

Waarom het MFO een ommezwaai nodig heeft

om **medicatiefouten**
echt te **vermijden**



N° 5 Oktober 2020 • Must reads voor de huisarts over medische innovatie

M U Z E

50 000 Belgen weten niet
dat ze aan coeliakie lijden

Pancreaskanker steeds
vaker operabel dankzij
voorbehandeling met
chemo- en radiotherapie

To walk again:
zorgt robotica voor
een revolutie in
revalidatietherapie?

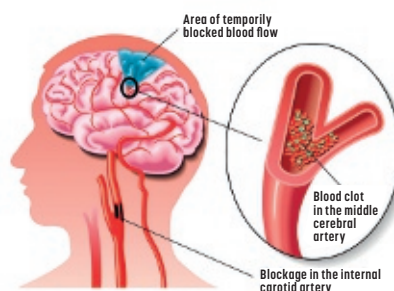
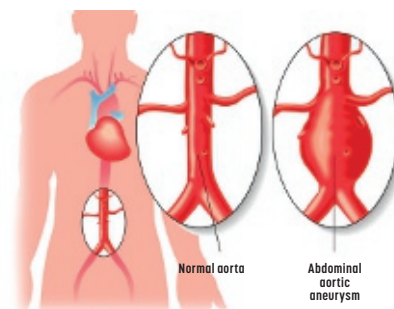
SCREENINGSONDERZOEK

OOK UW PATIËNT KAN RISICO LOPEN

Het UZ Brussel wil de prevalentie nagaan van **abdominaal aorta-aneurysma** en van **carotisstenose** bij zowel mannen als vrouwen, ouder dan 60, die in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wonen. Het onderzoek was een tijd op pauze gezet door COVID-19 maar is sinds 14 september opnieuw gelanceerd.

Heeft u patiënten die willen meewerken aan het onderzoek?

Dan kunt u hen registreren via T 02 477 60 09 of via www.brussels-chvz.be. Zij worden dan gratis eenmalig gescreend via een echografie (dat duurt ca. 30 min.). Wordt er een aneurysma of carotisstenose vastgesteld, dan brengen we u en de patiënt op de hoogte. U kunt dan doorverwijzen naar de vaatchirurg van zijn of uw keuze.



Nieuwe expertise: cardio-oncologie

Eén op de vier patiënten die kanker overleven, kampt met cardiovasculaire aandoeningen. Chemo- en radiotherapie kunnen namelijk toxisch zijn voor het hart. Daarom is een nauwe samenwerking tussen cardiologen en oncologen aangewezen.

Dr. Berlinde von Kemp is een van de weinige gediplomeerde cardio-oncologen in ons land. Sinds 1 oktober houdt ze consultaties in het Oncologisch Centrum op woensdagvoormiddag en donderdagnamiddag. Het doel is tweeledig: 1) patiënten die een kankerbehandeling ondergingen nauwer opvolgen op het vlak van cardiovasculaire risico's en 2) cardiovasculaire complicaties voorkomen bij nieuw opgestarte kankerbehandelingen.

CONTACT

Oncologisch centrum
T 02 477 60 40
E oncologischcentrum@uzbrussel.be

EEN COSY CORNER VOOR DE FERTILITEITSKLINIEK

De Belgische kunstenaar Michel François en het Centrum voor Reproductieve Geneeskunde sloegen onlangs de handen in elkaar. De meer dan 14.000 patiënten die er jaarlijks over de vloer komen, verlangen ernaar om mama of papa te worden. Heel even willen ze zich geen patiënt voelen en ontsnappen aan de emotionele rollercoaster.

De onthaalruimte, wachtzalen en kledkamers van het CRG werden dan ook creatief ingericht met kleurrijke zithoeken en artistieke foto's. Het is voortaan een plaats van rust, hoop en dromen. Daarnaast kunnen patiënten ook terecht in de 'Speakers Corner'. Deze laatste geeft lotgenoten de kans ervaringen uit te wisselen en ongedwongen een open gesprek te voeren met elkaar.



MUZZ READS

voor de huisarts over medische innovatie



FOCUS

Tabula rasa? Waarom het MFO een ommezwaai nodig heeft om medicatiefouten echt te vermijden

4

Kort	2
UZ Brussel gaat voor totaalaanpak bij PCOS	7
Nieuwe interventionele technieken bij hartfalen	11
Flexibele endoscopie voor minimaal invasieve zorg	14
Ziekenhuisstage brengt huisartsen en specialisten dicht bij elkaar	15
Pancreaskanker steeds vaker operabel	16
Ronald McDonald Huis: ouders altijd dichtbij	17
Nieuw @ UZ Brussel: mindful zwanger en bevallen	18
COVID-19: richtlijnen voor een vlot en veilig bezoek	19

AWARENESS

Preventie cCMV: jonge ouders attenderen én geruststellen

6

FACTS

Coeliakie: simpel bloedonderzoek maakt wereld van verschil

8

XPERT TALK

Aandacht voor kwetsbaarheid helpt gezond ouder worden

10

TREND

Beter revalideren met robots

12

Colofon

Redactionele coördinatie: Karolien De Prez, Annelies Van Regenmortel en Gina Volkaert. **Redactieraad:** Toon De Backer, Wim Distelmans, Edgard Eeckman, Martine Huybrechts, Patrick Lacor, Marc Noppen, Denis Piérard, Jan Schats, Ria Vanschoenwinkel, Brigitte Velkeniers. **Redactionele bijdragen in dit nummer:** Maridi Aerts, Ivan Bautmans, Thierry Devreker, Dirk Devroey, Elisabeth De Greef, Katia De Greve, Michel De Vos, Ina Foulon, Leonardo Gucciardo, Laura Kerselaers, Rastislav Kunda, Vincent Janssens, Nauredin Messaoudi, Bert Vandeloop, Bram Vanderborgh, Maik Van der Auwera, Ineke Van Mulders, Berline van Kemp. **Fotografie:** Yves Debremaeker, Emma De Keersmaecker, Sophie Nuytten, Maarten Moens, Johan Swinnen, Adobe Stock. **Wilt u meer informatie over een bepaalde foto, dan kunt u die eenvoudig opvragen via muzt@uzbrussel.be. **Illustratie:** Arnout Fierens. **Vormgeving & eindredactie:** Comith.be **Druk:** Leleu Printing. Gedrukt op milieuvriendelijk papier.**

Vragen of suggesties? Adverteren in mUZI? Abonnement aanvragen of adreswijziging melden?
Mail naar muzt@uzbrussel.be of bel naar de dienst Communicatie van het UZ Brussel op 02 477 80 80.

Verantwoordelijke uitgever: Marc Noppen, Laarbeeklaan 101, 1090 Jette

Tabula rasa?

Waarom het MFO een ommezwaai nodig om medicatiefouten echt te vermijden

In 2017 vond het eerste Medisch-Farmaceutisch Overleg plaats rond betere afspraken tussen de 1ste en 2de lijn om medicatiefouten te vermijden. Drie jaar later hebben we grote sprongen voorwaarts gemaakt, toch? Niet dus. Waar liggen de pijnpunten? Maar vooral: waar ligt de oplossing? Huisarts Vincent Janssens was zelf betrokken bij het overleg en scheidt het kaf van het koren van binnenuit.

DR. VINCENT JANSSENS

- > Huisarts in Jette (Huisartsenpraktijk Horizon)
- > Voorzitter van de Nederlandstalige Brusselse huisartsenkring Bhak
- > Behartiger van de belangen van de huisarts in het MFO

CONTACT

vincent@doktersjette.be

Op het derde MFO werd een gedeelde bezorgdheid geuit over verbetervoorstellen die in de praktijk niet blijken te werken. Het medicatieschema dat de huisarts elektronisch opstelt ter voorbereiding van een ziekenhuisopname bereikt de specialist niet. De medicatiezak die de patiënt meebrengt bij opname is vaak onvolledig. Na het ontslag uit het ziekenhuis geeft de patiënt zijn ontslagbrief, in drie enveloppen in verschillende kleuren, zelden af aan de juiste personen, ook niet aan de huisarts bij de eerstvolgende consultatie. En die huisarts, die op die manier de toelichting mist bij eventuele wijzigingen in de medicatie, krijgt bovendien het elektronische verslag van de specialist vaak pas nadat de patiënt al is langs geweest na opname.

Tabula rasa denk je dan. Samen met dr. Vincent Janssens speuren we naar concrete oplossingen. Verschillende oorzaken liggen aan de basis van het probleem. We pakken ze één voor één aan.

Oplossing 1: elektronische communicatie via één standaardplatform

Huisartsen kunnen de beveiligde eHealthBox van de overheid gebruiken om het medicatieschema elektronisch door te sturen. Maar veel specialisten hebben hier nog geen account geactiveerd. De meeste ziekenhuizen hebben hun eigen platformen om elektronische patiëntendossiers te beheren. Dr. Janssens: "Als huisarts stuur je dan het medicatieschema door volgens de gemaakte afspraken met elk ziekenhuis. Het probleem is dat een medewerker dat dan meestal manueel moet koppelen aan een specifiek patiëntendossier. Als het al gekoppeld is, staat het dan nog vaak op een plaats waar de specialist het moeilijk terugvindt." Vitalink, Primuz, eHealth en een amalgaam van eigen platformen: logisch dat de communicatie tussen al die systemen mank loopt.



heeft

Dr. Janssens: "We hebben een goed zorgsysteem met veel vrije keuze, maar hier zou de overheid toch een meer sturende rol moeten spelen. Je kan ziekenhuizen niet verplichten om een bepaald systeem te gebruiken, maar je kan wel standaarden opleggen waaraan een systeem moet voldoen, zodat we evolueren naar één beveiligd platform waar alle communicatie geïntegreerd verloopt."

Oplossing 2: een nieuwe mindset bij ziekenhuizen

Soms is het ook een kwestie van prioriteiten stellen. Voor het behalen van een kwaliteitscertificatie is het voor ziekenhuizen bijvoorbeeld noodzakelijk dat het diensthoofd opnameverslagen controleert vooraleer ze worden uitgestuurd. Als die wat minder tijd heeft, zorgt dat voor een vertragend effect. Dr. Janssens: "Als kwaliteitscriteria een probleem creëren in de zorg voor de patiënt, dan lopen we tegen het plafond aan. Hier moet er toch een versoepeling komen. Je zou bijvoorbeeld een voorlopige ontslagbrief kunnen opstellen die wél tijdig wordt verstuurd, in afwachting van het volledige verslag. Een verkorte versie zeg maar, met enkel de belangrijkste wijzigingen in het lopende medicatiebeleid."

"Er was trouwens afgesproken dat ziekenhuizen in het medicatieschema nog altijd de merknaam kunnen gebruiken van medicatie die zij op voorraad houden, maar dat ze daarnaast ook de generische naam van het actieve bestanddeel zouden vermelden. Dat gebeurt momenteel nog altijd niet. Afspraken moeten nagekomen worden, zeker omdat precies door het gebruik van verschillende namen het risico op dubbel medicatiegebruik het grootst is."

Oplossing 3: meer betrokkenheid van de patiënt

Dr. Janssens: "Ik vind dat een zorgbeleid een gedeelde verantwoordelijkheid is van zorgverleners én patiënt. De patiënt moet bereid zijn om zich voldoende te informeren, zodat hij het beleid begrijpt en weet waarom hij bepaalde medicatie neemt. Die informatie kan hij inwinnen bij de huisarts of de thuisapotheker. Als hij twijfelt over dubbel medicatiegebruik, volstaat een belletje. Toegegeven, op dat vlak stond ik wat alleen tijdens het MFO, en soms zoekt de patiënt ook zijn toevlucht tot online informatie die niet altijd betrouwbaar is. Een onafhankelijke wetenschappelijke website als thuisarts.nl zou ook bij ons heel nuttig kunnen zijn."

Oplossing 4: grotere rol van de apotheker in het zorgbeleid

De apotheker heeft vaak heel nuttige informatie voor het zorgbeleid. Hij of zij weet welke medicatie patiënten effectief komen halen, welke middeltjes ze zonder voorschrift gebruiken, soms heeft hij ook meer zicht op bijwerkingen. Maar hoe moet hij die informatie delen? Dr. Janssens: "De apotheker zou opmerkingen bij het medicatieschema moeten kunnen plaatsen, elektronisch in een beveiligde omgeving, bijvoorbeeld over ongewone doseringen, of interferentie van bepaalde medicatie met 'druppeltjes' die de patiënt regelmatig gebruikt. Maar de eindverantwoordelijkheid voor het beheer van dat schema moet bij de huisarts blijven, omdat die de volledige problematiek van de patiënt kent. Misschien biedt een beveiligde app als Siilo een oplossing? Ook thuisverpleegkundigen kunnen via die app bijvoorbeeld een foto van een ontsteking delen met de vraag of die specifieke behandeling vereist." We moeten er natuurlijk wel over waken dat we niet nóg een niet-integreerbare IT-tool toevoegen aan een al sterk versnipperd elektronisch landschap. Anders komen we weer bij probleem nummer één terecht ...

↘ Dit heeft het MFO nodig

Eén gebruiksvriendelijk systeem voor alle info-uitwisseling tussen 1ste en 2de lijn

Open mindset om werkwijzen te veranderen en afspraken na te komen

Meer betrokken houding van de patiënt bij zijn medicatiegebruik

Nog betere samenwerking en info-uitwisseling binnen de 1ste lijn

Minder medicatiefouten

Preventie cCMV

Jonge ouders attenderen én geruststellen

- 1/200 pasgeborenen heeft een cCMV-infectie
- 4 basismaatregelen kunnen besmetting voorkomen
- Zwangere vrouwen met al een kindje lopen meer risico

Een congenitale besmetting met het cytomegalovirus (cCMV) is de meest voorkomende congenitale infectie. Het KCE, Domus Medica, de Hoge Gezondheidsraad ... schuiven elk hun eigen preventieve maatregelen naar voor om besmetting te voorkomen. Soms zijn die maatregelen vaag, andere zijn heel gedetailleerd. Soms bevatten ze ook verkeerde info.

Het UZ Brussel wil via een preventiecampagne correcte en heldere informatie verstrekken, zodat de maatregelen ook effectief worden toegepast. Want er bestaan nog altijd veel misverstanden en vaak is er ook nodeloze ongerustheid.



PROF. DR. INA FOULON

- > Kliniekhoofd KNO
- > Otoloog (zowel kinderen als volwassenen)
- > Revalidatiearts in De Poolster (voor kinderen met gehoorproblemen)

CONSULTATIES

T 02 477 60 02
(consultatie KNO)

KNUFFELEN MAG

Er zijn vier basisregels waar men het internationaal over eens is. Als je die toepast, verminder je het risico op besmetting significant (zie kaderstukje). Prof. Foulon: "We vinden niets nieuws uit, maar we maken de aanbevelingen wel meer zichtbaar, via posters en folders in wachtzalen. We willen hiermee niet alleen waarschuwen, maar ook geruststellen. Ouders kunnen hun kinderen nog altijd knuffelen. CMV wordt niet via de lucht verspreid, enkel via contact met speeksel en urine. Een mondkapje is helemaal niet nodig."

Besmettingen komen het vaakst voor bij vrouwen

die al een kindje hebben. Prof. Foulon: "Jonge kinderen tussen 1 en 4 jaar maken een vrij grote kans op een CMV-besmetting via bv. de crèche. We vermoeden dat ouders tegenover hun eigen kinderen veel losser met hygiëne omgaan. Als je de basishygiëne tegenover andere kinderen ook toepast op je eigen kind, kom je al een heel eind."

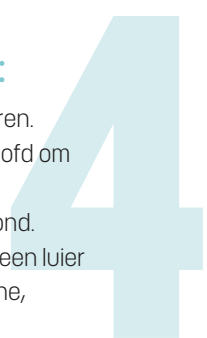
VOOR BEIDE PARTNERS!

De partner moet zich uiteraard ook aan de maatregelen houden, want bij kussen of seksuele betrekkingen kan die het virus doorgeven. Ook koppels die zwanger willen worden doen er goed aan de basisregels in acht te nemen. Het is vooral in het eerste trimester van de zwangerschap dat het risico op negatieve gevolgen later het grootst is (kans op mentale retardatie, gehoorproblemen en visusstoornissen). Vanaf het tweede trimester, wanneer de placenta beter is ontwikkeld, stijgt dan weer het risico op besmetting van het ongeboren kind, maar daalt het risico op sequelen. 🍀



Deze 4 maatregelen helpen een cCMV-besmetting te voorkomen:

1. Deel geen bestek of bekers met jonge kinderen.
2. Kus een jong kind bij voorkeur op het voorhoofd om speekselcontact te vermijden.
3. Steek geen fopspeen of speelgoed in uw mond.
4. Was altijd uw handen na het verversen van een luier en na elk mogelijk contact met speeksel, urine, stoelgang en fluimen.



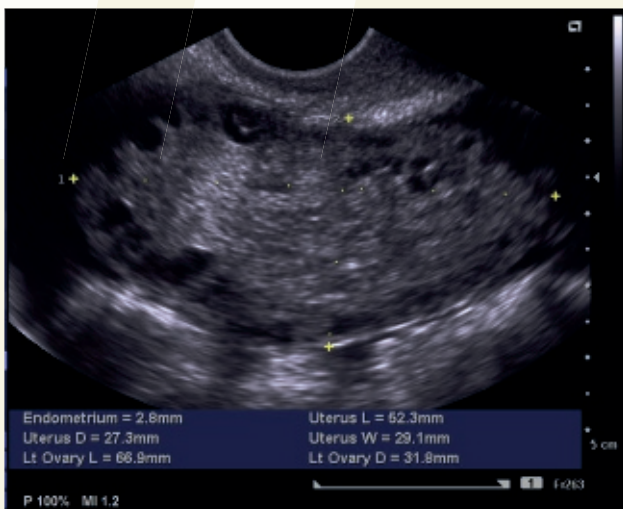
Meer weten over de gevaren voor de foetus en eventuele behandelopties

www.uzbrussel.be/ccmv



UZ Brussel gaat voor totaalaanpak bij PCOS

- 10% van de vrouwen lijdt aan polycysteus ovariumsyndroom
- Vaak late diagnose door onvoldoende kennis over PCOS
- Totaalaanpak verwijst patiënten naar juiste specialist



Beeld van een transvaginale echografie bij een patiënte met PCOS: volumineuze eierstok met een groot aantal follikels

Bijna 10% van de vrouwen lijdt aan het polycysteus ovariumsyndroom, kortweg PCOS. Een hormonale afwijking die te weinig of te laat wordt gediagnosticeerd omdat ze onvoldoende gekend is bij zorgverleners en patiënten. “Een belangrijke aanwijzing is onregelmatige menstruatie, een cyclus van meer dan 35 dagen of minder dan 9 keer per jaar”, stelt prof. dr. Michel De Vos. “De tweede indicatie is teveel aan mannelijke hormonen en/of de daarbij horende symptomen, zoals acne en overbehairing. Een vrouw met deze twee verschijnselen heeft PCOS. Bijkomend bloedonderzoek moet deze diagnose bevestigen. Een laatste symptoom zijn een groot aantal kleine vochtblaasjes of follikels in de eierstokken, minimaal 20, vast te stellen met echografisch onderzoek.

Deze follikels komen moeilijk tot groei en ovulatie waardoor de eisprong uitblijft en zwanger worden minder makkelijk gaat.”

IMPACT OP VERSCHILLENDE LICHAAMSFUNCTIES

Vroeger werd PCOS uitsluitend gezien als een geïsoleerde afwijking van de eierstokken, maar tegenwoordig wijzen talloze onderzoeken op een verstoorde balans in de hormonen, met een impact op verschillende lichaamsfuncties. De symptomen (en de ernst ervan) verschillen van vrouw tot vrouw. Prof. De Vos: “In het UZ Brussel kiezen we voor een totaal-aanpak. Een patiënte wordt in functie van haar klachten doorverwezen naar de juiste specialist. Zo schakelen we een dermatoloog in bij symptomen als acne of overbehairing, maar ook de diensten diabetologie/endocrinologie, obstetrie, gynaecologie en reproductieve geneeskunde worden nauw betrokken. PCOS verhoogt namelijk de kans op diabetes, hoge bloeddruk, hart- en vaatziekten en baarmoederkanker. Ook stijgt de kans op emotionele problemen als angst en depressie, lager zelfbeeld en minder zelfvertrouwen.”

Een gezonde leefstijl is heel belangrijk, net als goed en persoonlijk medisch advies. Prof. De Vos: “Het is voor de huisarts belangrijk alert te zijn voor de eerder genoemde primaire PCOS-symptomen. Aarzel niet om patiëntes tijdig door te verwijzen naar onze PCOS-kliniek voor een multidisciplinaire opvolging.”



PROF. DR. MICHEL DE VOS

- > Gynaecoloog/fertilititsarts in Centrum voor Reproductieve Geneeskunde (UZ Brussel)
- > Gespecialiseerd in PCOS en fertilititspreservatie (behoud van vruchtbaarheid na kanker en invriezen van eicellen voor later)

CONTACT

org@uzbrussel.be
T 02 477 66 99

FACTS

Coeliakie

Simpel bloedonderzoek maakt wereld van verschil

Ongeveer 1 op 200 Belgen heeft coeliakie, een chronische intolerantie voor gluten die zorgt voor ernstige klachten. Het Kidz Health Castle van het UZ Brussel pleit voor een vroege opsporing en behandeling.



DR. THIERRY DEVREKER

> Klinisch staf lid
Kindergastro-
enterologie en
voeding

CONTACT

T 02 477 60 61
afspraak_KHC@
uzbrussel.be

COELIAKIE IS GÉÉN ALLERGIE

Sommige mensen zijn allergisch voor tarwe, al komen die zelden voor. Maar een allergie is iets anders dan een auto-immuunziekte zoals coeliakie. Bij coeliakie wordt het eiwit gluten niet verdragen. Dit komt voor in producten op basis van tarwe, rogge, gerst, spelt en kamut. Denk maar aan brood, pasta, koekjes, bier en kant-en-klaarsauzen. Mensen met coeliakie worden soms al ziek van één enkele kruimel. Vooral de darmvlokken worden daarbij aangetast. Dit zijn kleine uitstulpingen die de dunne darm bekleden en zorgen voor de opname van voedingsstoffen. Zijn ze beschadigd? Dan kan dit bij kinderen leiden tot groeistoornissen en -achterstand. Op latere leeftijd is er verhoogde kans op complicaties, zoals verminderde vruchtbaarheid, miskramen, botontkalking, neurologische en psychische problemen.

COELIAKIE KAN DIVERSE KLACHTEN VEROORZAKEN

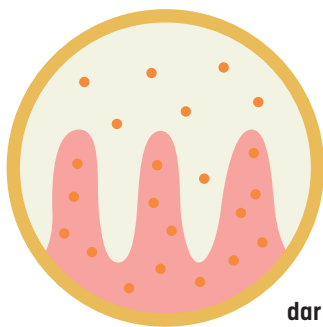
Het klassieke klinische beeld van coeliakie is dat van een kind met een opvallend bolle buik, diarree en gewichtsverlies. Al is dit bij de meeste kinderen anders. Zo hebben ze soms maar één klacht, bijvoorbeeld buikpijn. De subtielere vormen werden vroeger vaak gemist. Gelukkig zijn de kinder- en huisartsen steeds beter geïnformeerd. Het aantal diagnoses is duidelijk gestegen, deels door meer bewustwording, al zou de ziekte wereldwijd in opmars zijn.

50 000

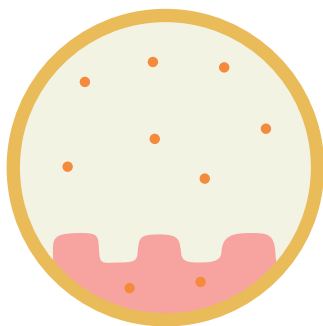
**Belgen weten op dit
moment niet dat ze
aan glutenintolerantie
of coeliakie lijden.**

SEROLOGISCH ONDERZOEK IS RAADZAAM VOOR DIAGNOSE

Blijf als huisarts alert voor de diagnose coeliakie. De eerste symptomen kunnen vanaf elke leeftijd optreden. Uiteraard pas na de introductie van gluten – het eerste fruitpapje of brood – in het dieet. Bij maag- en darmklachten zoals buikpijn, diarree, constipatie of bij gewichtsstagnatie en vermoeidheid raden we altijd een bloedonderzoek aan dat de IgA-antistoffen tegen tissue transglutaminase (IgA TTG) bepaalt, in combinatie met een totaal IgA. In geval van een IgA-deficiëntie (bij ongeveer 5% van de kinderen) kan IgA TTG vals negatief zijn en dient gedeamifieerd gliadine IgG bepaald te worden. Zekerheid is er pas na een biopsie van de dunne darm. In het Kidz Health Castle is het geen standaard procedure om meteen na de diagnose ook de ouders, broertjes of zusjes te testen. Toch zou het niet de eerste keer zijn dat de jarenlange vage klachten van een mama of papa tijdens een consultatie voor hun kind een heel andere dimensie krijgen. Na onderzoek blijkt dan vaak dat ze ook coeliakie hebben.



Normale
darmvlokken



Coeliakie

Tijdens de coeliakie-dagen in het UZ Brussel doorlopen patiënten op één dag alle onderzoeken en check-ups die mogelijk recht geven op een tegemoetkoming van het ziekenfonds.

ER BESTAAT HELAAS GEEN GENEESMIDDEL

De hoeksteen van de behandeling is een strikt en levenslang glutenvrij dieet. Hierdoor zullen de darmslijmvliezen zich gewoonlijk herstellen en verdwijnen de symptomen volledig na een zestal maanden. Patiënten met deze aandoening (of hun ouders) moeten leren welke voedingsmiddelen gluten bevatten en de ingrediëntenlijst op de verpakking van voedingsmiddelen controleren. Gluten zitten zelfs in non-foodproducten zoals zeep, lippenbalsem, medicijnen, vochtige doekjes, zonnecrème, ... Opgelet: wacht steeds tot na de volledige diagnose vooraleer een glutenvrij dieet op te starten bij een patiënt. Anders verdwijnen de antilichamen in het bloed en wordt de diagnose moeilijker.

VROEG OPGESPOORD IS HALF GESCOORD

Als iemand met coeliakie jarenlang gluten eet, kan dit de darmen ernstig beschadigen. Hierdoor kan het lichaam essentiële bouwstoffen – die kinderen nodig hebben om te groeien – niet opnemen uit voedsel. Hoe eerder we coeliakie opsporen en behandelen hoe beter we de gevolgen van deze ziekte – zoals groeiachterstand, vertraagde puberteit, anemie door ijzerdeficiëntie, osteopenie en zelfs osteoporose, tandafwijkingen ... – kunnen voorkomen. Net om die redenen volgen we onze patiënten heel nauwgezet op. Bijvoorbeeld tijdens onze jaarlijkse coeliakie-dagen, waar ze op één dag alle mogelijke onderzoeken en check-ups doorlopen die nodig zijn om recht te hebben op een tegemoetkoming van het ziekenfonds.

GLUTENVRIJ IS HIP, MAAR NIET NOODZAKELIJK GEZOND

Steeds meer mensen volgen een glutenvrij dieet omdat ze hebben gelezen dat het gezonder is. Dit is in principe niet gevaarlijk, tenzij het gecombineerd wordt met het weglaten van andere voedingsstoffen zoals lactose of vlees. Dan kunnen tekorten leiden tot groeiachterstand. Bovendien is een glutenvrij dieet minder vezelrijk, vetter, duur en allesbehalve gezonder. Heel veel sporters eten glutenvrij in de overtuiging dat hun prestaties zullen verbeteren, maar dit werd nog niet wetenschappelijk bewezen. 🍌



PROF. DR. ELISABETH DE GREEF

> Kliniekhof
Kindergastro-
enterologie
en voeding

CONTACT

T 02 477 60 61
afspraak_KHC@
uzbrussel.be

Aandacht voor kwetsbaarheid helpt gezond ouder worden

- Ouderen willen zo lang mogelijk zelfredzaam blijven
- Kwetsbaarheid vormt bedreiging voor zelfredzaamheid
- Hoe kan de huisarts dit tijdig opmerken en ingrijpen

Prof. Bautmans, hoe definieert u kwetsbaarheid?

"Kwetsbaarheid betekent dat de reservecapaciteit van een individu zo is afgenomen dat hij of zij niet meer bestand is tegen stressoren, die normaal niet zouden leiden tot functieverlies. Denk aan een banale luchtweginfectie die een ziekenhuisopname noodzakelijk maakt."

"Kinesitherapie kan meer dan **50%** krachtwinst opleveren"

Hoe meet u dat?

"Er bestaan verschillende schalen. De meest eenvoudige schaal, de 'physical frailty phenotype', meet fysieke kwetsbaarheid aan de hand van vijf kenmerken. Met de Frail Checklist identificeert u via vijf gelijkaardige vragen eveneens oudere patiënten met een hoge waarschijnlijkheid op fysieke kwetsbaarheid. Een derde schaal, de Index van Rockwood, is gebaseerd op de accumulatie van kwalen. Hoe meer gezondheidsproblemen, hoe sterker de reservecapaciteit afneemt. Een vierde is de Groningen Frailty Indicator. Via zelfrapportage meet die ook psychosociale aspecten zoals een gevoel van vereenzaming."

Welke pathofysiologie ligt aan de basis?

"Een chronische laaggradige ontsteking door een disbalans tussen pro- en anti-inflammatoire cytokines. Dat komt doordat uitgeputte immuuncellen meer pro-inflammatoire cytokines produceren. Een veranderde verhouding tussen vet en spiermassa speelt eveneens een rol, net als een gebrek aan lichaamsbeweging."

Wat zijn de alarmsignalen?

"Fysieke kwetsbaarheid herken je aan vijf symptomen: spierzwakte, gewichtsverlies, tekort aan lichaamsbeweging, trage gangsnelheid en een gevoel van vermoeidheid. Spierzwakte kan de huisarts makkelijk zelf testen, via een knijpkrachttest of door te meten hoe snel de patiënt kan rechtekomen uit een stoel."

Wat kan de huisarts doen?

"Een spierversterkend oefenprogramma bij een kinesitherapeut kan in geval van spierzwakte meer dan 50% krachtwinst opleveren. De grootste effecten vindt men bij mensen in een prefractiel stadium, die nog maar één of twee van de vijf kenmerken vertonen."

Waarom is de rol van de huisarts zo belangrijk?

"Sommige ouderen lijken misschien fit, maar zijn in werkelijkheid al aan het afglijden naar kwetsbaarheid. Proactief zijn is de boodschap, want hoe meer capaciteit nog aanwezig is, hoe sneller de patiënt weer reserves opbouwt. Omdat de huisarts de patiënt regelmatig ziet, kan die alarmsignalen snel detecteren."

Meer info over de 4 schalen die kwetsbaarheid meten vindt u op

www.uzbrussel.be/muzt-xtra



PROF. DR. IVAN BAUTMANS

> Hoofd onderzoeksafdelingen Gerontology (GERO) & Frailty in Ageing (FRIA) aan de VUB

INFORMATIE OVER HET FRAILTY-PROJECT

butterfly@vub.be



VAKGROEP GERONTOLOGIE AAN VUB UNIEK IN BELGIË

De interdisciplinaire researchgroep Frailty in Ageing onderzoekt de problematiek van kwetsbaarheid bij ouderen en speurt naar oplossingen. De afdeling werkt nauw samen met de dienst Geriatrie van het UZ Brussel.

Nieuwe interventionele technieken bij hartfalen

- **Acuut hartfalen met cardiogene shock heeft een hoge mortaliteit**
- **Impella geeft betere tijdelijke ondersteuning van hartfunctie dan ballonpomp**
- **Minimaal invasief en snel te plaatsen**

Recent zijn twee nieuwe interventionele technieken bij hartfalen gelanceerd in het UZ Brussel. Eén techniek, waarbij de twee voorkamers met elkaar worden verbonden bij chronisch hartfalen, bevindt zich nog in een experimentele fase. De tweede, de Impella voor tijdelijke ondersteuning bij acuut hartfalen met cardiogene shock, wordt sinds begin 2020 al toegepast.

Een Impella is een kleine hartpomp die, gemonteerd op een katheter, via de liesslagader naar binnen wordt gebracht tot in de linkerhartkamer. In die pomp zit een schroef die snel ronddraait en zo het bloed aanzuigt uit de linkerkamer naar de aorta om de hartfunctie tijdelijk te ondersteunen. De Impellatechniek is minimaal invasief en de pomp is ook heel snel te plaatsen.

BIJ ZWAAR INFARCT EN COMPLEXE CORONAIRE AANDOENING

Dr. Vandeloos: "De klassieke situatie waarin we deze techniek toepassen is een zwaar hartinfarct. Een Impella kan een debiet genereren van 3,7 l per minuut, met een tijdelijke piek van 4,3 l. De pomp ontlast zo het hart, beperkt verdere schade en geeft het hart de kans te recupereren terwijl de bloedtoevoer naar de andere organen gegarandeerd blijft.

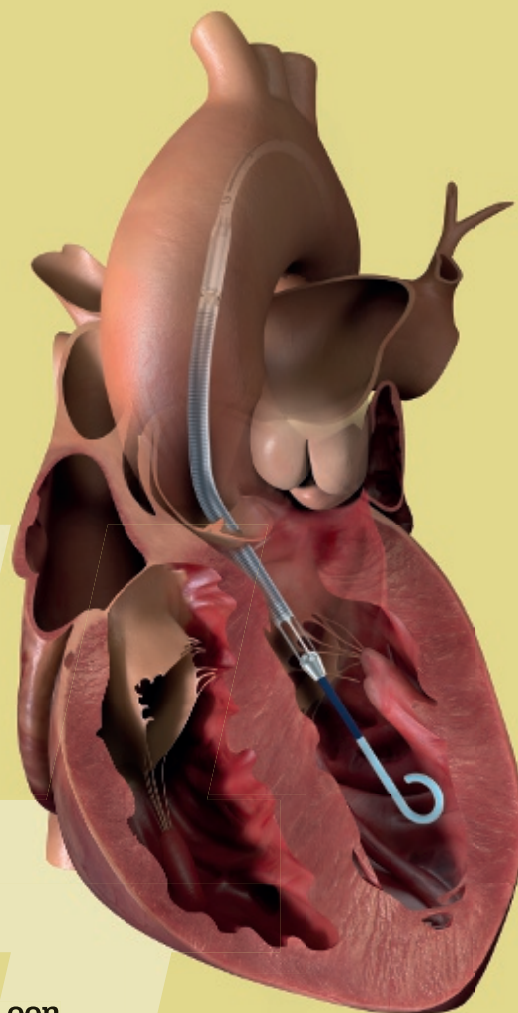
Een Impella is een kleine hartpomp die via de liesslagader tot in de linkerhartkamer wordt gebracht en een debiet tot 4,3 l per minuut genereert.

Ondertussen kunnen we het hart behandelen met stents indien nodig. Soms passen we de techniek ook electief toe, bij een patiënt met een complexe coronaire ziekte, waarbij het risico te hoog is om die te behandelen met stents zonder ondersteuning van het hart."

Bij acuut hartfalen wordt vaak medicatie toegediend om het hart krachtiger te laten samentrekken, maar dat zorgt juist voor een extra belasting van een al verzwakt hart. Ook de intra-aortale ballonpomp wordt nog altijd gebruikt, maar een Impella biedt veel meer ondersteuning.

KLEINER ÉN KRACHTIGER

De Impellatechniek is niet helemaal nieuw, maar kent sinds kort wel een revival. Dat komt doordat de pomp kleiner én krachtiger werd, waardoor die een betere ondersteuning biedt aan het hart, terwijl ze nog altijd percutaan via de lies kan worden geplaatst. 🍀



DR. BERT VANDELOO

> Kliniekhoofd
Cardiologie
> Interventioneel
cardioloog

CONTACT

T 02 477 60 09
(consultatie cardiologie)
apt_chvz@uzbrussel.be

TREND

Beter revalideren met robots

To walk again ... De naam van de vzw die triatleet Marc Herremans oprichtte in 2003, verwoordt mooi de droom van vele patiënten, die revalideren na bijvoorbeeld een ongeval of beroerte. Hoe ver staat de wetenschap intussen? Zorgt robotica voor een doorbraak? En hoe werken artsen en ingenieurs samen op dit vlak?

Een van de toonaangevende organisaties die hard werken aan revalidatieoplossingen, is BruBotics. Dit researchcentrum van de VUB zag het licht in 2015 en onderzoekt de interactie tussen mens en robot, met als doel de levenskwaliteit maar ook de werkomstandigheden van mensen te verbeteren. Van bij het begin stond die mens centraal. In het centrum werken ingenieurs daarom samen met onderzoekers uit tal van disciplines, zoals de humane, sociale en medische wetenschappen.

Prof. Vanderborght: "Het idee voor BruBotics onstond eigenlijk al ruim 15 jaar geleden, toen we met onder meer prof. Eric Kerckhofs samenwerkten aan een staprevalidatie-robot. De ontwikkeling van zo'n exoskelet vergt heel veel tijd, terwijl de noden van revaliderende patiënten heel verschillend kunnen zijn."

Er bestaan al diverse systemen, ook commerciële. Sommige helpen gewoon rechtop te staan, andere helpen om te wandelen. Prof. Vanderborght: "Vroeger zat je ingebonden in zo'n exoskelet. De machine nam de beweging van de patiënt volledig over, waardoor die zelf geen inspanning hoefde te leveren. Voor revalidatie is dat natuurlijk niet altijd wenselijk. Vandaag gaan exoskeletten assisteren waar het nodig is, zodat de patiënt effectiever kan trainen."

MEER MENSEN TOEGANG TOT OEFENEN MET ROBOTS

Om goed werkende oplossingen te ontwikkelen, moeten revalidatiewetenschappers veel kunnen testen met patiënten. Prof. Eric Kerckhofs en prof. Eva Swinnen, ook verbonden aan BruBotics, werken nauw samen met het Revalidatieziekenhuis Inkendaal in Vlezenbeek.



Het is belangrijk om overgebleven motorische functies te oefenen. Interactieve computerspelletjes verhogen de motivatie.

Het is de bedoeling om die samenwerking nog te intensifiëren, zodat er meer gezamenlijk onderzoek kan worden verricht. Ook met het UZ Brussel komt er meer samenwerking, onder meer via een klinisch labo in Jette. Prof. Vanderborght: "Als er vandaag een prototype wordt uitgetest op patiënten, gaat dat om hooguit 1 tot 3 individuen. Dat is nog veraf van klinische revalidatie op grote schaal. In Jette zullen we in elk geval al grotere patiëntengroepen kunnen bereiken, zodat meer mensen toegang krijgen tot oefenen met revalidatierobots."

"Welke gradatie van controle is het meest geschikt voor welke patiënt? Dat is nog een hele uitdaging."

Die nauwe samenwerking is belangrijk, al is het maar om vooruitgang te boeken in heel praktische zaken. Prof. Vanderborght: "Om zo'n machine aan te trekken, moet je de joints alignereren met de eigen gewrichten van de patiënt, wat soms tijdrovend is. Dus zoeken we nu naar mechanismen die verkeerde aligering gaan compenseren, zodat de machine veel sneller afgesteld kan worden en er minder tijd verloren gaat tijdens een trainingssessie."

VOOR WELKE PROBLEMATIEKEN BESTAAN ER AL OPLOSSINGEN?

Prof. Vanderborght: "Wereldwijd staat armrevalidatie het verst, wandelen is complexer. Je hebt vaak geïndividualiseerde revalidatie nodig, voor ruggenmergletsels, voor MS ... Welke therapie en welke gradatie van controle is het meest geschikt voor welke patiënt? Dat is nog een hele uitdaging. Bovendien zijn die robots nog gigantisch duur. Toch loont het absoluut om verder te investeren in onderzoek."

Het zenuwstelsel is plastisch, het kan dus geherprogrammeerd worden door veel te oefenen. Een revalidatiebot kan helpen om dat op een comfortabele manier te laten verlopen, volgens een zo correct mogelijk stappatroon. Daarnaast speelt motivatie een grote rol. We combineren de robot bijvoorbeeld met een 'virtual reality'-bril of scherm en laten de patiënt zo door een virtueel bos lopen.

We kunnen het dan doen lijken of ze sneller stappen dan in werkelijkheid, en kijken of dat een invloed heeft op hun actieve medewerking tijdens de training." Bij een volledige dwarslaesie, zoals bij Marc Herremans, kan de patiënt niet meer uit zichzelf stappen. Met een exoskelet kan dat wel, maar dan is de bewegingscontrole weg. Prof. Vanderborght: "Maar ook hier heeft zo'n machine wel degelijk voordelen, omdat het lopen de bloeddorstrooming, de nier- en leverfunctie stimuleert, osteoporose tegengaat ... Ook op de mentale gezondheid is de impact positief, door het gevoel terug te kunnen stappen. En laten we niet vergeten dat de wetenschap evolueert. Momenteel voert men al onderzoek naar een machine-interface die door hersensignalen wordt aangestuurd. De patiënt hoeft maar te denken aan een beweging en het exoskelet voert ze uit."

"Ik sluit trouwens niet uit dat mensen in de toekomst ook thuis gebruik kunnen maken van zo'n exoskelet, als de kostprijs afneemt. Neem nu oudere patiënten met spierzwakte. Als je die kan helpen met zo'n robot die ondersteuning waar nodig levert om thuis dagelijkse activiteiten te blijven uitvoeren, dan is dat al een stap vooruit. Ik ben ervan overtuigd dat artificiële intelligentie uiteindelijk zal leiden tot ingenieuze, lerende robotsystemen, die de levenskwaliteit van mensen met een tijdelijke of blijvende fysieke beperking sterk kan verbeteren. De robotica in dienst dus van de mens, hand in hand met de kinesitherapeut! 🍷"

Een exoskelet levert ondersteuning aan een patiënte die opnieuw leert stappen na een beroerte.



PROF. DR. IR. BRAM VANDERBORGH

> Coördinator
BruBotics, VUB

CONTACT

bram.vanderborght
@vub.be

➡ HET UZ BRUSSEL EN HET REVALIDATIE ZIEKENHUIS, INKENDAAL BUNDELEN HUN KRACHTEN

voor hoogwaardige en geïntegreerde revalidatietrajecten van kinderen en volwassenen. Centraal staat het verbeteren van de levenskwaliteit en zelfredzaamheid van patiënten met het oog op maximale kans op re-integratie in de maatschappij.



Flexibele endoscopie voor minimaal invasieve zorg

- **Nieuwe minimaal invasieve technieken bij spijsverteringsziekten**
- **Snellere diagnostiek en adequate behandeling door multidisciplinaire samenwerking**
- **Korter verblijf, minder pijn, betere levenskwaliteit voor patiënt**

Misschien heeft u het al gemerkt als u een patiënt met maag-, darm- of leverproblemen naar het UZ Brussel doorverwees: de afdeling Gastro-enterologie is bezig aan een grondige transformatie. Het doel: de patiënt nog veel meer centraal stellen in de zorg. Drijfveer is prof. dr. Rastislav Kunda, in dienst sinds februari 2019.



PROF. DR. RASTISLAV KUNDA

- > Klinisch staflid Gastro-enterologie en Heelkunde
- > Lever- en pancreaschirurg
- > Hoofd Interventionele Endoscopie

In zijn kielzog bracht prof. Kunda nieuwe behandelingen mee, zoals echo-endoscopisch geleide drainages van galblaas en pancreas, endoscopisch gecontroleerde operaties aan de slokdarm, maag en darmen, endoscopische procedures bij obesitas enz. Ze zijn stuk voor stuk minder invasief, met als voordeel minder nood aan pijnstilling, sneller herstel en een korter verblijf in het ziekenhuis.

ONDERZOEKEN COMBINEREN

Tegelijk introduceerde hij een nieuwe visie in de behandeling van spijsverteringsziekten. Prof. Kunda: "Flexibele endoscopie opent een wereld van mogelijkheden, zowel voor diagnostiek als behandeling. Die benutten we maximaal door multidisciplinair samen te werken. We sturen de patiënt niet van de ene specialist naar de andere, maar combineren zoveel mogelijk onderzoeken.



DR. MARIDI AERTS

- > Kliniekhoofd Gastro-enterologie

CONSULTATIE

T 02 477 68 12
(secretariaat Gastro-enterologie)

Daarmee winnen we kostbare tijd voor de patiënt." Prof. Kunda ontwikkelde een gelijkwaardig multidisciplinair model in Noorwegen en Denemarken, net als vele nieuwe diagnostische en therapeutische technieken en algoritmes bij spijsverteringsziekten. Zijn expertise wordt wereldwijd erkend.

'ONE-STOP-SHOP' VOOR ALLE AANDOENINGEN AAN MAAG, DARM, LEVER OF GAL

De nieuwe organisatiestructuur maakt het ook makkelijker voor u als huisarts. U hoeft niet meer te zoeken naar de juiste specialist. Het ziekenhuis doet dat voor u. Kliniekhoofd dr. Maridi Aerts: "Op de afdeling Gastro-enterologie krijgen we vaak te maken met levensbedreigende aandoeningen. Met ons multidisciplinaire team streven we ernaar om patiënten binnen enkele dagen of zelfs uren een definitieve diagnose te bieden en zo snel mogelijk een adequate behandeling op te starten. De patiënt ervaart daardoor minder stress, bouwt een stabiele zorgrelatie op, en heeft uitzicht op een betere levenskwaliteit, zonder pijn, met een normale voedselinname en dicht bij familie en geliefden." 🍌



Het team van Gastro-enterologie bouwt verder op de bestaande expertises, maar vanuit een nieuwe multidisciplinaire visie. Datzelfde principe past het UZ Brussel nu ook toe op de Hepato-pancreato-biliaire dienst. Het team bestaat uit chirurgen, gastro-enterologen, anesthesisten, radiologen, oncologen, pathologen en gespecialiseerde verpleegkundigen.

Ziekenhuisstage brengt huisartsen en specialisten dichter bij elkaar



DR. DIRK DEVROEY

> Decaan faculteit Geneeskunde en Farmacie VUB (sinds 14/9/2020)

- **Vier huisartsen-in-opleiding (HAIO) aan de slag in UZ Brussel**
- **HAIO's in ziekenhuis moet functionele relaties bevorderen**
- **Goede samenwerking tussen eerste en tweede lijn is van levensbelang**

Dit jaar hebben al vier huisartsen-in-opleiding (HAIO) een betaalde ziekenhuisstage afgerond in het UZ Brussel. Die stage is een gevolg van de hervorming van de huisartsenopleiding en duurt zes maanden. "Vroeger deed amper 10% van de HAIO's een deel van zijn stage in een ziekenhuis", begint prof. dr. Dirk Devroey. "Voortaan moet elke HAIO er zes maanden stage lopen, nadat hij al minstens één jaar ervaring opdeed in een huisartsenpraktijk en dus vertrouwd is met de eerstelijnsmethodes en -richtlijnen."

MEER ONDERLING BEGRIP

Vaak is er wederzijds onbegrip tussen huisartsen en specialisten. Een specialist kan niet altijd goed inschatten waarom een huisarts wacht met doorverwijzen, terwijl een huisarts soms niet snapt waarom een specialist zoveel onderzoeken doet. Prof. Devroey: "De HAIO zal die link nu beter kunnen leggen. Bovendien zullen toekomstige huisartsen én artsen-specialisten al tijdens hun opleiding contact met elkaar hebben. Want met de vergrijzing, de toename van de chronische zorg en de verkorte ligduur is een goede samenwerking tussen eerste en tweede lijn van levensbelang."

MEER DAN KIJKEN ALLEEN

"Het betreft zeker geen kijkstage. Een HAIO kan al autonoom werken. Hij is perfect geplaatst om een anamnese af te nemen, een volledig klinisch onderzoek te doen, medische beslissingen te nemen, polypathologie op te volgen, deel te nemen aan multidisciplinair overleg, patiënten op te volgen, de organisatie van de post-hospitalisatiezorg te bevorderen ... Uiteraard steeds onder supervisie." De HAIO's bleken ook een belangrijke schakel tijdens de COVID-19-epidemie. Ze bleven in de praktijk aan de slag of werden ingeschakeld in een triagecentrum. 🍀

"Tijdens mijn stage op de spoedgevallendienst leerde ik beter differentiëren wat echt urgent is en wat niet. Ik keer nu terug naar de huisartsenpraktijk. Met een berg aan informatie en nog meer overtuigd van mijn keuze."

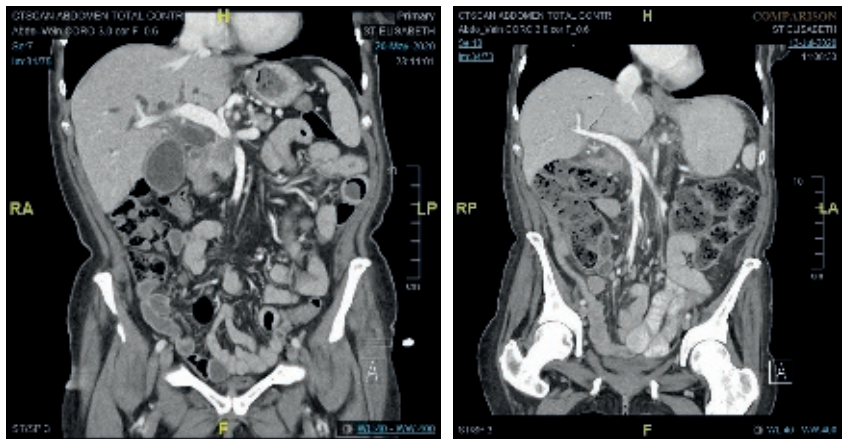
..... *Maik Van der Auwera, huisarts in opleiding (links naast collega Dubejko Katarzyna)*



Pancreaskanker steeds vaker operabel

- Ook complexere pancreastumoren komen nu in aanmerking
- Voorbehandeling met chemo- en radiotherapie is cruciaal
- Sinds 2019 twee nieuwe pancreaschirurgen in het UZ Brussel

Vaatreconstructie bij pancreaschirurgie (links: voor; rechts: na). Mensen die 20 jaar geleden inoperabel waren, hebben nu een overlevingskans die vergelijkbaar is met patiënten die altijd al operabel waren.



DR. NOUREDIN MESSAOUDI

> Lever- en pancreaschirurg
> MOC-coördinator Hepatobiliaire en Pancreasoncologie



PROF. DR. RASTISLAV KUNDA

> Lever- en pancreaschirurg
> Hoofd Interventionele Endoscopie

CONSULTATIES

T 02 477 60 40
(lever-, galblaas- en pancreasteam)

Meer en meer patiënten met een pancreastumor komen in aanmerking voor chirurgie. Twintig jaar geleden was minder dan 20% operabel, vandaag is dat gestegen naar 25%. Dat komt enerzijds door doeltreffender preoperatieve behandelingen met chemo- en/of radiotherapie. Dr. Messaoudi: "De belangrijkste reden voor inoperabiliteit is de insluiting van de poortader door de tumor. Als we die tumor preoperatief kunnen doen krimpen, waardoor die los komt van de bloedvaten, is een totale curatieve resectie mogelijk."

VAATRECONSTRUCTIE TECHNISCH HAALBAAR

Een tweede reden voor betere resultaten met pancreaschirurgie, is de technische vooruitgang op operatief vlak. Dr. Messaoudi: "In steeds meer gevallen is een vaatreconstructie mogelijk, waardoor de doorbloeding van en naar de darmen gegarandeerd blijft, op voorwaarde dat de patiënten goed hebben gereageerd op de chemo. De tumor hoeft niet volledig los te komen van de bloedvaten, maar het moet wel technisch haalbaar zijn om een reconstructie uit te voeren."

OPTIMAAL BEHANDELTRAJECT BINNEN TWEE WEKEN

De behandeling van pancreaskanker is complex en vereist daarom een multidisciplinaire aanpak. Maakt u een afspraak bij één specialist, dan komt u meteen bij alle betrokken partijen terecht: een oncoloog, radioloog, endoscopist, gastro-enteroloog, pancreaschirurg enz. Dr. Messaoudi: "De patiënt staat telkens centraal en krijgt een optimaal behandeltraject op maat, zowel prognostisch als wat de levenskwaliteit betreft. We brengen de patiënt in een *fast track*, zodat we binnen de twee weken een behandeling kunnen opstarten - wat ook nodig is, want een pancreastumor is doorgaans erg agressief."

De behandeling van pancreaskanker is complex en vereist een multidisciplinaire aanpak.

In 2019 heeft het UZ Brussel twee nieuwe pancreaschirurgen aangenomen, dr. Messaoudi die werd opgeleid in Canada, en prof. Kunda die voordien in Denemarken actief was. Samen hebben ze de afgelopen tien jaar ruim 500 pancreasoperaties uitgevoerd. 🍷

KATIA DE GREVE

> House & Development
Manager bij vzw
Ronald McDonald
Kinderfonds België

CONTACT

T 02.307.76.00

E info@kinderfonds.be

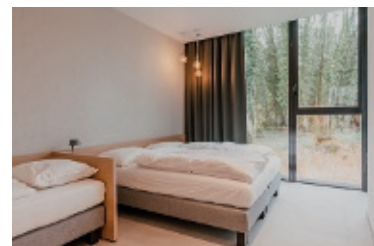
Ronald McDonald Huis: ouders altijd dichtbij

- 1ste Belgische Ronald McDonald Huis in het UZ Brussel
- Plaats voor 10 gezinnen met kinderen in het ziekenhuis
- Plek van rust en hoop: weg van ziekenhuis en toch dichtbij

Op amper 2 minuten en 37 seconden stappen van het UZ Brussel Kinderziekenhuis ligt het eerste Ronald McDonald Huis van ons land, een thuis voor families van gehospitaliseerde kinderen. "Ouders willen het liefst zo dicht mogelijk bij hun zieke kind zijn en reizen vaak meerdere keren per week – soms zelfs per dag – tussen thuis en het ziekenhuis om het gerust te stellen en te overladen met liefde in moeilijke tijden", aldus House & Development Manager Katia De Greve. Het passiehuis telt 10 privé-kamers met eigen badkamer. "In totaal kunnen hier 40 mensen overnachten. Er is een gemeenschappelijke woon- en eetkamer, keuken, wasruimte, bibliotheek, speelhoek, 2 patio's en een tuin. Helemaal weg van het ziekenhuis, dat ze trouwens niet eens zien liggen vanaf hier. Een bewuste keuze van de architecten. Ze wilden een veilige en geborgen omgeving creëren."

VEEL STEUN, SNELLER BETER

Het UZ Brussel verwijst de ouders door naar het Huis. Zij bepalen, op basis van urgentie, wie er voorrang krijgt. "Dat kan heel kort zijn, voor één nacht. Of veel langer. Het eerste gezin dat hier zijn intrek nam, bleef uiteindelijk meer dan drie maanden. Hun kindje was gehospitaliseerd op de eenheid Neonatologie." Het Huis kan een groot verschil maken voor zowel het zieke kind als de ouders: "De ouders zitten hier allemaal met hetzelfde verdriet en dezelfde hoop, die ze delen met elkaar. Ook vandaag. Ondanks de coronamaatregelen blijven ze op een veilige afstand steun zoeken bij elkaar in de gemeenschappelijke ruimten. Bovendien is het bewezen dat kinderen die omringd zijn door hun familie sneller genezen." 🍀



VOOR WIE?

Gezinnen met gehospitaliseerd kind van 0-18 jaar (21 jaar voor kinderen met beperking).

Opgelet: 1 kamer (van max. 4 personen) per gehospitaliseerd kind.

KOSTPRIJS?

Gezinnen betalen een eigen bijdrage van € 15 per kamer per nacht.

[www.uzbrussel.be/
ronald-mcdonald-huis](http://www.uzbrussel.be/ronald-mcdonald-huis)



NIEUW @ UZ BRUSSEL:

mindful zwanger en bevallen

- **Nieuwe zwangerschapstraining vermindert stress en angst**
- **6 groepssessies gebaseerd op wetenschappelijk onderbouwde Mindfulness-Based Stress Reduction-programma**
- **Stress tijdens de zwangerschap is nefast voor ontwikkeling kind**



PROF. DR. LEONARDO GUCCIARDO

> Diensthoofd Prenatale geneeskunde en Verloskunde

> Doet onderzoek naar de invloed van angst en stress op de foetus

Onze dienst Prenatale geneeskunde & Verloskunde biedt nu ook mindfulness aan voor koppels die in verwachting zijn en hierbij mogelijk stress of angst ervaren.

Mindfulness leert hen omgaan met dit soort gevoelens en laat hen toe meer te genieten van hun zwangerschap. "Het vooroordeel heerst dat mindfulness zweverig is, maar het is juist heel down to earth met concrete en onmiddellijk toepasbare oefeningen", begint psychologe Ineke Van Mulders. "Onze mindfulnesstraining stoelt op het Mindfulness-Based Stress Reduction-programma dat moleculair bioloog J. Kabat-Zinn begin jaren '80 ontwikkelde", vult prof. dr. Gucciardo aan. "De positieve effecten werden wetenschappelijk aangetoond: minder neiging tot piekeren, andere omgang met stress en verminderde angst en pijnbeleving."

ZORGEN OVER BABY, BEVALLING EN LICHAAMSVERANDERINGEN

Het vervangt geen zwangerschapscursus en is complementair met de gewone prenatale opvolging. Prof. Gucciardo: "Zwangere vrouwen maken zich vaak zorgen over de gezondheid van de baby, de bevalling of lichamelijke veranderingen, met stress tot gevolg. Zuigelingen van wie de moeder tijdens de zwangerschap veel stress had, blijken zich na de geboorte mentaal en motorisch minder goed te ontwikkelen."



INEKE VAN MULDER

> Klinisch psychologe UZ Brussel

> Gecertificeerd mindfulness-trainer

CONTACT

T 02 476 36 68 of 0496 12 65 14

E ineke.vanmulders@uzbrussel.be

VROEG BEGONNEN...

Ineke: "In de zes groepssessies geef ik aandacht- en lichte yogaoefeningen, zodat ze stress en angst voor de bevalling leren hanteren. Ook concrete technieken om weeën en pijn te counteren, komen aan bod." Iedereen kan zich inschrijven, in elke fase van de zwangerschap. Al pleiten beide experts ervoor om stress en angsten al vroeg in de zwangerschap aan te pakken. "Hoe sneller hoe beter, zo kunnen patiënten deze zelfzorg de hele zwangerschap toepassen. Ook erna, zowel de eerste maanden na de geboorte, als bij uitdagingen of moeilijke momenten in het latere leven."

VEILIGHEID PRIMEERT

Door de COVID-19-epidemie werd het aantal deelnemers per groep beperkt tot 4. "Om zo de afstandsregels in acht te nemen", zegt Ineke. "Tijdens de eerste golf gaf ik op vraag enkele individuele online sessies. Met succes. Bij een eventuele nieuwe golf overwegen we dit opnieuw."

Praktisch

📍 **UZ Brussel**

📅 3/10 - 10/10 - 17/10 - 24/10 - 7/11 - 14/11

🕒 10u00 - 12u45



www.uzbrussel.be/mindfulnessstraining

COVID-19

Richtlijnen voor een vlot en veilig bezoek

Het UZ Brussel stelt alles in het werk om een COVID-19-besmetting bij patiënten en bezoekers te voorkomen. We hebben ook een checklist opgesteld van voorzorgsmaatregelen die uw patiënten zelf kunnen nemen voor een veilig bezoek aan ons ziekenhuis.

Op onze website vindt u een handig overzicht van deze maatregelen, opgedeeld volgens situatie (afspraak in het ziekenhuis, dagopname, bezoek), met een onderscheid tussen volwassenen en kinderen. De belangrijkste hebben we alvast verzameld in deze fotoreportage.



Respecteer een afstand van 1,5 meter (wachtrijen, liften, gangen, wachtzalen, ...).

Foto: wachtzaal



Voor een geplande opname van langer dan één dag, wordt u twee dagen voor uw opname getest op COVID-19 in het ziekenhuis.

Foto: COVID-19 drive-in testing



Kom pas 15 minuten voor uw afspraak het ziekenhuis binnen. Pas handhygiëne toe bij aankomst. Breng zelf een mondmasker mee en draag het tijdens uw hele bezoek over neus en kin (voor kinderen: vanaf 12 jaar).

Foto: dienst Radiologie



Op Spoed is geen begeleider toegestaan (behalve bij kinderen < 16 jaar), in de rest van het ziekenhuis slechts in uitzonderlijke gevallen.

Foto: in- en uitgang Spoedgevallendienst





In de zorg is ook nood aan een kritisch maximum



"We moeten in de zorg af van altijd maar groter en altijd maar meer. Geregeld wordt gesproken van een 'kritisch minimum'. Maar vaak is er in de zorg net nood aan een 'kritisch maximum'", schrijft prof. Marian Vanhoeij, coördinator van de Borstkliniek op de blog van het UZ Brussel.



Lees de volledige blog op

<http://blog.uzbrussel.be>

Save the date!

Seminaries, symposia en studiedagen

Het UZ Brussel blijft u op de hoogte houden van belangrijke thema's in de gezondheidszorg - ook in coronatijden. De klassieke seminars voor huisartsen hebben we zoveel mogelijk vervangen door webinars en andere online alternatieven.



De gedetailleerde activiteitenkalender met de laatste updates vindt u op

www.uzbrussel.be/agenda

M U N I T