekt niet vanuit structuren, maar vanuit de noden van de bevolking in onze regio en van de professionals die daar dagelijks zorg opnemen. Dat vraagt keuzes, focus en een heldere kijk op wat waardevolle zorg vandaag en morgen betekent, niet alleen voor één organisatie, maar voor het volledige zorglandschap.

Dat vertaalt zich in **een duidelijke beweging: van een louter curatief model naar een bredere kijk op gezondheid, van eilandwerking naar netwerkzorg, en van volume naar echte waarde voor patiënt, medewerker en samenleving.** Het betekent dat we zorg organiseren over trajecten heen, sterker inzetten op samenwerking met de eerste lijn en technologie en innovatie bewust gebruiken als ondersteuning van zorg, niet als doel op zich.

Samenwerking is daarbij geen eindpunt, maar een noodzakelijke hefboom. Vanuit die visie zetten we ook verdere stappen in onze samenwerking met het Jessa Ziekenhuis. Niet vanuit schaalvergroting omwille van de schaal zelf, maar vanuit de gedeelde ambitie

om expertise te verbinden, zorg slimmer te organiseren en verantwoordelijkheid te delen waar dat de kwaliteit en duurzaamheid van zorg versterkt. Alleen door onze krachten te bundelen, kunnen we antwoorden bieden op uitdagingen die geen enkel ziekenhuis nog alleen kan dragen.

Wat ons daarbij richting geeft, is geen star plan dat in beton gegoten is, maar een duidelijke toekomstvisie: een ziekenhuis dat wendbaar is, dat samenwerkt vanuit vertrouwen en complementariteit, en dat er bewust voor kiest mee te bewegen met maatschappelijke evoluties, met behoud van zijn identiteit en verankering in de regio. Met ons medisch informatieblad Intro blijven we u meenemen in deze evolutie en maken we die beweging zichtbaar.





Met comfortabele sedatie wordt de weg naar herstel veiliger en minder ingrijpend.



Dr. Frederik Piccart

Digitalisatie in Mond-, Kaak- en Aangezichts chirurgie (MKA)

In het voortdurend evoluerende landschap van de moderne geneeskunde vormt de Mond-, Kaak- en Aangezichts chirurgie (MKA) een essentieel kruispunt tussen tandheelkunde en chirurgie. Binnen dit vakgebied koppelt dr. Piccart technische expertise aan digitale vooruitgang.

Subspecialismen en implementeren van digitalisatie

Tijdens zijn opleiding kwam dr. Piccart in aanraking met de diverse subspecialismen die de kern vormen van de moderne MKA-chirurgie. Zijn interessegebieden liggen vooral in:

- **Orthognatische heelkunde:** het corrigeren van de stand van de kaken om zowel functionele kauwproblemen als de daarbij horende esthetische disbalans te verhelpen. Een van de grote aandachtspunten hierbij is de integratie van digitale technologie in het chirurgisch proces. Door operaties vooraf virtueel in 3D te plannen, wordt de precisie en voorspelbaarheid verhoogd en de operatieduur verkort.
- **Implantologie en preprothetische heelkunde:** het plaatsen van tandimplantaten is niet altijd vanzelfsprekend. Wanneer er onvoldoende bot aanwezig is, is vaak eerst een botopbouw van de kaakwal nodig om een stabiele basis te creëren voor herstel van de dentitie.
- **Traumatologie:** het herstellen van letsels aan het aangezichtsskelet na ongevallen vormt een interessante uitdaging met erg veel variatie.

Een nieuwe standaard: sedatie in het ziekenhuis

Een belangrijke ontwikkeling in de zorgverlening is de focus op patiëntencomfort via de opstart van een sedatieprotocol in de ziekenhuisomgeving. Veel patiënten ervaren angst of een drempel voor ingrepen in de mond. Door intraveneuze sedatie aan te bieden, kunnen complexe behandelingen of ingrepen bij angstige patiënten op een veilige en comfortabele manier in het ziekenhuis plaatsvinden.

Deze aanpak overbrugt de kloof tussen lokale verdoving en volledige algemene narcose. Ze stelt de chirurg in staat om efficiënt te werken, terwijl de patiënt zich in een ontspannen, halfslapende toestand bevindt, onder nauwlettend toezicht van een gespecialiseerd team van operatieverpleegkundigen en anesthesisten.



De X-Guide biedt real time visuele feedback tijdens de ingreep.

De toekomst van navigatie: de X-Guide

Stilstand is achteruitgang, en dat geldt zeker voor technologische hulpmiddelen. Het Sint-Franciscusziekenhuis werkt daarom aan de implementatie van de X-Guide, een revolutionair 3D-navigatiesysteem dat fungeert als een soort gps voor de chirurg.

In plaats van te vertrouwen op statische boormalletjes, biedt de X-Guide real time visuele feedback tijdens de ingreep. De chirurg ziet op een scherm exact de positie, hoek en diepte van de boor of het implantaat ten opzichte van de anatomie van de patiënt.

De voordelen van deze toekomstige uitbreiding zijn duidelijk:

1. **Precisie:** tot op een fractie van een millimeter nauwkeurig, wat cruciaal is nabij zenuwen of de sinusholtes, maar ook bij totale reconstructies van 4 of 6 implantaten.

2. **Minimaal invasief:** omdat de navigatie digitaal is, hoeft het tandvlees vaak minder ver geopend te worden.

3. **Directe flexibiliteit:** de planning kan tijdens de operatie nog worden aangepast aan de directe bevindingen, iets wat met traditionele technieken zoals een boormal onmogelijk is.

Binnen de subspecialismen implantologie, preprothetiek en de orthognatische heelkunde blijft dr. Piccart graag bouwen aan een toekomstbestendige MKA-praktijk. Daarom is de uitbouw van comfortabele sedatiemogelijkheden en de aanstaande komst van navigatietechnologie zoals de X-Guide van groot belang. Voor de patiënt betekent dit niet alleen een beter resultaat, maar vooral ook een snellere, veiligere en minder ingrijpende weg naar herstel.



Dr. Melanie Habran

Dermatologie in het Sint-Franciscusziekenhuis

Dermatologie is een bijzonder veelzijdige discipline. Patiënten kunnen in het Sint-Franciscusziekenhuis terecht voor onder meer inflammatoire en infectieuze huidaandoeningen, maar ook voor dermatologische consultaties en dermatochirurgie. Voor een dermatologische diagnose volstaan doorgaans een goede anamnese en een zorgvuldig klinisch en dermatoscopisch onderzoek. Wanneer dat nog onvoldoende zekerheid biedt, kunnen we een biopsie afnemen of kweek uitvoeren.

Dermato-oncologie

Huidkanker maakt ongeveer 40% uit van alle nieuwe kankerdiagnoses in België. Naar schatting zal 1 op de 5 Belgen vóór de leeftijd van 75 jaar met huidkanker worden geconfronteerd. De meest voorkomende huidkankers zijn de basaalcelcarcinomen (BCC's), gevolgd door de plaveiselcelcarcinomen (SCC's) en de melanomen. Slechts 1 op de 3 Belgische patiënten weet op welke signalen van huidkanker moet worden gelet. Daarin kan de huisarts een belangrijke rol spelen.

Voor de BCC's en SCC's geldt in het algemeen aandachtig zijn voor niet-genezende wondjes of korstjes,

die in het geval van SCC's ook pijnlijk en snelgroeiend kunnen zijn. Voor melanomen geldt de ABCDE-regel (zie figuur). Een vermoeden van een SCC of melanoom is steeds dringend: gelieve daarvoor altijd rechtstreeks contact op te nemen.

Inflammatoire dermatologie

Er bestaat een breed scala aan inflammatoire aandoeningen, waarvan eczeem en psoriasis wellicht de bekendste zijn. Dermatologen behandelen bovendien niet alleen inflammatoire aandoeningen van de huid, maar ook van de slijmvliezen, het haar en de nagels. De behandeling binnen de inflammatoire dermatologie is de voorbije jaren sterk geëvolueerd.



Bron: <https://www.kanker.nl/kankersoorten/melanoom/algemeen/een-melanoom-herkennen>

Tegenwoordig kunnen we patiënten met ernstige psoriasis of eczeem zeer gerichte behandelingen aanbieden, bijvoorbeeld onder de vorm van biologicals. Dat heeft voor deze patiëntengroep gezorgd voor een grote vooruitgang in zowel fysiek als mentaal welzijn.

Infectieuze pathologie

Patiënten kunnen bij dermatologie ook terecht voor een brede waaier aan infectieuze aandoeningen, zoals schimmelinfecties van huid, haren en nagels, maar ook wratten en condylomata. Belangrijk om te weten over voetwratten is dat de standaardbehandeling berust op aanstippen met keratolytica, zoals salicylzuurpreparaten, en op bevriezing met vloeibare stikstof na voorafgaand decaperen. Deze behandeling vindt bij voorkeur nog altijd plaats in de eerste lijnszorg. Daarnaast is er bij ons geen mogelijkheid meer om met bleomycine te behandelen, wegens de beperkte beschikbaarheid van het product.

Dermato-chirurgie

Binnen de huidige opleiding tot dermatoloog is er ook ruime aandacht voor dermato-chirurgie. Afhankelijk van de interesses kan het dus zijn dat de ene dermatoloog zich chirurgisch beperkt tot een wigexcisie op het lichaam, terwijl

een andere dermatoloog ervaren is in aangezichts chirurgie met flapreconstructies, bijvoorbeeld voor een BCC.

Dr. Habran heeft zich tijdens haar opleiding tot dermatoloog specifiek toegelegd op aangezichts chirurgie. Momenteel volgt zij een fellowship Mohs micrografische chirurgie in UZ Leuven. Dat is een chirurgische techniek die onder meer wordt toegepast bij slecht afgrensbare of sprieterige/infiltratieve basaalcelcarcinomen in het aangezicht. Tijdens de ingreep wordt via vriescoupes nagegaan of de snedevlakken vrij zijn. Pas wanneer dat het geval is, wordt het defect gesloten. Dr. Habran zal deze expertise in de toekomst verder uitbouwen in het Sint-Franciscusziekenhuis.

De toekomst: tele-dermatologie?

Recent keurde het Verzekeringscomité een voorstel goed rond tele-expertise tussen huisartsen en dermatologen. Dat voorstel is momenteel nog niet van kracht. Het treedt pas in werking nadat het Koninklijk Besluit in het Belgisch Staatsblad is gepubliceerd. Voorlopig is daarvoor nog geen exacte datum voorzien.

Hopelijk biedt dit in de toekomst een mogelijkheid om tegemoet te komen aan de nood van huisartsen aan specialistisch advies, maar dan zonder de lange wachttijden.



De behandeling binnen inflammatoire dermatologie is sterk geëvolueerd.

Ketamine-geïnduceerde uropathie: een sluipend probleem in de maatschappij



Dr. Brecht Jacobs

Het recreatieve gebruik van ketamine is de afgelopen jaren fors toegenomen, zowel internationaal als in onze eigen regio. Wat begon als een partydrug, blijkt in de klinische praktijk een ernstige keerzijde te hebben: ketamine-geïnduceerde uropathie (KIU).

Een groeiend maatschappelijk probleem

Ketamine, oorspronkelijk ontwikkeld als anestheticum, wordt recreatief steeds vaker en intensiever gebruikt. De keerzijde is een alarmerende toename van patiënten met ernstige, chronische klachten aan de urinewegen. Hoewel de term ketamine-cystitis vaak wordt gebruikt, is de term ketamine-geïnduceerde uropathie accurater: de schade beperkt zich namelijk niet tot de blaas, maar kan het volledige urinewegstelsel omvatten.

Hoe herkent u het?

De symptomen van ketamine-geïnduceerde uropathie zijn vaak invaliderend en leiden tot een sterke daling van de levenskwaliteit. Wees alert bij patiënten, vaak jongvolwassenen, die zich presenteren met:

- **Hevige pijn:** suprapubische of perineale pijn, vaak gerelateerd aan de mictie
- **LUTS:** een zeer hoge mictiefrequentie, urgency, urgency-incontinentie en nycturie

- **Dysurie:** moeite met plassen of acute bekkenbodemkrampen
- **Hematurie:** zichtbaar bloed bij de urine
- **Flankpijn:** mogelijk wijzend op betrokkenheid van de hogere urinewegen

Gevolgen en diagnostiek

Chronisch ketaminegebruik leidt tot ernstige inflammatie, fibrose en ulceraties van de blaaswand en ureters. Naast blaasproblematiek is er bij circa 10%

van de patiënten ook sprake van betrokkenheid van de hoge urinewegen, zoals hydronefrose, wat kan escaleren tot nierfalen. Ook leverfunctiestoornissen (ketamine-cholangiopathie) komen voor.

Diagnostisch advies voor de eerste lijn:

- **Anamnese:** vraag expliciet naar ketaminegebruik, inclusief duur, dosering en frequentie. Aarzel ook niet om te vragen naar andere verslavingsproblemen.
- **Aanvullend onderzoek:** urinekweek (vaak negatief, maar noodzakelijk om een infectie uit te sluiten), nier- en leverfunctie inclusief bilirubine
- **Beeldvorming:** een echo van de nieren is essentieel bij flankpijn of gestoorde nierfunctie om hydronefrose uit te sluiten

Ondersteuning en preventie

De hoeksteen van de behandeling is volledig en blijvend stoppen met ketamine. Zelfs kleine hoeveelheden kunnen de klachten onderhouden. Dat is voor veel patiënten echter een enorme uitdaging, omdat de pijn vaak intenser beleefd wordt als er geen gebruik is. Daardoor grijpen patiënten soms sneller dan gewenst opnieuw naar ketamine.

De zorg voor deze patiënten moet dan ook multidisciplinair zijn. Naast urologische somatische zorg is maatschappelijke ondersteuning van een netwerk in de eerste lijn essentieel om de vicieuze cirkel van gebruik te doorbreken. Ook de steun van familie en vrienden blijft belangrijk en professionele omkadering is aangewezen. Wij raden aan om patiënten tijdig door te verwijzen naar gespecialiseerde eerstelijnsverslavingszorg, zoals Integra Limburg. Zij bieden de nodige ondersteuning bij verslavingsproblematiek en helpen bij het doorbreken van de vicieuze cirkel, wat cruciaal is voor het herstel van de blaasfunctie.



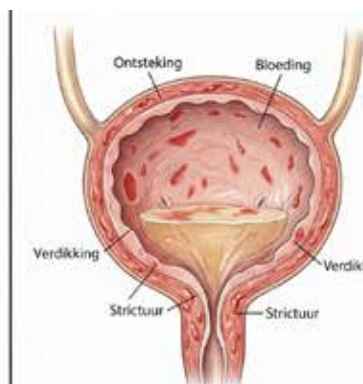
A. GEZONDE HOGERE URINEWEGEN



B. KETAMINE GEÏNDUCEERDE UROTHELIOPATHIE (HOGERE WEGEN)



A. GEZONDE URINEWEGEN



B. KETAMINE GEÏNDUCEERDE UROTHELIOPATHIE

Behandeling

Somatische behandeling is essentieel om de vicieuze pijnacyclus te doorbreken. Daarbij staat pijntherapie centraal, gevolgd door behandeling van de mictieklachten. Om de blaaspijn zo goed mogelijk te onderdrukken, is combinatie-analgesie aangewezen met paracetamol en een NSAID als basis. Voor de neuropathische component kan amitriptyline of pregabaline geassocieerd worden. Tramadol kan ook, maar daarbij is voorzichtigheid geboden gezien de verslavingsgevoeligheid.

De blaasklachten kunnen worden behandeld met een anticholinergicum (type solifenacine) of met een beta-3-mimeticum (o.a. betmiga). Dat kan echter soms averechts werken als de pijnklachten nog niet onder controle zijn. Een spoedverwijzing is aangewezen

bij koorts met flankpijn, verminderde nierfunctie, hydronefrose op echografie of afwijkende leverfuncties.

Secundaire urologische behandeling bij vergevorderde ketamine-geïnduceerde uropathie kan variëren van bekkenbodemkine over coagulaties van de slijmvliesulcera tot in het slechtste geval blaas-augmentaties met darmweefsel of cystectomie met urinederivatatie via stoma of vervangblaas. Deze laatste optie is echter ook onderhevig aan schade bij aanhoudend ketaminegebruik na de ingreep. Stoppen met ketamine blijft daarom de absolute hoeksteen van de behandeling. Daarnaast blijven sensibilisering en preventie op maatschappelijk niveau nodig in de aanpak van dit toeneemende probleem.



Dr. Florence Polfliet

Locoregionale anesthesie in het Sint-Franciscusziekenhuis

Regionale anesthesie kan je definiëren als het tijdelijk onderbreken van de zenuwgeleiding en pijnsensatie in bepaalde delen van het lichaam door het gebruik van lokale anesthetica, zonder verlies van bewustzijn. Lokale anesthetica werden voor het eerst geïntroduceerd in de 19e eeuw, met het gebruik van cocaïne in de oftalmologie. Kort daarna werden zowel de farmacologische eigenschappen als de nadelige effecten ervan ontdekt. De ontwikkeling van nieuwe synthetische lokale anesthetica, met verschillen in potentie, onsettijd, werkingsmechanisme en metabolisme, heeft mee geleid tot het steeds bredere gebruik van deze middelen.

Locoregionale anesthesie kan als anesthesietechniek op zich gebruikt worden, of in combinatie met algemene anesthesie. Hoewel deze technieken meestal voorafgaand aan een operatie worden uitgevoerd, kunnen ze ook postoperatief worden toegepast om louter als analgeticum te dienen. In de jaren 90 werd het echotoestel geïntroduceerd als hulpmiddel bij het uitvoeren van regionale technieken. De evolutie naar kleinere, mobiele echo's met een betere resolutie heeft het gebruik ervan binnen de regionale anesthesie sterk doen toenemen.

Waar men zich vroeger baseerde op zichtbare landmarks, 'clicks', transarteriële injecties en zenuwstimulatie, laat de toevoeging van echografie vandaag toe om zowel de veiligheid als de effectiviteit van locoregionale anesthesie te verhogen en bestaande technieken verder te verfijnen. Zo kan men de anatomie visualiseren, onbedoeld naald-trauma vermijden en ook de verspreiding van het lokaal anestheticum opvolgen. Op die manier wordt het risico op ernstige neurologische complicaties of zenuw schade verder beperkt.

Toenemende nood aan locoregionale technieken?

Het ziekenhuislandschap is de laatste jaren sterk veranderd. De evolutie naar meer chirurgie in dagziekenhuis en kortere opnames vraagt op verschil-

lende vlakken een andere aanpak. Ook het type anesthesie speelt daarin een steeds belangrijkere rol. Locoregionale anesthesie kan bij bepaalde ingrepen en patiëntengroepen bijdragen tot een snellere mobilisatie, een kortere opnameduur, betere postoperatieve pijnscores en minder postoperatieve nausea en braken.

Andere voordelen ten opzichte van algemene anesthesie zijn de verminderde nood aan systemische medicatie en snellere ontwaaktijden. Bepaalde patiëntengroepen hebben bovendien extra baat bij regionale technieken. Denk bijvoorbeeld aan een sterk cardiaal belaste patiënt die valt en een plaat-en-schroeffixatie van de pols nodig heeft. Deze patiënt kan een algemene anesthesie, met de daaraan verbonden risico's, vermijden door het ondergaan van een locoregionaal block. Voor elk type chirurgie en voor elke patiënt wordt zorgvuldig afgewogen welke anesthesieopties het meest geschikt zijn. Als anesthesisten begeleiden wij de patiënt in die keuze. Welk type anesthesie is het meest aangewezen? Komt de patiënt in aanmerking voor aanvullende technieken boven op een algemene anesthesie? De patiënt behoudt uiteraard steeds de vrije keuze over het uiteindelijke type anesthesie. Elke techniek, inclusief algemene anesthesie, kan enkel plaatsvinden na geïnformeerde toestemming.

Perifeer zenuwblok

De twee aanvullende of regionale technieken zijn de neuraxiale anesthesie en de perifere zenuwblokken. Onder neuraxiale anesthesie vallen de spinale anesthesie en epidurale anesthesie. Epidurale anesthesie wordt bijvoorbeeld dagdagelijks toegepast op de materniteit van het ziekenhuis, om patiënten tijdens hun bevalling van analgesie te voorzien.

Afhankelijk van het type chirurgie en type patiënt wordt beslist of er een bovenstaande aanvullende techniek noodzakelijk is of als enige anesthesietechniek op zich kan gebruikt worden. Bij elke techniek staan patiëntveiligheid en risicobeperking centraal, en worden alle mogelijke contra-indicaties nauwgezet gecontroleerd.

Perifere zenuwblokken worden voornamelijk toegepast bij orthopedische chirurgie. Zo bestaan er perifere blokken voor zowel het bovenste als onderste lidmaat. Bij heupfracturen voorzien wij patiënten bijvoorbeeld van een fascia iliaca block in afwachting van hun chirurgische behandeling. Dat kan eventueel al de dag voordien gebeuren, wanneer de patiënt onvoldoende comfortabel is en de ingreep moet worden uitgesteld. Verder bestaan er nog perifere zenuwblokken ter hoogte van thorax en abdomen die bij thoraxchirurgie of abdominale chirurgie van toepassing zijn.



Het geniculair zenuwblock maakt vroege revalidatie mogelijk na totale knieprothese.

In ons ziekenhuis worden onder meer onderstaande technieken zeer frequent toegepast.

Chirurgie van het **bovenste lidmaat** (schouder, boven- en onderarm, elleboog, pols en hand)

- Het interscaleen block
- Het axillair block
- Het polsblok

Andere technieken zoals het cervicale plexusblock, supra- en infraclaviculair block en het intercostobrachiaal block worden in geselecteerde gevallen toegepast.

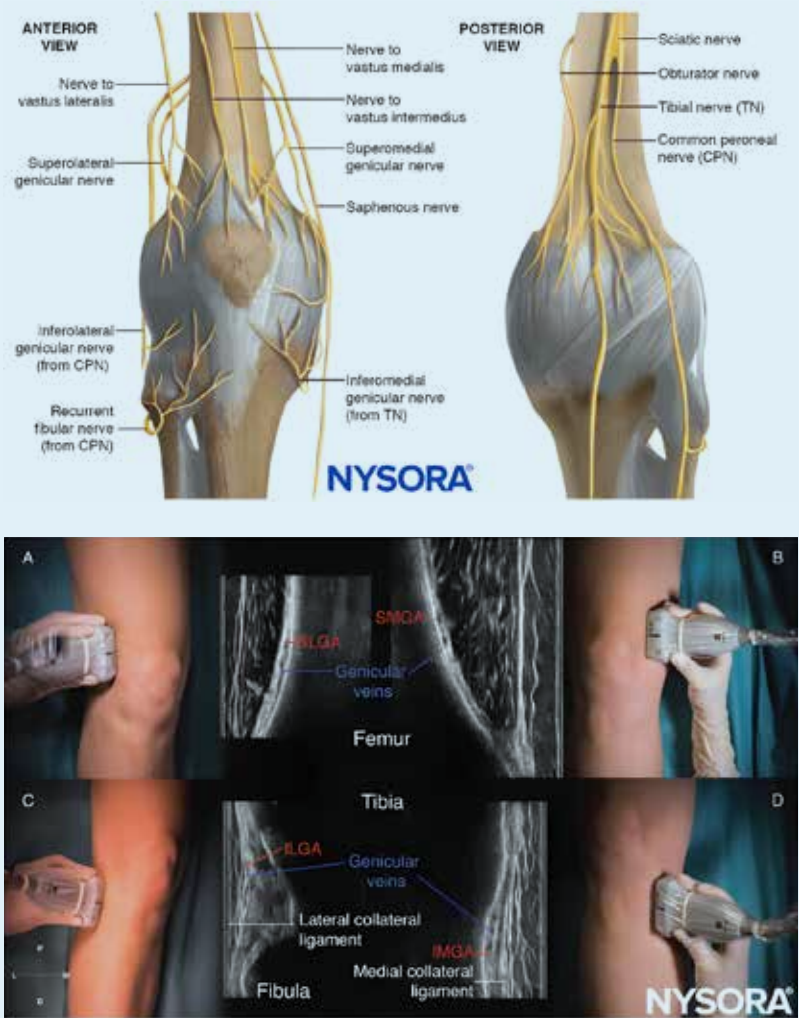
Chirurgie ter hoogte van het **onderste lidmaat** (heup, boven- en onderbeen, knie, enkel en voet)

- Het fascia iliaca block
- Het femoraal zenuwblock
- Het adductorkanaalblock - femoral triangle block
- Het popliteaal block
- Het geniculair zenuwblock
- Het enkelblock

Deze technieken worden uitgevoerd terwijl de patiënt wakker is of onder

sedatie, een lichte vorm van anesthesie. Dit gebeurt steeds onder monitoring van de vitale parameters (bloeddruk, hartritme en saturatie) en onder begeleiding van echografie, zenuwstimulatie en injection pressure monitoring. Na de procedure blijft de patiënt nog enige tijd gemonitord tot de start van de ingreep. Zo krijgt het block de tijd om in te werken en kan de effectiviteit worden geëvalueerd.

In sommige gevallen is er geen extra anesthesie nodig, andere patiënten krijgen bijkomend opnieuw een sedatie of, indien nodig, een algemene anesthesie. Dat wordt steeds vooraf en in overleg met de patiënt besproken. Wanneer een patiënt peroperatief



toch onvoldoende comfort ervaart, kan altijd worden overgeschakeld naar bijkomende vormen van anesthesie. Net als bij algemene anesthesie vereisen ook locoregionale technieken continue monitoring door de anesthesist.

Tijdens de preoperatieve raadpleging anesthesie worden de nodige onderzoeken besproken, samen met eventuele gezondheidsrisico's en risico's die verbonden zijn aan de ingreep. Daarnaast krijgt de patiënt specifieke instructies over thuismedicatie en worden de verschillende mogelijke anesthesietechnieken toegelicht. Vlak voor de ingreep of voorafgaand aan de regionale techniek wordt dit opnieuw met de patiënt besproken en bevestigd.

Totale knieprothese

In ons ziekenhuis ondergaan patiënten een unicondylaire knieprothese of totale knieprothese met behulp van de MAKO-robot, uitgevoerd door dr. Vandenberk of dr. Stragier. Dat gebeurt binnen een uitgebreid zorgpad op maat van de patiënt.

Totale knieprothesechirurgie gaat doorgaans gepaard met aanzienlijke postoperatieve pijn. Het controleren van deze pijn is dus een belangrijk onderdeel van het herstelproces, zeker omdat patiënten bij ons vanaf dag 0 al gemobiliseerd worden als onderdeel van een 'Enhanced Recovery After Surgery' (ERAS)-programma. Wij voorzien daarom, samen met de dienst chirurgie, een multimodaal analgesieplan, met zo

weinig mogelijk systemische opioïden. Om dat mogelijk te maken, hebben wij voor totale en unicondylaire knieprothesen het geniculair zenuwblock toegevoegd in onze praktijk, naast het al gebruikte adductorkanaalblock of femoral triangle block. Verder voorzien wij de patiënt van een spinale anesthesie (met of zonder sedatie) of algemene anesthesie, op basis van de voorgeschiedenis van de patiënt, gebruikte medicatie én voorkeur van de patiënt zelf.

Radiofrequente ablatie van de geniculaire zenuwen is een techniek die wordt gebruikt in de pijnkliniek bij het behandelen van chronische kniepijn. Een toenemend aantal studies beschrijft echter ook de toepassing ervan in de perioperatieve periode. Het geniculair zenuwblock richt zich louter op de sensorische takken rond het kniegewricht en is dus compleet motor-sparend op zich. De innervatie van de knie is een complex gegeven, met sensorische en motorische takken afkomstig van de nervus femoralis, nervus obturatorius en de nervus ischiadicus. Er is wat discrepantie in de literatuur over de nomenclatuur en over de oorsprong van de geniculaire zenuwen. In het algemeen worden ze onderverdeeld in de superolaterale, superomediale, inferolaterale en inferomedicale geniculaire zenuw, die elk een kwadrant van de knie van sensorische takjes voorzien. Andere takjes van de nervus peroneus recurrens, de zenuw naar de vastus medialis, intermedius en lateralis en infrapatellaire takjes hebben in kadaverstudies ook uitgewezen deel

te nemen aan de innervatie van de knie. Met behulp van de echo en landmarks zichtbaar op onze echobeelden injecteren wij een lage dosis en beperkt volume lokale anesthetica ter hoogte van deze targets. Omdat deze multipiele injecties bij een wakkere patiënt als pijnlijk kunnen worden ervaren, lossen wij dit op door sedativa toe te dienen tijdens het uitvoeren van de perifere zenuwblokken. Het comfort van onze patiënt staat daarbij steeds voorop.

Een recente systematische review uit 2025 (Chang YS et al.) toonde aan dat het toevoegen van het geniculair zenuwblock gedurende de eerste 24 uur een significante reductie in pijnscores (VAS) gaf, zowel in rust als tijdens beweging. Dat verschil was vooral duidelijk bij beweging. Het geniculair zenuwblock laat ons dus toe om patiënten vroegtijdig te mobiliseren en hen al enkele uren na de ingreep actief te laten deelnemen aan hun revalidatie.

Ondanks de beperkingen van de huidige beschikbare literatuur, inclusief deze review, kan men wel besluiten dat het toevoegen van het geniculair zenuwblock aan het multimodaal pijnbeleid de postoperatieve pijn na totale knieprothese kan reduceren en vroege revalidatie mogelijk maakt. Nieuwe prospectieve studies zullen de langetermijnresultaten en de impact op functionele resultaten verder moeten onderzoeken, om zo de rol van het geniculair zenuwblock in het multimodaal pijnbeleid bij totale knieprothesen verder te bevestigen.

Bronen

- Torrano V, Anastasi S, Balzani E, Barbara E, Behr AU, Bosco M, Buttarelli C, Bruletti S, Bugada D, Cadeddu C, Cappelleri G, Cardia L, Casarano S, Cortegiani A, D'Ambrosio F, Del Vicario M, Fanelli A, Fusco P, Gazzero G, Ghisi D, Giarratano A, Gori F, Greco M, Grossi PA, Manassero A, Russo G, Sardo S, Savoia C, Tescione M, Tinti G, De Cassai A. Enhancing Safety in Regional Anesthesia: Guidelines from the Italian Society of Anesthesia, Analgesia, Resuscitation and Intensive Care (SIAARTI). J Anesth Analg Crit Care. 2025 May 14;5(1):26. doi: 10.1186/s44158-025-00245-y. PMID: 40361224; PMCID: PMC12076962.
- Chang YS, Lee SA, Wang HL, Liao WC. Genicular nerve block in people with total knee arthroplasty: A systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2025 Sep 12;104(37):e44362. doi: 10.1097/MD.00000000000044362. PMID: 40958210; PMCID: PMC12440537.
- Motor-sparing regional anaesthesia for total knee arthroplasty: a narrative and systematic literature review. White, Leigh et al. British Journal of Anaesthesia, Volume 134, Issue 2, 510 - 522
- Nysora. (2026, March 6). Genicular nerve blocks. NYSORA. <https://www.nysora.com/techniques/lower-extremity/nysora-com-genicular-nerve-blocks/>

Het belang van parkinson-revalidatie: gerichte zorg in elke fase van de ziekte



Parkinson is een chronische, progressieve neurodegeneratieve aandoening die in België naar schatting meer dan 50.000 mensen treft. Door de vergrijzing zal dat aantal de komende jaren verder toenemen. Hoewel medicamenteuze behandeling een belangrijke pijler blijft, is gespecialiseerde revalidatie essentieel om functionaliteit, zelfstandigheid en levenskwaliteit zo lang mogelijk te behouden. Voor huisartsen en andere verwijzers is het daarom cruciaal om parkinsonrevalidatie tijdig te overwegen, niet alleen in een gevorderd stadium, maar al vroeg in het ziekteproces.

Waarom parkinsonrevalidatie onmisbaar is

Parkinson wordt gekenmerkt door motorische symptomen zoals bradykinesie, rigiditeit, tremor en houdings-instabiliteit, maar ook door niet-motorische klachten (cognitieve achteruitgang, vermoeidheid, stemmingsstoornissen, slik- en spraakproblemen). Die brede symptomatologie vraagt om een multidisciplinaire aanpak.

Wetenschappelijke evidentie toont aan dat gerichte oefentherapie:

- de mobiliteit en het gangpatroon verbetert

- het valrisico vermindert
- de ADL-zelfstandigheid ondersteunt
- de participatie en kwaliteit van leven verhoogt

Belangrijk is dat revalidatie ook neuroplastische processen stimuleert. Intensieve, taakgerichte training kan bijdragen tot het behoud van functionele netwerken in de hersenen.

Nieuwe mogelijkheden binnen het Sint-Franciscus-ziekenhuis

Nieuwe mogelijkheden binnen de revalidatie van het Sint-Franciscusziekenhuis bieden patiënten innovatieve en op maat gemaakte revalidatietrajecten. Recent werd het aanbod voor personen met parkinson in het Sint-Franciscusziekenhuis uitgebreid en geoptimaliseerd, met de focus op gespecialiseerde en patiëntgerichte zorg.

Multidisciplinair revalidatie-programma op maat

Het revalidatietraject start met een uitgebreide multidisciplinaire evaluatie (revalidatiearts, kinesitherapie, ergotherapie, logopedie, sociale dienst, psychologie indien nodig). Op basis daarvan wordt een individueel behandelplan opgesteld.

Kenmerken van het programma:

- kinesitherapie helpt onder andere om bewegingen te verbeteren, de mobiliteit en balans te behouden en zo de zelfstandigheid van de patiënt te ondersteunen.
- ergotherapie gericht op ADL, fijne motoriek, algemene handtraining en valpreventie
- logopedie voor spraak- en slikproblemen
- educatie voor patiënt en mantelzorger

Er wordt gewerkt volgens de huidige richtlijnen, met veel aandacht voor zelfmanagement.

Groepsessies en gespecialiseerde trainingsmodules

Specifiek voor mensen met parkinson voorziet het Sint-Franciscusziekenhuis naast individuele sessies ook een uitgebreid groepsaanbod. Voor deze patiënten is het immers cruciaal om zowel fysiek als mentaal uitgedaagd te worden. In groep slagen we er vaak nog beter in om patiënten te stimuleren en vooral ook te motiveren om het maximale uit de therapie te halen. Door op verschillende domeinen te werken, kunnen we een totaalpakket aanbieden dat afgestemd is op elke patiënt. Door de stimulerende



omgeving van een groep lotgenoten en gevarieerde therapieën ervaren we een zeer hoge therapietrouwheid binnen deze sessies.

Hoe verloopt het traject?

We starten steeds met een intakegesprek, waarbij we de situatie en hulpvragen in kaart brengen. Als de patiënt in aanmerking komt voor het traject, stellen we samen een gepersonaliseerd revalidatieplan op.

Elke discipline voorziet een uur therapie per sessie. De inhoud en frequentie van de therapieën worden op maat samengesteld, afhankelijk van de mogelijkheden en doelen van de patiënt.

Nieuw: parki-boksen

Op de revalidatieafdeling van het Sint-Franciscusziekenhuis kan je ook terecht voor parki-boksen. Boksen is een effectieve en veilige manier voor mensen met parkinson om hun fysieke en mentale welzijn te verbeteren. Het biedt verschillende voordelen:

- verbetering van coördinatie en balans, doordat meerdere taken tegelijk moeten worden uitgevoerd
- toename van spierkracht en uithoudingsvermogen, wat bijdraagt aan een betere algemene conditie

- ondersteuning van cognitieve functies en vermindering van symptomen van depressie en angst, dankzij de combinatie van fysieke activiteit en mentale focus

Vroegtijdige verwijzing: een belangrijke rol voor de huisarts

De huisarts speelt een sleutelrol in de tijdige detectie van functionele achteruitgang en in de motivatie van de patiënt om actief te blijven. Revalidatie wordt soms nog te laat opgestart, wanneer mobiliteitsverlies of valincidenten al duidelijk aanwezig zijn. Nochtans blijkt uit onderzoek dat vroeger interventie leidt tot betere langetermijntuitkomsten. Al bij relatief milde symptomen is een preventief en activerend traject aangewezen.

We zien dat patiënten na een traject van bepaalde duur positieve effecten ervaren op verschillende aspecten van hun dagelijks functioneren. Dankzij de mogelijkheden van een multidisciplinaire aanpak kunnen we de patiënt in al zijn of haar noden begeleiden. Aan het einde van het traject verwachten we dat patiënten meer inzicht hebben in hun ziekte, hun functioneren en hun mogelijkheden, en zich voldoende gesterkt voelen om actief te blijven.

Samenwerking en continuïteit

Het Sint-Franciscusziekenhuis streeft naar nauwe samenwerking met huisartsen en neurologen. Heldere communicatie over doelstellingen, evolutie en verdere aanbevelingen maakt integraal deel uit van het traject.

Na afloop van een intensieve revalidatieperiode wordt ingezet op:

- doorverwijzing naar eerstelijnskinesitherapie, met duidelijke adviezen
- begeleiding naar een aangepast beweegaanbod
- adviezen rond valpreventie en thuis-situatie

Zo wordt continuïteit van zorg gegarandeerd.

Parkinsonrevalidatie is geen aanvullende optie, maar een essentieel onderdeel van de behandeling. Een tijdige, multidisciplinaire en doelgerichte aanpak kan de functionele achteruitgang vertragen en de levenskwaliteit aanzienlijk verbeteren. Met het vernieuwde revalidatieaanbod willen wij huisartsen ondersteunen in de zorg voor deze groeiende patiëntengroep. Vroegtijdige verwijzing en goede samenwerking vormen daarbij de sleutel tot optimale zorg.

Nieuw SPECT/CT-toestel voor nog preciezere diagnostiek



De missie van het SFZ is 'zorg aan jouw zijde'. Die nabije zorg stimuleert ons om voortdurend te investeren in moderne technologie die onze diagnostische mogelijkheden versterkt. In dat kader werd recent opnieuw een gloednieuw en state-of-the-art SPECT/CT-toestel geïnstalleerd op de afdeling Nucleaire Geneeskunde. Dit toestel combineert functionele nucleaire beeldvorming met gedetailleerde radiologische beeldvorming in één geïntegreerd systeem, waardoor pathologie nog nauwkeuriger kan worden gelokaliseerd en gekarakteriseerd.

Onderzoeken binnen de nucleaire geneeskunde

Binnen de afdeling Nucleaire Geneeskunde wordt een breed spectrum aan onderzoeken uitgevoerd voor de functionele diagnostiek van onder meer het skelet, de nieren, de longen, de (bij) schildklier, lever en galblaas, hersenen, lymfevaten en het myocard. Deze onderzoeken maken gebruik van radiofarmaca die zich volgens specifieke fysiologische of metabole processen in het lichaam verdelen. De resulterende beelden geven informatie over de orgaanfunctie, vaak nog vóór structurele veranderingen zichtbaar worden op conventionele beeldvorming.

Nucleaire SPECT-beeldvorming (Single Photon Emission Computed Tomography) laat toe om driedimensionale functionele informatie te verkrijgen op basis van gammastraling afkomstig van het toegediende radiofarmacon. Wanneer deze beelden gecombineerd worden met een CT-scan binnen een hybride SPECT/CT-scanner, ontstaat een geïntegreerd beeld waarbij functionele en anatomische informatie nauwkeurig over elkaar worden gelegd.

De CT-component zorgt voor een gedetailleerde weergave van de anatomische structuren, terwijl de SPECT-beelden de traceropname en dus de functionele activiteit weergeven. Omdat beide datasets in dezelfde sessie en in identieke positionering worden verkregen, is een zeer nauwkeurige fusie van beide beeldvormingsmodaliteiten mogelijk. Dat verhoogt de diagnostische accuraatheid aanzienlijk.

Technologische vooruitgang

Onze afdeling beschikte al over een SPECT/CT-scanner, maar die wordt nu vervangen door een toestel dat op meerdere vlakken een belangrijke technologische vooruitgang betekent. Waar de CT-component vroeger vooral werd gebruikt voor anatomische lokalisatie, beschikt het nieuwe systeem over een aanzienlijk verbeterde CT-resolutie en beeldkwaliteit.

Dit maakt het mogelijk om naast lokalisatie ook een meer volwaardige radiologische evaluatie uit te voeren. In dat kader werken we dan ook nauw samen met de collega's van de dienst Radiologie, zodat de gecombineerde informatie uit beide beeldvormingstechnieken maximaal benut kan worden voor een accurate diagnose en optimale patiëntenzorg.

Laagdrempelige diagnostiek

Hoewel nucleaire geneeskunde een belangrijke plaats inneemt binnen de moderne diagnostiek, merken we dat de mogelijkheden van deze beeldvormingstechniek niet altijd volledig gekend zijn bij patiënten en verwijzende artsen. Soms wordt nucleaire beeldvorming nog beschouwd als een hooggespecialiseerde techniek die vooral in complexe gevallen wordt ingezet.

In de praktijk worden echter veel nucleair-geneeskundige onderzoeken uitgevoerd voor frequente klinische vraagstellingen. Naast specialisten kunnen ook huisartsen hun patiënten dus rechtstreeks verwijzen wanneer functionele beeldvorming een relevante bijdrage kan leveren aan de diagnostiek of opvolging.



Bij een patiënt met multilevel-artrose toont de SPECT/CT dat de momenteel actieve facetartritis zich enkel op niveau L4-L5 bevindt.

DIAGNOSTIEK

Samenwerking en kennisdeling

Om de mogelijkheden van nucleaire beeldvorming beter bekend te maken, ontvangen we regelmatig artsenkringen in het kader van LOK-bijeenkomsten. Tijdens deze sessies krijgen collega-artsen een inkijk in de werking van de afdeling en de praktische uitvoering van de verschillende onderzoeken. Daarbij lichten we toe welke klinische indicaties geschikt zijn voor nucleaire beeldvorming en hoe de resultaten kunnen bijdragen aan het verdere

diagnostische en therapeutische beleid. De feedback op deze initiatieven is bijzonder positief. Ze versterken de samenwerking met verwijzers en zorgen ervoor dat patiënten sneller en gericht toegang krijgen tot de meest geschikte diagnostische technieken.

Zorg binnen het netwerk

Onze dienst Nucleaire Geneeskunde is, naast SFZ Heusden-Zolder, ook actief in het Jessa Ziekenhuis in Hasselt en in AZ Vesalius in Tongeren. Door te investeren in moderne apparatuur en expertise

streven we ernaar om binnen al deze netwerkziekenhuizen een uniforme en hoogwaardige diagnostische zorg aan te bieden.

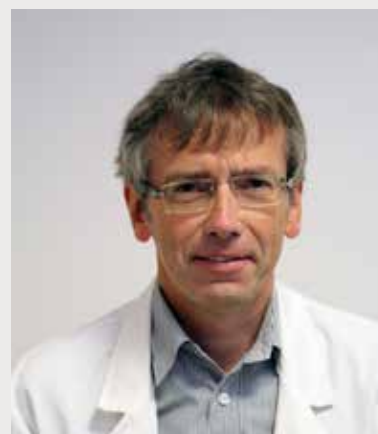
Met de ingebruikname van het nieuwe SPECT/CT-toestel zetten we opnieuw een belangrijke stap in de verdere ontwikkeling van onze nucleair-geneeskundige dienstverlening. Zo kunnen we patiënten en verwijzers ook in de toekomst blijven ondersteunen met nauwkeurige, innovatieve en geïntegreerde diagnostiek – volledig in lijn met onze missie: zorg aan jouw zijde.



Dr. Marleen Keyaerts



Dr. Raf Verscuren



Dr. Axel Jacobs



Dr. Jean-Philippe Cambier

LOK, bezoek of vorming?

We ontvangen je graag. Contacteer prof. dr. Marleen Keyaerts via 011 33 81 90 of marleen.keyaerts@sfz.be.



We kunnen nu ook een volwaardige radiologische evaluatie uitvoeren.

OVERZICHT NIEUWE ARTSEN

Welkom, nieuwe collega's!

Om de teams van SFZ te versterken, verwelkomden we het afgelopen jaar heel wat nieuwe professionals. Elke dag zetten ze hun expertise en engagement in om onze patiënten de beste zorg te bieden.



Dr. Melanie Habran, dermatoloog

Midden november ging dr. Melanie Habran aan de slag in het Sint-Franciscusziekenhuis. Ze studeerde geneeskunde aan de KU Leuven, waar ze haar studies afrondde met grote onderscheiding. Daarna specialiseerde ze zich in dermatologie en venerologie in het UZ Leuven, onder leiding van prof. dr. Garmyn en prof. dr. De Haes. Ze specialiseert zich momenteel verder in Mohs chirurgie aan het UZ Leuven, onder leiding van prof. dr. Leeman. Haar verdere subspecialisaties zijn dan ook algemene dermatologie en dermatochirurgie.



Dr. Florence Polfliet, anesthesist-intensivist

Dr. Florence Polfliet behaalde haar diploma geneeskunde in 2017 en haar diploma anesthesie in 2022 aan de KU Leuven. Ze voltooide haar assistentschap deels in het UZ Leuven en deels in het Jessa Ziekenhuis. Nadien behaalde ze haar erkenning als intensivist via een residentschap op de MIG in Leuven en op intensieve zorgen in het Jessa Ziekenhuis. Vervolgens volgde ze een fellowship als cardio-anesthesist in het Jessa Ziekenhuis, vanuit haar bijzondere interesse in cardiologie en cardio-anesthesie. Een mooie aanvulling op haar kennis als intensivist. Haar laatste fellowship, locoregionale anesthesie, voltooide ze in het ZOL. Ze wil graag ondersteuning bieden aan de toenemende nood aan ambulante zorg, zonder te moeten inboeten op adequate pijnbestrijding. Daarnaast volgde ze een bijkomende opleiding tot ECLS-specialist en meerdere cursussen rond POCUS.



Dr. Marieke Gubbeldmans, pneumoloog

Op 2 maart startte dr. Marieke Gubbeldmans als pneumoloog in het Sint-Franciscusziekenhuis. Ze studeerde geneeskunde aan de Universiteit Maastricht. Daarna volgde ze haar opleiding tot specialist longgeneeskunde in het Zuyderland-ziekenhuis in Nederland. Dr. Gubbeldmans zal zich toelagen op de obstructieve longziekten en de revalidatie ervan.

Dr. Yannick Bielen, fysische geneeskunde en revalidatie

Dr. Yannick Bielen studeerde in 2021 af als arts-specialist aan de KU Leuven. Hij behaalde ook een MaNaMa Sportgeneeskunde en het diploma Manuele Geneeskunde. In 2021 begon hij als stafid in het AZ Turnhout. In 2023 behaalde hij een bijkomende revalidatie-erkenning. In het AZ Turnhout verdiepte hij zich in wervelkolomproblemen en sportletsels, met bijzondere aandacht voor het uitvoeren van EMG's en echogeïde gefocuseerde shockwave. Het voorbije jaar heeft dr. Bielen zich ook verdiept in neuralgische amyotrofie en neuromusculaire echografie, als aanvulling op EMG.



Dr. Leen Janssen, spoedarts

Dr. Leen Janssen studeerde geneeskunde aan de Universiteit Hasselt en de Universiteit Antwerpen. In 2018 behaalde zij haar master in de geneeskunde. Vervolgens specialiseerde zij zich in anesthesie en reanimatie in het UZA, met bijkomende ervaring in ZNA Stuyvenberg (ZAS Cadix) en ZOL Genk. Sinds 2023 is zij erkend specialist. Daarna behaalde zij ook de bijzondere beroepsbekwaming urgentiegeneeskunde, waarin zij sinds 2025 erkend is. Tijdens haar specialisaties volgde zij meerdere bijkomende opleidingen, waaronder Advanced Life Support, European Pediatric Advanced Life Support, European Trauma Course, BEUS Point-of-care-ultrasound (POCUS) en rampenmanagement. Haar bijzondere interesse gaat uit naar rampenmanagement, majeure traumatologie en traumazorg.



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	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 opgenomen zijn, 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@s fz.be.

Colofon

Algemeen

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

Algemeen directeur

Mevr. Nele Sneyers

Eindredactie

Mevr. Ilse Luybaerts

Redactieraad

Voorzitter: dr. Stijn Loonbeek
Redactie: dr. Fons Henckens,
mevr. Ilse Luybaerts
Leden: dr. Leen De Cuyper,
dr. Steven Pans

Foto's

Lies Engelen en Kris Dexters

V.U.

Dr. Steven Pans

Hebben meegewerkt

dr. Steven Pans, dr. Frederik
Piccart, dr. Brecht Jacobs,
dr. Florence Polfliet, dr. Melanie
Habran, dr. Marleen Keyaerts,
dr. Raf Verscuren, Sara Smits,
Nele Sneyers