

# Focus

88

januari  
februari  
maart  
april  
2022

VIERMAANDELIJKS ARTSEN MAGAZINE



**De nieuwe Da Vinci Xi**  
Multidisciplinaire  
gebruik van de robot

**Closed-loop systeem**  
Glycemiecontrole  
zonder vingerprikken

**Deep Brain Stimulation**  
Een rem op de ziekte  
van Parkinson

**04**  
Kort

**06**  
Da Vinci Xi

**10**  
VR-bril

**11**  
Ademhalingsgecontroleerde  
radiotherapie

**12**  
Closed-loop systeem



**14**  
Fertiliteit bij mannen

**15**  
Pico laser

**16**  
Deep brain stimulation

**18**  
Spoed

**19**  
Nieuwe artsen

**20**  
In de praktijk



**Dr. Katrien De Ketelaere**  
Medisch directeur

**E**lke dag weer bieden wij met veel goesting de meest optimale zorg aan onze patiënten. Hiervoor doen wij een beroep op een groot team van gespecialiseerde artsen en medewerkers. Veel jonge collega's versterken ons ziekenhuis en we laten hen graag aan het woord over hun specifieke expertise. Het is indrukwekkend om te zien hoe hedendaagse technologie en artificiële intelligentie ons in het medisch handelen steeds meer ondersteunen en onze dagelijkse werking soms zelfs bijsturen. Geavanceerde technologie zoals robotica en lasertechnologie zijn niet meer weg te denken in de medische behandeling. En met de ingebruikname van de meest geavanceerde toestellen breiden we het indicatiegebied verder uit. Technologie heeft naast het diagnostische en thera-

peutische aspect natuurlijk zoveel meer troeven. De bijdrage over de VR-bril op de dienst oncologie toont hoe we op een soms eenvoudige manier patiëntbeleving een extra dimensie kunnen geven. Ook in de toegankelijkheid van zorg neemt technologie een steeds grotere plaats in. Dat dankzij closed-loop systemen mensen met type 1 diabetes niet meer zelf hun insulinedosis moeten berekenen, is hiervan een voorbeeld. Het patiëntenportaal dat we eind vorig jaar in gebruik genomen hebben, is dat zeker ook. Patiënten kunnen hiermee op een eenvoudige manier online afspraken maken. Het portaal is momenteel operationeel voor twee diensten en wordt in de loop van dit jaar volledig uitgerold voor alle klinische diensten. Hiermee willen we onze service een extra dimensie geven.

## Vzw Burgerplicht wint Samenlevingsprijs

In het vorig nummer van Focus kon je meer lezen over vzw Burgerplicht, het initiatief van dr. Leyla Yüksel (gynaecologie) en dr. Ercan Casmeli (maag-, darm- en leverziekten) dat tijdens de coronapandemie werd opgericht om sociaal kwetsbare mensen te informeren over corona en ter ondersteuning van de zorg en de bestaande Gentse noodhulporganisaties. Ze werden genomineerd voor de Samenlevingsprijs van de Stad Gent. Met deze prijs huldigt de stad elke twee jaar één persoon en twee organisaties die zich belangeloos inzetten voor het samenleven in de stad. Vzw Burgerplicht kreeg de eerste prijs in de categorie Social Profit.

Ondertussen is de organisatie uitgegroeid van een brede solidariteitsactie vanuit de Turkse gemeenschap tot een vrijwilligersorganisatie met een zeer divers netwerk dat ten dienste staat van alle Gentenaars. Burgerplicht is vandaag met een 100-tal vrijwilligers actief op het vlak van kansarmoede, participatie, jeugd, cultuur, onderwijs, gezondheid en preventie.



## Vlaamse overheid investeert in nieuwe vleugel

AZ Sint-Lucas krijgt van de Vlaamse overheid subsidies voor het realiseren van een nieuwe vleugel. Die is noodzakelijk om een bestaande vleugel te vervangen die niet langer voldoet aan de hedendaagse bouwnormen. Een deel wordt afgebroken en vervangen door nieuwbouw. Een ander deel wordt gestript en zeer grondig verbouwd.

Door de realisatie van dit project willen we toekomstgericht en duurzaam investeren in betrouwbare zorg voor onze patiënten. Tegelijk wordt ook de flow voor patiënten, bezoekers, personeel en logistiek herbekeken en geoptimaliseerd. Zo komt er een nieuwe cluster moeder-kind met niet alleen een nieuw verloskwartier maar ook een nieuwe neo-

natologie die veel ruimer zal zijn en meer comfort biedt aan de ouders. Ook de consultatieruimtes van de gynaecologen krijgen een nieuwe plek. Samen zal dit aansluiten op de bestaande materniteit. Verder komt er ook een nieuwe PAAZ-afdeling (psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis) met aansluitend een dagcentrum en nog een nieuwe, moderne verpleegafdeling met 30 bedden. Tenslotte krijgt ook de dienst nucleaire geneeskunde een nieuwe stek in het nieuwbouw gedeelte van het bouwproject.

De werken gaan van start in mei 2022 en zullen gefaseerd verlopen om de continuïteit van de zorg te kunnen garanderen. Tegen begin 2024 zullen alle betrokken diensten verhuisd zijn.

# Infosessies oncologie voor patiënten



Ons zorgprogramma oncologie organiseert maandelijks een gratis infosessie voor oncologische patiënten van AZ Sint-Lucas en hun omgeving. Elke maand belichten we een ander onderwerp zoals vermoeidheid, geheugen, seksualiteit, voeding ...

De sessies worden begeleid door professionele zorgverleners van AZ Sint-Lucas. Dit voorjaar vinden de infosessies nog online plaats, maar we hopen ze in het najaar terug live te kunnen hervatten.

In het voorjaar staan deze infosessies op de planning:

## Als genezen niet meer kan

**Dinsdag 8 maart 2022 van 17u tot 18u30**

Leven met kanker als chronische ziekte. Als kanker je leven beheerst, is het vaak moeilijk om vooruit te kijken. In deze bijeenkomst gaan we in gesprek en reiken we handvaten aan om kwaliteitsvol verder in het leven te kunnen staan.



ONLINE

## Hoe verder na kanker?

**Woensdag 9 maart 2022 van 14u tot 15u30**

Als de storm gaan liggen is, maar je kompas nog geen richting geeft. Kanker doormaken kan je leven flink door elkaar halen. Wat voordien evident was, is nadien misschien geen zekerheid meer. Patiënten blijven vaak ongewild achter met veranderingen op verschillende vlakken, waardoor ze in de toekomst voor uitdagingen komen te staan. In deze bijeenkomst staan we stil bij de impact van een kankerproces en de uitdagingen die je daardoor mogelijk moet aangaan.



ONLINE

## Een ding moet ik mijn vermoeidheid nageven ... uithoudingsvermogen heeft ze wel!

**Dinsdag 26 april 2022 van 17u tot 18u30**

Vermoeidheid en geheugenproblemen komen vaak voor tijdens en na de behandeling. Deze klachten worden soms onderbelicht, maar hebben vaak hun impact op het dagdagelijkse leven. In deze bijeenkomst reiken we tips en handvaten aan om hiermee om te gaan.



ONLINE

## Mijn lijf, lief en leed

**Maandag 16 mei 2022 van 14u30 tot 16u**

Met de diagnose kanker wordt jouw lichaam niet enkel bedreigd, maar vormt het ook een bedreiging. Tijdens de behandelingen leg je jouw lichaam letterlijk en figuurlijk in handen van deskundigen en ondergaat het - tijdelijk, soms blijvend - zichtbare en voelbare veranderingen. Uitgerekend dat lichaam is ons belangrijkste instrument om in relatie te treden met anderen, zowel intiem maar ook ruimer.

We leggen ons oor te luisteren bij een lichaam dat een aantal antwoorden tot zelfzorg in zich draagt. Hoe krijg je terug een band met een lichaam dat veranderd is, soms onvoorspelbaar is en grenzen aangeeft? Hoe bouw je terug (zelf)vertrouwen op? Hoe help je jouw lichaam? En hoe helpt jouw lichaam jou?



ONLINE

Inschrijven kan via [inschrijving@azstlucas.be](mailto:inschrijving@azstlucas.be) of 09 224 63 00.

# De nieuwe Da Vinci Xi



Foto: Vlnr dr. Kjell Fierens, dr. Vicky Maertens, dr. Rawand Salihi, dr. Luc Merckx, dr. Nico De Graeve, dr. Jeroen Van Besien en dr. Christophe Vanclooster



*In 2007 was AZ Sint-Lucas het eerste Gentse ziekenhuis dat een robotsysteem aankocht. Sinds 15 jaar wordt robotchirurgie in ons centrum ingezet daar waar er voor de patiënt een klinisch voordeel bestaat. In januari 2022 werd de nieuwste versie van het Da Vinci robotsysteem aangekocht, het Da Vinci Xi systeem. Dit nieuwe robotsysteem leent zich nog meer voor multidisciplinair gebruik en biedt een aantal technologische voordelen ten aanzien van vorige generaties.*

**H**et nieuwe robotsysteem is in staat om de vascularisatie van weefsels in beeld te brengen. Postoperatieve lekkages kunnen zo beter vermeden worden door de vascularisatie van anastomoses peroperatief na te kijken. Bij oncologische chirurgie kan onnodig bloedverlies beter vermeden worden door na te kijken of een afgeklemd bloedvat effectief de bloedvoorziening wegneemt van een tumor. Met dezelfde technologie kan ook het verloop van de ureter, de lymfbanen en de galwegen in beeld gebracht worden om schade en complicaties te vermijden. Een ander voordeel is dat de robotarmen dichter bij elkaar geplaatst kunnen worden wat de behandeling van kleinere patiënten of het werken in kleine ruimtes (zoals de mondholte) een stuk gemakkelijker maakt. De werkinstrumenten zijn een stuk langer geworden wat dan weer zijn voordeel geeft om te werken in de leverhoek-, milthoek en diep in het kleine bekken. De operatiecamera is een stuk lichter en fijner dan de voorgaande robotversies. Hierdoor kan de chirurg zijn camera wisselen tussen de verschillende robotarmen wat een hele hulp kan zijn bij intra-abdominale verklevingen.

Tot op heden werd robotchirurgie in ons centrum voornamelijk gebruikt voor de behandeling van prostaattumoren, niertumoren, hoofd-halstumoren, buikwandchirurgie en pelviene gynaecologische tumoren. Met de komst van het nieuwe robotsysteem zullen hier een aantal nieuwe indicaties bijkomen. Voorbeelden hiervan zijn robotchirurgie in de behandeling van blaastumoren, colorectale tumoren en cervix- of endometriumtumoren. Het gebruik van robotchirurgie zal alsmat toenemen en het is cruciaal voor chirurgische disciplines om mee te zijn met deze technologische evolutie. Wij zijn dan ook erg blij dat we deze expertise in huis hebben en dat ons ziekenhuis met dit nieuwe robotsysteem toekomstgericht geïnvesteerd heeft.

## UROLOGIE: ROBOT-GEASSISTEERDE CYSTECTOMIE

Bij ongeveer een vierde van de patiënten met blaastumoren zal op het moment van de diagnose de tumor doorgroeid zijn tot in de blaasspier. In dat geval is een radicale cystectomie de standaardbehandeling. Veel patiënten met blaastumoren zijn pulmonaal en cardiovasculair belast en hebben reeds een gevorderde leeftijd. Deze groep patiënten is vaak frail en kan baat hebben bij een minimaal invasieve aanpak. Slechts een aantal centra in België bieden een minimaal invasieve optie aan voor deze ingrijpende procedure. Ook bij ons is de expertise en techniciteit aanwezig om deze ingreep robot-geassisteerd uit te voeren.

Studies hebben aangetoond dat de oncologische resultaten gelijkwaardig zijn indien deze ingreep gebeurt via een open insnede of met de operatierobot. Het voordeel van de robot zit hem in het verkorten van de hospitalisatieduur. Patiënten hebben minder nood aan pijnstilling en krijgen bijvoorbeeld geen pijnpomp meer. Het bloedverlies kan maximaal beperkt worden. Door het uit-

stekende zicht in het kleine bekken kan in geselecteerde gevallen een zenuwsparing gebeuren ter preservatie van de erecties bij de man.

Ook het reconstructieve gedeelte van deze operatie, waarbij de urineleiders gehecht worden op een urinestoma (aan de huid) of een darmblaas (op de urethra) gebeurt inwendig. Op die manier blijven de insneden in de huid erg beperkt en wordt de kans op wondproblemen heel erg klein. Door fluorescentietechnologie kan de vascularisatie van deze verbindingen ook peroperatief nagekeken worden ter preventie van urinelekkage.

Door het aanbieden van deze ingreep op een robot-geassisteerde manier hopen wij dan ook om de morbiditeit van deze ingrijpende procedure zoveel als mogelijk te beperken.

Dr. Jeroen Van Besien



## GYNAECOLOGISCHE ONCOLOGIE

Binnen de gynaecologische oncologie zijn er drie duidelijke situaties waarbij robotchirurgie een meerwaarde biedt. De eerste meerwaarde van de robot zien we bij de behandeling van een endometriumcarcinoom, waarbij het gebruik van de fluorescentiescope de mogelijkheid biedt om een sentinelklierprocedure uit te voeren middels indocyaninegroen. De andere twee omstandigheden waarbij het gebruik van de robot zijn voordeel heeft, situeren zich bij het behandelen van het cervixcarcinoom. Hierbij biedt de robotchirurgie namelijk een bewezen voordeel bij het uitvoeren van een minimaal invasieve para-aortale lymfekliersampling en het uitvoeren van een radicale hysterectomie. Naast de verkorte opnameduur is er een voordeel op het vlak van peroperatief bloedverlies en bestaat de mogelijkheid om meer zenuwsparend te opereren. Specifiek bij het uitvoeren van een para-aortale lymfekliersampling, zien we een significant verschil bij het aantal klieren dat geresecteerd wordt, alsook een trend naar het aantal aangetaste klieren dat gevonden wordt. Dit kan een groot verschil uitmaken naar de verdere behandeling van een cervixcarcinoom.

Dr. Rawand Salihi







### ROBOTCHIRURGIE IN HOOFD- EN HALSCHIRURGIE

Sinds 2011 wordt in AZ Sint Lucas - als eerste ziekenhuis in de regio - voor patiënten met geselecteerde hoofd- en halstumoren robotchirurgie overwogen (TORS of TransOral Robotic Surgery). Het gaat dan voornamelijk om vroegtijdige orofaryngeale- en supraglottistumoren.

Het is een volgende stap in een streven naar een minstens even efficiënte behandeling, maar met behoud van een betere orgaanfunctie.

Klassieke "en bloc" heekkundige behandeling voor hoofd- en halstumoren is vaak geassocieerd met belangrijke mutilatie met belangrijke impact op spraak, slikken en ademhaling, vaak met ook een belangrijke invloed op de levenskwaliteit. We weten dat majeure hoofd- en halsingrepen een belangrijke impact hebben op de levenskwaliteit. Waar mogelijk wordt dus minimaal invasieve chirurgie aangeboden. Ook radiochemotherapie met curatieve intentie heeft een belangrijke invloed op spraak-en slikfunctie.

Met behulp van de Da Vinci robot kunnen we zeer gericht en efficiënt hoofd- en halstumoren reseceeren. Op geleide van de anatomopathologische bevindingen kan vervolgens de nabehandeling gericht voorgesteld worden, uiteraard steeds na uitgebreid overleg in het Multidisciplinair Oncologisch Consult (MOC). Dit kan leiden tot een sneller herstel en werkhervatting, en een beter levenskwaliteit. In combinatie met de gunstiger prognose bij HPV geïnduceerde tumoren, is de Da Vinci robot een belangrijk wapen in toekomstgerichte behandeling van deze hoofd- en halstumoren.

Daarnaast kunnen we de robot ook gebruiken voor tongbasisreductie in het geval van ernstig snurken of CPAP als gevolg van tongbasishypertrofie en kunnen we patiënten met recidiverende tongbasisangi-nae helpen.

Dr.Christophe Vanclooster

### ALGEMENE HEELKUNDE: COLORECTALE TUMOREN

Ook binnen de behandeling van colorectale heekkunde bestaat een indicatie voor robotchirurgie. Literatuur omtrent colorectale chirurgie - en dan voornamelijk rectumchirurgie - toont dat er over het algemeen minder conversies zijn naar open chirurgie in vergelijking met laparoscopie, evenals een sneller herstel en een kortere hospitalisatieduur. Er is ook een meer uitgebreide lymfeklierdissectie mogelijk, wat van belang is om goede oncologische resultaten te bekomen. Zoals vermeld heeft onze nieuwste generatie Xi robot ook een fluorescencescope, waarbij indocyaninegroen kan gebruikt worden met een dubbel voordeel; de ureters kunnen gelokaliseerd worden om ureterschade te voorkomen en de perfusie van de anastomose kan gevisualiseerd worden om de kwaliteit van de anastomose te beoordelen. Vooral in laaggelegen rectumcarcinomen worden de voordelen van robotchirurgie steeds duidelijker, omdat de pelviene autonome zenuwen beter bewaard kunnen worden wat tot een betere urinaire en seksuele functie en dus betere levenskwaliteit leidt.

Dr.Vicky Maertens



# Het leven door een VR-bril

*De virtual reality-bril duikt steeds meer op in de medische wereld. Het is immers een ideale manier om patiënten te laten ontspannen of even af te leiden van hun behandeling. Sinds begin dit jaar wordt in ons dagziekenhuis oncologie ook dankbaar gebruik gemaakt van een VR-bril.*

**V**irtuele realiteit wordt ingezet in de medische wereld om angst of ongemak voor de patiënt te verminderen of pijn te verzachten. Ook in ons dagziekenhuis oncologie wordt sinds kort gretig gebruik gemaakt van deze techniek. Ann-Sofie De Bouver, psycholoog van het oncologisch begeleidingsteam, ging er alvast enthousiast mee aan de slag: 'Deze bril kan tijdens de behandeling op het oncologisch dagziekenhuis extra comfort bieden en angstverminderend werken. Een patiënt kan dit zelf aanvragen of het wordt voorgesteld door de verpleegkundige of iemand van het begeleidingsteam. We gebruiken het vooral in het dagziekenhuis voor handelingen die voorafgaan aan de chemotherapie: bloed prikken, cristapuncties, ... of voor patiënten die het moeilijk hebben. Daarnaast is het de bedoeling om de bril ook in te zetten op onze verpleegafdeling oncologie.'

De patiënt kan vanuit een comfortabele zetel op zijn gemak in alle richtingen rondkijken in een virtuele wereld. De besturing doet hij zelf aan de hand van twee controllers. Op dit moment bieden we aan de patiënt drie verschillende belevingen aan. Zo kun je virtueel op reis naar de mooiste bestemmingen met Nature Treks, van tropische stranden tot wilde dieren in de

*"We zien dat de VR-bril het gewenste effect heeft. De patiënt wordt zodanig ondergedompeld in de virtuele wereld dat hij/zij de werkelijkheid even vergeet."*

savanne. In TRIPP word je ondergedompeld in een sfeer van mindfulness met bijzondere beelden, relaxerende muziek en een begeleidende stem. En wie wil kan via Wander zichzelf teleporteren naar om het even welke bestemming ter wereld.

De patiënten die de bril al hebben uitgetest waren erg enthousiast. Ann-Sofie: 'We zien dat de VR-bril het gewenste effect heeft. De patiënt wordt zodanig ondergedompeld in de virtuele wereld dat hij/zij de werkelijkheid even vergeet. We hopen dit in de toekomst nog meer te kunnen uitbreiden.'

Het gebruik van de VR-bril is mogelijk gemaakt dankzij sponsoring door OIGO, een vzw die zich inzet om het comfort van kankerpatiënten te verhogen. Eerder financierden zij ook al huiselijke gespreksruimtes voor oncologische patiënten.



# Ademhalingsgecontroleerde radiotherapie: hartsparende bestraling

*Tijdens de bestraling van de linkerborst kan het hart in het bestralingsveld liggen, met risico op laat-tijdig coronair lijden. Via de Deep Inspiration Breath Hold (DIBH) techniek waarbij de patiënt de adem inhoudt tijdens de behandeling, kunnen we de stralingsdosis op het hart aanzienlijk verkleinen. Onze dienst radiotherapie past deze techniek al enige tijd met succes toe.*

**A**Z Sint-Lucas heeft een grote multidisciplinaire borstkliniek, waardoor de behandeling van borstkanker een belangrijk aandeel heeft in de dienst radiotherapie. Zo werden in 2021 meer dan 300 patiënten bestraald voor borstkanker. We vinden het belangrijk om naast de effectiviteit van de behandeling ook te gaan kijken hoe we de bijwerkingen zo beperkt mogelijk kunnen houden. We maken een onderscheid tussen enerzijds acute bijwerkingen die bij dit soort behandeling vrij mild en voorbijgaand zijn en anderzijds chronische bijwerkingen (zoals coronair lijden), die gelukkig zeldzamer zijn, maar blijvende gevolgen kunnen hebben. Uit onderzoek blijkt dat de kans op coronair lijden in de 5 tot 15 jaar na bestraling van de linkerborst toeneemt en dat die toename gecorreleerd is met o.a. de mediane stralingsdosis op de hartspier<sup>1</sup>. Via de techniek van Deep

Inspiration Breath Hold (DIBH) kunnen we de hartdosis verlagen. Bij een diepe ademhaling is de afstand tussen de hartspier en het te bestralen borstweefsel immers groter, waardoor we het borstweefsel kunnen bestralen zonder het hart te raken (*figuur*).

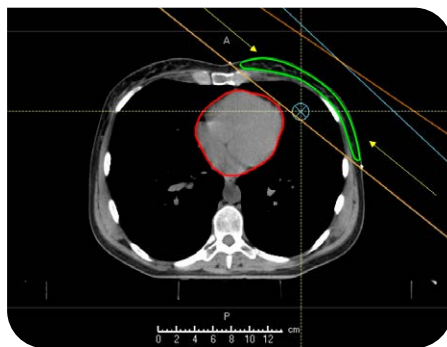
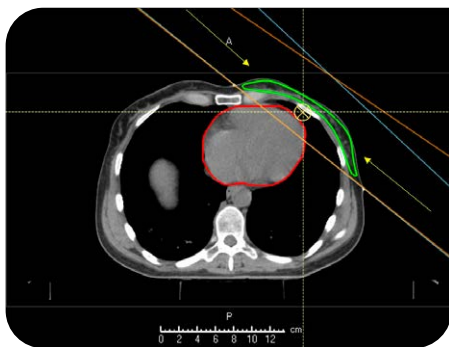
In eerste instantie maken we een CT-scan met gewone "vrije" ademhaling én een CT met diepe inademing om het verschil in hartpositie te bepalen. Op basis van deze CT-beelden berekent de arts of de patiënt baat heeft bij DIBH. Als blijkt dat het hart effectief minder bestraald wordt, dan stellen we een bestralingsplan voor met DIBH.

Tijdens de bestraling registreren we de ademhaling van de patiënt met behulp van een gespecialiseerde camera. Hierdoor zijn we in staat om de inademing reproduceerbaar te maken. Aan de hand van visuele

feedback kan de patiënt zelf zien hoe diep zij elke keer moet inademen en de adem moet ophouden. Door de connectie met de versneller is dit systeem ook erg veilig: stopt de diepe inademing, dan stopt de versneller ook met bestralen.

Tijdens iedere DIBH houdt de patiënt de adem ongeveer 20 seconden in. Dit wordt tijdens de bestraling tussen de 4 en 6 keer herhaald. Een goede coaching van de patiënt is cruciaal en tijdens de voorbereiding leren we de juiste ademhalingstechniek aan. Tijdens de bestraling helpt de visuele feedback en de actieve coaching van de verpleegkundigen om de ademhaling correct uit te voeren.

De artsen, fysici en verpleegkundigen van de dienst radiotherapie hebben nauw samengewerkt om de concrete uitvoering tot in de puntjes uit te werken. Met de implementatie van deze DIBH-techniek zetten we verder in op kwaliteitsverbetering.



*Links: de projectie van de behandelingsvelden op een CT in vrije ademhaling met het bestralingsdoelvolume (groene contour) en de hartspier (rode contour). Rechts: dezelfde behandelingsvelden geprojecteerd op een CT tijdens diepe inspiratie (DIBH).*

## INFO

Dr. Wim Duthoy  
wim.duthoy@azstlucas.be  
Dienst radiotherapie  
T 09 224 66 20

<sup>1</sup> Darby et al. N Engl J Med 2013; 368:987-998

# Glycemiecontrole zonder vingerprikken

*Hybride closed-loop systemen worden meer en meer de standard of care voor mensen met type 1 diabetes. Deze technologie garandeert de beste glycemiecontrole met het laagste risico op hypoglycemie. Het MiniMed 780G systeem is terugbetaald voor iedereen met type 1 diabetes en dankzij de Guardian 4 sensor zijn vingerprikken voor kalibraties overbodig.*



101 jaar na de ontdekking van het hormoon insuline en zijn therapeutisch effect bij diabetes, blijft de glycemieregeling bij mensen met type 1 diabetes moeilijk en frustrerend, ook voor zorgverleners. Je kan nog zo je best doen om de insulinedosis aan te passen aan de glycemie, de voeding en de recente en toekomstige inspanningen, dan nog zal de glycemie vaak schommelen zonder een duidelijk aantoonbare reden. Er zijn minstens 42 factoren die die de glycemie beïnvloeden (zie figuur) en je nooit allemaal onder controle kan hebben. De meerderheid van mensen met type 1 diabetes heeft dan ook, ondanks hun eigen inspanningen en die van hun zorgverleners, een onvoldoende glycemiecontrole<sup>1</sup>. Er wordt namelijk (in de meeste gevallen) aangeraden om te streven naar een HbA1c <7% of een Time In Range (TIR = tijd met een glycemie 70-180 mg/dl) van >70%, om het risico op micro- en macrovasculaire complicaties te verlagen<sup>2</sup>.

## NIEUWE STANDARD OF CARE

Met closed-loop systemen zien we nu voor het eerst echt goede resultaten. De TIR stijgt gemiddeld met 10% naar 76% en dat zonder een verhoogd risico op hypoglycemie<sup>3</sup>. Niet alleen de glycemiecontrole is beter, maar ook de levenskwaliteit van

de patiënten die dit systeem gebruiken. Ze moeten namelijk niet meer zelf hun insulinedosis berekenen, het systeem doet dat voor hen. Er zijn dus veel minder glycemieschommelingen en patiënten kunnen eindelijk met een gerust hart gaan slapen. Daarom worden closed-loop systemen meer en meer de standard of care voor mensen met type 1 diabetes<sup>4</sup>.

Een closed-loop systeem bestaat uit 3 componenten: een insulinepomp, een glycemiesensor en een algoritme. De pomp

geeft om de 5 minuten microbolussen insuline op basis van de sensorglycemie, de ingestelde streefwaarde en de koolhydraten die de patiënt inneemt. We spreken van een hybride closed-loop systeem omdat de patiënt dus nog steeds moet ingeven hoeveel hij gaat eten en wanneer hij gaat sporten. De data van de sensor en de pomp worden via Bluetooth naar de gsm gestuurd en via Wifi naar de cloud, waardoor zorgverleners en mantelzorgers alles ook in realtime kunnen opvolgen.

Patiënten dragen dus zowel een glycemiesensor (op de arm of de buik) als een insulinepomp op de buik. Afhankelijk van het type moet de sensor om de 7 à 10 dagen vervangen worden en de infusieset om de 3 à 7 dagen, om verstopping te voorkomen. Op dit moment zijn er enkel closed-loop systemen met een katheterpomp op de markt. In de toekomst verwachten we ook closed-loop systemen met een patchpomp (zoals bijvoorbeeld de Omnipod).

In België is het closed-loop systeem van Medtronic, namelijk het MiniMed 780G systeem, terugbetaald voor alle mensen met type 1 diabetes. Er loopt ook een kleinere studie voor duurdere closed-loop systemen (op dit moment enkel de Tandem



Control IQ), waarvoor wij samenwerken met het UZ Gent. Sinds oktober 2021 is het MiniMed 780G systeem met de Guardian 4 sensor beschikbaar, waardoor geen vingerprikken meer nodig zijn voor kalibratie van de sensor. Met de Guardian 3 sensor moest dat namelijk nog 3 à 4 keer per dag. Eén keer per week is er nog een vingerprik nodig bij opstart van de sensor/automodus.

### WIE KOMT IN AANMERKING VOOR EEN CLOSED-LOOP SYSTEEM?

Mensen met type 1 diabetes die problemen ervaren met hun huidige insulineschema, het zien zitten om continu een insulinepomp en glycemiesensor te dragen, hun koolhydraten te tellen en in te geven in de pomp en in staat zijn om adequaat te reageren op alarmen, zijn goede kandidaten voor een closed-loop systeem. Dankzij de recente start van onze nieuwe collega dr. Stephanie De Smet, kan een kennismakingsgesprek binnen de 2 weken gepland worden in Gent, Zelzate of Lochristi. De opstart gebeurt via een opname of ambulant. Koolhydraattellen wordt op voorhand aangeleerd via onze diëtiste.

### INFO

Meer weten over de MiniMed 780G? Onze online cursus behandelt alle praktische aspecten van de MiniMed 780G, zodat u op alle vragen van uw patiënten kunt antwoorden. Ga naar [www.diabetotech.com/nl/zorgverlener/minimed](http://www.diabetotech.com/nl/zorgverlener/minimed) voor de online cursus over de MiniMed 780G. Gebruik de couponcode **ARTS100%** vóór 1-3-2022 om deze cursus gratis te bekijken.

Als u graag wil meekijken naar de data van de MiniMed 780G pomp en sensor van uw patiënt, kunt u een **Carelink Personal account** aanmaken als zorgverstreker.

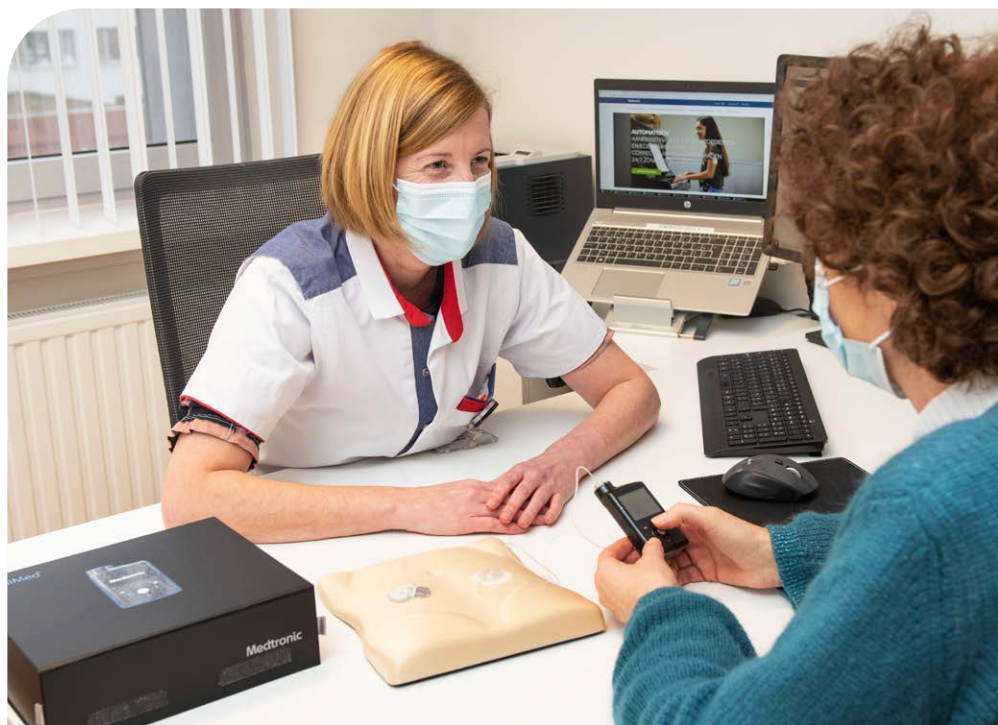
Contacteer ons op [secretariaat.endocrinologie@azstlucas.be](mailto:secretariaat.endocrinologie@azstlucas.be) voor meer info daarover.

1. <https://www.sciensano.be/nl/projecten/initiatief-voor-kwaliteitsbevordering-en-epidemiologie-bij-diabetes>

2. Battelino T et al. Clinical Targets for Continuous Glucose Monitoring Data Interpretation: Recommendations From the International Consensus on Time in Range. Diabetes Care 2019.

3. Da Silva et al. Real-world performance of the MiniMed 780G System: first report of outcomes from 4120 usrd. Diabetes Technol Ther 2021.

4. Diabetes Technology: Standards of Medical Care in Diabetes-2022. Diabetes Care 2022.



## 42 Factoren die je bloedglucose beïnvloeden

↓ Dalen   ↑ Stijgen   → Neutraal   ?

### VOEDING

- 1   ↑ ↑   Hoeveelheid koolhydraten
- 2   → ↑   Type koolhydraten
- 3   → ↑   Vet
- 4   → ↑   Proteïne
- 5   → ↑   Cafeïne
- 6   ↓ ↑   Alcohol
- 7   ↓ ↑   Timing van de maaltijd
- 8   ↑   Uitdroging
- 6   ?   Persoonlijk microbiom

### MEDICATIE

- 10   → ↓   Dosering medicatie
- 11   ↓ ↑   Timing medicatie
- 12   ↓ ↑   Interactie andere medicatie
- 13   ↑ ↑   Gebruik steroïden
- 14   ↑   Niacine (Vitamine B3)

### ACTIVITEIT

- 15   → ↑   Lichte training
- 16   ↓ ↑   Intensieve/ gemiddelde training
- 17   → ↑   Mate van geoefendheid
- 18   ↓ ↑   Tijdstip training
- 19   ↓ ↑   Timing voeding en insuline

### BIOLOGIE

- 20   ↑   Onvoldoende slaap
- 21   ↑   Stress en ziekte
- 22   ↓   Recente hypo's
- 23   → ↑   Glucoselevel tijdens slaap
- 24   ↑   Dageraad fenomeen
- 25   ↑   Problemen met infuuset
- 26   ↑   Littekenweefsel/ lipodystrofie
- 27   ↓ ↓   Intramusculaire insuline toediening
- 28   ↑   Allergieën
- 29   ↑   Hoger glucose level (glucotoxiciteit)
- 30   ↓ ↑   Menstruatie
- 31   ↑ ↑   Puberteit
- 32   ↓   Coeliakie
- 33   ↑   Roken

### OMGEVING

- 34   ↑   Verkeerd bewaarde insuline
- 35   ↑   Onnauwkeurige BG-meting
- 36   ↓ ↑   Temperatuur
- 37   ↑   Zonnebrand
- 38   ?   Hoogte

### GEDRAG

- 39   ↓   Hoeveelheid glucosemetingen
- 40   ↓ ↑   Opties standaardiseren
- 41   ↓ ↑   Overhaaste keuzes maken
- 42   ↓ ↑   Familie en sociale druk

# Holistische aanpak van het vruchtbaarheidsprobleem

*Vanaf maart 2022 voert onze dienst fertiliteit TESE-ingrepen (TEsticulaire Sperma-Extractie) uit. Vroeger verwezen we daarvoor naar de dienst urologie, maar met de komst van nieuwe collega Jeroen De Smet kunnen we dit nu aanbieden in het fertiliteitscentrum.*

**A**ls centrum streven we naar een holistische aanpak van het vruchtbaarheidsprobleem, waarbij we nu ook meer gaan focussen op de mannelijke voortplantingsmechanismen en -behandelingen. Zowel vrouw als man kunnen nu volledig behandeld worden binnen het fertiliteitscentrum. Dat is voor het koppel een pak laagdrempeliger en comfortabeler.

Onze nieuwe collega dr. Jeroen De Smet bekwaamde zich, na zijn opleiding tot gynaecoloog, onder de vleugels van professor Jan Gerris verder in de andrologie. Naast de behandelingen die we aanbieden voor de

vrouw, voeren we de TESE-ingrepen bij de man binnenkort dus zelf uit. Bij een TESE nemen we biopten ter hoogte van de testikels bij mannen met azoöspermie in de hoop zaadcellen te vinden die gebruikt kunnen worden voor een ICSI-behandeling bij de partner. Bij een obstructieve azoöspermie (bv. na een gefaalde vasovasostomie) is de kans op het vinden van zaadcellen nagenoeg 100%. Bij een niet-obstructieve azoöspermie (hypoandrogenisme) worden er bij ongeveer 1 op 3 patiënten toch nog zaadcellen gevonden.

Verder trachten we het koppel ook op psychologisch vlak goed te omkaderen en te begeleiden waar nodig. Zo hebben we gespecialiseerde psychologen in dienst die dieper kunnen ingaan op de impact van een fertiliteitstraject in het leven van het koppel.

Patiënten zijn sinds kort ook welkom in onze medische centra in Lochristi en Aalter waar we garant staan voor kwaliteitsvolle en empathische zorg in de hoop de kinderwens te kunnen vervullen.

*“Zowel vrouw als man kunnen nu volledig behandeld worden binnen het fertiliteitscentrum. Dat is voor het koppel een pak laagdrempeliger en comfortabeler.”*



## INFO

Fertiliteitscentrum  
T 09 224 64 39

# Spijt van je tattoo?

Onze dienst huidziekten biedt sinds kort behandelingen aan met de PICOPLUS laser. Dit toestel is de meest performante laser op de markt voor het verwijderen van tatoeages. Deze krachtige en snelle laser kan ook gebruikt worden voor het behandelen van pigmetaandoeningen en littekens. Ook voor huidverjonging zetten we de laser in.

**D**e PICOPLUS laser zendt met een extreem korte pulsduur (picoseconden) een enorme hoeveelheid energie uit, waardoor de pigmenten mechanisch verpulverd worden tot microscopische partikeltjes die door hun kleine omvang gemakkelijker (en dus sneller) afgevoerd kunnen worden door het lichaam. Welk pigment stukge maakt kan worden, is afhankelijk van de golflengte, de sterkte van de straling en de doorsnede van de stralingsbundel.

De laser werkt op vier golflengtes. Hierdoor kunnen we doorgaans alle kleurpigmenten in tattoos verwijderen, zelfs de meest hardnekkige zoals lichtblauw of groen. Alle types komen in aanmerking: professioneel of amateuristisch geplaatste tattoos, tribals, medische tatoeages zoals markeringspunten voor radiotherapie en permanente make-up aan wenkbrauwen, ogen en lippen. Afhankelijk van de kleur, de samenstelling van de inkt en het type tatoeage zijn er gemiddeld drie tot zeven behandelingen nodig met een interval van minimum 8 weken. Na het verwijderen van de tattoo gebruiken we een fractioneel handstuk om kleine gaatjes in de huid te maken, waardoor de wondheling versnelt, er minder kans is op verdikking van de huid en er minder behandelingen nodig zijn dan met traditionele pigmentlasers.

*"De laser werkt op vier golflengtes. Hierdoor kunnen we doorgaans alle kleurpigmenten in tattoos verwijderen"*

De PICOPLUS is een veelzijdige laser die we ook gebruiken voor het behandelen van:

- pigmetaandoeningen: pigmentvlekken in het gelaat, decolleté en handen (lenti-go solares), melasma, post-inflammatoire hyperpigmentatie, donkere kringen onder de ogen, sproeten, cafe au lait, naevus van Ota ...
- (acne-) littekens
- striemen
- huidverjonging

De laserpulsen voelen aan als een elastiekje dat tegen de huid schiet of als een warm prikje. Tijdens het laseren van een tattoo gebruiken we een koeltoestel dat koude lucht blaast (tot -30°C) om de behandeling comfortabeler te maken. Zo nodig schrijven we een verdovende crème voor. Direct na de behandeling voelt de huid warm aan en

is ze wat opgezet of gekneusd. Tijdens en na de behandeling mag een verzorgende en herstellende crème gesmeerd worden en is bescherming tegen de zon belangrijk.

De behandelingen worden uitgevoerd door onze huidartsen die gespecialiseerd zijn in laserbehandelingen. Het ziekenfonds betaalt de behandeling niet terug. De mogelijkheden, verwachtingen en kostprijs bespreken we tijdens een intakegesprek met de patiënt.

## INFO

Dienst huidziekten  
T 09 224 64 26



# Deep Brain Stimulation voor ziekte van Parkinson

*Parkinsonpatiënten die veel last hebben van een tremor of onwillekeurige bewegingen, kunnen baat hebben bij deep brain stimulation (DBS). Daarbij remmen we via een elektrode in de hersenen de storende hersenactiviteit af. Dr. Griet Loret, neuroloog, licht toe wie hiervoor in aanmerking komt.*



*"DBS is wellicht de meest geavanceerde techniek binnen de ziekte van Parkinson"*

Foto: Vlnr Dr. David Colle, Dr. Griet Loret, Fien Vanderiviere

**D**r. Griet Loret: "Bij DBS worden via een elektrode elektrische impulsen gestuurd ter hoogte van de subthalamische nucleus in de diepe hersenen – een kern die een belangrijke rol speelt in het Parkinson-ziektebeeld. Aangezien de ziekte op termijn symptomen geeft in de beide lichaamshelften, implanteren we in de meeste gevallen twee hersenelektrodes: één per hersenhelft.

We voeren DBS hoofdzakelijk uit bij patiënten met de ziekte van Parkinson, maar ook patiënten met essentiële tremor, dystonie en syndroom van Gilles de la Tourette kunnen er baat bij hebben."

## **BESTAAT DBS VOOR DE ZIEKTE VAN PARKINSON AL LANG?**

"Het is wellicht de meest geavanceerde techniek binnen de ziekte van Parkinson, maar in feite is het zeker geen nieuwe behandeling meer. De allereerste DBS-ingreep in ons ziekenhuis vond plaats in 1998, sindsdien vonden er ruim 700 DBS-implantaties plaats. Het is een complexe procedure die goed in de vingers zit bij onze neurochirurg Dr. David Colle."

## **KOMEN ALLE PARKINSONPATIËNTEN IN AANMERKING VOOR BEHANDELING MET DBS?**

"Neen, er zijn meerdere criteria waaraan iemand moet voldoen en we voeren dan ook een zeer grondige screening uit bij mogelijke kandidaten. Zo weerhouden we enkel de patiënten die effectief baat hebben bij deze therapie."





Met de nieuwste directionele elektrodes kan men tegenwoordig de elektrische stroom zeer gericht sturen, om het effect te optimaliseren en tegelijkertijd het risico op bijwerkingen te minimaliseren.

### WELKE ZIJN DE BELANGRIJKSTE INCLUSIECRITERIA?

“Er moet eerst en vooral een zekerheidsdiagnose zijn en verder moet de ziekte minstens drie jaar bestaan. Dit om ‘parkinson-mimics’ uit te sluiten. De ingreep wordt gezien als een tweedelijns therapie, dus wanneer klassieke medicatie faalt. Door de invasiviteit en zwaarte van de ingreep is er in principe ook een leeftijdsgrens die ligt op 75 jaar, al kan deze wel hoger of lager liggen afhankelijk van de medische voorgeschiedenis en algemene gezondheidstoestand van de patiënt. Verder mogen er ook geen te grote cognitieve problemen zijn.”

### WELKE PATIËNTEN HEBBEN DE MEESTE BAAT BIJ EEN DBS INGREEP?

“Bij de patiënten met de ziekte van Parkinson zijn er in feite drie profielen die in aanmerking komen voor een DBS-ingreep:

1. patiënten met ernstige (onvoorspelbare) ON/OFF fluctuaties,
2. patiënten met ernstige (levodopa-geïnduceerde) dyskinesieën,
3. patiënten met een ernstige medicatie-resistente tremor die functioneel hinderlijk is.”

### HOE WORDT EEN DBS-PATIËNT OPGEVOLGD?

“Voor het neurochirurgische en neurologische luik staan respectievelijk Dr. David Colle en ikzelf in. Daarnaast hebben we een schitterend team van paramedici dat samen met ons de patiënt begeleidt gedurende het hele proces van ‘screening’ tot de implantatie en nazorg. De opvolging van de patiënt na zo’n ingreep is immers zeker

zo belangrijk of mogelijk zelfs belangrijker: de DBS-parameters moeten bijgesteld worden en door het evolutieve karakter van de ziekte weten we uit ervaring dat multidisciplinaire begeleiding onmisbaar is. We volgen onze patiënten dus nauw op via onze dagkliniek voor bewegingsstoornissen en op de terugkomdagen.”

### KAN DE HUISARTS EEN ROL SPELEN IN DE SELECTIE OF DOORVERWIJZING VAN PATIËNTEN?

“Jazeker. Ik hanteer het motto “beter te vroeg dan te laat”. Bij twijfel mag een patiënt zeker doorverwezen worden naar de raadpleging. Aan de hand van klinisch onderzoek en vooral de anamnese en verloop van de ziekte kunnen we al met een grote zekerheid zeggen of iemand in aanmerking komt voor een DBS-behandeling. Uiteindelijk volgt bij de mogelijke kandidaten een ‘preoperatief bilan’ waarbij naast klinische en paraklinische testen ook psychologische en cognitieve screening gebeurt. Pas als dit bilan gunstig is, kan een effectieve

DBS-ingreep ingepland worden. En uiteraard primeert de keuze van de patiënt altijd. Is een patiënt uiteindelijk toch nog niet klaar voor de grote stap, dan zetten we de screening on hold en kan deze later hernomen worden.”

### INFO

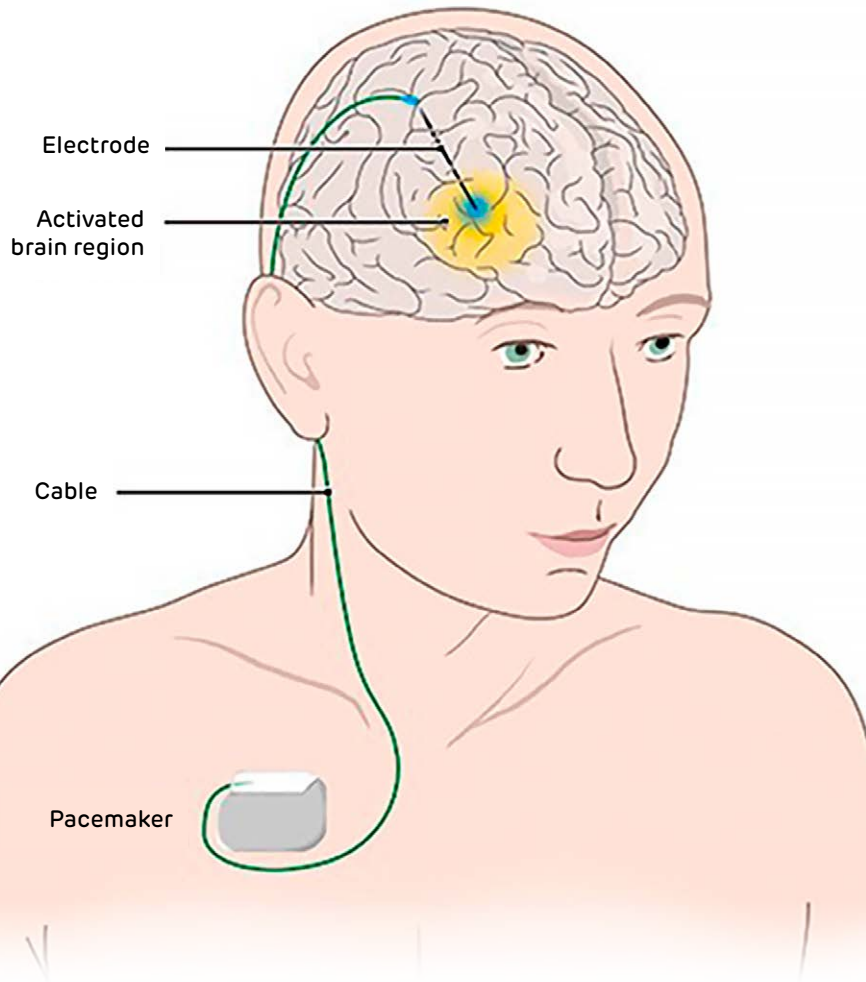
Secretariaat neurologie  
T 09 224 65 30

Dr. Griet Loret  
Neuroloog, bewegingsstoornissen

Fien Vanderiviere  
MS- en Parkinsonverpleegkundige

Dr. David Colle  
Neurochirurg

**Save the date:** Medische avond van de dienst neurologie op dinsdag 22 november, met o.a. info over DBS.



# Onze dienst spoedgevallen: méér dan de toegangspoort van het ziekenhuis

*De laatste jaren groeide onze spoedgevallendienst uit tot een toonaangevende dienst binnen zijn discipline. Voor velen is onze dienst het eerste contact met het ziekenhuis. Ons team haalt dan ook alles uit de kast voor onze patiënten.*



## NIEUWE COLLEGA'S, NIEUWE AMBITIES

Ons ziekenhuis mocht het afgelopen jaar maar liefst vier nieuwe urgentie-artsen verwelkomen. Dokters Philippe Leune, Jonas Schoonackers, Diede Hannosset en Bob De Keyser kozen voor AZ Sint-Lucas om hun carrière te starten. Diensthofdieter Dieter Devriese: 'Door gemotiveerde en ambitieuze collega's aan te trekken en volop in te zetten op teaching en technische innovatie, bewijzen we dat urgentiegeneskunde een hoeksteen van de moderne ziekenhuis-geneeskunde vormt.'

Dr. De Keyser: 'Het hart en de sterkte van onze dienst is ongetwijfeld de goed geoliede ploeg van artsen en verpleegkundigen die hier dagelijks het beste van zichzelf geven. Maar het is ook fijn om terug te kunnen vallen op de ruimere expertise aanwezig in ons ziekenhuis.'

## TECHNISCHE INNOVATIE ALS BREEKPUNT

Na eerdere ingebruikname van een video-laryngoscoop, kocht onze dienst recent twee draagbare echografietoestellen aan. Dr. Schoonackers: 'Na een grondig markt-onderzoek besloten we resoluut te kiezen voor het echografietoestel van de toekomst: draadloos, compact én draagbaar. De echografiekop wordt via WiFi gekoppeld aan een iPad, waardoor het toestel snel en universeel inzetbaar is, ook tijdens

uitrukken met de MUG'. Echografie wordt al enkele jaren naar voor geschoven als game changer binnen de urgentiegeneskunde, denk maar aan het eFAST onderzoek bij opvang van polytrauma patiënten, het echogeleid plaatsen van katheters of het inschatten van de hartfunctie bij patiënten in shock.

*"Echografie wordt al jaren naar voor geschoven als game changer binnen de urgentiegeneskunde."*

## DE COLLEGA'S VAN MORGEN OPLEIDEN

Onze spoedgevallendienst is een drukbezochte opleidingsplaats voor studenten, assistenten en huisartsen in opleiding. 'Centraal in onze visie als opleidingscentrum, staat de verankering van recente wetenschappelijke inzichten om tot een betere zorg te komen', aldus dr. Leune. 'Elke arts in opleiding wordt dagelijks gekoppeld aan een vast staf lid. Deze een-op-een begeleiding garandeert dat onze jongere collega's op een veilige manier kunnen werken. Dankzij het feit dat huisartsen in opleiding nu ook stage kunnen lopen op onze dienst, hopen we een brug te kunnen slaan met de huisartsenwachtpost, waar veel van deze jonge collega's later nog aan de slag zullen gaan'.

# Nieuwe artsen



## DR. MAXIM CLAUWAERT

Dr. Maxim Clauwaert studeerde in 2021 af als **hematoloog** aan de UGent. Zijn opleiding tot internist volbracht hij achtereenvolgens in AZ Sint-Jan Brugge, OLV Aalst en UZ Gent. De bijzondere beroepstitel in de klinische hematologie behaalde hij dankzij verdere opleiding in UZ Gent en Erasmus MC in Rotterdam. Tijdens deze buitenlandse

ervaring legde hij zich gedurende een jaar voornamelijk toe op de lymfoproliferatieve aandoeningen en de niet-oncologische hematologie, zoals stollingsstoornissen en hemoglobinoopathiën. Dr. Clauwaert heeft op 1 januari 2022 onze dienst **radiotherapie-oncologie-hematologie** vervoegd, ter vervanging van dr. Marjan Petrick.

## DR. NEIL DEMEY

Sinds januari 2022 versterkt dr. Neil Demey ons team van **maxillofaciaal chirurgen**. Hij studeerde in 2011 af als tandarts aan de Universiteit Gent om er vervolgens de opleiding geneeskunde aan te vatten. Sinds 2017 werd hij opgeleid tot MKA-chirurg in UZ Leuven, AZ Nikolaas en AZ

Sint-Jan Brugge-Oostende. Vervolgens liep hij een fellowship in het HCL Hôpital Lyon Sud in het bijzonder toegespitst op de dermatochirurgie. Hij zal zich toeleggen op de orthognatische en preprothetische heelkunde, implantologie en dermatochirurgie.



## DR. DIEDE HANNOSSET

Sinds januari 2022 maakt Dr. Diede Hannosset deel uit van ons **team spoedartsen**. Zij studeerde aan de K.U. Leuven en voltooide de opleiding Urgentiegeneeskunde in 2021. Tijdens haar opleiding was zij werkzaam in AZ Delta Roeselare, AZ Groeninge in Kortrijk, UZ Leuven en UZ Gent. Zij deed

ook buitenlandse werkervaring op in Kameroen. Als masterproef deed zij onderzoek naar stress levels bij Vlaamse assistenten in de urgentiegeneeskunde en de implicaties hiervan en publiceerde zij een artikel hierover.

## DR. BENJAMIN LEENKNEGT

Dr. Benjamin Leenknecht vervoegde op 1 februari 2022 ons team van **radiologen**. Dr. Leenknecht behaalde zijn diploma geneeskunde aan de Universiteit Gent in 2016. Daarna genoot hij de specialisatieopleiding radiologie in AZ Sint-Jan Brugge en UZ Gent. Na zijn afstuderen werkte hij gedurende 6 maanden in AZ Sint-Vincentius Deinze.

In AZ Sint-Lucas zal dr. Leenknecht zich naast de algemene radiologie toeleggen op **abdominale en cardiovasculaire beeldvorming**. Hij gaf reeds presentaties op het European Congress of Radiology en op de European Conference of Cardiovascular Radiology. Ook deed hij een fellowship over abdominale radiologie in King's College Hospital in London (UK).



## DR. ALEXANDRA KLUYSKENS

Dr. Alexandra Kluyskens versterkt sinds 1 februari 2022 de associatie **mond-, kaak- en aangezichtschirurgie**. Ze studeerde af als arts aan de KU Leuven in 2014 en als tandarts aan de UGent in 2017. Ze genoot haar opleiding mond-, kaak- en aangezichts chirurgie in Zna Middelheim, AZ Nikolaas en UZ Gent.

Daar vervoegde ze het Faciaal Centrum en zal ze ook in de toekomst werkzaam blijven als consulent. Ze zal zich naast de dento-alveolaire chirurgie toeleggen op de reconstructieve chirurgie en traumatologie van het aangezicht.

# mijnsintlucas: het patiëntenportaal van AZ Sint-Lucas

*Half december werd het patiëntenportaal mijnsintlucas gelanceerd. Hiermee kun je o.a. online een afspraak maken. Voorlopig nog bij twee diensten maar dit wordt snel verder uitgerold.*

**M**ijnsintlucas is een beveiligd patiëntenportaal dat deel uitmaakt van het elektronisch patiëntendossier KompAZ. Het stelt patiënten in staat om elektronisch afspraken te maken en te annuleren. Je ziet er ook een overzicht van al je geplande afspraken of ingrepen, ook als die telefonisch werden gemaakt. Artsen kunnen een bericht sturen naar hun patiënt en aangeven of hij hierop kan antwoorden of niet. In een latere fase zal de patiënt ook zijn medische gegevens kunnen bekijken zoals laboresultaten, rapporten en brieven. Verder zullen we op termijn patiënten ook vragen om via het portaal vragenlijsten in te vullen of voorbereidingen op een onderzoek of ingreep. Ook het registreren van observaties of parameters die thuis worden gemeten, zal mogelijk zijn.

## TOEGANG TOT HET PORTAAL

Om naar mijnsintlucas te surfen, ga je steeds via de homepagina van onze website [www.azstlucas.be](http://www.azstlucas.be) of via de knop die je vindt bij de consultaties die dit al toelaten.

## HOE MELD JE AAN?

Uiteraard is het belangrijk dat we een beveiligde identificatie voorzien aangezien we toegang geven tot medische gegevens. Door de COVID-pandemie zijn de meeste patiënten al meer vertrouwd met eHealth. Dit is ook de manier waarop je toegang krijgt tot het patiëntenportaal: via de Itsme-app op je telefoon of met een eID-kaartlezer verbonden met je computer. Dat kan enkel voor patiënten die gekend zijn in het ziekenhuis, anders maak je telefonisch een afspraak. Patiënten die geen Itsme of Belgisch eID hebben, kunnen aan de SAD (sociaal administratieve dienst) een unieke boxcode opvragen. Hiermee kunnen ze vervolgens aanmelden op het portaal.

## ANDERE SPECIALISMEN

Voorlopig kun je online een afspraak maken voor consultaties bij huidziekten en gynaecologie. In het voorjaar zal dit ook mogelijk zijn voor andere specialismen.

The screenshot shows the 'mijnsintlucas' patient portal interface. At the top, there is a search bar with 'ZOEKEN' and a menu icon with 'MENU'. Below the navigation, the page title is 'Specialismen' and the main heading is 'Huidziekten'. There is a contact information box with the phone number '09 224 64 26 (fax 09 224 64 27)' and the address 'Straat 53'. A red button labeled 'Maak online een afspraak' is visible. To the right, there is a photograph of a person's hands being examined. Below the photo, there is a short paragraph of text describing dermatology as a medical specialty that deals with recognizing and treating skin conditions.