

ZOLarium

Jaargang 24 nr. 98 • januari - februari - maart 2026

Limburg krijgt
één dienst
Cardiochirurgie

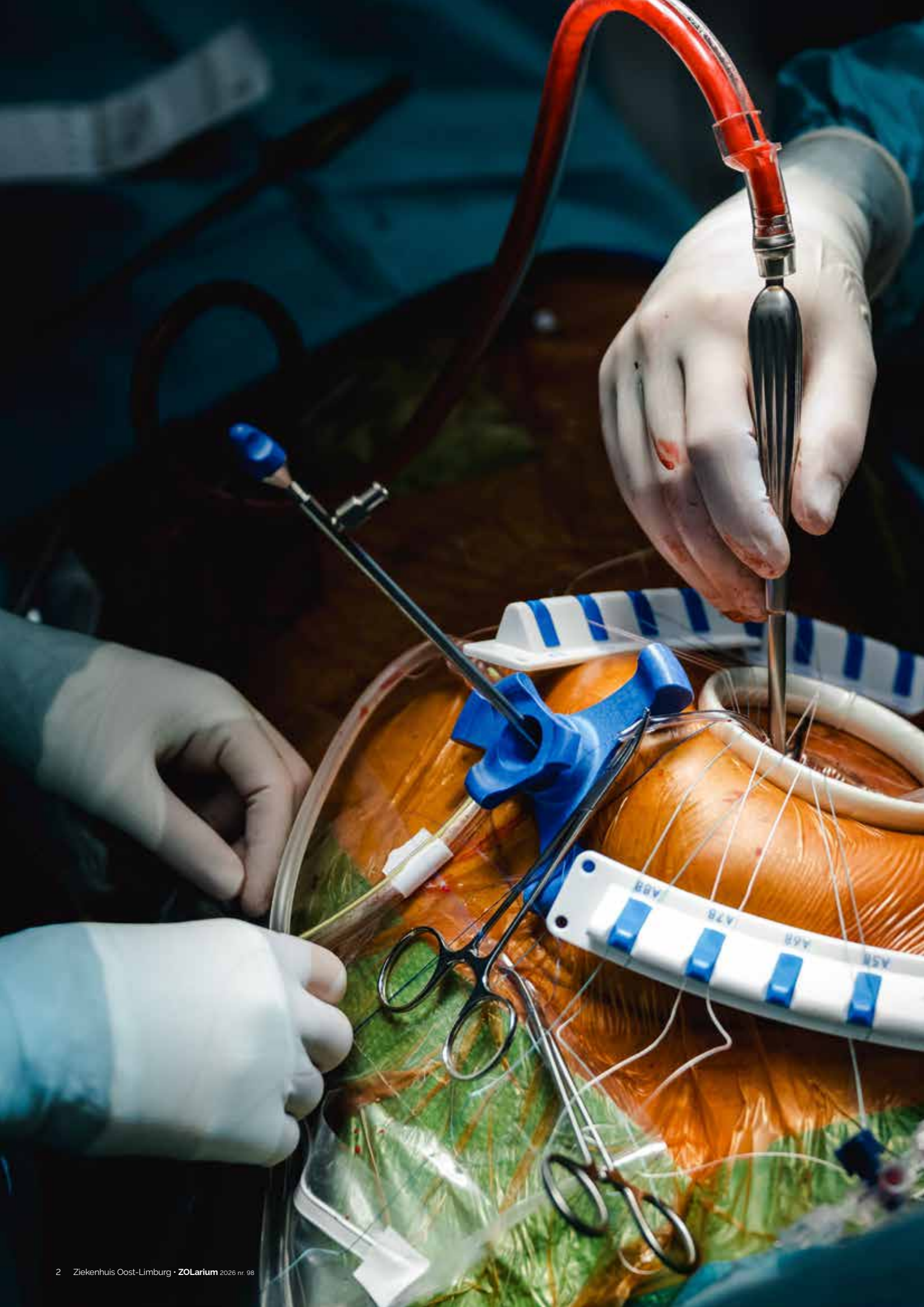
Hyperbaar zuurstof-
centrum viert
20-jarig jubileum

ZOL, politie en parket
ondertekenen
afsprakenkader
tegen geweld

Over het belang van
preconceptiezorg

Gefascineerd door de kritieke patiënt

Prof. dr. Steven Thiessen over intensieve zorgen,
wetenschappelijk onderzoek en menselijkheid





Minimaal invasief

De dienst Cardiochirurgie INEZ Limburg zet in op een patiëntgericht traject, gealigneerd aan recente wetenschap en conform Europese richtlijnen, waarbij de impact van de ingreep op de patiënt zo klein mogelijk is. Dit met minimaal invasieve chirurgie waar opportuun en volgens de principes van ERAS (Enhanced recovery after surgery), zodat de patiënt na de ingreep beter en sneller herstelt.

Lees meer op pag. 18-27 ■

Welkom op de Dag van de Zorg

Prof. dr. Michiel Thomeer
medisch directeur

Dr. Martijn Grieten
adjunct-medisch directeur



De komende jaren beloven een dynamische en uitdagende periode te worden voor onze ziekenhuizen. De hervormingen van minister Frank Vandenbroucke rond de ziekenhuisfinanciering roepen nog veel vragen op. Wat zal de financiële impact zijn? Wat zijn de gevolgen voor de betaalbaarheid van onder andere innovatieve medicatie? Tegelijk wordt de zorg steeds complexer en stijgen de verwachtingen. Hoe dan ook, we krijgen nieuwe kansen om onze werking toekomstgericht te versterken. Samen gaan we op zoek naar manieren om innovatieve behandelingen betaalbaar en toegankelijk te houden, terwijl de zorgsector boeiender en veelzijdiger wordt dan ooit. Deze tijd vraagt om samenwerking, vertrouwen en het tonen van onze veerkracht – en precies daarin schuilt onze kracht.

In dit veranderende landschap zetten we met trots grote stappen vooruit. De goedkeuring van het VIPA 5-dossier door de Vlaamse overheid in 2025 is een schitterende mijlpaal. Hierdoor kunnen we onze infrastructuur op campus Sint-Jan in Genk grondig vernieuwen en optimaliseren. Dit is een investering in een warme, moderne zorgomgeving, gedragen door duidelijke afspraken en vooral door het grote engagement van onze artsen. Samen creëren we een plek waar zorgverleners floreren en patiënten genieten van de allerbeste zorg.

Die veelbelovende toekomst stellen we graag voor aan het brede publiek. Op zondag 15 maart gooien we de deuren open tijdens de Dag van de Zorg. Bezoekers krijgen de unieke kans om als eersten onze gloednieuwe bestralingsbunker en de uitbreiding van het Interventioneel Hart- en Vaatcentrum te ontdekken.

Ook vertrouwde afdelingen zoals het operatiekwartier, labo en de ziekenhuisapotheek blijven highlights op de belevingsroutes. Onze enthousiaste zorgverleners staan klaar voor boeiende medische testen en interactieve activiteiten. Het belooft een dag vol ontmoeting, trots en verbinding te worden.

De uitdagingen zijn er, maar onze gezamenlijke kracht is groter. Samen vinden we telkens nieuwe oplossingen en blijven we vooruitgang boeken. U bent van harte uitgenodigd om dit mee te beleven!

Inhoud

08

Prof. dr. Steven Thiessen
over kritieke zorg

16

Nieuwe Ethos-versneller

18

Cardiochirurgie INEZ
Limburg van start

28

Ziekenhuisfonds
ZorgZaamZOL

32

Focus: verhoogd
risico op hartfalen

44

Uitbreiding
Interventioneel Centrum

46

AI-tool Innocens
monitort prematuurtes

49

Mobiel Crisisteam Noolim en
Spoedgevallen werken samen

50

ZOL, politie en parker
ondertekenen afsprakenkader

52

Preconceptiezorg

58

Nieuwe artsen



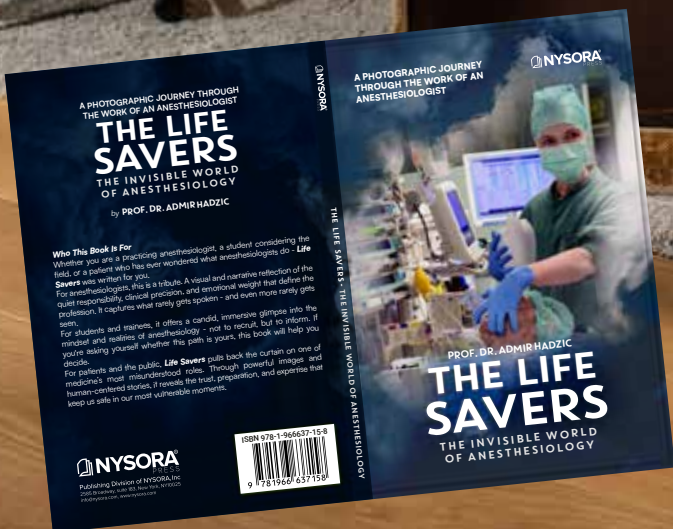
34 *Oncorevalidatie is krachtig medicijn*



36 *Nieuwe Photon Counting CT-scanner*



39 *20 jaar Hyperbaar zuurstofcentrum*



Prof. dr. Admir Hadzic is een creatieve duizendpoot. Hij is anesthesioloog, schrijft medische bestsellers, is bluesmuzikant, ondernemer en bierbrouwer.

Als je geen anesthesioloog bent, kan je nooit volledig bevatten hoeveel verantwoordelijkheid dit vak met zich meebrengt. In het kluwen van kabels, monitors, fysiologie en pathofysiologie sturen anesthesiologen het leven in real time: ze anticiperen op instabiliteit, corrigeren die nog vóór ze zichtbaar wordt, en nemen beslissingen die bepalen of een patiënt veilig door momenten komt die hij anders niet zou overleven.

Terwijl de aandacht vaak naar het chirurgische veld gaat, is de anesthesie de stille constante: waakzaamheid zonder onderbreking, verantwoordelijkheid zonder spektakel en expertise die alles wat in de operatiezaal gebeurt mogelijk maakt.

Respect voor anesthesiologen overal ter wereld — hun werk wordt zelden gezien, maar is altijd essentieel.

Prof. Dr. Admir Hadzic // anesthesioloog, in zijn nieuwe boek 'The Life Savers' verkrijgbaar via Amazon. Meer dan 20 jaar aan notities en fotografie over het onzichtbare, maar cruciale werk van anesthesiologen.



Prof. dr. Steven Thiessen benoemd aan UHasselt

"Wetenschappelijk onderzoek moet vertrekken van een klinische vraag"

Na twee jaar als gastprofessor werd prof. dr. Steven Thiessen benoemd tot professor binnen de vak- en onderzoeksgroep Neurowetenschappen aan UHasselt. Een erkenning die hij niet alleen persoonlijk, maar vooral als een bekroning voor de Kritieke Diensten beschouwt. Hij spreekt over de nauwe verwevenheid van kliniek en onderzoek, de samenwerking tussen ZOL en UHasselt, en zijn fascinatie voor de kwetsbaarheid van de kritiek zieke patiënt.

U bent aangesteld als professor in de vakgroep en onderzoeksgroep Neurowetenschappen. Dit na twee jaar als gastprofessor. Wat betekent dit voor u?

Het is een persoonlijke beloning en erkenning voor het vele werk maar vooral ook een erkenning voor onze Kritieke Diensten. Ik ben namelijk maar een radartje in het wetenschappelijk project dat onze diensten hebben uitgebouwd over de jaren heen. Ik sta nu echt wel op hun schouders.

Mijn benoeming geeft ons als dienst de mogelijkheid om onze verankering met UHasselt verder uit te bouwen en de samenwerking tussen ZOL en UHasselt te verstevigen, iets wat in het veranderende landschap bijzonder interessant en noodzakelijk is. Ik heb er in elk geval heel veel goesting in.

Daarom ben ik ook dankbaar en trots dat ik sinds enkele jaren de collega's van de Kritieke Diensten in ZOL mag begeleiden als hoofd van onze wetenschappelijke cel, een taak die ik overgenomen heb van collega prof. dr. Mesotten sinds hij diensthoofd is geworden van het operatiekwartier.

Hoe combineert u de klinische praktijk met het academische?

Voor mij is die combinatie zéér natuurlijk en lopen beide over in elkaar en versterken ze elkaar. Ik ben van mening dat je voor klinisch onderzoek altijd moet beginnen met een klinische vraag of een probleem waar onze patiënten mee kampen. Hier ga je dan mee aan de slag als onderzoeker. De inzichten die je hier uithaalt, kan je dan ook direct toepassen in de kliniek. Deze wisselwerking tussen onderzoek en de kliniek is cruciaal voor arts-onderzoekers en dat is één van de redenen waarom ik voor ZOL heb gekozen, omdat dit hier mogelijk is.

Wetenschappelijk onderzoek is een essentieel onderdeel van jullie werk?

Wetenschap is één van de kernwaarden van onze dienst en is voor ons zéér belangrijk. We proberen in de Kritieke Diensten in ZOL vooruitstrevend te zijn in klinische zorg, maar zeker ook in wetenschappelijk onderzoek. De lat ligt hier dus ook hoog wat ervoor zorgt dat we collega's en onderzoekers met specifieke profielen kunnen aantrekken en zo proberen we steeds een sterker verhaal te schrijven.

Hoe verloopt de samenwerking tussen ZOL en UHasselt op vlak van onderzoek?

We hebben een lange traditie met onderzoek aan de UHasselt en deze samenwerking wordt steeds sterker. Er lopen verschillende doctoraten en projecten en we zijn volop bezig met het uitbouwen van een gemeenschappelijke onderzoekslijn rond het probleem van de kwetsbaarheid van de hersenen bij kritiek zieke patiënten. De zeer aangename samenwerking met prof. dr. Ilse Dewachter, hoofd van de Biomed onderzoeksgroep Neurowetenschappen aan de UHasselt, is hierbij van groot belang en een immense meerwaarde. Dit gemeenschappelijk onderzoek leidt tot een verdere integratie tussen onze dienst en de UHasselt.

Op cruciale momenten, soms letterlijk op leven en dood, kunnen wij het verschil maken. Dat maakt dat wij een van de mooiste jobs ter wereld hebben.



Hoe bent u als anesthesist en intensivist geëvolueerd richting wetenschappelijk onderzoek?

Ik deed al onderzoek sinds mijn 19de in binnen- en buitenland onder de vlag van de 'Leuvense Vereniging Student Onderzoekers', waar ik ook in het bestuur zetelde. Ik raakte gefascineerd door de pathologie van de 'stress response' en onderzoek bij de kritiek zieke patiënt. Dat alle fysiologische mechanismen zich bij een ernstige ziekte ineens anders gaan gedragen en dat wij dit als arts dit kunnen beïnvloeden, vond ik toen al bijzonder intrigerend. Deze fascinatie heeft me dan ook bij anesthesie en intensieve zorgen gebracht.

Binnen anesthesie en intensieve zorgen komen patiënten bij ons voor zorg om hen door een zware ziekte of operatie te leiden. Beide gaan deze 'stress response' activeren die daarna centraal staat in het ontwikkelen van allerlei problemen die patiënten tot lang na de ziekte teisteren: vermoeidheid, zwakte, organen die minder goed werken, neurologische ach-

We besteden veel tijd aan de opleiding van jonge intensivisten, onder andere via bedside teaching.



teruitgang zoals vergeetachtigheid of minder goed kunnen focussen. Deze problemen hebben een immense sociale en financiële impact op onze samenleving.

De rode draad door mijn onderzoek is dan ook hoe we deze 'stress response' kunnen beïnvloeden of sturen om zo deze outcome voor onze patiënten te verbeteren.

Wat is het meest veelbelovende resultaat dat uw onderzoek tot nu toe heeft opgeleverd?

Onderzoek is al lang geen eenmanszaak meer. Ik ben blij dat ik heb kunnen meewerken aan de Precise I studie, onder leiding van collega prof. dr. Mesotten, die ons geleerd heeft dat een hoge toediening van aminozuren aan de kritiek zieke patiënt meer slecht doet dan goed. Deze inzichten hebben nu aanleiding gegeven tot een opvolgstudie waar we, samen met drs. Fivez en Mesotten, verder op zoek gaan naar de juiste voeding voor kritieke zieke patiënten. Het is dan ook

met enige trots dat ik kan melden dat we hiervoor net een KCE-beurs hebben gekregen.

Mijn meest veelbelovende resultaten op vlak van anesthesie hebben betrekking op het ontstaan van spierzwakte na electieve chirurgie en op de rol van toegediende corticosteroiden tijdens anesthesie op de kwaliteit van leven. We zijn, samen met mijn PhD-student dr. Wencke Renette, nog volop bezig met de analyses en de publicatie, maar deze zijn mijns inziens uitermate interessant. Hierover later zeker meer.

Met UHasselt en Amsterdam MC onderzoeken we het effect van anesthesie en chirurgie op de hersenfunctie. Ook hier hebben we al interessante bevindingen gedaan.

Dit onderzoek was er trouwens nooit geweest zonder ons fantastische team studie-nurses, onder leiding van Ingrid Meex. Zij begeleiden ook mee de thesisstudenten in hun eer-

De studie-nurses hebben een belangrijke rol bij het wetenschappelijke werk van de Kritiek Diensten



ste onderzoeksstapjes en zorgen voor de patiënten die aan onderzoek deelnemen.

Als u onbeperkte middelen had, welk onderzoek zou u morgen starten?

Ik zou een uitgebreid translationeel labo oprichten met als doel het volledig in kaart brengen van de stress response, in navolging van grote fysiologen als Claude Bernard en Hans Seyle. En de inzichten gebruiken om innovatieve methodes te ontwikkelen om onze patiënten door deze fase van levensbedreigende stress te gidsen.

Waar denkt u dat uw discipline binnen de 10 jaar zal staan?

Ik denk dat onze discipline meer op de voorgrond zal komen. Wij zijn nu eerder de dokters die in de schaduw werken en vaak niet gekend bij de mensen. Dit omdat de patiënten ook vaak niet actief voor ons kunnen kiezen. Als je levensbedreigend ziek bent, ben je niet in staat om te kiezen wie voor je zorgt. Hetzelfde geldt voor anesthesie. Wij maken chirurgie mogelijk maar hebben daarbij weinig visibiliteit, hoewel we knowhow en inzichten hebben die voor patiënten heel waardevol kunnen zijn.

Met het instellen van de preoperatieve raadpleging is er op dit vlak al veel toegevoegde waarde gecreëerd. Maar in de toekomst zullen we ook postoperatief en post-intensieve

zorgen een grotere rol spelen, daar zijn we nu in de schaduw volop mee aan de slag.

Wat vindt u zelf het meest boeiende aan uw werk?

De immense invloed die we hebben op het leven van anderen en de uitdagingen die ermee gepaard gaan. Zelfs als we een rustige dag hebben in het Operatiekwartier, doen wij mensen in slaap, nemen al hun vitale functies over en staan in voor hun veiligheid. Op Intensieve Zorgen zijn we dagelijks bezig met aandoeningen die levensbedreigend zijn. En op de cruciale momenten, wanneer het letterlijk op leven en dood gaat, kunnen wij het verschil maken. Dat maakt dat wij een van de mooiste jobs ter wereld hebben.

Als mensen heel ernstig ziek worden, dan zijn wij er voor hen. Je kan ons vergelijken met brandweermannen. Wanneer het brandt en iedereen vlucht weg, dan komen wij aangelopen. Net dat maakt onze job leuk.

Hoe gaat u ermee om als mensen sterven? Neemt u dit mee naar huis?

Goh, moeilijke vraag, door de jaren heen verander je daar wel in. Ik ben nog relatief jong en heb zelf een jong gezin en dat maakt de dood soms heel onwezenlijk, zeker bij dramatische gebeurtenissen.

Iemand niet meer kunnen genezen maar wel nog een mooi afscheid kunnen bieden, dat geeft een warm gevoel.

Daarom vind ik een goede dosis humor met af en toe een frats en het bewaken van een goede werksfeer heel belangrijk. Intensieve Zorgen kan namelijk heel zwaar zijn, zowel fysiek als psychisch, en dat hakt er bij een mens in. Als je de problemen allemaal mee naar huis neemt, dan hou je deze job niet vol. Niet voor niets is intensieve zorgen één van de disciplines met het hoogste aantal burn-outs en depressies.

Met wat ouder te worden en meer ervaring te hebben, leer je dat er dingen zijn die erger zijn dan de dood. En dat verandert het perspectief. Je probeert bij alles wat je doet het welzijn van de patiënt voorop te plaatsen en te handelen volgens je eigen ethisch kompas. En dan wordt het makkelijker om deze zaken te dragen.

De dood kan ook iets moois hebben, hoe raar dat ook mag klinken. Iemand niet meer kunnen genezen, maar wel nog een mooi en eervol afscheid kunnen bieden, dat geeft een warm gevoel. En dat is wat wij op Intensieve Zorgen altijd proberen mogelijk te maken.

Wat brengt u tot rust na een zware werkdag?

Mensen die mij kennen weten dat ik geen rustig persoon ben. Ik ben graag bezig met werk en onderzoek. Daarnaast ben ik heel actief in de artsensyndicaten en de beroepsvereniging. Ik haal daar veel plezier en energie uit.

Natuurlijk zijn er soms van die maanden dat alles samenkomt. En dan kan de emmer wel eens overlopen. Belangrijk is dan om de balans te houden en goed te plannen. En om tijd te maken voor mijn vrienden, en zeker ook voor de familie. Thuiskomen en samen eten met mijn gezin, daar geniet ik van. Verder doen soms wat sport en een goed glas wijn ook wel wonderen. ■



Psychische zorgnood vraagt betere aanpak

Een recent artikel in De Tijd legde een ongemakkelijke waarheid bloot: Belgen in de minst bevoorrechte wijken sterven aanzienlijk vroeger dan wie in de rijkste buurten woont. Dat verschil is geen natuurwet. Volgens Sciensano kan het deels verklaard worden door preventieve maatregelen zoals bijvoorbeeld anti-rookcampagnes, die vooral bij hoogopgeleiden effect hebben gehad. Wie meer middelen, kennis en toegang heeft, leeft langer. Wie dat niet heeft, betaalt de prijs met zijn gezondheid. Wie ook vroeger overlijdt, zijn mensen met een ernstige psychiatrische aandoening. Zij overlijden gemiddeld 10-20 jaar eerder dan mensen zonder een dergelijke kwetsbaarheid.

Die ongelijkheden vertalen zich logischerwijze ook in een stijgende psychische zorgnood. De vicieuze cirkel tussen armoede en mentale en lichamelijke gezondheid, en de drempels die er zijn om hulp te zoeken, dragen hier aan bij. De komende jaren zal het aantal patiënten met een psychische hulpvraag ongetwijfeld blijven toenemen. Dat vraagt niet zozeer meer van dezelfde soort capaciteit, maar vooral een andere manier van organiseren. De geestelijke gezondheidszorg zoals we die vandaag kennen, kraakt in haar voegen.

Op campus Sint-Jan in Genk wordt in 2026 een belangrijke eerste stap gezet in de integratie van het mobiel crisisteam op de dienst Spoedgevallen. Nog betere zorg zal mogelijk worden wanneer de crisisinterventie-eenheid volledig operationeel wordt naast de dienst Spoedgevallen en mensen met een psychische hulpvraag sneller in de juiste setting terecht kunnen. Niet elke psychiatrische crisis hoort thuis tussen ziekenhuisbedden en monitoren.

Want laat ons eerlijk zijn: het is onhoudbaar om al deze patiënten in een ziekenhuisomgeving op te nemen. Dat lukt vandaag al niet meer, en morgen zeker niet. Klachten zijn bovendien zelden puur psychisch of puur somatisch; ze lopen

door elkaar. Wie met angst, depressie of existentiële wanhoop op spoed belandt, heeft vaak vooral nood aan nabijheid, structuur en begeleiding, niet noodzakelijk aan opname.

De enige realistische weg vooruit is meer psychologische ondersteuning in de gemeenschap zelf. Een vorm van community psychiatry, dicht bij mensen, laagdrempelig en preventief. Dat vraagt echter onder andere een fundamentele verschuiving in financiering. Vandaag investeert de federale overheid vooral in ziekenhuisbedden, terwijl net daar de grootste druk zit en de minste ruimte voor echte preventie. De federale overheid financiert elk gevuld psychiatrisch bed, maar de relatief ondergefinancierde Vlaamse ambulante geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en welzijnsalternatieven bepalen mee de instroom aan de voordeur en uitstroom aan de achterdeur van de PAAZ-afdelingen (Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis) en psychiatrische ziekenhuizen.

De organisatie van onze geestelijke gezondheidszorg heeft zich dus niet aangepast aan de inhoudelijke en maatschappelijke evoluties die we gekend hebben.

We bouwden ooit funderingen op één plek, de muren op een andere, en het dak lieten we afhangen van het weer. Wanneer het regende, keken we verbaasd naar het lek. Vooral bij huizen waar het vaak stormt, werkt dat slecht. De sleutel ligt elders dan de deur, de brandblusser in een ander gebouw. Iedereen doet zijn deel, maar niemand ziet het plan. Bij noodweer komt alles in beweging: sirenes, interventie, kordaat handelen. Wat eraan voorafging viel onder een ander reglement; wat erop volgt, onder een andere verantwoordelijkheid. We zijn goed in blussen, minder in voorkomen, en zelden in herstellen.

Een stevig huis vraagt één bouwheer. Zeker voor wie er elke dag in moet wonen.

Inzetten op preventie, en in dit geval op toegankelijke psychologische zorg, levert maatschappelijk én economisch zoveel meer op dan achteraf repareren wat al ontspoord is. Dat zou geen ideologisch of communautair debat mogen zijn, maar een kwestie van gezond verstand. █

*Dr. Jef De Bie
Medisch diensthoofd Psychiatrie ZOL //
Hoofddarts Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem*

*Dr. Pieter Jan Van Asbroeck
Medisch diensthoofd Spoedgevallen & MUG // Medisch coördinator
Zorgcentrum na Seksueel Geweld Limburg // Urgentiearts*



Column

Dienst Cardiologie richt ritmekliniek op

De ritmekliniek bestaat uit drie ritmeverpleegkundigen, onder supervisie van de vier elektrofysiologen van ZOL. Ze zijn een laagdrempelig aanspreekpunt voor de patiënten met ritme stoornissen en vormen de connectie tussen deze patiënten en hun behandelend elektrofysioloog.

Verder staan ze in voor educatie omtrent voorkamerfibrillatie, de uitlezing en opvolging van de interne looprecorders en de opvolging van het hartritme via de Fibrichck app.

Doel is om de kwaliteit van zorg en de patiënttevredenheid te optimaliseren.

MEER INFO:

Verpleegkundigen ritmekliniek

Tel. 089/80 72 10
ritmekliniek@zol.be

Cardiologen:

Prof. dr. D. Nuyens
Dr. M. Rivero-Ayerza
Dr. H. Van Herendael
Prof. dr. L. Pison



V.l.n.r. prof Piet Stinissen (UHasselt), prof. dr. Michiel Thomeer (ZOL), dr. Jos Vandekerckhof (Jessa), Bernard Vanheusden (UHasselt) en Veerle Somers (UHasselt).

ZOL, Jessa en UHasselt investeren 1,2 miljoen extra in wetenschappelijk onderzoek

Het Limburg Clinical Research Center, het academisch klinisch onderzoekscen- trum van UHasselt, het Jessa Ziekenhuis en Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL), trekt de volgende 4 jaar 1,2 miljoen euro extra uit om het medisch-wetenschappelijk onderzoek in Limburg een boost te geven. Doel is om via patiëntgericht medisch onderzoek de gezondheidszorg te verbeteren, nieuwe behandelingen te

ontwikkelen en de geneeskunde van de toekomst vorm te geven.

"Limburg heeft dan wel geen universi- tair ziekenhuis maar we zetten volop in op medisch wetenschappelijk onder- zoek", zegt prof. Piet Stinissen, direc- teur van het LCRC. "Er zijn jaarlijks bijna 200 internationale publicaties en heel wat van onze onderzoeken werden

opgenomen in internationale richtlijnen voor de behandeling van patiënten wereldwijd. Dankzij deze extra midde- len kunnen we nog meer beloftevolle projecten op poten zetten." ■

Nieuwe Ethos-versneller zorgt voor hoogtechnologische kankerzorg

Begin december werd op campus Sint-Jan van ZOL een nieuwe versneller van het type Ethos geïnstalleerd in de gloednieuwe bunker van de dienst Radiotherapie. Dit is de eerste van zes nieuwe toestellen die het Limburgs Oncologisch Centrum (LOC) de komende jaren zal plaatsen, verdeeld over de campussen van ZOL en Jessa.

De Ethos van de firma Varian (onderdeel van Siemens Healthineers) is een uniek toestel. Enerzijds kunnen zeer complexe bestralingen snel en efficiënt worden uitgevoerd. De positie van de patiënt kan gecontroleerd en bijgestuurd worden door de beste beeldvorming op de markt. Anderzijds biedt Ethos een revolutionaire optie voor zeer sterk beweeglijke tumoren in de buik of onderbuik (zoals pancreas-, blaas-, gynaecologische, prostaat- of rectumtumoren). Dankzij een krachtige computer kan het bestralingsplan op het moment zelf worden aangepast aan de anatomie van die dag. Dit proces heet 'adaptieve radiotherapie' en zorgt voor kleinere marges, hogere precisie en minder nevenwerkingen. In studieverband zal bekeken worden of deze techniek ook kan worden toegepast bij borst-, long- en hoofd-halstumoren.

Voordeel voor patiënten met uitzaaiingen

Ook voor patiënten die lokaal behandeld worden voor uitzaaiingen is er een voordeel. Door het gebruik van de online adaptieve techniek kan hun behandelingstraject in specifieke gevallen teruggebracht worden van gemiddeld 1 dag naar 1 uur. Daardoor hoeven deze patiënten van ZOL ook niet meer naar Jessa voor de voorbereiding. Momenteel wordt de adaptieve technologie

De investering in de Ethos en de 'adaptieve radiotherapie' zorgt ervoor dat de dienst Radiotherapie van het LOC klaar is voor toekomstige uitdagingen.

in Vlaanderen enkel in UZ Gent en AZ Groeninge Kortrijk aangeboden. Het betreft dus een primeur voor de Limburgse oncologische patiënt. De investering in Ethos en 'adaptieve radiotherapie' zorgt ervoor dat de dienst Radiotherapie van het LOC klaar is voor toekomstige uitdagingen.

Meer capaciteit en gelijke zorg in Jessa en ZOL

Met de introductie van Ethos beschikt

ZOL nu over drie bestralingstoestellen, waardoor de capaciteit op dezelfde hoogte komt als die van Jessa. De volgende twee jaar worden ook de overige toestellen vervangen door nieuwe exemplaren (twee in ZOL en drie in Jessa, waaronder nog één Ethos). Zo komen op de twee sites exact dezelfde toestellen te staan. Hierdoor zullen de patiënten op termijn op beide sites dezelfde hoogtechnologische zorg krijgen. Er werd voor alle toestellen sterk geïnvesteerd in de best mogelijke beeldvorming om zo de juiste positie van de tumor zeer precies te kunnen bepalen.

Griekse namen voor hightech toestellen

Voor de namen van de toestellen werd inspiratie uit de Griekse mythologie gehaald. Het eerste Ethos-toestel werd 'Lyra' (naar de lier van Orpheus) gedoopt, een symbool van overgang en aanpassing. De tegenpool in Jessa wordt 'Cygnus' (de zwaan). Verder zullen 'Ariadne' en 'Andromeda' (vrouwelijkheid en elegantie, met de nadruk op borstbehandeling), en 'Herakles' en 'Pegasus' (krachtpatsers voor hoge-dosisbestralingen) het rijtje volmaken. ■



Over het Limburgs Oncologisch Centrum (LOC)

Het Limburgs Oncologisch Centrum (LOC) is een samenwerking tussen Jessa Ziekenhuis en Ziekenhuis Oost-Limburg in het kader van radiotherapie-oncologie. Met zo'n 3000 bestraalde patiënten per jaar is het LOC het 2de grootste centrum van het land. De missie van het LOC is hoogtechnologische bestralingen aanbieden aan de Limburgse kankerpatiënt.

Dossier

Diensten Cardiochirurgie van *Jessa en ZOL* bundelen de krachten

Sinds oktober 2025 beschikt Limburg over één dienst Cardiochirurgie met hartchirurgen die in Ziekenhuis Oost-Limburg en het Jessa Ziekenhuis consulteren en opereren. Dit onder de noemer INEZ Limburg, het samenwerkingsverband tussen beide ziekenhuizen voor hooggespecialiseerde zorg. “We streven ernaar de meest hedendaagse zorg met de beste resultaten aan de Limburgse patiënt aan te bieden,” aldus cardiochirurg prof. dr. Peter Verbrugghe, die deeltijds overkomt van UZ Leuven en de overkoepelende dienst coördineert.



*Dr. Christiaan Van Kerrebroeck, prof. dr. Peter Verbrugghe,
dr. Simon Schiettekatte, dr. Herbert Gutermann
en dr. Katrien Vandendriessche (inzet).*



In totaal zullen er 800 tot 1.000 hartoperaties per jaar worden uitgevoerd. Daarmee wordt Cardiochirurgie Inez Limburg het tweede grootste centrum van het land, na de dienst Cardiochirurgie van UZ Leuven.

Waarom is schaalvergroting belangrijk?

Prof. dr. Peter Verbrugghe: "Cardiochirurgie is een innovatieve en hoogtechnologische discipline. Daarom moet je met voldoende chirurgen zijn die elk specifieke subspecialismes opnemen binnen de discipline. Hierdoor kan je hoogstaande en kwalitatieve zorg aanbieden maar ook actief bijdragen aan opleiding en wetenschap."

"We starten met een sterk team. Dr. Christiaan Van Kerrebroeck was tot recent diensthoofd in ZOL Genk. Maar hij gaat binnenkort zijn welverdiend pensioen tegemoet. Dr. Herbert Gutermann is cardiochirurg met bijzondere bekwaamheid in robotchirurgie en ritmechirurgie. Hij is ook al bijna 10 jaar aangesteld als consulent in UZ Leuven. Dr. Simon Schiettekatte heeft een bijzondere interesse in off-pump coronaire chirurgie (OPCAB) en minimaal invasieve klepchirurgie. Ikzelf tot slot werk al meerdere jaren als consulent in ZOL en Jessa en leg me toe op (minimaal invasieve) klepchirurgie en aortachirurgie. Nieuw is dat dr. Katrien Vandendriessche sinds 1 februari deel uitmaakt van onze dienst. Zij legt zich toe op robot-geassisteerde coronaire chirurgie en (temporaire) hartondersteuning."

Wat is de grootste uitdaging bij het coördineren van de overkoepelende dienst?

"Het organisatorische is een grote uitdaging, omdat we in twee ziekenhuizen werken. Belangrijk is dat wij hier als één team staan en dat onze waarden en doelen dezelfde zijn. Het is mijn taak om deze met de andere disciplines en zorgverleners af te stemmen, om zo alle neuzen in dezelfde richting te krijgen."

Wat kunnen patiënten van jullie verwachten?

"We willen alle Limburgse patiënten kunnen behandelen in Limburg, ook voor complexe pathologie. In bijna alle gevallen is dat mogelijk in het ziekenhuis waar ze zich aanbieden, hetzij Jessa, hetzij ZOL. Het is de chirurg die zich verplaatst naar de patiënt, niet omgekeerd. Goede patiëntenzorg hoort dichtbij en kwaliteitsvol te zijn."

"We zetten daarbij in op een patiëntgericht traject, gealigneerd aan recente wetenschap en conform Europese richtlijnen, waarbij de impact van de ingreep op de patiënt zo klein mogelijk is. Dit met minimaal invasieve chirurgie waar opportuun en volgens de principes van ERAS (Enhanced recovery after surgery), zodat de patiënt na de ingreep beter en sneller herstelt."

Cardiochirurgie is een innovatieve en hoogtechnologische discipline.

prof. dr. Peter Verbrugghe//
cardiochirurg

Nabije, kwaliteitsvolle en innovatieve zorg: wat betekent dat in de praktijk?

"Kwaliteit vraagt doorgedreven subspecialisatie van de chirurgen. Daarenboven bieden we het volledige spectrum van hartchirurgie aan, en dit 24/7. In uitzonderlijke gevallen, wanneer zeer specifieke expertise nodig is, kunnen we rekenen op onze samenwerking met UZ Leuven."

"Samen met de diensten Cardiologie, Intensieve Zorgen en Anesthesie werken we protocollen uit en evalueren we onze resultaten. We nemen deel aan internationale benchmarks omdat het belangrijk is om je continu te spiegelen aan andere hooggespecialiseerde teams."









Hoe wordt kwaliteit gemeten?

"De dienst Cardiochirurgie van ZOL Genk heeft op dat vlak al een heel lange traditie. Mortaliteit en morbiditeit worden systematisch geëvalueerd en vergeleken met andere Belgische en internationale centra. Een belangrijke benchmark is de EuroSCORE II, een internationaal gevalideerd risicomodel voor hartchirurgie. Daarnaast bespreken we samen met de collega's van Anesthesie en Intensieve Zorgen regelmatig complexe casussen en complicaties. Gezamenlijke evaluaties zijn cruciaal om kwaliteit te blijven verbeteren."

Jullie investeren ook in onderzoek en opleiding?

"We willen die innovatieve zorg niet enkel aanbieden, maar ook mee ontwikkelen. Onderzoek en opleiding maken integraal deel uit van onze werking. Door klinisch werk en data te combineren, willen we bijdragen aan de hartchirurgie van de toekomst. Het is onze ambitie om een referentiecentrum voor cardiochirurgie te zijn, zowel nationaal als internationaal."

Welke evoluties verwacht u in de komende jaren?

"Minimaal invasieve technieken zullen verder uitbreiden, zowel in coronaire bypasschirurgie als in klepchirurgie. Mede door nieuwe technologische ontwikkelingen en industriële innovaties zal het aandeel van robotchirurgie aan belang winnen."

"Daarnaast volgen we samen met de cardiologen de evolutie van percutane technieken, waarbij er via katheters in de bloedbaan, meestal op kloppend hart, interventies worden uitgevoerd. Die zijn minder invasief en vaak minder belastend voor de patiënt, maar zijn niet altijd de beste keuze. In het wekelijkse hartteam-overleg bespreken we multidisciplinair voor elke patiënt de beste strategie: chirurgisch, interventioneel of hybride."

Hoe verloopt de samenwerking met de huisartsen?

"De meeste patiënten worden naar ons verwezen door de cardiologen. Maar het is belangrijk dat de huisartsen

Het is onze ambitie om een referentiecentrum voor cardiochirurgie te zijn, zowel nationaal als internationaal.

prof. dr. Peter Verbrugghe //
cardiochirurg



De hart-longmachine pompt het bloed rond in de patiënt, onder supervisie van de perfusionist.



Samen met de diensten Cardiologie, Intensieve Zorgen en Anesthesie werken we protocollen uit en evalueren we onze werking.

prof. dr. Peter Verbrugghe //
cardiochirurg

weten waarvoor wij staan en wat de achtergrond is van deze samenwerking. Ook na het ontslag uit het ziekenhuis is de huisarts voor vele patiënten het eerste aanspreekpunt en een partner in de zorg voor de cardiochirurgische patiënt. Onze dienst is uiteraard beschikbaar voor vragen en ondersteuning."

Wat heeft u persoonlijk overtuigd om naar Limburg te komen?

"Al vele jaren ben ik consultant in ZOL en ik ben assistent geweest zowel in ZOL als in Jessa. Beide ziekenhuizen geven mij een warm gevoel. Ik ontmoet hier zorgverleners en medewerkers die heel open en ambitieus zijn. Zij zorgen voor een warme omgeving voor de patiënt. Door de samenwerking kan ook een zeer hoogstaand niveau bereikt worden. Die visie wordt gedragen door de ziekenhuisbesturen, de directies en alle betrokken diensten. Dat brede draagvlak maakt dat ik sterk geloof in dit verhaal."

Cardiochirurgie en Cardiologie

”Wekelijks multidisciplinair hartteam overleg”



Onze dienst is uitermate verweven met de dienst Cardiochirurgie. Bij andere chirurgische disciplines komt de patiënt vaker rechtstreeks bij de chirurg terecht, maar bij hartpatiënten gebeurt dat eigenlijk niet.

Het is de cardioloog die de onderzoeken doet en de diagnose stelt. Pas daarna wordt eventueel aan een chirurgische oplossing gedacht en doorverwezen. Dus voor een deel van onze patiënten is de dienst Cardiochirurgie uitermate belangrijk.

Wij zijn er eigenlijk altijd al voorstander geweest van één overkoepelende dienst Cardiochirurgie in Limburg. Dat laat immers toe om een professioneel team samen te stellen van chirurgen die zo nog beter kunnen specialiseren en excelleren. We zijn blij dat dit nu realiteit is.

Wij komen elke week met de cardiochirurgen en de anesthesisten samen op donderdagavond in het hartteamoverleg om alle patiënten met mogelijke chirurgische indicaties te bespreken. Meestal zijn er dat zo'n 20-tal per week. Het multidisciplinair team overlegt wat de beste behandeling is, in het belang van de patiënt. Ook in Jessa wordt trouwens een gelijkaardig, wekelijks multidisciplinair overleg georganiseerd.

Met de komst van de interventionele cardiologie hebben de cardiologen heel wat pathologie van de chirurgen overgenomen. Nu kunnen we veel problemen oplossen met een stent bijvoorbeeld, waar vroeger bijvoorbeeld overbruggingen nodig waren. Via TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation) kunnen we nu zelfs een vernauwde of lekkende aortaklep

vervangen door een nieuwe klep in te brengen via een katheter in de lies. Dit voorkomt een openhartoperatie bij patiënten die daar te zwak voor zijn en biedt een sneller herstel met een kortere ziekenhuisopname. Zo kan ook een patiënt van 85 jaar, die niet meer in aanmerking komt voor chirurgie, toch nog behandeld worden.

Niet alles zal via een interventionele procedure kunnen gebeuren, maar het zorgt er wel voor dat de cardiochirurgische teams veel gespecialiseerder worden. Waardoor we veel minder patiënten naar UZ Leuven moeten sturen. Enkel voor een harttransplantatie, het plaatsen van een hartpomp of hartchirurgie bij kinderen moeten patiënten naar een universitair centrum.

Dr. Matthias Dupont, cardioloog en medisch diensthoofd Cardiologie

Cardiochirurgie en Anesthesie

”Uitdagende ingrepen die extra expertise vragen”



Anesthesie bij cardio-chirurgie is heel specifiek en verschilt van de gewone anesthesie om twee redenen. Cardio-anesthesiologische patiënten zijn patiënten die tijdens anesthesie extra aandacht en expertise nodig hebben vanwege hun hartziekte en/of omdat ze een interventie aan het hart ondergaan.

Het gaat bijna altijd om patiënten die medisch gezien in een slechte conditie zijn. Ze kampen met hartfalen, maar hebben vaak ook slechte longen en andere comorbiditeiten. We moeten hen daarom zeer zorgvuldig installeren en behoedzaam te werk gaan bij het in slaap doen. We doen ook een meer uitgebreide monitoring.

Daarnaast gaat het meestal om een ingreep die zeer uitdagend is. Er zijn hartoperaties die op een kloppend hart kunnen gebeuren, maar bij de

meeste hartingrepen wordt het hart stilgelegd. De hart-longmachine zal het bloed rondpompen in de patiënt, onder supervisie van de perfusionist. Als de patiënt opnieuw van het kunsthart gescheiden wordt, moeten wij ervoor zorgen dat het hart opnieuw zelfstandig kan kloppen. Hiervoor is vaak farmacologische hulp nodig.

Het hele procedé wordt live begeleid met behulp van een transoesofageale echografie probe in de slokdarm waarmee we het hart 'live' in detail bekijken. Al deze ondersteuning is bij een klassieke narcose niet nodig.

In ZOL hebben wij een toegewijd team van 9 gespecialiseerde cardio-anesthesisten. Ze zijn allemaal één jaar in opleiding geweest hiervoor in een gespecialiseerd cardio-anesthesiecentrum in het buitenland.

En ook ons verpleegkundig team is zeer toegewijd. Het materiaal en de techniek van de cardiochirurg zijn immers zo specifiek dat de verpleging zeer hoog opgeleid moet zijn om dat te kunnen ondersteunen. Ook voor het anesthesiologisch gedeelte is bij een hartoperatie tijdens de procedure veel verpleegkundige hulp nodig. Want de anesthesist zelf heeft alle tijd nodig om de patiënt op te volgen en de hemodynamiek bij te sturen.

De evolutie in de geneeskunde maakt dat alles technologischer en complexer wordt. Wij zijn daarop voorbereid, net als het Jessaziekenhuis trouwens waar ze ook beschikken over een team anesthesisten die gespecialiseerd zijn in cardio-anesthesie.

Dr. Pieter De Vooght, cardio-anesthesist en arts-coördinator van de Kritieke Diensten

Cardiochirurgie en Intensieve Zorgen

”Patiënten veilig door postoperatieve fase begeleiden”



Wij zijn bijzonder tevreden met de vernieuwde dienst Cardiochirurgie. Subspecialisatie op dit niveau is immers alleen mogelijk met een voldoende groot chirurgisch team en anderzijds dienen er voldoende aantallen patiënten te zijn. Als niet-universitair derdelijnsziekenhuis is het essentieel dat wij deze hooggespecialiseerde zorg kunnen aanbieden. Uiteindelijk wint vooral de patiënt daarbij: het is telkens de chirurg met de meest specifieke expertise die aan de operatietafel staat. De verdere uitbouw van topzorg voor de cardiochirurgische patiënten in Limburg is dus enkel toe te juichen.

De cardiochirurgische patiënten beslaan ongeveer een zesde van de totale populatie op Intensieve Zorgen. Voor een grote dienst Intensieve Zorgen is een sterke dienst Cardiochirurgie dan ook onmisbaar. Daarnaast

is dit ook boeiende pathologie waar intensivisten en verpleging zich graag op toeleggen. Om deze patiënten veilig door de eerste postoperatieve fase te begeleiden, is een goede kennis van farmacologie en fysiologie absoluut noodzakelijk.

De cardiochirurgische patiënten gaan na een hartingreep rechtstreeks naar Intensieve Zorgen, waar wij hen in de eerste uren na de operatie wakker maken. We volgen hen 24 op 24 van zeer nabij op en zorgen ervoor dat ze comfortabel en pijnvrij zijn. Daarnaast controleren we nauwgezet op bloedingen, evalueren we de bloedwaarden en beoordelen we de beeldvorming van longen en hart. Tijdens hun verblijf op Intensieve Zorgen bouwen we de ondersteuning geleidelijk af en start de kinesist al met de mobilisatie. Dagelijks is er op Intensieve Zorgen ook overleg aan het bed met

de cardiochirurgen en verzekeren we continuïteit van zorg bij ontslag naar de zaal.

Dr. Tom Fivez, *intensivist en medisch diensthoofd Intensieve Zorgen*

ZorgZaamZOL wil een verschil maken voor patiënten en hun naasten



In ons ziekenhuis zetten we ons elke dag in voor warme, veilige en kwaliteitsvolle zorg. Maar we willen méér doen. Daarom hebben we binnen de Koning Boudewijnstichting het ziekenhuisfonds 'ZorgZaam ZOL' opgericht. Met dit fonds kunnen we middelen verzamelen om extra projecten te realiseren die een groot verschil maken voor onze patiënten en hun naasten.

De Koning Boudewijnstichting is een onafhankelijke stichting van openbaar nut die zich inzet voor een rechtvaardige en solidaire samenleving. Ze ondersteunt projecten en initiatieven in binnen- en buitenland die bijdragen aan maatschappelijke verbetering, onder meer op het vlak van gezondheid en welzijn. Door financiële steun, expertise en samenwerking helpt de stichting om positieve verandering mogelijk te maken, ook in de zorgsector.

Waarom steunen?

ZorgZaam ZOL heeft als doel projecten en initiatieven te ondersteunen die bijdragen tot het behoud en de verhoging van de zorgkwaliteit voor onze patiënten en hun naasten, of hun welzijn verbeteren.

Naast projecten die het ziekenhuis in haar geheel aanbelangen, kunnen ook specifieke projecten en initiatieven binnen onze medische specialismes in aanmerking komen voor steun. Er werden al twee projecten door de Koning Boudewijnstichting goed gekeurd.

Hoe kan u steunen?

U kan ZorgZaam ZOL op verschillende manieren steunen.

- Door een gift via storting op rekeningnummer BE10 0000 0000 0404 van de Koning Boudewijnstichting met de vermelding 'Fonds ZorgZaam ZOL' of gestructureerde code +++623/3972/70077+++.
- Voor een vrije gift vanaf 40 euro wordt een fiscaal attest afgeleverd.
- Via een legaat. Dit kan een roerend of onroerend goed zijn. Hiervoor is een testament nodig, het legaat treedt pas in werking bij het overlijden van de ondertekenaar. Het legaat is onderworpen aan erfbelasting. Hoewel dit niet verplicht is, is het aangeraden dit testament samen met een notaris op te stellen;
- Via een schenking bij akte. Dit kan een roerend of onroerend goed zijn. Een schenking wordt ten uitvoer gelegd tijdens het leven van de schenker en kan onderworpen zijn aan registratiebelasting. Het is aanbevolen om hierbij vooraf informatie in te winnen bij een notaris. ■

Meer info: zol.be/zorgzaam-ZOL



ZOL-acties leveren 90.797 euro op voor De Warmste Week

ZOL zette zich massaal in voor De Warmste Week in Genk. Het thema, onzichtbare ziekten, raakte ons als zorgverleners diep en dat bleek uit het enthousiasme.

Van het Diabetescentrum dat DIA-beestige sleutelhangers verkocht, over de psychologen met lekkers, tot de winterse Moose

Bar van de dienst Schoonmaak in ZOL Maas en Kempen. Overal in ZOL ontstonden hartverwarmende initiatieven.

De 23 ZOL-acties brachten maar liefst 90.797 euro op voor het goede doel. Bedankt aan iedereen die hieraan heeft meegewerkt! ■

Nieuw: medewerker medicatiebeheer

Om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, werd een nieuw profiel in het leven geroepen nl. medewerker medicatiebeheer. Na een succesvolle piloot op de dienst Spoedgevallen, wordt het initiatief nu uitgebreid naar de verblijfsafdelingen.

De medewerker medicatiebeheer brengt de thuismedicatie van 65+ patiënten met complexe medicatieschema's in kaart. "Wij zijn zeker vragende partij voor zo'n profiel. Het kunnen beschikken over de juiste medicatieschema's heeft een directe impact op de patiëntveiligheid en de mortaliteit", zegt dr. Pieter Jan Van Asbroeck, medisch diensthoofd Spoedgevallen Genk.

De medewerker medicatiebeheer ondersteunt ook de afdeling bij het opvolgen van de medicatievoorraad en de ontslagplanning. Het takenpakket werd samen met de apotheek van ZOL besproken.

ZOL creëert hiermee ook een duurzaam kader voor verpleeg-

kundigen die jarenlang zorg gedragen hebben voor onze organisatie, maar om gezondheidsredenen hun oorspronkelijke rol niet langer kunnen opnemen. Deze functie biedt hen een zinvolle doorstart binnen ZOL. Een bevraging bij de doelgroep bevestigde alvast veel interesse en positieve reacties.

Het nieuwe profiel van medewerker medicatiebeheer is een initiatief van één van de impactgroepen van ZOL. Deze groepen, die behoren tot het Departement Zorg, bestaan uit verpleegkundig leidinggeven- den die zich samen inzetten om een toekomstbestendig beleid te ontwikkelen. ■



Informatieavonden over borstreconstructies



De afdeling Plastische Heekunde en het Borstcentrum organiseren tweemaandelijks infosessies over de mogelijkheden, verwachtingen en technieken omtrent borstreconstructie.

Doelgroep

Iedereen die geïnteresseerd is in borstreconstructies omwille van ziekte of genetische voorbeschikking bij zichzelf of bij een naaste. Of om informatieve en educatieve redenen.

Data 2026

- Dinsdag 17/02/2026
- Dinsdag 21/04/2026
- Dinsdag 16/06/2026
- Dinsdag 25/08/2026
- Woensdag 21/10/2026 vanaf 16u30 (BRA-day)
- Dinsdag 08/12/2026

Spreker

Dr. Bob Vermeulen (foto)
Plastische Heekunde

Tijdstip

Van 19.30 tot 21.00 uur.

Locatie

ZOL - Campus Sint-Jan,
Synaps Park 1, 3600 Genk
Lokaal: Aula (G-1.10)

Inschrijven?

Voraf inschrijven is verplicht en kan via een borstverpleegkundige, tel. 089 80 63 71 of via het secretariaat Plastische Heekunde: secretariaat.plastische@zol.be of tel. 089 80 81 20



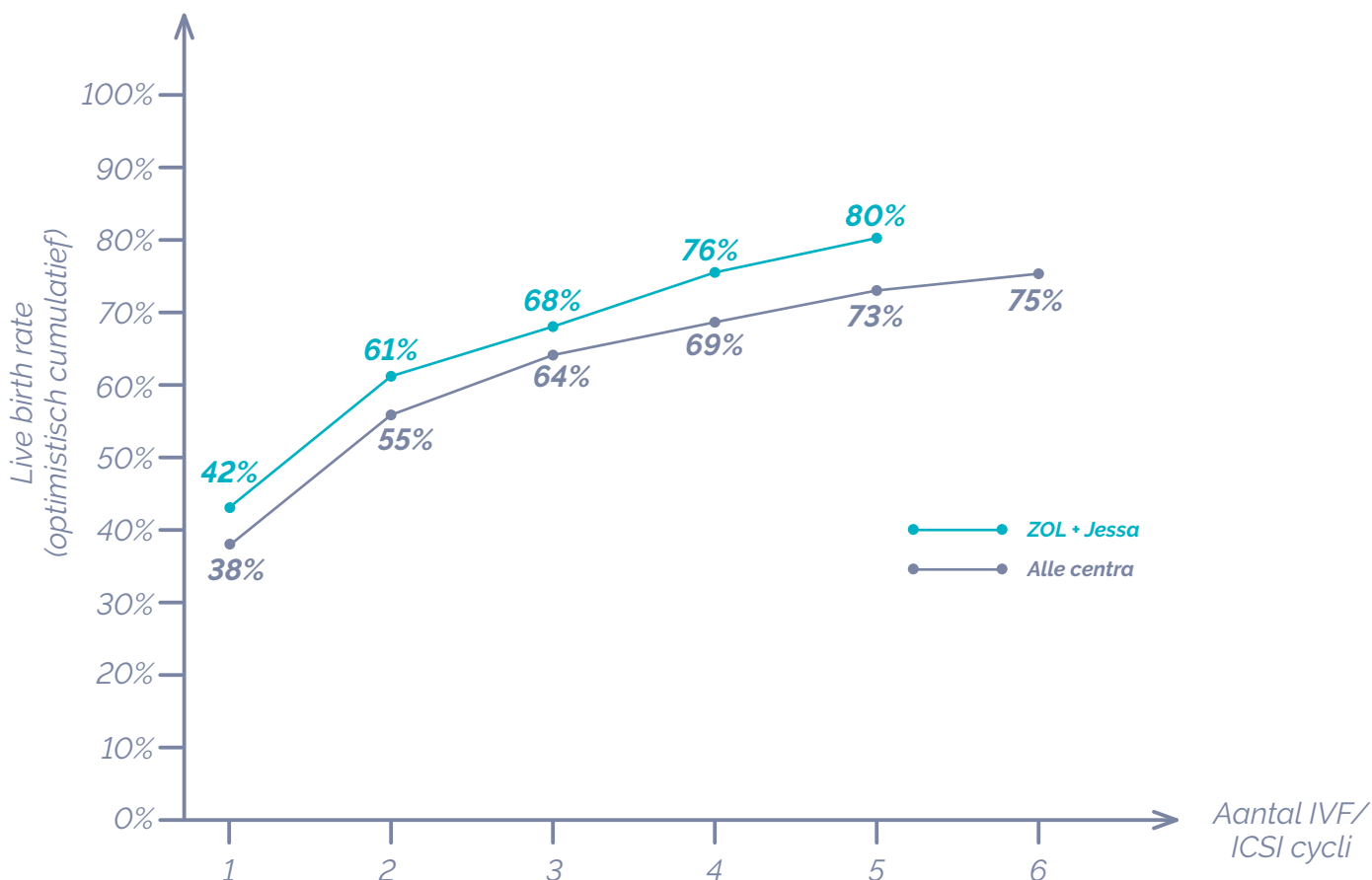
dr. Bob Vermeulen



Foto VL.n.r. : Dr. Helena Van Kerrebroeck (ZOL), dr. Sofie Hulsbosch (Jessa),
dr. Nathalie Dhont (ZOL), dr. Carmen Kerkhofs (ZOL), dr. Greet Mestdagh
(ZOL), dr. Sara Neyens (Jessa) en dr. Karlijn De Voght (Jessa).

Fertiliteitscentrum INEZ Limburg scoort hoog wat betreft geslaagde IVF- behandelingen

42% van de eerste cyclus IVF-behandelingen in het Fertiliteitscentrum INEZ Limburg leidt tot een zwangerschap. Hiermee scoort Limburg opvallend hoger dan het Belgisch gemiddelde van 38%. Ook bij een tweede tot vijfde cyclus liggen de slaagkansen in Genk en Hasselt opmerkelijk hoger dan in de rest van het land. Dit blijkt uit de meest recente BELRAP-gegevens (Belgian Register for Assisted Procreation, 2023).



Gebaseerd op cycli van 2020 tot 2022, met opvolging tot eind 2023.

Sinds oktober 2024 bundelen Ziekenhuis Oost-Limburg en het Jessa Ziekenhuis hun hooggespecialiseerde fertiliteitszorg onder de koepelnaam Inez Limburg. De samenwerking tussen beide centra bestaat al sinds 2013, zo lichtte dr. Sofie Hulsbosch toe op het netwerksymposium voor verwijzers dat plaatsvond op 27 november 2025.

Zorgprogramma A vindt in beide ziekenhuizen plaats. Het omvat de diagnose van het vruchtbaarheidsprobleem, de stimulering van de eicellen en de pick up of weghaling van de eicellen. Zorgprogramma B focust op de bevruchting of embryologie. Bijbehorende laboratoriumactiviteiten gebeuren in het IVF-labo van ZOL Genk.

"Wij zijn best wel trots op de goede resultaten. We kunnen daarbij stellen dat ons labo voortreffelijk werk levert en op een doorgedreven manier met kwaliteit bezig is", zei IVF-specialist dr. Nathalie Dhont.

Rondleiding

Het symposium, dat plaatsvond in ZOL Genk, startte met een rondleiding in het Fertiliteitscentrum. Zo kregen verwijzers de kans om de consultatieruimten, het IVF-labo en de operatiezaal van de

afdeling te zien. In die zaal worden de pick-ups en de hysteroscopische ingrepen gedaan, alsook de TESE (Testiculaire SpermaExtractie) bij de man.

Onverklaarde infertiliteit

Dr. Sara Neyens (Jessa) gaf een lezing over onverklaarde infertiliteit. Zij lichtte de nieuwe guidelines over onverklaarde infertiliteit van de VVOG (Vlaamse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie) toe. Zijzelf maar ook dr. Nathalie Dhont (ZOL) en dr. Helena Van Kerrebroeck (ZOL) hebben meegewerkt aan de uitwerking ervan.

Ander thema van de avond was 'fertiliteit en de ouder wordende vrouw', zowel wat betreft (invriezen van) eicellen als de baarmoeder. Er werd een overzicht gegeven van de mogelijkheden, de nieuwe technieken en de zin en de onzin van wat er gekend is maar vaak nog niet bewezen.

Uteriene veroudering

Dr. Carmen Kerkhofs sprak over eicellen, 'social freezing' en zwangerschapskansen bij het uitstellen van een kindwens. Dr. Van Kerrebroeck had het over uteriene veroudering en degeneratieve en functionele veranderingen. Met als

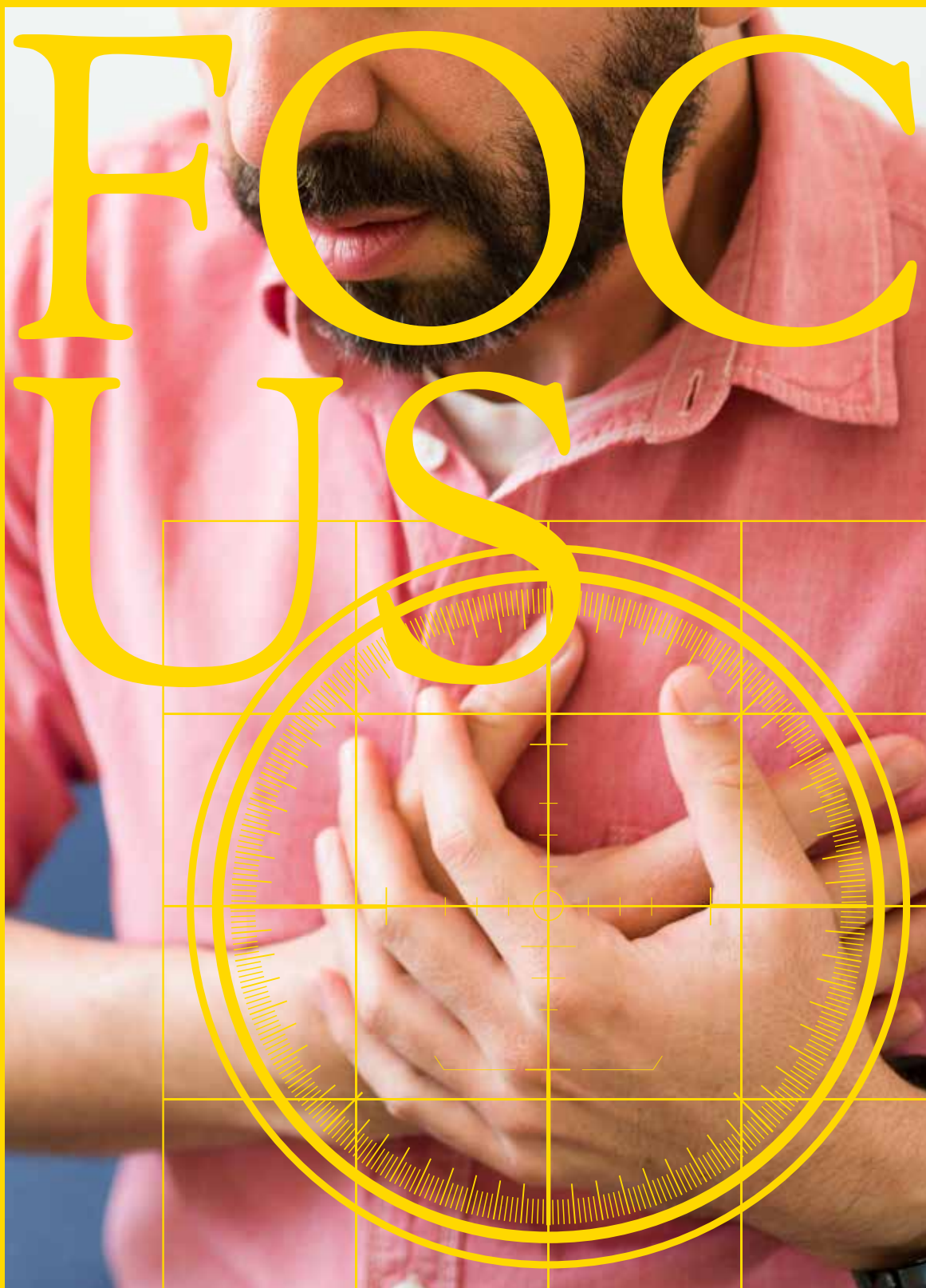
gevolg dat zelfs jonge embryo's lagere implantatiekansen hebben. Ze pleitte voor meer aandacht voor de maternele omgeving en toonde de mogelijkheden van nieuwe medicatie en chirurgie om die te herstellen.

De avond werd afgesloten met een gezellig netwerkmoment en een walking dinner. ■

Meer info:

<https://inezlimburg.be/fertiliteit>

In deze rubriek bespreken we een opmerkelijke, wetenschappelijke publicatie van ZOL-medewerkers of -artsen



Verhoogd risico op hartfalen

bij systemische auto-immuunziekten

Patiënten met systemische auto-immuun inflammatoire aandoeningen (SAID) lopen een duidelijk verhoogd risico op hartfalen. Dat blijkt uit een retrospectieve cohortstudie gepubliceerd in *Journal of the American Heart Association* op 14 januari 2026. De studie onderzocht gegevens van 182.795 volwassen patiënten met inflammatoire aandoeningen, verzameld over een periode van twintig jaar, en biedt nieuwe inzichten in zowel risico's als mogelijke beschermende medicatie-effecten.

Grootschalige analyse van elektronische patiëntendossiers

De onderzoekers maakten gebruik van elektronische patiëntendossiers van patiënten die tussen 2000 en 2020 werden behandeld. De dataset omvatte patiënten met verschillende auto-immuunziekten, waaronder systemische sclerose, systemische lupus erythematosus, reumatoïde artritis, psoriatische artritis, inflammatoire darmziekten en HIV.

Op basis van diagnosecodes, medicatiegegevens en andere klinische parameters werd nagegaan hoe vaak patiënten new onset hartfalen ontwikkelden en welke factoren dat risico beïnvloedden.

Significant verhoogd risico op hartfalen bij drie SAID-groepen

De studie rapporteert dat vooral drie

aandoeningen een sterk verhoogd risico op incident hartfalen met zich meebrengen nl. systemische sclerose: adjusted hazard ratio (aHR) 2,81, systemische lupus erythematosus: aHR 1,64 en reumatoïde artritis: aHR 1,54.

Deze risico's bleven significant na correctie voor klassieke cardiovasculaire risicofactoren, wat erop wijst dat een onderliggend auto-immuunmechanisme daadwerkelijk geassocieerd is met cardiale schade.

Bètablokkers mogelijk beschermend

Een opvallende bevinding is de associatie tussen bètablokkergebruik en een verlaagd risico op incident hartfalen. In de gecombineerde analyse van systemische sclerose, lupus en reumatoïde artritis werd bètablokkergebruik geassocieerd met een 30% lagere incidentie van hartfalen (aHR 0,7).

Deze observatie opent de deur naar verder prospectief gerandomiseerd onderzoek naar cardioprotectieve strategieën specifiek voor patiënten met auto-immuunziekten, die traditioneel onderbelicht waren in cardiovasculaire preventierichtlijnen.

Conclusie

De studie van Zagouras, Martens en Tang toont overtuigend aan dat sys-

temische auto-immuun inflammatoire ziekten een substantieel verhoogd risico op hartfalen met zich meebrengen, los van klassieke risicofactoren. De analyse maakt gebruik van elektronische dossiers van binnen het ziekenhuis netwerk van The Cleveland Clinic in de VS. Dit type onderzoek toont de kracht van grote datasets en real world data in het vinden van klinisch relevante en robuuste associaties tussen risicofactoren en klinische relevante aandoeningen. Deze bevindingen versterken het belang van integrale zorg voor patiënten met systemische auto-immuun inflammatoire ziekten, waarin zowel auto-immuunactiviteit als cardiovasculaire gezondheid centraal staan. ■

J Am Heart Assoc. 2026 Jan

14: e039155. doi: 10.1161/

JAHA.124.039155. Heart Failure Risk

in Patients with Systemic Auto-immune Inflammatory Diseases

Alexia A Zagouras (Stanford University

School of Medicine Stanford), Pieter

Martens (Ziekenhuis Oost-Limburg),

W H Wilson Tang (Cleveland Clinic

Cleveland Ohio USA).



Onco-revalidatie is een heel krachtig medicijn

Een gestructureerd beweegprogramma van 3 jaar, gestart kort na chemotherapie voor colonkanker, verbetert de kans op een langdurige, ziektevrije overleving. Dit blijkt uit een grote, gerandomiseerde fase 3-studie bij 889 patiënten met geopereerde colonkanker die klaar waren met adjuvante chemotherapie, gepubliceerd in het hoog aangeschreven New England Journal of Medicine.

"Uit eerdere studies bleek dat lichaamsbeweging mogelijk een positieve invloed heeft op de uitkomsten bij kanker, maar overtuigend bewijs ontbrak nog", zegt Kristof Geladé kinesist onco-revalidatie. "Uit deze studie blijkt nu dat onco-revalidatie een heel krachtig medicijn is, zonder nevenwerkingen."

Kristof Geladé: "In de studie werd de combinatie onderzocht van revalidatie onder supervisie in een ziekenhuis, gevolgd door telemonitoring. Die telemonitoring is vergelijkbaar met BeweegSaam, het online platform dat wij ontwikkelden in ZOL om de oncologische patiënt te stimuleren om fysiek actief te zijn. Net als in Beweegsaam werd in de studie veel aandacht besteed aan gedragsverandering volgens een psychologisch model."

Aanbod

ZOL heeft een groot revalidatie-aanbod, specifiek voor oncologie-patiënten. Vroeger werd vooral gefocust op de nabehandelingsfase maar intussen wordt meer en meer ingezet op alle fases van de behandeling. Kristof Geladé: "Mensen die zware, oncologische chirurgie moeten ondergaan, laten we vier tot zes weken voor hun ingreep revalideren, zodat ze fitter zijn wanneer ze uiteindelijk geopereerd worden. Uit onderzoek blijkt dat ze ook minder risico hebben op complicaties."

"Bewegingstherapie tijdens de chemo- of immunotherapie heeft heel wat positieve effecten. Dat is het tweede luik dat we aanbieden. Het derde traject is het post-operatieve luik. Hiermee zijn we in ZOL al vijf jaar bezig. We revalideren hier patiënten die klaar zijn met hun behan-

deling en opnieuw willen aansterken of uitkijken naar werkhervatting."

"We bieden onze patiënten vooral fysieke training, twee tot drie keer per week. Het gaat om een combinatie van conditie-oefeningen op de fiets, de loopband, de roeier en de crosstrainer, in combinatie met krachtoefeningen voor de armen en benen.

Daarnaast worden onze patiënten ook gezien door de diëtist, de psycholoog, de tabakoloog en de onco-coach. We proberen hen multidisciplinair zo goed als mogelijk te ondersteunen." ■

N Engl J Med 2025;393:13-25. DOI: 10.1056/NEJMoa2502760



Nieuwste Photon Counting CT- scanner vaak alternatief voor MRI

De dienst Medisch Beeldvorming van ZOL zal in het voorjaar van 2026 als een van de eerste niet-universitaire ziekenhuizen beschikken over de nieuwste Photon Counting CT-scanner. Deze technologie levert nog nauwkeurigere beelden dan een klassieke CT-scanner. “Daardoor vormt de Photon Counting CT-scanner in veel gevallen een volwaardig alternatief voor de MRI-scanner. Ook voor pediatrie biedt dit belangrijke mogelijkheden”, zegt radioloog dr. Tom De Beule, diensthoofd Medische Beeldvorming.

Deze technologie verhoogt onze diagnostische nauwkeurigheid én maakt de zorg doelmatiger. Het is een voorbeeld van innovatie dat zowel klinische waarde als systeemwaarde creëert.

Dr. Tom De Beule //
medisch diensthoofd Medische Beeldvorming



De nieuwe scanner maakt gebruik van een techniek die scherpere beelden oplevert met een lagere dosis röntgenstraling. "We zien een duidelijker onderscheid tussen verschillende weefseltypes", legt dr. De Beule uit. "Dat maakt de scanner een volwaardig alternatief voor een MRI-onderzoek, waarvoor vaak lange wachttijden zijn."

Ook voor kinderen blijkt de Photon Counting CT-scanner bijzonder geschikt. "Waar bij MRI stilgelegd moet worden of soms zelfs sedatie nodig is, kunnen we met Photon Counting CT dezelfde diagnostische informatie veel sneller en comfortabeler verkrijgen", aldus dr. De Beule.

Maar de echte kracht van deze technologie reikt veel verder dan één patiëntengroep. Photon Counting CT biedt structurele voordelen voor uiteenlopende toepassingen binnen de moderne radiologie:

- **Hogere beeldkwaliteit en contrastresolutie**, waardoor subtiele letsels, inflammatie, longpathologie en vasculaire afwijkingen beter detecteerbaar worden.
- **Lagere stralingsdosis** dankzij efficiëntere fotonregistratie — een belangrijke stap vooruit voor gepaste zorg en risicoreductie.
- **Spectrale informatie per voxel**, wat weefselkarakterisatie aanzienlijk verbetert (bijv. uraten versus calcium, vet versus zacht weefsel) zonder extra scantijd.
- **Minder artefacten**, ook bij patiënten met prothesen, stents of orthodontische materialen.
- **Kortere onderzoektijd en minder heropnames**, wat de workflow verbetert en wachttijden helpt verminderen.
- **Betere detectie van bv. kleine longnoduli en interstitiële afwijkingen**, met duidelijke impact voor oncologie, longgeneeskunde en preventieve zorg.

"Deze technologie verhoogt onze diagnostische nauwkeurigheid én maakt de zorg doelmatiger. Het is een voorbeeld

van innovatie dat zowel klinische waarde als systeemwaarde creëert," besluit dr. De Beule.

De introductie van de nieuwe scanner kadert in een ruime samenwerking tussen ZOL en Siemens Healthineers. De dienst Medische Beeldvorming wordt de komende zes jaar voor een gedeelte ontzorgd door het bedrijf. Dit houdt in dat Siemens technologische ondersteuning biedt, instaat voor de opleiding van verpleegkundigen en technologen, en het beheer en onderhoud van alle toestellen op zich neemt. Zo kunnen de zorgverleners zich volledig toewijden op de medische kernactiviteiten.

De samenwerking kan na zes jaar opnieuw voor eenzelfde periode worden verlengd. Volgens dr. De Beule tilt het partnerschap het radiologische aanbod van ZOL naar een hoger niveau. "Radiologie evolueert razendsnel. Met dit partnerschap verankeren we innovatie, opleiding en kwaliteit op een duurzame manier. We investeren in toptechnologie met bijkomende stralingsreductie, en dit in een volledig ecosysteem dat onze medewerkers ondersteunt en de meest geavanceerde technologie ter beschikking stelt van onze patiënten."

Ook Siemens Healthineers benadrukt het vernieuwende karakter. "Met dit partnership evolueren we van de traditionele manier van werken, waarbij een ziekenhuis toestellen aankoopt en er grotendeels zelfstandig mee aan de slag gaat, naar een nieuw, meer samenwerkings- en dienstverleningsgebaseerd model op maat van de klant," zegt Filip Rommelaere. "Dit biedt duidelijke voordelen voor zowel het ziekenhuis als voor de patiënt. Win-win dus."

Internationaal sloot Siemens Healthineers al meer dan 200 van dergelijke overeenkomsten af. ■



HAUX
BO



Hyperbaar zuurstofcentrum viert *twintigjarig* jubileum

De hyperbare zuurstofkamer van ZOL, de enige in Limburg, bestaat 20 jaar. Het gaat om een caisson van 60 ton die plaats heeft voor twaalf zittende personen. Op twintig jaar tijd werd de zuurstofkamer in ZOL zo'n 5.200 keer opgestart, goed voor in totaal 32.000 patiëntensessies.



Dr. Sven Van Poucke en dr. Sofie Ordies

Zuurstoftherapie werd destijds in ZOL opgericht door de kritieke diensten. Dr. Sven Van Poucke, anesthesioloog en gespecialiseerd in de hyperbare geneeskunde, verwelkomt dr. Sofie Ordies in het team.

Dr. Van Poucke: "Hyperbare Zuurstoftherapie (HBOT) is een behandeling waarbij zuivere zuurstof ingeademd wordt via een masker in een omgeving waar de druk hoger is dan de atmosferische druk. De behandeldruk is vergelijkbaar met de druk die een duiker ondervindt op ongeveer 15 meter diepte. Omdat die inademing van zuurstof in de kamer onder druk gebeurt, kan het lichaam tien tot vijftien maal meer zuurstof opnemen. Hierdoor zal de hoeveelheid opgeloste zuurstof in het plasma aanzienlijk toenemen."

"Samengevat beïnvloedt hyperbare zuurstof de collageenvorming, de angiogenese en de bacteriële klaring. HBOT is zinvol bij chronische wonden die maandenlang openblijven en onvoldoende zuurstof krijgen. Maar het is geen wondermiddel. Men moet de patiënten zeer nauwgezet selecteren. Vandaar dat enige expertise hierin

absoluut vereist is. De indicaties voor de toediening van de therapie worden ingedeeld in chronische en acute indicaties (zie kader)."

Welke patiënten worden behandeld in ZOL?

Dr. Sven Van Poucke: "Jarenlang was de behandeling van duikongevallen de enige toepassing. Hyperbare zuurstoftherapie wordt nu meer en meer gebruikt voor weefselherstel. Aanvankelijk werd de therapie in ZOL vooral gebruikt voor enerzijds koolstofmonoxidevergiftiging en anderzijds voor chronische wonden of aandoeningen waar zuurstoftekort centraal staat en/of waar een infectie aanwezig is die door chirurgie en antibioticatherapie alleen niet bestreden kan worden."

Dr. Sofie Ordies: "Door de hogere, wettelijke bouwvereisten voor woningen en de verbetering van verwarmingstoestellen komt koolstofmonoxidevergiftiging vandaag veel minder voor. Ongeveer de helft van de patiënten die vandaag in ons zuurstofcentrum terecht komt, kampt met acute gehoorproblemen zoals tinnitus of een geluidstrauma. Meestal gaat dit over mensen die na

een muziekconcert last hebben van een fluittoon in hun oren. Bij geluidsoverlast ontstaat er een zwelling in het binnenoor, waardoor de schaarse bloedvaatjes er letterlijk worden dichtgeknepen. Als de cellen die instaan voor je gehoor vervolgens te weinig zuurstof krijgen, dan loop je gehoorschade op. Zuurstoftherapie, als de behandeling tijdig kan plaatsvinden, kan ervoor zorgen dat die cellen niet afsterven."

"Een tweede grote groep die we behandelen in ons zuurstofcentrum zijn patiënten die schade hebben opgelopen door radiotherapie, al komt die schade gelukkig slechts in heel uitzonderlijke gevallen voor. Het gaat vaak om patiënten met aantasting van het kaakbeen als gevolg van osteoradionecrose. Of om slecht helende wonden na blaas- of darmkanker, of om complicaties die pas jaren na de radiotherapie optreden. Een patiënt plast bijvoorbeeld bloed omdat de blaas beschadigd is door bestraling."

Dr. Van Poucke: "Deze groep van patiënten werd twintig jaar geleden nog niet in de hyperbare zuurstofkamer behandeld. Wij hebben de eerste patiënten bij ons opgevangen, en al snel bleek



Jaar	Aantal urgenties	Aantal nieuwe patiënten	Totaal aantal patiënten	bezettingsgraad %
2015	11	124	1775	63
2016	12	153	1738	57,9
2017	18	165	1821	60,2
2018	16	145	1781	58,9
2019	9	141	1682	54,8
2020	11	84	1216	COVID
2021	5	102	1144	COVID
2022	5	109	1328	COVID
2023	7	108	1859	69,16
2024	5	115	1607	54,44
2025	17	106	1797	62,4

Hoewel het aantal nieuwe patiënten niet evenredig toeneemt, stijgt de bezettingsgraad doordat meer patiënten een langere behandeling krijgen.

De daling in het aantal urgenties is toe te schrijven aan verbeterde boilers en verwarmingstoestellen met betere ventilatie en zo een kleinere kans op CO-intoxicatie.



Yves Préal, dr. Sven Van Poucke, dr. Sofie Ordies

dat de meerwaarde van de therapie aanzienlijk was. Ik denk dat dit in mijn twintigjarige carrière met zuurstoftherapie in ZOL het domein is waarin ik mensen het meest heb kunnen helpen. Hun levenskwaliteit is in vele gevallen aanzienlijk verbeterd."

"Tot slot zijn er de patiënten die komen voor wondzorg. Zo bijvoorbeeld voor een diabetische voet of diabetisch vaatlijden. Door het vaatlijden kan de patiënt een ulcus ontwikkelen. De patiënt heeft ook een gewijzigde ontstekingsreactie, een slechte mobiliteit van de gewrichten en een slecht functionerend zenuwstelsel, zodanig dat die eventuele wondjes minder goed voelt. Deze problemen leiden tot een tekort aan zuurstof in de huid en onderhuid."

Hoe gaan jullie om met de vragen voor zuurstoftherapie?

Dr. Sven Van Poucke: "De hyperbare zuurstoftherapie wordt op een gefundeerde manier geplaatst tussen alle andere behandelingen. De zuurstofkamer staat op de dienst Spoedgevallen maar we komen er met heel wat medische disciplines in aanraking: vaatchirurgie, endocrinologie, mond- en kaakchi-

urgie, intensieve zorgen, plastische heelkunde, keel- neus- en oorziekten enz. Heel wat van de problemen die behandeld worden, zijn gebaseerd op eenzelfde fundamentele problematiek, namelijk een tekort aan zuurstof."

Hoe meet je een zuurstoftekort in een wonde?

Dr. Sven Van Poucke: "We kunnen dit uitzoeken via een transcutane zuurstofmeting. Via de zogenaamde 'oxygen challenge test' zien we of zuurstoftherapie nuttig kan zijn voor een bepaalde wonde. Als de zuurstof stijgt na de behandeling weten we ook dat de therapie aanslaat."

Praktisch

Sessies in de hyperbare zuurstofkamer duren ongeveer 2 uur. Ze worden begeleid door gespecialiseerde verpleegkundigen van de dienst Spoedgevallen. De frequentie van de sessies is afhankelijk van de indicatie, variërend van 10 tot 60 sessies en soms zelfs meer.

Indicaties:

Over hyperbare geneeskunde bestaan er klinische studies die wetenschappelijk bewijs leveren over de zin van hy-

perbare zuurstoftherapie bij een aantal aandoeningen. De indicaties worden opgedeeld in 3 types en kunnen acuut of chronisch zijn.

- **Type 1 (Erkend & bewezen)**
CO-vergiftiging, open fracturen met 'crush'-injury, osteoradionecrose, radiocystitis, radioproctitis, decompressie-ziekte, luchttembool, anaerobe infecties, plotse doofheid.
- **Type 2 (Aanvaard maar met beperkte evidentie)** Diabetische voet, necrose ter hoogte van de femurkop, gecompromitteerde (huid)-flappen, centrale retinale arteriële occlusie, crush-trauma, chronische osteomyelitis, ischemische ulcera, heelkunde en implantatie in bestraalde gebieden, tweedegraads brandwonden (>20% van het lichaam), pneumatosis cystoides intestinalis.
- **Type 3 (Experimenteel)**
Hersenschade - enkel bij sterk geselecteerde patiënten, radiatie-geïnduceerde letsels van de larynx, radiatie-geïnduceerde letsels van het centraal zenuwstelsel, post-vasculaire procedure reperfusie schade,



Zuurstoftherapie is een behandeling waarbij zuivere zuurstof ingeademd wordt via een masker in een omgeving waar de druk hoger is dan de atmosferische druk.

lidmaat reïmplantatie, sikkcelziekte, interstitiële cystitis. *

Bijwerkingen:

Hyperbare zuurstof is een medicijn met beperkingen en bijwerkingen. De patiënt leert vooraf enkele trucjes zoals slikken, kauwen of geeuwen om zich aan te passen aan de drukverhoging. Zodra de druk stabiel is, merkt de patiënt geen verschil meer. Een verpleegkundige begeleidt de patiënten tijdens de therapie.

Soms komen duizeligheid, misselijkheid en een tijdelijke achteruitgang van het gezichtsvermogen voor.

Risicovolle therapie?

Mits professionaliteit naar indicatiestelling en veiligheid is het een zeer veilige therapie met in bepaalde domeinen een meerwaarde in de totale aanpak van een aandoening.

Specialist in de hyperbare geneeskunde

Dr. Sven van Poucke, anesthesioloog, gespecialiseerd in de hyperbare geneeskunde, werd twintig jaar geleden aangetrokken om hyperbare therapie op te starten in ZOL. Hij is een voortrekkers van de ontwikkeling van de hyperbare geneeskunde in België.

Dr. Sofie Ordies, anesthesioloog, gespecialiseerd in de hyperbare geneeskunde, volgde de specialisatie Hyperbare Zuurstoftherapie en Duikgeneeskunde aan de Universiteit van Genève (Zwitserland). ■

De hyperbare zuurstofkamer in ZOL is 24 op 24 u beschikbaar voor acute indicaties

Save the date

SYMPOSIUM SPOEDGEVALLEN: HYPERBARE ZUURSTOFFTHERAPIE

- **Datum:**
woensdag 18 maart 2026, 19 uur
- **Plaats:**
aula ZOL Genk, campus Sint-Jan
- **PROGRAMMA:**
 - » Introductie
dr. Sven Van Poucke, ZOL
 - » Indicaties HBO
dr. Christophe Bert, AZORG
 - » CO intoxications and HBO
prof. dr. Sylvain Boet, Université de Genève
 - » HBO en rampengeneeskunde
dr. Peter Germonpré, Military Hospital Brussels
 - » Conclusie
dr. Sofie Ordies, ZOL
dr. Pieter Jan Van Asbroeck, ZOL
- Receptie vanaf 21 uur

* Bron: Mathieu et al. Consensus Conference. Tenth European Consensus Conference on Hyperbaric Medicine: recommendations. *Diving and Hyperbaric Med.* 2017



Uitbreiding *Interventioneel* *Centrum ZOL Genk*

**Meer capaciteit, meer comfort,
kortere wachttijden**

Drie bijkomende interventiezalen met de modernste technologie, een aangename dagkliniek waar patiënten kunnen herstellen na een ingreep en betere infrastructuur voor medewerkers: dat zijn de belangrijkste nieuwigheden van het uitgebreide Interventioneel Centrum in ZOL Genk.



“Onze infrastructuur was echter te krap geworden om deze evolutie verder te volgen. Het nieuwe dagziekenhuis en de drie extra interventiezalen laten ons toe de zorg efficiënter te organiseren en de wachttijden voor patiënten te verkorten.”

*Dr. Bert Ferdinande //
interventioneel cardioloog*

Dr. Bert Ferdinande, interventioneel cardioloog en medisch diensthoofd, is een van de grote bezielers van het project. “Deze uitbreiding zorgt voor meer capaciteit, meer efficiëntie en kortere doorlooptijden, en dat binnen een volledig up-to-date technologische omgeving.”

Het Interventioneel Centrum is de plek waar interventionele cardiologie, elektrofysiologie, interventionele radiologie en vaatheelkunde nauw samenwerken. Samen met deze disciplines werkte dr. Ferdinande het uitbreidingsplan uit.

Het nieuwe gebouw bevindt zich boven op de derde bunker voor radiotherapie, vlak bij de ingang van de huidige bezoekersparking. Naast een architecturale meerwaarde en een uitbreiding van de site vormt het hoogtechnologische Interventioneel Centrum een belangrijke nieuwe troef voor zorgverleners én toekomstige patiënten.

Waarom was een uitbreiding nodig?

“Door de technologische vooruitgang zien we elk jaar een toename van het aantal interventionele ingrepen,” vertelt dr. Ferdinande. “Dankzij nieuwe,

minimaal invasieve technieken zijn die ingrepen steeds minder belastend. We bereiken het hart of een verstopte slagader bijvoorbeeld via de bloedvaten in de lies of de pols. Patiënten herstellen daardoor sneller, hoeven vaak niet te overnachten en wij kunnen meer mensen helpen.”

“Onze infrastructuur was echter te krap geworden om deze evolutie verder te volgen. Het nieuwe dagziekenhuis en de drie extra interventiezalen laten ons toe de zorg efficiënter te organiseren en de wachttijden voor patiënten te verkorten.”

Een nieuwe dagkliniek met focus op comfort

Centraal in de uitbreiding staat de nieuwe dagkliniek. “Hier is veel aandacht besteed aan het comfort van patiënten,” legt dr. Ferdinande uit. “Er is plaats voor 34 patiënten. Ze wachten niet langer in afzonderlijke kamers, maar in een aangename lounge die bewust minder aanvoelt als een klassieke ziekenhuisomgeving.”

“Privacy blijft belangrijk, maar de setting is anders. Er zijn verstelbare zetels, afgescheiden met gordijnen. Patiënten kunnen ook samen aan tafel een koffie

drinken. Ervaringen uitwisselen met lotgenoten kan het herstel ondersteunen. Voor verpleegkundigen biedt deze opstelling bovendien een beter overzicht en laat toe patiënten van dichtbij te monitoren.”

Wat is veranderd aan het patiëntentraject?

Nadat patiënten zich hebben ingeschreven aan de hoofdingang worden ze ontvangen aan de balie van het Dagziekenhuis Interventioneel Centrum. Voor de intake zijn aparte kamertjes voorzien waar ze worden voorbereid voor hun procedure. Na de voorbereiding worden ze naar het interventioneel centrum gebracht. Wanneer de procedure klaar is, komen ze naar het dagziekenhuis en kunnen ze plaatsnemen in een comfortabele relaxzetel. Wie een overnachting nodig heeft, wordt overgebracht naar de verpleegafdeling.” De nieuwe technologie maakt het mogelijk om verschillende beeldvormingstechnieken te combineren. “Dat levert een scherper en gedetailleerder beeld van het letsel op. Bovendien zijn de zalen dynamischer ingericht en hebben de instrumenten een groter bereik, waardoor artsen vrijer kunnen werken.” ■



Dr. Marie-Rose Van Hoestenbergh

1,5 miljoen euro om *prematuurtjes* slimmer te monitoren

Innocens is een AI-tool die vroegtijdig alarm slaat wanneer prematuurtjes een levensbedreigende infectie krijgen. Ook de dienst Neonatologie van ZOL leverde data voor de ontwikkeling van de tool en wil vanaf 2026 de nieuwe technologie mee in groepsverband testen. De Limburgse investeringsmaatschappij LRM investeert – samen met onder meer BAN Flanders, BeAngels en NXT2 – 1,5 miljoen euro in de veelbelovende applicatie.



Neonatoloog David Van Laere, jarenlang verbonden aan het UZA in Antwerpen, ontwikkelde een digitale assistent die prematuurtjes slimmer kan monitoren. De AI-applicatie herkent patronen in parameters van vroeggeboren baby's en kan zo sepsis, een levensbedreigende infectie, heel vroeg voorspellen. Naast het UZA en ziekenhuizen in Nederland, Duitsland en de Verenigde Staten wil ook de dienst Neonatologie van ZOL Innocens testen vanaf 2026.

Patronen herkennen

"Sepsis is een ernstige, levensbedreigende complicatie met een bacterie die in de bloedbaan terechtkomt", vertelt dr. David Van Laere, CEO van Innocens. "Sepsis komt spijtig genoeg nog vaak voor, bij één op de vijf patiëntjes op de Neonatale Intensive Care Unit (NICU). Kindjes die te vroeg geboren zijn, zijn extra kwetsbaar. Van de prematuurtjes die het krijgen, sterft helaas 10 tot 15 procent. En kindjes die het overleven, kunnen er levenslang verregaande gevolgen van dragen."

Prematuurtjes worden op Intensieve Zorgen gemonitord op parameters zoals het hartritme en het zuurstofgehalte in het bloed. Maar die monitors zijn niet gemaakt om patronen te herkennen. "Om op te merken dat er iets mis is, moet je een trend of een negatieve evolutie in de parameters zien", legt Dries Bauters uit, investment manager bij LRM. "Innocens kan een negatieve trend snel detecteren en dus mogelijk een geval van sepsis. Door de tool wordt het sneller opgemerkt en behandeld, wat mogelijk levensreddend kan zijn."

Subtiële symptomen

Innocens is een AI-tool die mee over de patiëntjes waakt. "De technologie heeft patronen geleerd op basis van een grote set data uit het verleden", zegt dr. Van Laere. "Nu gaan we in real time echte data van de patiëntjes monitoren en patronen opsporen. Onze technologie is eigenlijk een digitale assistent die op de schouders van de verpleegkundigen meekijkt en elk kwartier monitort of er ziektesymptomen in de data voorkomen. Sepsis presenteert

zich heel subtiel. De tool vertaalt aan elk bed, 24/7, al die informatie naar een eenvoudige score voor het risico op sepsis. Nu moeten die subtiële, vroege symptomen puur op basis van ervaring en intuïtie opgepikt worden."

Innocens is dus al getest op historische data. Voor het als medische applicatie op de markt mag komen, moet het ook in ziekenhuizen getest worden. De afdeling Neonatologie in ZOL pioniert mee. "Om een AI-systeem te trainen, moet je heel veel data hebben", zegt neonatoloog dr. Marie-Rose Van Hoestenbergh. "Naast interne data van het UZA hebben ze voor de externe validatie ook onze data gebruikt. Ook in de volgende fase van de studie doen we mee. Alles is goedgekeurd, en we hopen in 2026 met de applicatie te starten in groepsverband."

Dr. Van Hoestenbergh gelooft heel sterk in de AI-technologie. "Innocens geeft een waarschuwing wanneer de parameters van de patiënt aan het veranderen zijn. Verschillende uren voor



Sepsis komt voor bij 1 op 5 patiëntjes op de Neonatale Intensive Care Unit

Innocens geeft al een waarschuwing wanneer de parameters van de patiënt aan het veranderen zijn.

Dr. Marie-Rose Van Hoestenbergh //neonatoloog

je anders je klinische diagnose stelt, zie je dat het fout aan het lopen is", zegt ze. "Zo kan je sneller reageren en zo levens redden of complicaties voorkomen. Het is voor elk kind meer dan de moeite waard om daarin te investeren."

Vergrijzing

Toch is het niet de bedoeling dat AI de taak van artsen of verpleegkundigen aan het ziekbed overneemt. "Het is een hulp, want je moet nog altijd je klinische blik op de patiënt werpen", benadrukt dr. Van Hoestenbergh. "Innocens geeft heel vroeg aan: 'Ga daar eens kijken, want daar loopt precies iets mis'. Dit is daarom een van de innovatieve technieken met een heel nobele doelstelling die effectief levens kan redden."

Volgens dr. Van Laere kan Innocens een team zorgverleners enorm versterken. "De patiënt wordt er mogelijk beter van, maar het zorgt er ook voor dat artsen en verpleegkundigen efficiënter worden en veel meer geïnformeerde beslissingen kunnen nemen", zegt hij. "Tegen 2030 gaat de zorgvraag enorm toenemen door de vergrijzing. Met deze technologie kunnen we de zorgverleners ondersteunen."

Ook LRM is overtuigd van het potentieel. "De ziekenhuizen die wij hebben gecontacteerd, zijn unaniem positief over de meerwaarde", zegt Dries Bauters. "Als investeringsmaatschappij kijkt LRM niet alleen door een financiële bril; ook het economische en maatschappelijke aspect is belangrijk. Het effect op lange termijn is enorm, want het kan niet alleen levens redden, maar ook beperkingen voorkomen door tijdig te behandelen."

De technologie is veelbelovend voor de opvolging van prematuurtjes, maar kan in de toekomst verder uitgebreid worden naar andere complicaties op Intensieve Zorgen, zoals nierfalen of beroertes, zowel bij kinderen als volwassenen. Dit is dus slechts een eerste toepassing. ■



Nauwere samenwerking tussen Spoedgevallen ZOL Genk, Psychiatrie en Mobiel Crisisteam Noolim

De dienst Spoedgevallen ZOL Genk, de dienst Psychiatrie en het Mobiel Crisisteam (MCT) binnen netwerk Noolim werken nauwer samen bij de opvang van personen die zich aanmelden met acute psychische of psychosociale klachten. De samenwerking kadert binnen bestaande zorgtrajecten en heeft als doel om patiënten sneller de meest gepaste zorg te bieden.

Personen die zich aanbieden op Spoedgevallen met ernstige psychische of psychosociale klachten hebben vaak nood aan snelle ondersteuning, maar niet altijd aan een opname. Door een betere afstemming willen ZOL Genk en het MCT vermijden dat patiënten onnodig in een residentieel traject terecht komen, en tegelijk de kwaliteit en continuïteit van de zorg versterken.

Duidelijke werkafspraken en gedeelde inschatting

Dankzij vastgelegde werkafspraken wordt het Mobiel Crisisteam betrokken wanneer dat klinisch aangewezen is. Samen maken de betrokken zorgverleners een inschatting van de crisissituatie en bekijken ze welke begeleiding het meest passend is: onmiddellijke ondersteuning door het MCT, ambulante opvolging of – indien nodig – verdere doorverwijzing naar andere zorgvormen. Wanneer aangewezen blijft ook opname een optie. Deze gezamenlijke aanpak maakt het

mogelijk om sneller beslissingen te nemen en zorg op maat te organiseren, in nauwe afstemming met de patiënt en diens context.

Meer continuïteit voor patiënten

Patiënten ervaren meer rust en duidelijkheid doordat zorgverleners vanuit verschillende disciplines samen zoeken naar de best mogelijke oplossing. De dienst Spoedgevallen dient uiteraard enkel voor crisiszorg. De reguliere geestelijke gezondheidszorg blijft gewoon doorlopen, waarbij de reguliere zorg ook daar geboden wordt.

"Crisiszorg vraagt samenwerking over organisatiegrenzen heen," klinkt het bij dr. Pieter Jan Van Asbroeck, medisch diensthoofd van Spoedgevallen in ZOL Genk. "Door onze expertise te bundelen met die van het Mobiel Crisisteam kunnen we patiënten sneller begeleiden naar de zorg die écht bij hen past."

Ingebed in netwerk Noolim

De samenwerking past binnen de bredere netwerkvisie van Noolim, waarin partners uit de geestelijke gezondheidszorg en algemene ziekenhuizen samen afspraken maken rond crisiszorg. Door spoedzorg, mobiele ondersteuning en vervolgzorg beter op elkaar af te stemmen, wil het netwerk inspelen op de groeiende zorgnoden in de regio.

Blik op de toekomst

ZOL Genk en het Mobiel Crisisteam blijven inzetten op verdere afstemming en evaluatie van de samenwerking. Die vormt een belangrijke stap richting een geïntegreerd crisiszorgpad waarin patiëntgerichtheid, nabijheid en samenwerking centraal staan. ■

Noolim
Netwerk GGZ Oost-Limburg

V.l.n.r. Dr. Peter Thijs, algemeen directeur ZOL; Wim Arts, voorzitter ZOL; Frank Bleyen, Procureur des Konings; Geert Verheyen, korpschef politiezone Carma; Ronin Cox, korpschef politiezone LaMa; Dirk Minten, korpschef politiezone Maasland



ZOL, politie en parket ondertekenen afsprakenkader tegen geweld

Agressie tegen zorgverleners blijft toenemen. Om hier snel en efficiënt op kunnen reageren heeft ZOL op 7 januari een afsprakenkader ondertekend met het parket van Limburg en de politiezones CARMA, LaMa en Maasland. “Onze boodschap is duidelijk: agressie tegen hulpverleners is onaanvaardbaar”, zegt ZOL-voorzitter Tom Arts.

“Met dit beleid zetten we een volgende belangrijke stap richting een veilige werkomgeving waarin medewerkers zich gesteund voelen en waarin samenwerking met Politie en Parket centraal staat,” aldus Tom Arts.

Er werden afspraken gemaakt met de drie politiezones waarin ZOL actief is, nl. Carma, LaMa en Maasland. Tom Arts: “Hierdoor ontstaan korte communicatielijnen en kunnen we snel schakelen. Bovendien werken we vanuit een lerend kader, zodat we voortdurend kunnen verbeteren op basis van onze ervaringen. Deze aanpak heeft in de praktijk reeds haar vruchten afgeworpen.”

Een tweede belangrijke stap is de

samenwerking met het parket. “Dat zij ook effectief tot vervolging overgaan, al dan niet via snelrecht, maakt dat de aanpak niet alleen preventief maar ook repressief is. Het signaal is duidelijk en krachtig: aangiftes worden niet zomaar geklasseerd, er wordt effectief gevolg aan gegeven. Dit geeft onze medewerkers het vertrouwen dat hun melding ertoe doet.”

Klacht indienen vereenvoudigd

“We willen ook de drempel verlagen voor medewerkers en artsen om een klacht in te dienen. Dankzij nieuwe afspraken doet onze juridische dienst namens de medewerker of arts online aangifte bij de bevoegde politiezone. Ook wordt steeds het adres van ZOL

vermeld, in plaats van het adres van de medewerker of arts. Zo kan de dader of verdachte via de aangifte geen kennis nemen van zijn of haar adres. De juridische dienst volgt aansluitend het dossier zelf op met de politie en koppelt terug naar de anti-agressiecommissie van ZOL, naar de betrokken personen, en naar de dienst personeelsbegeleiding. Zo ontzorgen we onze mensen en maken we het makkelijker om actie te ondernemen. Bovendien trachten we zo ook te voorkomen dat slachtoffers zich aan hun lot overgelaten of zelfs geïsoleerd voelen.”

Procureur des Konings Frank Bleyen benadrukte het belang van de nieuwe afspraken. “Met deze duidelijke afspraken



verzekeren we dat elke melding serieus wordt behandeld en opgevolgd. Zorgprofessionals moeten hun werk in veilige omstandigheden kunnen uitvoeren."

Ook de korpschefs van de drie betrokken politiezones zijn erg tevreden met het nieuwe afsprakenkader.

Sterke arm

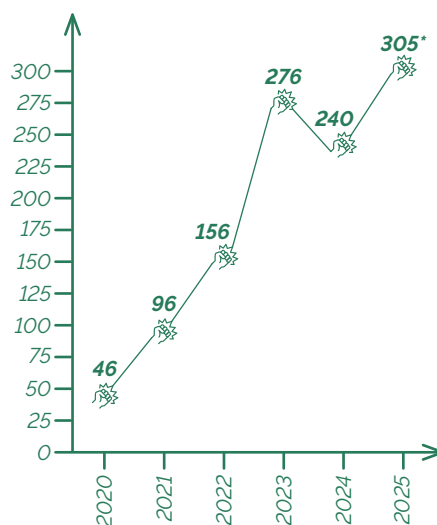
"Dit protocol wil vooral duidelijkheid scheppen voor zowel de politie als de medewerkers van het ziekenhuis over wat we van elkaar mogen en moeten verwachten", zegt Geert Verheyen, korpschef van politiezone CARMA.

"Ook als politie worden wij geconfronteerd met ontoelaatbare vormen van agressie. Wij voelen ons dan ook nauw betrokken en kunnen dankzij dit sterke afsprakencharter de lokale zorgverleners beter ondersteunen", aldus Ronin Cox, korpschef van de politiezone LaMa.

Dirk Minten, korpschef van politiezone Maasland besluit: "In niet-dringende situaties kan het ZOL-personeel incidenten op een beveiligde manier melden. De Lokale Politie Maasland zorgt dan voor consequente opvolging, van registratie tot proces-verbaal. Anderzijds

voorzien we in een bevoorrechte directe interventie: in urgente gevallen van geweldpleging staan onze interventieploegen zo snel mogelijk op de plaatselijke ZOL-campus, zodat hulpverleners onmiddellijk op de sterke arm kunnen rekenen."

Agressiemeldingen in ZOL



* Waarvan 99 fysieke agressie incidenten, 87 verbaal + fysieke agressie incidenten en 118 verbale agressie incidenten



Save the date

Studiedag: Agressie in de Zorg: een beleid in beweging, **08 oktober 2026, Alden Biesen**

Tijdens deze dag staan we stil bij:

- de impact van agressie op zorgverleners
- hoe organisaties beleid kunnen versterken
- samenwerking tussen zorg, politie en justitie
- inzichten, tools en praktijkvoorbeelden

In het kader van de Warmste Week werden sportsessies georganiseerd voor zwangeren in de R-blok (ZOL Genk).



Het belang van preconceptiezorg in de preventie van chronische ziekten

Het aantal chronische ziekten in ons land neemt toe, met suikerziekte en hoge bloeddruk als grote voorbeelden. Dit geldt niet enkel voor de oudere bevolking, maar ook voor de jongere generatie. Vooral in deze laatste groep komen veel asymptomatische personen voor, die nog in een voorstadium zijn en 10 à 15 jaar eerder dan normaal de ziektesymptomen ontwikkelen.

“Vandaag wordt het stilaan duidelijk dat een negatieve evolutie in de levensstijl van onze jongeren niet enkel nefast is voor de lange termijn gezondheid van de huidige generatie, maar ook voor hun nakomelingen en dus de generaties van de toekomst.”

prof. dr. Wilfried Gyselaers, gynaecoloog en onderzoeker



Bij vrouwen kunnen ze reeds de kop opsteken tijdens een zwangerschap, wat zich dan uit in zwangerschapsdiabetes of -hypertensie. Vele baby's die geboren worden uit deze zwangerschappen erven deze voorbeschiktheid via epigenetische mechanismen. Als de symptomen zich bij hen als jong-volwassene ontwikkelen zijn ze vaak vroeger en meer uitgesproken dan bij hun ouders. Zo neemt de aanleg voor chronische ziekten in de populatie overheen de generaties toe. De zwangerschap lijkt een ideale hefboom om de nodige preventieve maatregelen te installeren en te onderhouden, ter bevordering van de populatiegezondheid voor de huidige maar ook de toekomstige generaties.

Hypertensie en diabetes zijn twee aandoeningen die in onze populatie jaar na jaar toenemen. Volgens een studie van het IDEWE is het percentage werknemers met hypertensie tussen 2017 en 2022 gestegen van 5% naar 15%⁽¹⁾. Hier speelt de invoering van de

nieuwe en strengere diagnostische criteria voor hypertensie zeker een grote rol, maar zelfs na correctie blijft een stijging merkbaar. Het percentage van de Belgische populatie met diabetes is tussen 2007 en 2022 gestegen van 5% naar 8%⁽²⁾.

Vele vrouwen die zwangerschapshypertensie of -diabetes ontwikkelen, waren bij aanvang van de zwangerschap in een toestand van pre-hypertensie of pre-diabetes. De circulatoire en metabole belasting van de zwangerschap is voldoende om door te groeien naar een volontwikkelde hypertensie of diabetes. Wanneer de symptomen na de bevalling opnieuw verdwijnen, is dit vaak slechts van eerder korte duur: zowat 10 à 15 jaar eerder dan normaal treedt bij velen onder hen chronische hypertensie of diabetes op^(3,4).

Niet enkel voor de moeder houden deze zwangerschapsproblemen consequenties in op de lange termijn, ook voor de baby's geldt dit. Iemand die

geboren is na een zwangerschapshypertensie of pre-eclampsie – en zeker wanneer dit gepaard ging met een laag geboortegewicht – heeft 2,5 keer méér kans om vroegtijdig hypertensie te ontwikkelen⁽⁵⁾. Iemand die geboren is na een zwangerschapsdiabetes heeft 3 tot 8 keer meer kans om zelf ook diabetes te ontwikkelen, afhankelijk van de gehanteerde diagnostische criteria⁽⁶⁾. Wanneer deze personen dan als volwassenen zelf aan een zwangerschap willen beginnen, zijn ze vaak ongeweten in de hoger vernoemde toestand van pre-hypertensie of pre-diabetes, en worden ze zelf ook geconfronteerd met deze zwangerschapscomplicaties. Het verband tussen perinatale epigenetische programmering en intergenerationale overdracht van chronische ziekten is aangetoond bij ex-prematuuren die als volwassene zelf zwanger worden: afhankelijk van de zwangerschapstermijn waarop ze zelf ter wereld kwamen, zijn de kansen op zwangerschapshypertensie, -diabetes of een vroeggeboorte zowat 20-60% verhoogd⁽⁷⁾.

“Een gezonde levensstijl vóór en tijdens de zwangerschap heeft aangetoond de uitkomst voor moeder en kind gunstig te beïnvloeden.”

prof. dr. Wilfried Gyselaers, gynaecoloog en onderzoeker

Een pre-hypertensie of prediabetes die vóór de zwangerschap wordt vastgesteld kan nog tijdig worden gecorrigeerd, waardoor de persoon in kwestie in een gezonde toestand aan de zwangerschap kan beginnen met normaal uitzicht op een goede uitkomst. In een groep vrouwen met prehypertensie die gedurende 3-4 maand een sportactiviteit beoefenden à 2-3 uur per week, bleken bij 4 op 10 hun circulatoire parameters volledig te normaliseren ⁽⁶⁾. Ook voor personen met (pre-)diabetes is sporten bewezen nuttig ⁽⁹⁾. Bovendien heeft dit ook een gunstig effect op metabole stoornissen zoals hypercholesterolemie, zeker als dit gecombineerd wordt met gezonde voeding zoals vb de Dietary Approach to Stop Hypertension (DASH) ⁽¹⁰⁾. Hypercholesterolemie en -triglyceridemie zijn miskende maar belangrijke predictoren van zwangerschapsdiabetes en -hypertensie ⁽¹¹⁾.

Niet enkel voor vrouwen is het belangrijk een gezonde levensstijl aan te nemen voor de zwangerschap, voor mannen geldt dit evenzeer. Het is aangetoond dat mannen die alcohol consumeren in de 3 maanden vóór de conceptie – de normale rijpingsperiode van het sperma – zowat 40% meer kans op foetale congenitale afwijkingen overdragen en 30% meer kans op gedragsproblemen bij het kind ^(12,13). Ongunstige paternale factoren als obesitas, laag eigen geboortegewicht, vetrijk

en proteïne-arm dieet, ondervoeding, diabetes, hyperglycemie, leeftijd > 40 jaar, roken en blootstelling aan chemische, schadelijke stoffen zijn geassocieerd met lange termijn metabole en cardiovasculaire problemen van de borelingen ⁽¹⁴⁾. Ten slotte is het ook zo dat mannen een heel belangrijke rol spelen in het ondersteunen van de zwangere partner om levensstijlveranderingen aan te nemen en te bestendigen ⁽¹⁵⁾.

Het is al vaak gebleken dat de implementatie van een gezonde levensstijl niet altijd vlot verloopt en meestal slechts van korte duur is, maar een zwangerschap is voor een jong koppel een heel sterke motivator. De grootste uitdaging zit in het bestendigen van de gezonde levensstijl, ook nog tot lang na de zwangerschap. De lange termijn gezondheidsimplicaties voor de kinderen en het verdere nageslacht hebben het potentieel om een nog krachtigere motivatie worden.

Hiervoor is echter een algemene mentaliteitswijziging nodig, niet enkel bij de populatie maar ook bij de gezondheidszorgverstrekkers. Hiervoor werd hier in Limburg enkele jaren geleden vanuit het Limburgs Pre-eclampsie Onderzoek LimPrOn het project GEZONDt opgestart, wat staat voor Gemotiveerd en Efficient Zwangerschapsproblemen Ontmijnen naar de Toekomst. Dit is een programma dat zich richt op een

fysische en mentale oppuntstelling van koppels met een verhoogd risico op zwangerschapscomplicaties, waarbij de nadruk ligt op een gerichte één-op-één-coaching in samenwerking met de eerstelijns gezondheidszorg. Hiervoor is er ondertussen een goede samenwerking gegroeid tussen LimPrOn van Universiteit Hasselt & ZOL met het Women's Heart Clinic in Jessa.

Een gezonde levensstijl vóór en tijdens de zwangerschap heeft aangetoond de uitkomst voor moeder en kind gunstig te beïnvloeden. Complicaties als zwangerschapsdiabetes, hypertensie en pre-eclampsie, intra-uteriene groeiachterstand, vroeggeboorte en laag geboortegewicht zijn zowat 20-30% lager dan in de algemene zwangere populatie ^(16,17). Bij de nakomelingen uit deze zwangerschappen zijn er minder kansen om obesitas en vroegtijdige hypertensie of andere cardiovasculaire problemen te ontwikkelen ^(14,18). Deze gunstige zwangerschapsuitkomsten kunnen zelfs al bij adolescenten worden geïnduceerd ⁽¹⁹⁾. De ingrediënten van evenwichtige voeding gecombineerd met een 2 à 3-tal uur sport per week staan duidelijk en toegankelijk uitgelegd op de website van het Vlaams Instituut Gezond Leven ⁽²⁰⁾. Het hoeft geen betoog dat gezondheidszorgverstrekkers een belangrijke rol spelen in de kennisgeving en opvolging van deze richtlijnen, zeker ook bij jongeren.



Daarnaast kunnen zij nog extra bijdragen door een verhoogde aandacht voor bloeddruk en cholesterolwaarden bij koppels met zwangerschapsplannen. De preconceptionele bloeddruk met de laagste kans op zwangerschapscomplicaties bedraagt 100/75 mmHg en is dus veel lager dan tot nog toe algemeen is aanvaard ⁽²¹⁾. Volgens Sciensano is een verhoogd cholesterolgehalte aanwezig bij 1 op 3 jonge Belgen tussen 18 en 35 jaar ⁽²²⁾. Indien het installeren van een gezonde levensstijl onvoldoende effectief blijkt, kunnen beide factoren nog medicamenteus worden bijgesteld, zolang de diagnose maar tijdig is gesteld.

In principe komt elk jong koppel in aanmerking voor het installeren en onderhouden van deze maatregelen, maar een verhoogde aandacht voor de specifieke risicogroepen is zeker een meerwaarde. Hiervoor kan de screeningstool van Figo een nuttig hulpmiddel zijn maar een eenvoudige anamnese kan al een aantal belangrijke risicofactoren identificeren ⁽²³⁾:

- Medische problemen zoals hypertensie, diabetes, nierziekten, enz... zeker als deze reeds een farmacologische behandeling vragen.
- Een persoonlijke geschiedenis van een gecompliceerd verlopen zwangerschap, een BMI < 18,5 of > 30 of een eigen geboortegewicht < 2,5 kg of > 4,5 kg.

- Eerste-gradsverwanten met ernstige zwangerschapscomplicaties, endocri-no-metabole stoornissen of vroegtijdige cardiovasculaire aandoeningen.

Voor personen die aan deze condities voldoen, is het zeker nuttig om in de preconceptionele fase medisch advies in te winnen om eventuele risicofactoren te identificeren en documenteren, en tijdig maatregelen te installeren om deze zoveel als mogelijk te normaliseren.

Het belang voor een verhoogde aandacht voor de gezondheid van jongeren wordt geïllustreerd in de huidige gegevens over hun levensstijl. In 2022 rapporteerden 2/10 Belgische adolescenten minstens 1 episode van dronkenschap en 1/10 bekende zelfs problematisch alcoholgebruik, gedefinieerd als minstens 6 alcoholische consumpties per gelegenheid ⁽²⁴⁾. In datzelfde jaar rapporteerde 1/3 van de weekend-uitgaanders het regelmatig gebruik van cannabis en 1/5 gaf toe regelmatig XTC of cocaïne te gebruiken ⁽²⁵⁾. Het aantal Belgische kinderen en adolescenten die voldoende bewegen volgens de WHO-richtlijnen bedraagt respectievelijk 31% en 19% ⁽²⁶⁾. Volgens de gegevens van het IDEWE voldoet 15% van de beroepsbevolking tussen 25 en 35 jaar – meestal ongeweten – aan de diagnostische criteria van hypertensie (1). Dit staat in scherp contrast met de rapportering van amper 3,3%

hypertensie bij de Vlaamse zwangeren in 2024 ⁽²⁷⁾; dit duidt zonder twijfel op een ernstige onderdiagnose van hypertensie bij jong volwassenen in ons land. Vandaag wordt het stilaan duidelijk dat deze negatieve evolutie in de levensstijl van onze jongeren niet enkel nefast is voor de lange termijn gezondheid van de huidige generatie, maar ook voor hun nakomelingen en dus de generaties van de toekomst. Om de gezondheidszorg in de toekomst toegankelijk en betaalbaar te houden is het van groot belang het installeren van gezondheidsbevorderende initiatieven bij jongeren geen seconde langer meer uit te stellen. Hierin heeft elke gezondheidszorgverstreker een rol te spelen, vanaf de paramedicus overheen alle zorgchelon tot en met de meest gespecialiseerde 3^e lijn. ■

Prof. dr. Wilfried Gyselaers
Gynaecoloog/onderzoeker Limburg
Preëclampsia Onderzoek

De referenties (zie cijfers in de tekst) kan u opvragen via e-mail: grete.bollen@zol.be.

dag v/d
ZORG

- 5 Routes

- 30 Diensten

- 4 Nieuwe speerpunten

- Kinderanimatie

- Live muziek & Foodtrucks



ZONDAG
15 MAART

campus Sint-Jan, Genk
10 - 17 uur

OPENDEURDAG



Nieuwe artsen



Naam: dr. Charlotte de Fays

Specialisme: Pneumologie

Dr. Charlotte de Fays is longarts en werkt op de dienst Pneumologie in ZOL Genk. Haar specifieke interessegebieden zijn interstitiële longziekten en slaapgeneeskunde.

Ze volgde haar opleiding aan UCLouvain en promoveerde met de doctoraatsthesis 'Mucosal immunity and epithelial cells alterations in human small airways in Chronic Obstructive Pulmonary Disease' aan de KU Leuven.

Na een residentschap in ZOL en een fellowship in sarcoidose en interstitiële longziekten in Sint-Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein (Nederland), volgt zij nog een klinische opleiding in interstitiële longziekten in UZ Leuven.

Naam: dr. Ward Eerens

Specialisme: Orthopedie

Dr. Ward Eerens is orthopedist en werkt op de dienst Orthopedie. Hij legt zich toe op hand-, pols- en elleboogchirurgie.

Hij volgde zijn opleiding aan KU Leuven en UZ Leuven en liep stage in UZ Leuven, AZ Monica in Deurne, Sint-Trudo Ziekenhuis in Sint-Truiden en ZOL Genk. Hij behaalde het Belgian Hand Surgery Certificate in 2024 en volgde een fellowship in ZOL Genk, in het Pulvertaft Hand Center in Derby (United Kingdom) en bij dr. Francisco del Piñal in Madrid (Spanje).

Naam: dr. Lieve Faessen

Specialisme: Geriatrie ZOL MK

Dr. Lieve Faessen is geriater en werkt op de dienst Geriatrie in ZOL Maas en Kempen. Haar bijzondere interesses zijn farmacologie en palliatieve zorg.

Ze behaalde haar diploma aan Universiteit Maastricht en het Zuyderland Ziekenhuis in Heerlen en Sittard. Ze liep ook stage in beide ziekenhuizen. Daarnaast deed ze een keuzestage farmacologie in het Catharinaziekenhuis in Eindhoven en een psychiatriestage in Mondriaan in Nederlands Limburg.



Naam: dr. France Gelders

Specialisme: Gastro-enterologie

Dr. France Gelders is gastro-enteroloog en werkt op de dienst Gastro-enterologie in ZOL Genk. Haar specifieke interessegebieden zijn hepatologie en pancreatico-biliaire ziekten, dit wil zeggen aandoeningen die de lever (hepato), alvleesklier (pancreas), galblaas en galwegen (biliair) aantasten.

Ze volgde haar artsenopleiding aan KU Leuven en haar specialistenopleiding in ZOL Genk, AZ Sint-Maarten in Mechelen, UZ Leuven en ZAS Sint-Augustinus in Wilrijk. Ze vervolgde haar opleiding met een residentschap Hepatologie inclusief levertransplantatie en echo-endoscopie in UZ Leuven.

Naam: dr. Baris Koc

Specialisme: Orthopedie

Dr. Baris Koc is orthopedist en werkt op de dienst Orthopedie. Hij legt zich toe op kniechirurgie.

Hij volgde zijn opleiding aan Universiteit Maastricht en liep stage in Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC+), Zuyderland Medisch Centrum en Vie-Curi Medisch Centrum.

Hij bekwaamde zich verder in 'knee joint preservation en arthroplasty' aan University of Pittsburgh Medical Center (VS), Aspetar (Qatar), Acibadem (Turkije) en Ospedale Sacro Cuore Don Calabria (Italië).

Dr. Koc werkt aan een PhD met als titel 'From anterior cruciate ligament reconstruction to recovery'. Hij kreeg een grant voor onderzoek naar 'blood flow restriction training' na een kruisband reconstructie en een grant voor de studie 'Defining the Optimal Knee Flexion Angle for Medial Meniscus Posterior Root Repair'.

Naam: dr. Sophie Lemmens

Specialisme: Oftalmologie

Dr. Sophie Lemmens is oogarts en werkt op de dienst Oftalmologie in ZOL Genk. Haar specifieke interessegebieden zijn glaucoom en andere oogzenuwaandoeningen.

Ze volgde haar opleiding aan KU Leuven en UZ Leuven en liep stage in UZ Leuven. Ze volgde een fellowship Glaucoom in Centre Ophtalmologique de Florissant in Genève, Zwitserland en UZ Leuven.

Ze heeft naast haar medische opleiding ook een ingenieursachtergrond en behaalde een doctoraat (PhD) in de biomedische wetenschappen aan de KU Leuven.

Ze werkte tot juni 2025 als assistent professor Oftalmologie aan het departement Neurowetenschappen en als stafid Glaucoom en Neuro-oftalmologie in UZ Leuven, waar zij actief blijft als consulent.

Nieuwe artsen



Naam: dr. An-Sophie Lemoine

Specialisme: Pediatrie

Dr. An-Sophie Lemoine is kinderarts en werkt op de dienst Pediatrie in ZOL. Ze legt zich toe op algemene pediatrie.

Ze behaalde haar diploma aan Universiteit Hasselt en KU Leuven en liep stage in UZ Leuven, GZA Sint-Augustinus in Wilrijk en het Jessa Ziekenhuis in Hasselt. Ze vervolgde haar opleiding met een fellowship kinderreumatologie in UZ Leuven.

Naam: dr. An Samaey

Specialisme: Neonatologie

Dr. An Samaey is neonatoloog en werkt op de dienst Neonatologie in ZOL Genk. Ze heeft een bijzondere interesse in point-of-care echografie en zal zich in de toekomst verder toeleveren op ontwikkelingsgerichte zorg.

Ze volgde haar opleiding aan KU Leuven en liep stage in UZ Leuven, AZ Delta in Roeselare en AZ Sint-Jan in Brugge. Ze volgde een fellowship Neonatologie in Cliniques Universitaires Saint-Luc Brussel, UZ Leuven en AZ Sint-Jan Brugge.

Naam: dr. An-Sofie Vandeput

Specialisme: MKA

Dr. An-Sofie Vandeput is mond-, kaak- en aangezichts chirurg en versterkt sinds kort de dienst Mond-, Kaak- en Aangezichtsheelkunde. Zij legt zich toe op algemene MKA-chirurgie, orthognatische chirurgie en de ondersteuning van de hoofd- en halsoncologie.

Dr. Vandeput volgde haar opleiding geneeskunde en tandheelkunde aan de KU Leuven en specialiseerde zich nadien in de mond-, kaak- en aangezichts chirurgie in UZ Leuven, ZOL Genk, AZ Turnhout en het Zorgcentrum voor Mond, Aangezicht, Cranium en Kaak (ZMACK) van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen.

Aansluitend voltooide zij een éénjarig fellowship weke-delenchirurgie aan de Fachklinik Hornheide in Münster, met een bijzondere focus op reconstructieve chirurgie bij huidtumoren van het aangezicht.



Naam: dr. Niña Van Driessche

Specialisme: Urgentiegeneeskunde

Dr. Niña Van Driessche is urgentiearts en werkt op de dienst Spoedgevallen in ZOL Genk. Ze heeft een bijzondere interesse in eventhulpverlening, en rampenmanagement.

Ze volgde haar opleiding aan Universiteit Gent en Vrije Universiteit Brussel. Ze liep stage in UZ Brussel, ZOL Genk en AZ Sint-Jan in Brugge. Ze behaalde een postgraduaat Rampenmanagement aan campus Vesta, Universiteit Antwerpen.

Dr. Van Driessche is gecertificeerd als Provider Advanced Life Support (ALS), European Paediatric Advanced Life Support (EPALS), Advanced Trauma Life support (ATLS) en Point of care Ultrasound. Binnen de dienst neemt ze een actieve rol op in de opleidingscommissie, waar ze in het bijzonder de begeleiding van studenten geneeskunde en HAIO's voor haar rekening zal nemen.

Naam: dr. Joren Vanthoor

Specialisme: Urologie

Dr. Joren Vanthoor is uroloog op de dienst Urologie van ZOL Genk. Naast algemene urologie heeft hij een bijzondere interesse in endo-urologie, waaronder endoscopische percutane nierchirurgie en laserenucleatie van de prostaat.

Hij voltooide zijn opleiding geneeskunde aan KU Leuven en specialiseerde zich in heelkunde en nadien urologie in het Jessa Ziekenhuis (Hasselt), Zuyderland Medisch Centrum (Nederland), ZOL Genk, de Kliniek voor Urologie en UZ Leuven.

Nadien deed hij aanvullende fellowships endo-urologie in UZ Leuven, de niersteenkliniek van AZ Klina en Cambridge University Hospital (Verenigd Koninkrijk). Dr. Vanthoor is daarnaast actief in het Practimed Medisch Centrum in Maasmechelen.

Naam: dr. Veronique Winnepenninckx

Specialisme: Pathologische Ontleedkunde

Dr. Veronique Winnepenninckx is patholoog en werkt op de dienst Pathologische Ontleedkunde. Haar speciale interesse is dermatopathologie, met name pigmentcellletsels van de huid.

Ze volgde haar opleiding aan KU Leuven en UZ Leuven en liep stage in Maastricht University Medical Center en Massachusetts General Hospital in Boston (USA). Ze behaalde in mei 2006 een PhD met als titel 'Gene expression profiling in cutaneous malignant melanoma' aan de KU Leuven.

Dr. Winnepenninckx werkte in Maastricht UMC van 2006 tot december 2025.



Nieuw bezoekersbeleid in ZOL

'Partner in zorg' ondersteunt patiënten

Patiënten op een hospitalisatieafdeling in ZOL kunnen voortaan één of meerdere partners in zorg aanduiden. Door hun aanwezigheid en betrokkenheid dragen zij, samen met het zorgteam, bij aan het comfort en welzijn van de patiënt. In overleg met het zorgteam en op vrijwillige basis kunnen zij, indien gewenst, ondersteuning bieden bij bepaalde zorgtaken. Na een positieve testperiode wordt het project ziekenhuisbreed uitgerold.

ZOL streeft naar persoonsgerichte zorg, zorg die verder gaat dan medische behandelingen. De mogelijkheid om een 'partner in zorg' aan te duiden, is een belangrijke stap in het uitbreiden van die visie.

"Uit het pilootproject blijkt dat de aanwezigheid van een partner in zorg rust, nabijheid en veiligheid biedt. Het vermindert stress en angst en kan helpen bij het herstelproces," vertelt zorgcoördinator Karla Briers.

Een echtgenoot of een goede vriend

Een partner in zorg is iemand die door de patiënt zelf gekozen wordt. De enige voorwaarde is dat de zorgpartner zelfredzaam is en zelf geen zorg of ondersteuning nodig heeft. Het kan dus gaan om een echtgenoot, een goede vriend, een kind, een mantelzorger of iemand anders die belangrijk is voor de patiënt. Er kunnen bovendien meerdere personen afwisselend partner in zorg zijn.

Emotionele en praktische hulp

"Een partner in zorg mag buiten de bezoeken aanwezig zijn, en kan, indien gewenst en in overleg met het zorgteam, ondersteuning geven bij zorgtaken. Het gaat om het uitvoeren van dagelijkse handelingen. Denk aan eten geven (als er geen slikstoornissen zijn), afruimen na het eten, helpen met wassen, herpositioneren in bed of zetel. Ook op communicatief vlak kan een partner in zorg een grote hulp zijn. Patiënten krijgen vaak veel informatie, en het is geruststellend als iemand mee kan luisteren en onthouden", gaat Karla Briers verder.

"We merken dat veel partners in zorg met de patiënt samenleven, denk aan partners of ouders. In dat geval sluiten de ondersteunende taken vaak aan bij wat zij thuis al doen, zoals helpen bij toiletbezoek of hygiënische zorgen. Dat maakt dat patiënten zich onmiddellijk meer thuis voelen", aldus Merve Marangoz, verpleegkundige op

de dienst Gastro-enterologie .

"Voor de meeste patiënten en hun familieleden blijkt het project bijzonder waardevol. De extra emotionele steun vermindert angst en stress, en zorgt tegelijk voor een betere communicatie met artsen en andere zorgverleners. Hoewel partners in zorg vaak eerst wat terughoudend zijn uit vrees om iets verkeerd te doen, verdwijnt die onzekerheid meestal snel met de juiste begeleiding. Bovendien krijgen wij als zorgverleners een beter beeld van de thuissituatie van de patiënt en hoe hij of zij functioneert in het dagelijks leven," vertelt verpleegkundig specialist Beeroertezorg Anke Verbruggen.

Goede afspraken

Nu sommige partners in zorg de hele dag op de afdeling aanwezig kunnen zijn, is het ook voor de zorgteams even wennen. "Daarom maken we vooraf duidelijke afspraken met de patiënt en de partner," benadrukt Karla Briers. ■

ZOL

MEDISCH KENNIS - EN INNOVATIEPLATFORM

Programma **voorjaar 2026**



woensdag
11 maart
2026

Referral Academy: Strategies for advanced heart failure at the edge of life.
Preceptorship prof. dr. Pieter Martens
8.30 - 16.15u
Locatie: ZOL Genk
Doelgroep: cardiologen met expertise in hartfalen

woensdag
18 maart
2026

Symposium Hyperbare Zuurstoftherapie
19.00 - 21.00 uur
Locatie: aula ZOL Genk
Doelgroep: Artsen en andere geïnteresseerde zorgverleners

donderdag
26 maart
2026

Endocrino@ZOL: Van inzicht tot impact
20.30 - 22.00 uur
Locatie: Landcommanderij Alden Biesen, Bilzen-Hoeselt

zaterdag
28 maart
2026

Minisymposium: 'Echoes of the Heart', 30 jaar echocardiografie ZOL
9 - 12 uur
Locatie: aula LiZa, Schiepse Bos
Spreker: cardio- en echoverpleegkundigen, artsen en geïnteresseerden

donderdag
23 april
2026

Symposium Cardiologie: Cardio Café
Over cardiale urgenties, hartfalen, preventieve cardiologie en elektrofysiologie
20.00 - 21.45 uur
Locatie: Circuit Zolder, Terlaemen 30, Heusden-ZOLder

dinsdag
12 mei
2026

Symposium Tumor Talks: 'The patient journey bij prostaatkanker'
18.30 - 20.30 uur
Locatie: aula ZOL Genk
Doelgroep: Artsen en andere geïnteresseerde zorgverleners

Meer info en
inschrijven



COLOFON

Verantwoordelijke uitgever: prof. dr. Michiel Thomeer, medisch directeur en dr. Martijn Grieten, adjunct-medisch directeur ▪ **Samenstelling:** Grete Bollen ▪ **Redactieadviesraad:** dr. Marc Daenen, dr. Thomas De Sutter, dr. Eline Macken, dr. Leen Wouters, dr. Pieter Jan Van Asbroeck ▪ **Redactie:** Grete Bollen, dr. Pieter Jan Van Asbroeck, dr. Jef De Bie, Koen Tournel, prof. dr. Wilfried Gyselaers, Sarah Bousson ▪ **Foto's:** Boumediene Belbachir, Michiel Malchair, ZOL, Raymond Lemmens, Tony Van Galen ▪ **Lay-out:** Lien Vuylsteke, dienst Communicatie ▪ **Redactie:** Synaps Park 1, B, 3600 Genk - Belgium ▪ T +32 (0)89 80 36 22 ▪ communicatie@zol.be ▪ www.zol.be/zolarium ▪ **Niets uit deze uitgave mag overgenomen of vereenvoudigd worden zonder schriftelijke toelating van de uitgever.** ▪ Jaargang 24 nr. 98 ▪ januari ▪ februari ▪ maart ▪ 2026

Partners in zorg

*dr. Steven Bessemans,
abdominaal chirurg*

Johanna (64) is vandaag in behandeling bij dr. Steven Bessemans, abdominaal chirurg. "Ik doe elke twee jaar mee aan het darmkanker bevolkingsonderzoek. Het resultaat was altijd in orde maar de laatste keer was er wel een probleem. Ik heb onmiddellijk een afspraak gemaakt in het Ziekenhuis Maas en Kempen. Ik kom niet graag naar het ziekenhuis maar hier is iedereen heel vriendelijk en gemoedelijk. Dat geeft me rust."

"Bij het darmonderzoek bleek dat ik darmkanker heb. Ik mocht al snel bij dr. Bessemans komen, hij zou me verder behandelen. Dr. Bessemans heeft me alles heel goed uitgelegd en me gerustgesteld dat dit goed kon verwijderd worden."

"De operatie is heel vlot verlopen. Ik had weinig pijn, was al snel weer op de been en kon na drie dagen naar huis."

"Ik ben heel blij dat ik aan het bevolkingsonderzoek heb meegedaan. Er zijn mensen die de test weggooien en ook de herinnering negeren. Voor mij heeft de screening een belangrijk verschil gemaakt." ■