

TIJDSCHRIFT VAN DE WETENSCHAPPELIJKE RAAD

bpost
PB-PP |

BELGIË(N) - BELGIQUE

ZOL Journal of arrium

Jaargang 22 nr. 92 • juli - augustus - september 2024

**ZERO SEPARATION
IN MATERNITEIT ZOL MAAS EN KEMPEN**

**DIENT PSYCHIATRIE
KIEST VOOR CRISISOPVANG**

**ZOL ZET IN OP
ONCOLOGISCHE LONGCHIRURGIE**

Positieve blik op de toekomst

Beste collega,

De Algemene Vergadering keurde recent het jaarverslag van het afgelopen jaar goed en blikte terug naar wat er gerealiseerd is in 2023.

Onze algemeen directeur Erwin Bormans benadrukte dat het indienen van het VIPA 5-dossier een van de belangrijke doelen in 2023 was. Dit dossier, cruciaal voor de verdere uitbouw van de infrastructuur van ons ziekenhuis, omvat onder meer de renovatie van afdelingen op campus Sint-Jan en de herlokalisatie van de verpleegafdelingen van campus Sint-Barbara naar Genk. Ook worden plannen voor een nieuwe dienst Spoedgevallen, een moeder- en kindafdeling volgens het 'family centered care' principe, een nieuwe dienst Intensieve Zorgen en een nieuw labo Anatomopathologie meegenomen in dit dossier. Ondanks de goedkeuring van het zorgstrategisch plan, zal de definitieve besluitvorming voor VIPA 5 wachten tot de volgende Vlaamse legislatuur.

De samenwerking binnen het netwerk Noordoost-Limburg, nu omgedoopt tot LINOZ, wordt verder versterkt met nieuwe projecten, zoals de integratie van de laboratoria Anatomopathologie, de samenwerking op het gebied van thoracale heelkunde en het opzetten van een stroke-netwerk. Dit resulteert in win-wins voor de patiëntenzorg.

Het financiële plaatje blijft uitdagend. Ondanks een positief resultaat in 2023 ziet ZOL de cijfers achteruitgaan door stijgende energiekosten en andere uitgaven. De stijging van daghospitalisatie dankzij nieuwe, minder invasieve technieken biedt verlichting, maar de onderfinanciering vanuit de overheid blijft een zorg. Ondanks deze uitdagingen blijft ZOL vasthouden aan haar groeimodel en werd een ambitieus masterplan opgesteld.

Minister van Volksgezondheid Vandenbroucke werkt aan een hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Dit kan positieve veranderingen brengen, maar de onduidelijkheid hierover brengt ons momenteel geen zekerheid. Ondertussen blijven we inzetten op lean management, een belangrijk aspect van onze bedrijfscultuur dat niet gericht is op kostenreductie, maar op het leveren van meer waarde aan de patiënt.

Niet te vergeten, onze strijd tegen cybercriminelen met de oprichting van Shield. Samen met Jessa en de UHasselt hebben we een digitaal fort gebouwd. Dit is misschien wel de enige plek waar we blij zijn met hackers... als ze maar buiten blijven.

Met een positieve blik op de toekomst, kijken we uit naar wat moet komen. De uitdagingen zijn groot, maar met de inzet en samenwerking van ons hele team, blijven we streven naar het leveren van uitstekende zorg.

We wensen iedereen een fijne, welverdiende zomervakantie.

Met collegiale groeten,

Dr. Martijn Grieten
medisch directeur

Prof. dr. Michiel Thomeer
adjunct medisch directeur

Scan deze
QR-code voor
het jaarverslag



Inhoud

12 Zero Separation
Op Materniteit ZOL Maas en Kempen

14 Lage rugpijn
Wegwijzer voor de huisarts

17 Het Haviksoog

**22 ZOL opent studie-
centrum voor vaccins**

25 Artificiële intelligentie
Voor snellere en efficiëntere
opsporing van kanker

26 Kanker en vruchtbaarheid
Fertiliteitscentrum ZOL-Jessa helpt
bij behoud of herstel

28 Een endometriale elegie
PhD gynaecoloog dr. Ruben Heremans

30 Werkschakel helpt patiënten
met beperkingen opnieuw aan het werk



Oncologische longchirurgie wordt steeds minder invasief en meer longweefselsparend



Dr. Sanne Verbeek (anatomopathologie), dr. Karen Darquenne (pneumologie), dr. Emilie Dubaere (radiotherapie), dr. Stijn Van Hecke (nucleaire geneeskunde), prof. dr. Herbert Decaluwé (thoraxheilkunde), dr. Maarten Criel (pneumologie), dr. Geert Lauwers (thoraxheilkunde).

De dienst Vaat- en Thoraxchirurgie kiest voor een model van verregaande specialisatie waardoor de chirurgen hoge aantallen in hun expertisedomein halen. Binnen de dienst is thoraxchirurg prof. dr. Herbert Decaluwé, die in 2023 de overstap van UZ Leuven naar ZOL maakte, gespecialiseerd in het minimaal invasief opereren van longkanker. Voor patiënten met een lager stadium van longkanker biedt chirurgie op dit moment nog altijd de beste kans tot genezing.

Longkanker (11%) is samen met borstkanker (14%), colorectale kanker (13%) en prostaatkanker (12%) één van de meest voorkomende kankers in de Europese unie.*

Ondanks die vergelijkbare cijfers, is longkanker veruit de grootste oorzaak van aan kanker gerelateerde mortaliteit (19% voor longkanker t.o.v. 12 % colorectaal, 7% zowel voor borstkanker als pancreaskanker).

Waarom heeft longkanker zo'n hoge mortaliteit in vergelijking met andere kankers?

Prof. dr. Herbert Decaluwé: "De symptomen van longkanker treden meestal pas op in een gevorderd stadium. Wanneer de tumor ingroeit in de luchtweg of de borstkaswand ontstaat pijn of hoesten met eventueel wat bloedbijmenging. Een derde van de longkankers wordt op die manier ontdekt. Meer dan de helft van de longkankers wordt gevonden door metastasen, bijvoorbeeld in de hersenen of in het bot, die neurologische klachten of pijnklachten geven. Een ingreep is op dat moment niet meer mogelijk of zinvol."

"De overige longkankers worden eerder toevallig vastgesteld bij patiënten zonder symptomen die om andere redenen een onderzoek kregen. Hierbij is de kans groter dat het om een vroegtijdig letsel gaat en kan de tumor meestal chirurgisch verwijderd worden met betere overlevingskansen."

Slechts een minderheid van de patiënten met longkanker ondergaat chirurgie?

"Tijdens de MOC-vergaderingen, waar we samenzitten met de longartsen, radiotherapeuten en de collega's van radiologie, nucleaire geneeskunde, anatomopathologie en de oncocoaches, bespreken we al onze nieuwe patiënten. Slechts 18% van de patiënten die op de MOC worden voorgesteld, komen inderdaad in aanmerking voor chirurgie. De anderen krijgen radiotherapie, chemotherapie, systeemtherapie, targeted therapie, immunotherapie of een combinatie."

Jullie zetten sterk in op longchirurgie op de dienst Vaat- en Thoraxheelkunde?

"We zijn daarmee ook voorbereid op

een te verwachten centralisatie van longkankerchirurgie door de overheid, waarbij we qua aantallen de strenge normen halen die ook in het buitenland gangbaar zijn."

"Hoge aantallen per chirurg in combinatie met dataregistratie, audits en publieke rapportering geeft de beste kans op een kwaliteitsvolle behandeling voor de patiënt. Multidisciplinair samenwerken en goede patiëntselectie zijn hierbij essentieel. Specifiek voor longchirurgie zijn vier fundamenteën extra belangrijk: gebruik van immuuntherapie voor de ingreep, de kwaliteit van de oncologische resectie, het gebruik van minimaal invasieve technieken en tot slot longweefselsparende chirurgie."

Hoe heeft u uw ervaring opgebouwd?

"Ik leg me al 15 jaar hoofdzakelijk toe op thoraxchirurgie. Toen ik startte was open longchirurgie de norm. Hierbij werd een grote incisie gemaakt tussen de ribben en met een ribspreider werd de borstkas geopend zodat de chirurg met beide handen tussen de ribben kon. Een jaar na een thoracotomie

MOC-vergadering met thorax-chirurgen, longartsen, radiologen, artsen nucleaire geneeskunde, anatomopathologen, radiotherapeuten en oncocoaches.



* <https://ecis.jrc.ec.europa.eu/>



Infrarood geleide resectie van longweefsel

hebben tot 50% van de patiënten er nog steeds last van en bij 5% van deze patiënten is dit zeer uitgesproken."

"Als beginnend stafid in UZ Leuven had ik in 2008 de mogelijkheid om onder andere naar het Memorial Sloan Kettering Cancer Center in New York te gaan voor opleiding. Daar gebeurden de meeste longingrepen reeds via een kijkoperatie. Samen met jonge collega's van andere universiteiten (ULB Brussel, UZ Gent) kon ik na mijn terugkeer de kijkoperaties in België mee opstarten. Naast het oncologische aspect was de veiligheid van de ingreep onze grote bekommernis. Samen met acht Europese centra onderzochten we bij meer dan 3.000 patiënten wat de complicaties van een kijkoperatie zijn en hoe we die konden vermijden. Die pionierstijd was heel erg boeiend, met veel voordrachten op congressen en opleiding van Belgische en Europese longchirurgen."

"Zowat tien jaar later, is de kijkoperatie de norm geworden voor longchirurgie. In 2020 kwam plots Covid eraan en viel het hele congresgebeuren stil. In de twee jaar dat we niets anders mochten doen dan opereren, heb ik gemerkt dat

dat net is wat ik echt graag doe. En toen kwam dat telefoontje van dr. Lauwers om naar ZOL te komen. De focus op de patiënt, veel operatietijd en dus wat minder academische opdrachten, heeft me mee over de streep getrokken."

"Hier in ZOL wakkeren mijn collega's ook mijn oude liefde voor de vaatchirurgie opnieuw aan. Oncologie behelst de 90 percent van mijn werk, maar ik deed ook de zeldzame kindlongchirurgie en een 250-tal longtransplantaties, wat het dichtste aanleunt bij de chirurgie van de grote vaten."

Waarom excelleert de thoraxchirurgie in ZOL?

"Mijn collega dr. Geert Lauwers staat bekend als een technisch zeer goede vaatchirurg die ook al jaren kijkoperaties doet. Ikzelf heb me in mijn carrière volledig op thoraxchirurgie toegelegd, waardoor ik in de mogelijkheid was hoge aantallen in dit expertisedomein te halen. Hierbij heb ik me altijd gefocust op kwaliteit, techniciteit en veiligheid."

"Dit maakt dat we de patiënt met longkanker in ZOL meestal een minimaal invasieve ingreep kunnen aanbieden met minder pijn en nadien een sneller

herstel, zonder dat we inboeten op de kwaliteit van de resectie. Twee technieken zijn hier gangbaar. De klassieke kijkoperatie techniek, vaak via één enkele kleine incisie (uniportal VATS of video assisted thoracoscopic surgery) en de robotische techniek."

"De uniportale techniek heeft de minst invasieve toegang met vaak weinig nood aan postoperatieve pijntherapie. De robotische techniek gebeurt met één van beide Intuitive Xi toestellen in ZOL, dit zijn de toestellen waar wereldwijd de meeste ervaring mee is opgebouwd en waarover het meeste is gepubliceerd. We zijn lesgever voor de firma Intuitive en leiden andere chirurgen mee op in deze techniek. Complexe ingrepen waarbij de luchtwegen dienen hersteld te worden, resectie bij patiënten met aangetaste lymfeklieren of longvolume sparende technieken (segmentaire resecties, ...) gaan we bij voorkeur met de robot uitvoeren. Bovendien beschikken we over een fantastisch verpleegkundig team dat deze technieken uitstekend beheerst."

Jullie leggen zich ook toe op longweefsel sparende technieken?

"Onze beide longen bestaan uit kwab-



“

"We beschikken over een fantastisch verpleegkundig team dat de robotische technieken uitstekend beheerst."

Prof. dr. Herbert Decaluwé,
Thoraxchirurg

ben, drie rechts en twee links, maar de echte anatomische eenheid zijn de segmenten, 2 tot 5 anatomische segmenten per kwab. Tot recent was de standaardoperatie voor longkanker het verwijderen van een kwab (lobectomie). Twee recente gerandomiseerde studies hebben aangetoond dat voor letsels kleiner dan 2 cm segmentaire resecties even goede of betere resultaten konden bereiken. Een anatomische resectie met individuele onderbinding van de slagader en luchtweg naar het betrokken segment, is chirurgisch-technisch een grotere uitdaging dan een klassieke lobectomie. Met de Europese vereniging hebben we daarom een consensus gepubliceerd over de technische standaard van deze resectie."

U blijft erg betrokken bij de verdere evolutie van de longchirurgie?

"Longchirurgie is technisch uitdagender geworden door de trend naar minimaal invasieve en longweefsel sparende technieken bij tumoren in vroegstijdige stadia. In de lokaal uitgebreidere stadia van een tumor wordt

eventuele chirurgie gecombineerd met een multimodale behandeling samen met radiotherapie en/of systeemtherapie. De systeemtherapie bestond vroeger enkel uit chemotherapie. Recent zijn spectaculaire resultaten bekomen met doelgerichte therapie (targeted therapy) en immunotherapie. Waar chemotherapie effecten heeft op het hele lichaam en dus ook op gezonde cellen, gaat doelgerichte therapie effect hebben op specifieke kankercellen zolang ze een bepaalde molecuule op hun wand hebben. Immunotherapie zorgt ervoor dat het immuunsysteem van de patiënt de kankercellen aanvalt."

"Beide therapieën zorgen ervoor dat patiënten met hogere stadia tumoren een betere kans maken, maar we zien ook dat zij opnieuw in aanmerking komen voor chirurgie. Deze trend verhoogt de techniciteit van longchirurgie en tevens de noodzaak tot een goed multidisciplinair overleg. Wekelijks bespreken we alle nieuwe en geoperreerde patiënten op onze multidisciplinaire kranen."

"Onze aanpak is zeer patiëntgericht. We kijken naar het stadium van de tumor, de behandelingsopties en wat de patiënt fysiek aankan en wenst. En dan nemen we een besluit op maat."

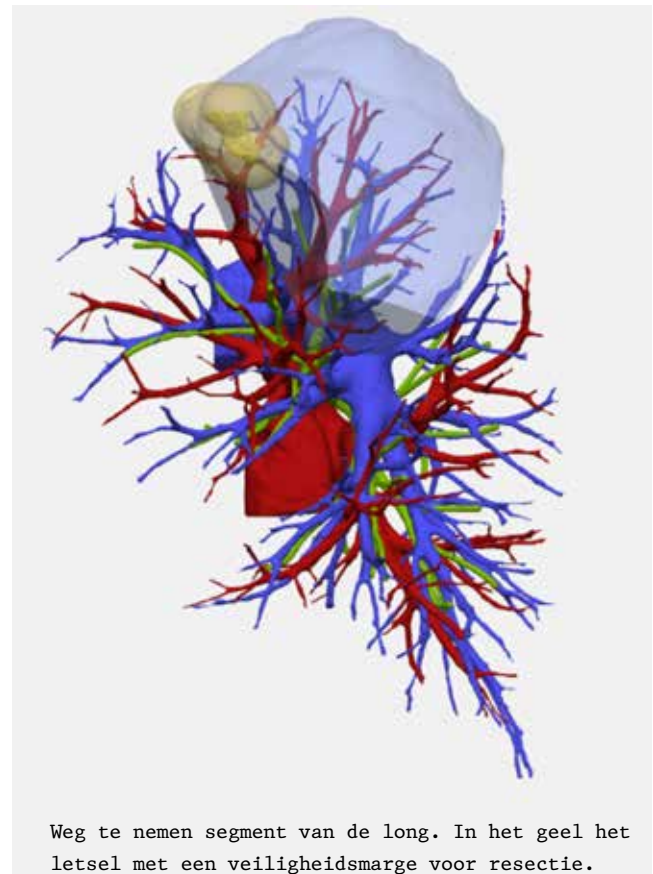
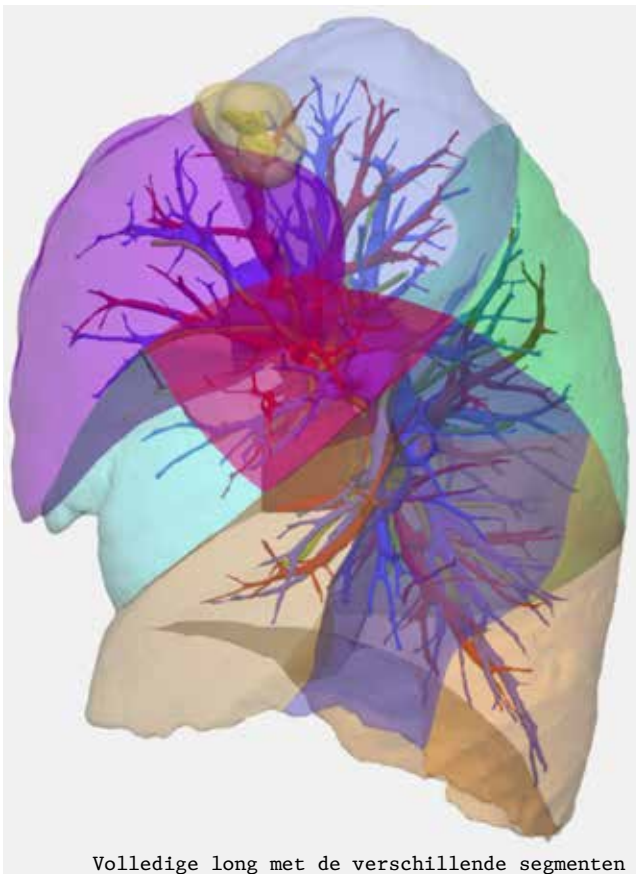
Wanneer kunnen jullie nog een toegevoegde waarde bieden bij metastasechirurgie?

"Een deel van de longresecties die we uitvoeren zijn voor tumoren van andere organen, vooral colorectale en urologische, die verspreid zijn naar de long."

"Het is niet altijd eenvoudig om de patiënten te selecteren voor wie dit een meerwaarde is. We doen dit vooral bij patiënten die al een tijd geleden hun primaire kanker gehad hebben en die niet te veel metastasen hebben. Ook voor deze patiënten is het erg belangrijk zoveel mogelijk minimaal invasief en longweefsel sparend te werken."

Wat zijn de overlevingskansen na een behandeling voor longkanker?

"Bij longkanker in het algemeen en bij alle patiënten samen, is de relatieve





Thoraxchirurgen dr. Geert Lauwers
en prof. dr. Herbert Decaluwé

overlevingskans 25 tot 30% na 5 jaar, dit cijfer gaat wellicht verbeteren door nieuwe ontwikkelingen zoals immunotherapie. Vooral de grote groep met diagnose in de hoogste stadia is verantwoordelijk voor dit lage percentage. Wanneer de diagnose in het vroegste stadium (1A) gesteld wordt dan stijgt dit percentage tot boven 80% op 5 jaar. Bij hogere stadia, bijvoorbeeld bij aantasting van lymfeklieren of grotere tumoren, kan chirurgie ook een deel van de behandeling zijn, naast systemische therapie zoals chemotherapie, immunotherapie of targeted therapie en radiotherapie."

Waarom wordt er geen screeningsprogramma opgezet voor longkanker in Vlaanderen?

"Ik pleit ervoor om risicogroepen, voornamelijk zware rokers, te screenen vanaf een bepaalde leeftijd. Gerandomiseerde studies zoals de Nederlands-Leuvense NELSON studie hebben immers aangetoond dat longkankerscreening met een lage dosis CT-scan bij een hoogrisicogroep leidt tot meer diagnoses in een vroeg stadium en een lagere longkanker-gerelateerde mortaliteit. De studie toonde

daarbij aan dat deze vorm van screening bij vrouwen een groter voordeel in overlevingskans geeft."

"De belangrijkste nadelen van longkankerscreening zijn de bijkomende straling met CT-scans, potentiële overdiagnose van laaggradige tumoren die niet moeten behandeld worden en vals-positieve bevindingen waardoor patiënten onnodige onderzoeken of behandelingen ondergaan."

"In landen waar longkankerscreening reeds wordt georganiseerd, nl. de VS en de UK, zien we ook dat het moeilijk is om de risicogroep te bereiken. Ze gaan vaak niet in op de uitnodiging omdat ze het niet willen of niet nodig vinden. En dan mis je een deel van het effect."

"Sowieso zal elke vorm van longkankerscreening dienen te gebeuren in combinatie met een rookstopprogramma en centraal aangestuurd worden om overdiagnose te vermijden en toevallige bevindingen aan te pakken. Een multidisciplinaire taskforce is hierover in overleg met de Vlaamse overheid."

Hoe ziet u de toekomst wat betreft longkanker?

"We moeten blijven inzetten op preventie. De industrie rond het vaperen, dat zich met allerlei kleurtjes en smaken richt op de jeugd, zorgt ervoor dat zij nicotine afhankelijk worden en ze later de stap naar het roken maken. We zijn de inspanningen om naar een rookvrije generatie te gaan aan het verliezen door het vaperen."

Nieuw is dat 20% van de patiënten die wij nu zien op de raadpleging niet gerookt heeft. Omgevingsverontreiniging zou hier de oorzaak van zijn, zo leren we o.a. uit onderzoek in Azië. Deze mensen kunnen er met een screening bij rokers niet uitgehaald worden. De helft van de vrouwen die longkanker krijgt, heeft nooit gerookt. Er wordt naarstig gezocht naar een nieuwe test voor screening, een bloedtest of zelfs een ademtest. De combinatie van vroegere diagnose en nog betere resultaten door systeemtherapie zou de overlevingscijfers drastisch kunnen verbeteren." ■





Obstetrisch geweld

dr. Tinne Mesens, medisch diensthoofd Verloskunde

De Vlaamse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie (VVOG) heeft een charter voor 'respectvolle geboortezorg' uitgebracht, gesteund op richtlijnen van de Wereld Gezondheidsorganisatie. Hieronder wordt de zorg verstaan waarvan wij als gynaecologen hopen dat we ze elke dag bieden. Zorg die de waardigheid, zelfbeschikking en het vertrouwen van de patiënt respecteert. Gebaseerd op duidelijke en goede, wederzijdse communicatie en 'shared decision making' tussen de patiënt en de zorgverleners.

Het charter is een reactie op een informatieverlag over 'obstetrisch geweld' dat in februari werd aangenomen in de Senaat. De term 'Obstetrisch geweld' mag u vreemd in de oren klinken, en ik moet zeggen, tot enkele jaren geleden was dit ook voor ons - gynaecologen en vroedvrouwen - iets onbekends.

Maar ondertussen zijn we 2024, en is er wel degelijk een informatieverlag 'Over lichamelijke zelfbeschikking en het tegengaan van obstetrisch geweld' neergelegd en goedgekeurd in de Belgische senaat. Het doel van dit verslag is "een discussie te lanceren en aanbevelingen geven ter bevordering van een echte cultuur van gynaecologische en verloskundige zorg". Onder de term 'obstetrisch geweld' vallen gebaren, woorden of daden die de integriteit van de patiënt ondermijnen, maar ook het uitvoeren van een ingreep of onderzoek zonder toestemming. Hierbij wordt bijvoorbeeld verwezen naar een episiotomie, of 'knipje' in de volksmond genoemd.

In de tekst, goedgekeurd in de senaat, worden de gynaecologen verweten sectie's uit te voeren 'om tijd te winnen'. Ik vraag mij trouwens af welke tijdswinst er te halen valt met een ingreep die een uur kan duren en behoorlijk wat complicaties met zich kan meebrengen. Verder worden gynaecologen beschuldigd van het uitvoeren van een 'echtgenotensteek'. Vult u zelf maar in wat hiermee bedoeld wordt. Voor

alle duidelijkheid; ook wij gynaecologen waren niet met die term vertrouwd...

U kan zich voorstellen hoe gefrustreerd de gemiddelde gynaecoloog in België zich voelt onder al deze beschuldigingen. Want de term 'obstetrisch geweld' impliceert kwaadwilligheid, terwijl er volgens mijn aanvoelen ondermaatse of onrespectvolle zorg bedoeld wordt, hetgeen in elke medische discipline kan voorkomen.

De term 'obstetrisch geweld' is geen Vlaams hersenspinsel. Het is een internationaal erkende term en een bekend probleem. Waar we menen en hopen dat zorgverleners anno 2024 aan goede communicatie, shared decision making en informed consent doen, lijkt dit toch nog niet altijd het geval te zijn... Anders geen obstetrisch geweld, toch?

Uiteindelijk draait alles om duidelijke communicatie. Verloskunde is een van de meest onvoorspelbare disciplines en patiënten hebben soms verwachtingen omtrent hun arbeid en bevalling, waar niet altijd aan voldaan kan worden. Het is aan de zorgverlener om hier duidelijk over te communiceren en een goede uitleg te geven. En het is evenzeer aan de patiënt om vooraf eventuele wensen en verwachtingen omtrent de bevalling kenbaar te maken, om zo samen tot een realistisch en haalbaar plan te komen. En vooral, om samen rekening te houden met onverwachte zaken die kunnen optreden.

Want uiteindelijk, is dat niet hetgeen we als arts elke dag graag willen waarmaken?

Dus, bij deze, geen pleidooi tot grootse termen waar vooral de politiek of media van smullen, maar wel een pleidooi voor respectvolle zorg, met een goede babbel tussen patiënt en zorgverleners. ■

Het charter werd recent voorgelegd aan de leden van de VVOG en zal na goedkeuring ook beschikbaar zijn voor de patiënt.



Materniteit ZOL Maas en Kempen gaat voor Zero Separation

In mei ontvingen de Materniteit van ZOL Maas en Kempen en de dienst Neonatologie bezoek van dr. Nils Bergman, voorvechter van Zero Separation. Zero Separation, betekent dat de baby niet gescheiden wordt van de ouders na de geboorte. Ouders worden aangemoedigd om zoveel als mogelijk huid-op-huid contact te hebben met hun baby tijdens het verblijf op de afdeling en erna. Op de Materniteit van ZOL Maas en Kempen wordt Zero Separation aangeboden sinds april 2024.

"Onderzoek toont aan dat onmiddellijk, ononderbroken huid-op-huid contact direct na de geboorte essentieel is voor zowel de pasgeborene als de ouders," aldus pediater dr. Kirsten de Schaetzen. "Het bevordert een betere vertering, een sterker immuunsysteem, gemakkelijker behoud van lichaamstemperatuur, snellere gewichtstoename en betere hechting. Bovendien huilt de baby minder vaak en verloopt de voeding beter. Huid-op-huid contact stabiliseert ook de hartslag en ademhaling, wat resulteert in een hoger zuurstofgehalte in het bloed."

Huidcontact direct na de bevalling is van groot belang. "Een pasgeborene krijgt veel indrukken te verwerken bij de

geboorte," zegt medisch diensthoofd Gynaecologie ZOL Maas en Kempen Rika Hendrickx. "De warme, geluiddempende en veilige cocon van de baarmoeder wordt plots vervangen door een grote, koude ruimte met vele prikkels. Bij de moeder op de borst voelt de baby zich veilig; de moeder straalt warmte uit en de baby kan haar ruiken en proeven, waardoor hij weer in een veilige cocon belandt. Dit stabiliseert de vitale functies van de baby en op de lange termijn doen deze baby's het mentaal, emotioneel en fysiek beter."

"In het eerste uur na de geboorte doorloopt de baby negen instinctieve fases," aldus Brenda Coppens, lactatiekundige en vroedvrouw. "De eerste ademhaling,

ontspannen luisteren naar de hartslag van de moeder, het openen van de ogen om de moeder te zien, bewegen maken, pauzeren, de borst zoeken, wennen aan de borst, de eerste ervaring met borstvoeding en uiteindelijk in slaap vallen na dit bijzondere en emotionele moment. Vooral tijdens dit eerste uur is ononderbroken huidcontact cruciaal, zeker als de moeder kiest voor borstvoeding." Lactatiekundige en vroedvrouw Katrien Creemers: "In de verloskamer wordt dit eerste uur niet onderbroken, tenzij de gezondheid van moeder of baby een andere aanpak vereist. Kan de moeder geen huid-op-huid contact bieden, dan kan de andere ouder dit overnemen. Als de toestand van de baby het niet toelaat,

“

"Zero Separation is iets wat al heel lang bestaat. Het wordt hoog tijd dat wij het ook in onze cultuur weer een mooie plaats geven."

Dr. Rika Hendrickx,
gynaecoloog



proberen we ook hier de ouders en het kind niet te scheiden."

Van zodra moeder en baby er klaar voor zijn, wordt de baby na de geboorte warm bij de moeder gelegd om afkoeling te voorkomen tijdens het vervoer naar hun eigen kamer. Ook tijdens het verblijf op de kraamafdeling wordt huid-op-huid contact zoveel mogelijk aangemoedigd. "Om dit voor de ouders zo gemakkelijk mogelijk te maken, hebben we speciale kleding voorzien die ervoor zorgt dat de baby veilig tegen de huid van de ouders kan liggen, terwijl zij meer bewegingsvrijheid hebben," zegt vroedvrouw Femke Swennen. "Zorgtaken zoals pampertjes vervangen, babybad geven en temperatuur van de baby nemen, laten we door de ouders uitvoeren."

"Bij ouders vermindert Zero Separation angst en bevordert het de hechting, wat het risico op een postpartumdepressie verlaagt," zegt gynaecoloog dr. Stephanie Dirx. "Er is ook minder kans op nabloedingen na de bevalling en de melkproductie verbetert. Ouders leren ook de signalen van hun baby beter herkennen als die wil drinken."

Bij ontslag krijgen de ouders het advies om thuis het huidcontact voort te zetten totdat de baby aangeeft hier minder behoefte aan te hebben. Dit draagt bij aan de veiligheid en het vertrouwen van de baby bij het verkennen van de wereld.

Ook neonatoloog dr. Marie-Rose Van Hoestenbergh, medisch diensthoofd

van de Neonatale Intensive Care (NIC) benadrukt het belang van contact tussen de ouders en de baby: "Wanneer een baby te licht of te jong is en extra zorg nodig heeft, zoals monitoropvolging voor hart en ademhaling of een verwarmd bedje, kan dit bij de ouders op de kamer plaatsvinden. Dit noemen we couplet care, een onderdeel van family-centered care. Dit betekent dat de baby niet gescheiden wordt van de ouders. Ouders zijn immers de beste observanten van hun baby en kunnen het beste inschatten als er iets mis is. De baby kan ook extra zuurstof nodig hebben, waarvoor de baby in een couveuse moet verblijven. De materniteit in ZOL Maas en Kempen is uitgerust met een centraal monitoringssysteem en op elke kamer kan een couveuse worden geïnstalleerd. Zonder zuurstofnood kan het huid-op-huid contact gewoon doorgaan. Dit is zelfs nog belangrijker bij kleinere baby's, omdat zij meer behoefte hebben aan huidcontact. Dit helpt hen rustiger te ademen, vermindert prikkels en stress, verbetert de bloedcirculatie en stabiliseert het zuurstofgehalte in het bloed. Door de verminderde stress is ook het bloedsuikergehalte stabiel. Borstvoeding bij een kindje dat extra zorg nodig heeft, verloopt soms moeizamer, maar door het kind dicht bij de borst te houden, vergroot de kans op succes." ■

Bekijk hier
de video over
zero separation!



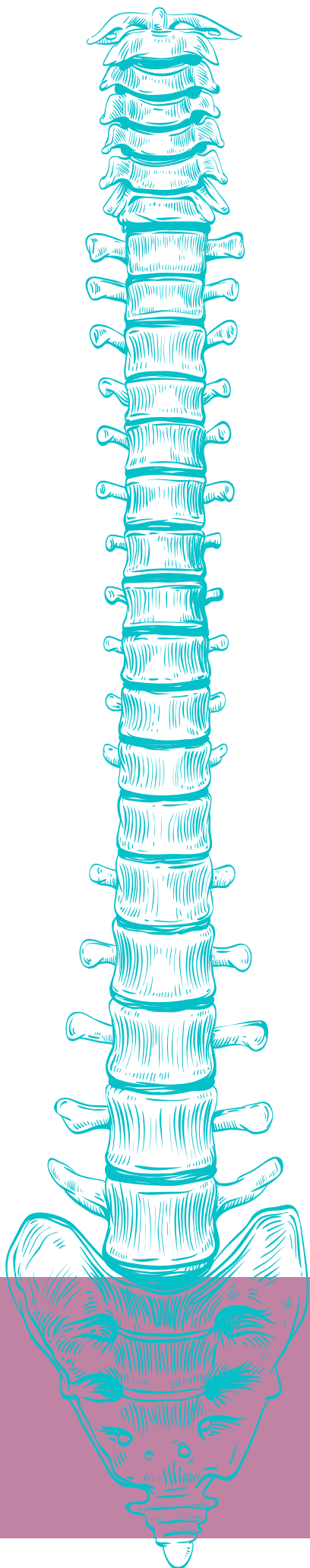
Dr. Bergman en verloskundige Agneta Jurisoo introduceerden KMC (Kangaroo Mother Care) in de jaren 1980 in het Manama Mission Hospital in Zimbabwe. Hun onderzoek toonde aan dat huid-op-huid contact de overlevingskansen van baby's met een laag geboortegewicht en premature baby's aanzienlijk verbetert. In 1995 introduceerde dr. Bergman KMC in Zuid-Afrika, en in 2000 werd het de zorgnorm voor premature baby's in de West-Kaap. Sinds 2021 raadt de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) KMC onmiddellijk na de geboorte aan. Dr. Bergman is ook de oprichter van het International Network of Kangaroo Mother Care (INK).

Wereldwijd is huid-op-huid zorg voor zuigelingen een traditionele praktijk in vele culturen. Moderne studies, waaronder die van dr. Bergman, ondersteunen deze traditionele methoden door de voordelen van huid-op-huid contact voor zowel de fysieke als emotionele ontwikkeling van pasgeborenen te benadrukken.

Dr. Bergman is tegenwoordig vooral bezig met het promoten van Zero Separation. Zijn grote Zero Separation-tour was de reden van zijn bezoek aan ons ziekenhuis. Deze tour werd ingericht door vzw Noah's Ark.



Cindy Kurent, hoofdvroedvrouw; dr. Rika Hendrickx, medisch diensthoofd en gynaecoloog; dr. Nils Bergman, Zweeds neurowetenschapper; dr. Dirx, gynaecoloog en Brenda Coppens, vroedvrouw



Lage Rugpijn: Wegwijzer voor de Huisarts

Op 23 mei vond de Wetenschappelijk Raad 'Lage Rugpijn: Wegwijzer voor de Huisarts' plaats. Dr. Christophe Oosterbos, Neurochirurgie, dr. Laurens Peene, Pijn geneeskunde en dr. Peter Hallet, Fysische Geneeskunde, lichtten de problematiek en hun aanpak toe aan de hand van een aantal casussen toe. De KCE-tool Lage Rugpijn werd naar voor geschoven als goede hulp voor een stapsgewijze aanpak.

Dr. Peter Hallet, Fysische Geneeskunde: "De prevalentie of de incidentie van chronische lage rugpijn is gigantisch. 50 tot 80% van de volwassenen maken in hun levensloop één of meerdere episoden van (chronische) lage rugpijn mee. Wat hierbij tot nadenken stemt, is dat feitelijk minder dan 1% van die lage rugpijnklachten een ernstige oorzaak heeft (red flags)".

"Een overgrote meerderheid van deze lumbalgie-patiënten beweegt zich binnen de eerste, tweede en derde lijn. Het is daarom ontzettend belangrijk dat de gezondheidszorg of wij als medische diensten deze toevloed gestroomlijnd krijgen, daar protocols voor hebben en deze mensen op de juiste manier weten te sturen en te begeleiden.

den. De interactieve tool van het KCE* is een goede aanzet als uniform protocol, om vooral de collega's in de eerste lijn handvaten te geven hoe om te gaan met de patiënt die zich op de consultatie met lage rugpijn meldt."

Waarom is de 'KCE-tool Lage Rugpijn' zo belangrijk?

Dr. Koen Van Boxem, Pijnspecialist: "Omdat het gaat om 170 pagina's die op een heel eenvoudige, overzichtelijke en pragmatische manier toegankelijk zijn voor iedereen en die een stapsgewijze aanpak bieden. Op de eerste pagina zie je een tijdlijn. Als mensen één week last hebben van lage rugpijn en er zijn geen risicofactoren, dan toont de tool welk management/protocol je kan toepassen. Bij aanhoudende last

*<https://lagerugpijn.kce.be>

"Belangrijk is dat wij als huisartsen, kinesitherapeuten en specialisten allemaal dezelfde boodschap geven aan een patiënt. Als een patiënt overal hetzelfde verhaal hoort, is dit veel aannemelijker en is de kans dat hij medisch gaat shoppen veel kleiner."



Dr. Peter Hallet,
Fysische Geneeskunde,
Revalidatie



Dr. Christophe Oosterbos,
neurochirurgie

"Mijn advies is vooral: doe je klinisch onderzoek en zie ook dat het compatibel is met de lage rugpijn. Zodat je de patiënt kan geruststellen of kan handelen als je zaken vindt die toch niet goed in het verhaal passen. Het zorgpad van het KCE is een bruikbare tool waarmee op een correcte, wetenschappelijk onderbouwde manier doorverwezen kan worden."

gedurende 3 tot 5 weken, krijg je een overzicht van de volgende stappen. En op die manier kun je zelf uitmaken of je deze patiënt zelf blijft opvolgen of je toch versneld moet doorverwijzen. Op die manier wordt het hele protocol op de tool verder uitgerold."

Wat zijn de invalshoeken van de verschillende medische disciplines?

Dr. Peter Hallet: Bij de revalidatie-artsen ligt de focus op het functioneren en ervoor zorgen dat mensen verder kunnen in hun dagelijks leven. We starten vanuit het KCE-model en leggen de laatste jaren ook meer en meer nadruk op het bio-psycho-sociaal model. Helaas is dit niet altijd een garantie op pijnreductie. Dit is een moeilijke boodschap om mee te geven aan de patiënten. 'Waarom moet ik oefeningen doen als mijn pijn niet vermindert?'

Dr. Oosterbos: "Binnen de neurochirurgische visie focussen we ons op het uitsluiten van de rode vlaggen. Hierbij zijn een goede anamnese en klinisch onderzoek cruciaal. Zonder radiculaire pijn en met een normaal neurologisch onderzoek is er zelden een chirurgische indicatie. Als er een onderzoek nodig is, heeft een MRI altijd de voorkeur als basisonderzoek omdat dit het meeste informatie geeft. Als er meerdere onderzoeken nodig zijn, gebeurt dit meestal

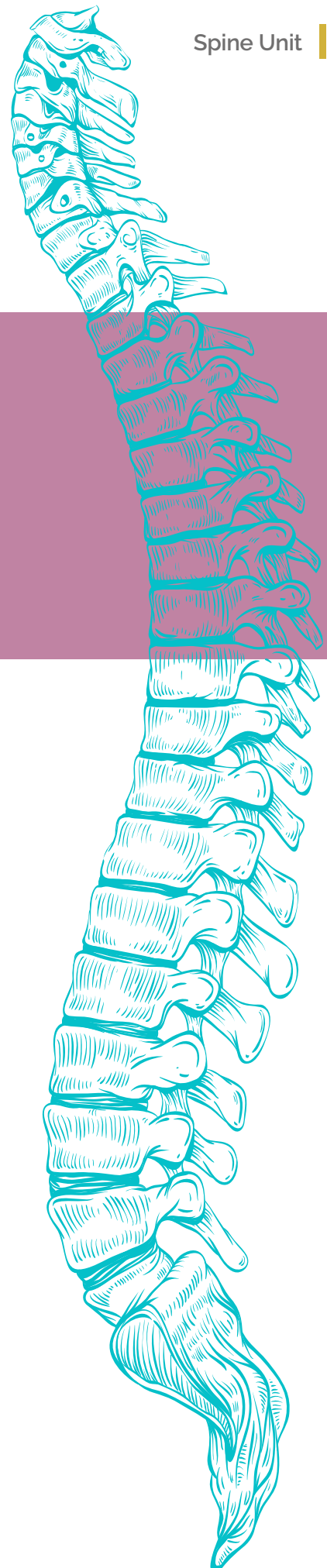
in opdracht van de neurochirurg die bekijkt of de patiënt eventueel toch kan geopereerd worden."

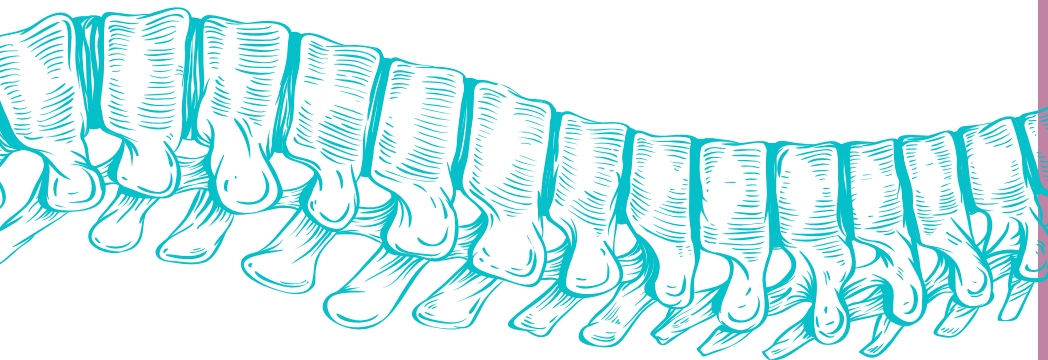
Dr. Peene: "Als pijnartsen scoren wij de pijn en proberen we deze met medicatie en/of interventies op te vangen. Als dit niet lukt, starten we een functioneel revalidatietraject als de patiënt hiertoe bereid is. Om op die manier tot een aanvaarding te komen van de chronische pijnproblemen. Ook met de hulp van het bio-psycho-sociaal model proberen we naar acceptatie te gaan."

Belang van interdisciplinaire samenwerking

Dr. Koen Van Boxem: "Eén keer per maand komen we met de Spine Unit samen om de patiënten die binnen de verschillende disciplines uitbehandeld zijn samen te bespreken. Er wordt gekeken waar men op vastloopt en of er toch nog opties zijn voor deze mensen. Om uiteindelijk tot een gemeenschappelijke visie te komen."

"Een goed voorbeeld van deze aanpak zijn de patiënten die een neurostimulator hebben. Dat zijn mensen met ernstige chronische pijn die een lang traject doorlopen hebben en toch altijd nog veel pijn blijven lijden. We hebben recent een audit gedaan in het Multidisciplinair Pijncentrum. Hieruit





Dr. Laurens Peene,
anesthesiologie
Multidisciplinair Pijncentrum

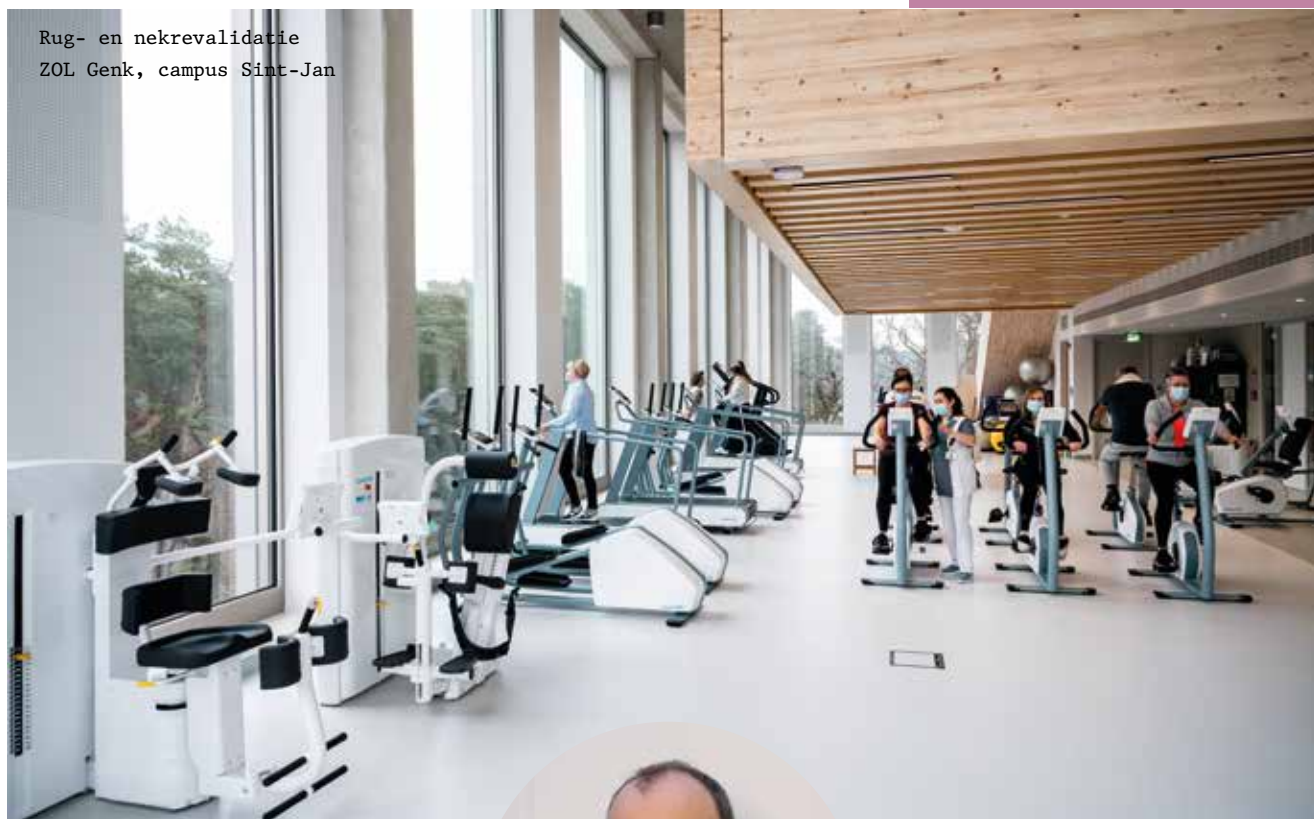
blijkt dat neurostimulatie-patiënten bij ons een selectieprocedure doorlopen van minstens een jaar tot anderhalf jaar. Hierbij zijn er ongeveer 100 contacten tussen chirurgen, pijnartsen, kinesisten, psychologen en eventueel psychiaters. Dit zijn heel veel zorgverleners die dit samen opvolgen en ervoor zorgen dat deze patiënten op een correcte manier behandeld worden. Dit vertaalt zich uiteindelijk in goede resultaten, zo bleek

uit de audit. Ik denk dat we hier heel fier op mogen zijn."

"Maar sommige mensen kunnen we, ondanks alle inspanningen, niet helpen. Dan is het belangrijk dat we hen met de drie disciplines een eenvormige boodschap geven. Pas dan stopt het medisch shoppen en zijn zij eventueel bereid om naar een acceptatie te komen van hun chronische pijn." ■

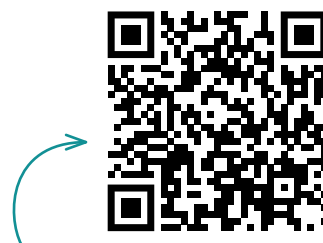
"De behandeling van lage rugpijn heeft als doel het functioneren van een patiënt te verbeteren, zodat hij het werk kan hervatten en de activiteiten van het dagelijks leven opnieuw zo optimaal mogelijk kan opnemen. Pijnvermindering is ook een doel, maar mag nooit het primaire doel zijn."

Rug- en nekrevalidatie
ZOL Genk, campus Sint-Jan



Dr. Koen Van Boxem,
Pijngeneeskunde

"Eén keer per maand komen we met de Spine Unit samen om de patiënten die binnen de verschillende disciplines uitbehandeld zijn samen te bespreken. Er wordt gekeken waar men op vastloopt en of er toch nog opties zijn voor deze mensen."



Bekijk hier de video over rug- en nekrevalidatie in ZOL Genk, campus Sint-Jan



HET HAVIKSOOG

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

Arbeidsongeschiktheid na liesbreukherstel: onderzoek naar het voorschrijfgedrag van huisartsen en chirurgen

Een liesbreukoperatie is een zeer vaak uitgevoerde ingreep. Aangezien deze pathologie dikwijls voorkomt bij beroepsactieve patiënten, hebben de ingreep en de bijbehorende arbeidsongeschiktheid socio-economische gevolgen. Daarenboven is een laparoscopisch herstel de standaardprocedure geworden, een techniek die aanzienlijke meerkosten meebrengt. Het doel van deze studie was het onderzoeken van de periode van arbeidsongeschiktheid na een uni- of bilateraal, open of laparoscopisch herstel, voorgeschreven door huisartsen en chirurgen, samen met hun voornaamste redenen.

Zeventien Limburgse huisartsenkringen kregen een enquête met de vraag om deze te verspreiden onder hun leden. Tevens werd aan 73 abdominaal chirurgen gevraagd om dezelfde enquête te beantwoorden. Het voorschrijfgedrag met betrekking tot de arbeidsongeschiktheidsduur werd bevraagd in

functie van de gebruikte heekkundige techniek en het type fysieke inspanning vereist tijdens de beroepsuitoefening of het sporten. Tevens peilde men naar de motivering achter dit voorschrijfgedrag.

107 huisartsen en 35 chirurgen beantwoordden de enquête volledig. De resultaten toonden een grote spreiding in hun voorschrijfgedrag. Dit gedrag stond niet in correlatie met het aantal jaren beroepservaring. De gemiddelde voorgeschreven arbeidsongeschiktheidsduur lag significant hoger bij huisartsen dan bij chirurgen. Er werd nauwelijks een onderscheid gemaakt tussen een uni- en een bilateraal herstel. Het vermijden van recidieven was bij zowel huisartsen (89,9%) als chirurgen (79,4%) de vaakst genoemde factor die het voorschrijfgedrag bepaalde.

Uit de enquête blijkt dat er een gebrek is aan consensus inzake voorschrijfgedrag in de eerste- en de tweedelijnsgezond-

heidszorg. Dit is hoofdzakelijk gebaseerd op angst voor recidief, wat ongegrond is. Het ontwikkelen van evidence-based postoperatieve richtlijnen voor werkherbating en voor het hernemen van de normale activiteiten is aangewezen.

Bespreking

"In de Scandinavische landen, waar dit zeer goed gedocumenteerd is, blijven mensen na een liesbreukoperatie gemiddeld drie tot vijf dagen arbeidsongeschikt", aldus dr. Anne Dams. "De reden waarom wij in België soms zelfs tot 6 weken thuisblijven, zelfs na een laparoscopische ingreep, is een cultureel feit. Mits een goed pijnmanagement post-operatief en geen rode vlaggen, is 5 dagen arbeidsongeschiktheid, voornamelijk om verzekeringstechnische redenen bij autorijden, voldoende." ■

dr. Anne Dams, abdominale chirurgie

tvogg.

Arbeidsongeschiktheid na liesbreukherstel: onderzoek naar het voorschrijfgedrag van huisartsen en chirurgen

dr. A. DAMS, M. DE BOSS
14 juli 2024



[Klik hier voor de volledige publicatie](#)

Inhoudsopgave

1. Inleiding
2. Doel van de studie
3. Methode
4. Resultaten
5. Conclusie

Inleiding

Liesbreukoperaties zijn wereldwijd de meest uitgevoerde ingrepen voor maag- en darmproblemen (1). In België worden er ongeveer 24.500 liesbreukoperaties uitgevoerd, waarvan 97% in een ambulante setting (2). Het voorschrijfgedrag na een liesbreukoperatie is echter nog steeds zeer variabel, met name wat betreft de duur van de arbeidsongeschiktheid (3). Dit artikel bespreekt de resultaten van een onderzoek naar het voorschrijfgedrag van huisartsen en chirurgen naar de arbeidsongeschiktheid na een uni- of bilateraal, open of laparoscopisch herstel van een liesbreuk. Het doel van de studie was om te bepalen welke factoren het voorschrijfgedrag beïnvloeden en of er een consensus is over de aanbevolen duur van de arbeidsongeschiktheid.

De studie was een retrospectieve analyse van de medische dossiers van patiënten die in de periode van 1 januari 2019 tot 31 december 2022 een liesbreukoperatie hebben ondergaan. De patiënten werden geselecteerd op basis van de ICD-10 code K56.0 (Liesbreuk) en de CPT-95 code 46.11 (Laparoscopische herstel van liesbreuk). De patiënten werden ingedeeld in twee groepen op basis van de type operatie: uni- of bilateraal, open of laparoscopisch herstel. De patiënten werden vervolgens gecontacteerd om deel te nemen aan de studie. De patiënten die niet konden worden gecontacteerd, werden uitgesloten van de studie. De patiënten die wel konden worden gecontacteerd, werden ingedeeld in twee groepen op basis van de type operatie: uni- of bilateraal, open of laparoscopisch herstel. De patiënten werden vervolgens gecontacteerd om deel te nemen aan de studie. De patiënten die niet konden worden gecontacteerd, werden uitgesloten van de studie.

Tvogg, Volume 6
2024, DOI: 10.47671/
TVG.80.24.031

A photograph of a middle-aged man with short, light-colored hair and a slight smile. He is wearing a dark blue polo shirt. He is standing in a field of tall, thin purple flowers. The background is blurred, showing green foliage and a building.

Dienst Psychiatrie ZOL bestaat 40 jaar

De dienst Psychiatrie bestaat 40 jaar. In de loop der jaren kwamen er naast de PAAZ ook het dagziekenhuis en de Tepsi-afdeling bij en was er een evolutie van een psychodynamische naar een herstelondersteunende aanpak. Psychiater dr. Jef De Bie is sinds 2018 het medisch diensthoofd: "De overheid vraagt de netwerken om een 24/7-urgentie-psychiatrie te organiseren. Ook hier zullen we als PAAZ, Tepsi en algemeen ziekenhuis met een grote dienst Spoedgevallen een rol in moeten spelen."

De dienst Psychiatrie in ZOL bestaat 40 jaar. Hoe zag het eruit in de beginjaren?

Dr. Jef De Bie, medisch diensthoofd Psychiatrie: "De neurologen dr. Karel Kriekemans, dr. Jef Van Deun en dr. Lut Vanderhoven namen voor die tijd patiënten op met psychische problemen en voor infuustherapie bij een depressie. In 1984 richtte dr. Bruno Remans samen met dr. Walter De Queker de PAAZ-afdeling (Psychiatrische Afdeling van het Algemene Ziekenhuis) op in het toenmalige Sint-Jansziekenhuis. De afdeling telde dertig bedden."

"De PAAZ-afdelingen werden in die tijd opgericht om drempelverlagend te zijn,

dr. Jef De Bie, psychiater



in vergelijking met het psychiatrische ziekenhuis. En natuurlijk ook om de combinatie van lichamelijke en psychische problemen op te vangen."

"Dr. Bruno Remans, die in Nederland was opgeleid en medisch diensthoofd was van de PAAZ tot 2007, was een arts die sterk geloofde in de psychodynamische groepstherapie. Hij was een veeleisend en kleurrijk persoon die zich steeds met veel overgave op zijn overtuiging heeft gestort. Psychodynamische groepstherapie lijkt moeilijk verenigbaar met crisisopvang maar op de een of andere manier hebben ze dat toen wel goed voor elkaar gekregen."

"Maar ook andere zorgverleners uit die beginjaren hebben hun voetafdruk achtergelaten. Ik denk hierbij aan de psychologen Annie van de Vijver, Renaat Matheus, Patrick De Meulemeester en ook de toenmalige hoofdverpleegkundigen Jos Vanoppen en Frans Hendriks. En ook dr. Walter De Queker die dr. Remans als medische diensthoofd opvolgde vanaf 2007 tot 2018. Hij had een hele andere manier van leiding geven en was eerder ondersteunend dan sturend naar het team."

"Toen Guido Van Hamme divisiemanager was van divisie 5 hebben we middelen gekregen om met de afdeling een veranderingstraject te doorlopen, begeleid door een externe consultant.

Er waren toen immers nieuwe psychiaters en therapeuten aan het werk, die niet meer die psychodynamische achtergrond hadden. En binnen de psychiatrie had intussen het hersteldenken zijn ingang gevonden."

"Binnen het hersteldenken wil men de persoon niet meer 'genezen' of symptomen bestrijden maar wordt gekeken wat mensen ondanks hun kwetsbaarheden wel nog kunnen en hoe ze hun traject opnieuw zelf in handen kunnen nemen. Patiënten en hun omgeving betrekken bij de behandeling en het inzetten van ervaringsdeskundigen gebeurde vroeger ook veel minder."

In al die jaren is de dienst Psychiatrie steeds verder uitgebouwd?

"De dagkliniek Psychiatrie is erbij gekomen in 1991 en was toen een vervolgstuk voor de PAAZ. Nu is dit anders en staan de PAAZ en de dagkliniek los van elkaar. Patiënten met een middelengereleerde, psychiatrische crisis kunnen we sinds 2000 opvangen op de TEP-SI-afdeling, de Toxicomanie-Eenheid voor Psychiatrische Spoed Interventie. We beschikken ook over vier bedden voor urgente psychiatrische situaties (EPSI)."

"Sinds 2014 is er een aparte dienst Ouderenpsychiatrie en dan is er natuurlijk nog het Kinder Psychiatrisch Centrum

“

"Intern hebben we de overgang gemaakt naar het herstelondersteunend werken. Er zijn ervaringsdeskundigen actief op onze afdeling en we werken structureel met het systeem of de omgeving van de zorgvrager."

dr. Jef De Bie
psychiater

dat opgericht is in 2002 als een ziekenhuisassociatie tussen ZOL, het PZ Asster, het OPZC Rekem en Noorderhart Pelt. We hebben een samenwerking voor de dienst Spoedgevallen en er is ook een medisch comité, met de stichtende partners, dat nog steeds een adviserende functie heeft."

Het netwerkdenken was al van het begin heel erg belangrijk?

"Zowel dr. Bruno Remans en dr. Walter De Queker hebben van in het begin in het netwerkdenken geïnvesteerd en hun werk in het ziekenhuis altijd gecombineerd met activiteiten in de ambulante zorg. Ook nu is dat nog steeds het geval. De huidige ZOL-psychiater

dr. Rahela Habibi, psychiater en
Silvia Vankerkom, hoofd-
verpleegkundige PAAZ



"We zetten op de PAAZ sterk in op interdisciplinariteit. We hebben het hele team van verpleegkundigen en therapeuten fysiek samen gezet om vlot overleg mogelijk te maken. Ook zorgvragers kunnen ons daar vinden als ze vragen hebben. We willen mensen zoveel mogelijk de regie in eigen handen geven in hun traject. We bekijken hen ook niet in functie hun diagnose. We kijken wat hun sterktes zijn en hoe die hen kunnen helpen om de draad opnieuw op te pakken."

Silvia Vankerkom, hoofdverpleegkundige PAAZ

dr. Johan Barbier, dr. Arnout Carpels, dr. Rahela Habibi en dr. Hendrik Verslegers werken ook in de ambulante zorg of in het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem. Zelf ben ik ook hoofddarts in OPZC Rekem."

Hoe gaat de samenwerking concreet in zijn werk?

"Op de PAAZ nemen we mensen in een crisissituatie op gedurende 10 tot 12 dagen om te stabiliseren. Als we zien dat we er niet geraken met die periode, verwijzen we soms door, afhankelijk van het probleem. Psychiatrische ziekenhuizen bieden begeleiding voor specifieke doelgroepen en hebben de mogelijkheid om mensen voor een langere periode op te nemen. Vier van de vijf psychiaters die in ZOL werken, werken ook in het OPZ Rekem. En ook de samenwerking met Medisch Centrum Sint-Jozef in Munsterbilzen verloopt vlot. Bovendien hebben we de afspraak met de verschillende crisisafdelingen van ons netwerk dat we elkaar laten weten waar er lege crisisbedden zijn zodat we vlot kunnen doorverwijzen. De drempels zijn een stuk lager geworden."

"Maar ook in het netwerk Noolim (Geeselijke Gezondheidszorg Oost-Limburg), hebben we elkaar in de afgelopen jaren beter leren kennen. Er is een wekelijks overleg over de crisissituaties van de voorbije week waar we kijken wat goed

of niet goed gelopen is, zodat we ook een lerend netwerk zijn. Dit zijn evoluties die het gemakkelijker maken om met elkaar samen te werken."

Welke evoluties heeft de dienst meegemaakt?

"Intern hebben we de overgang gemaakt naar het herstelondersteunend werken. Er zijn ervaringsdeskundigen actief op onze afdeling en we werken structureel met het systeem of de omgeving van de zorgvrager. We hebben ook een afzonderingskamer hervormd naar een prikkelarme ruimte waar mensen veel meer zelf de regie kunnen houden, in plaats van bewegingsrestricties opgelegd te krijgen."

"Daarnaast zetten we in op interdisciplinariteit. We hebben het multidisciplinair overleg aangepast, waarbij de zorgvragers deelnemen aan hun eigen bespreking. Ze kunnen daar dingen voorstellen, deelnemen aan het gesprek en vragen stellen. We proberen ze dus zo veel mogelijk regie te geven in hun eigen proces."

"Tot slot zetten we in op crisiszorg en niet op langdurige behandelingen. Omdat we de enige PAAZ zijn in ons netwerk en we maar 30 bedden hebben, hebben we die keuze moeten maken. Vroeger werd bijna iedereen die zich op de dienst Spoedgevallen aanmeldde opgenomen. Het idee van de preven-

tieve opname was toen dat we mensen kort zagen op Spoed om vervolgens na een korte observatie in te schatten wat er nodig was. Maar intussen is het aantal aanmeldingen via Spoed sterk gestegen en moeten we veel kritischer zijn op wie we effectief binnenlaten. Het verschil nu is natuurlijk dat de mensen die terug naar huis moeten, kunnen terugvallen op het mobiele crisisteam dat de volgende dag bij hen aan huis komt en instaat voor een snelle opvolging."

Wat bieden jullie aan in het dagziekenhuis?

"In het dagziekenhuis zijn langere, therapeutische trajecten mogelijk. Mensen worden meestal ingeschakeld voor blokken van 6 weken, maar langer kan ook. Er zijn ondersteunende, structurerende, socialiserende of ontdekkende groepen. In die laatste groep zoeken zorgvragers naar dingen bij zichzelf die er misschien voor zorgen dat bepaalde patronen steeds terugkeren of die te maken hebben met vroegere ervaringen."

"Ook hier werken we herstelondersteunend, met ervaringsdeskundigen en volgens het principe dat mensen deelnemen aan hun eigen bespreking."

Hoe zie je de toekomst en voor welke uitdagingen staan jullie?

"We richten ons vooral op het bestendigen van onze drie pijlers nl. interdisciplinariteit, crisisopvang en herstelondersteunend werken."

"Wat de crisisopvang betreft, heeft de overheid een oproep gedaan naar de netwerken om een nieuw plan voor te leggen tegen 16 september 2024. De overheid stelt middelen ter beschikking om een 24/7-urgentie-psychiatrie te organiseren zodat mensen die niet op Spoed horen zich daar ook niet meer hoeven aan te bieden. Wij zullen hier zeker onze rol in moeten opnemen."

"Er is ook een nieuwbouw voor ons gepland op de campus in Genk waar Tepsi en PAAZ fysiek zullen samenzitten, maar met de grote cascade van verbouwingen in het ziekenhuis is dit wat naar de achtergrond verschoven. Op langere termijn is het ook de

bedoeling dat we op (T)epsi, dat nu alleen middelen gerelateerd is, ook mensen met andere kortdurende psychiatrische crisissen kunnen opnemen."

"En waarschijnlijk zullen we ook een rol krijgen in de beoordeling van de gedwongen opnames, van zodra de uitvoeringsbesluiten van de nieuwe wet hierover vastgesteld zijn. Met de nieuwe wet is het de bedoeling om iemand eerst 48 uur te observeren, vooraleer tot een echte gedwongen opname over te gaan. Ook nieuw is dat mensen zullen kunnen kiezen voor een 'vrijwillige opname onder voorwaarden'. Het is nog niet duidelijk welke middelen de overheid hiervoor wil vrijmaken." ■

“

"We hebben we de afspraak met de verschillende crisisafdelingen van ons netwerk dat we elkaar laten weten waar er lege crisisbedden zijn zodat we vlot kunnen doorverwijzen."

dr. Jef De Bie
psychiater



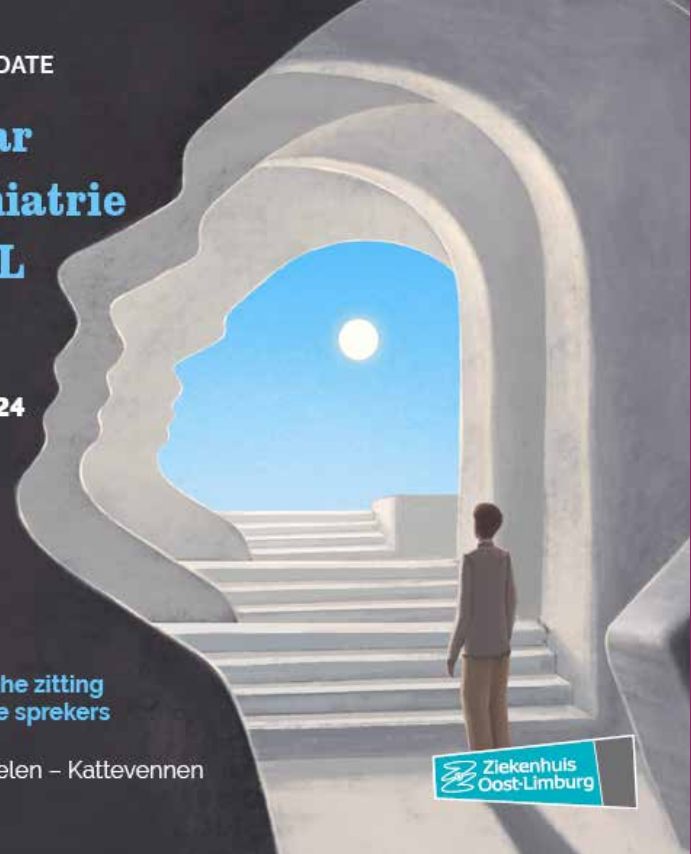
SAVE THE DATE

40 jaar
Psychiatrie
in ZOL

VRIJDAG
04.10.2024
14 - 17 uur

Academische zitting
met diverse sprekers

Aula Wendelen – Kattevennen
te Genk





ZOL opent studiecentrum voor vaccins

Vanaf oktober 2024 opent Future Health, de wetenschappelijke onderzoeksafdeling van ZOL een studie vaccinatiecentrum, genaamd de Vaccination Trial Unit (VTU). Het centrum wordt dé plek waar nieuwe of verbeterde vaccins verder getest kunnen worden. Het gaat om vaccins waarvan de werkzaamheid en de veiligheid al werden onderzocht. Patiënten en vrijwilligers die dat wensen, kunnen deelnemen aan de klinische vaccinstudies. Zo draagt ZOL bij aan de wetenschap, de preventie van infectieziekten en de ontwikkeling van doeltreffende vaccins.

Het gaat om studies van farmaceutische bedrijven of universiteiten die een vaccin willen testen op patiënten. In de eerste fase wordt in een klinisch labo aangetoond dat het vaccin veilig is en dat het werkt. Is dat het geval dan kan een farmaceutisch bedrijf als Pfizer of GSK bij de VTU aankloppen. "Het vaccin is dan veilig bevonden en goedgekeurd door overheidsinstanties maar er is nog verder onderzoek nodig bij een brede patiëntenpopulatie", weet Arne Janssen, innovatiemanager bij Future Health. "Dat onderzoek kan vanaf nu in de Vaccination Trial Unit van ZOL."

RSV, influenza en pneumokokken
In het studiecentrum zullen vaccins getest worden tegen tal van infectieziektes zoals RSV, pneumokokken of kinkhoest. Er kan ook onderzocht worden hoe gekende vaccins tegen griep verbeterd kunnen worden. "Eigenlijk is dat een zoektocht die nooit stopt", zegt dr. David Verhaert, cardioloog in ZOL en verbonden aan Future Health. "De medische wereld stelt haar vaccins en geneesmiddelen continu in vraag. Want hoe beter de vaccins, hoe beter we onze kwetsbare patiënten kunnen beschermen. Ons ziekenhuis wil via het studiecentrum haar steentje

bijdragen aan die ontwikkeling."

Innovatie

"In ZOL gebeurt op dit moment al veel wetenschappelijk onderzoek naar nieuwe medicatie of nieuwe medische toestellen", gaat Arne Janssen verder. "ZOL is een innovatief ziekenhuis waar de deur altijd openstaat voor nieuwe samenwerkingen. Het aanbod van een studiecentrum voor vaccins kan ervoor zorgen dat farmaceutische bedrijven en universiteiten nog sneller de weg naar ZOL vinden. Zo kunnen we onze wetenschappelijke vleugel Future Health verder uitbouwen en professionaliseren."

Vrijwilligers gezocht

De VTU zoekt nu gezonde vrijwilligers en patiënten die willen deelnemen aan studies. Om de vaccins goed te testen zoeken ze uiteenlopende profielen zowel in de algemene bevolking als bij specifieke risicogroepen, zowel bij mannen als bij vrouwen en in alle leeftijdscategorieën. "We zoeken gezonde vrijwilligers maar ook bijvoorbeeld stabiele patiënten met een chronische aandoening. Patiënten die jaarlijks langskomen bij de cardioloog voor een check-up, zijn ideale kandidaten", vult Arne Janssen aan. "Heb je

een interessant profiel als patiënt dan kan het vanaf nu dus gebeuren dat een ZOL-arts je voorstelt om aan een vaccinatiestudie deel te nemen."

Aanspreekpunt

Deelnemende vrijwilligers zullen gevraagd worden om een afspraak te maken met de medewerkers van het studiecentrum. Eentje daarvan is Charlotte Tuerlinckx, wetenschappelijk medewerker van Future Health: "Wij zijn het aanspreekpunt voor de vrijwilligers en leiden de studie in goede banen. Zo zorgen we dat alle protocollen en procedures gerespecteerd worden en dat belangrijke deadlines worden gehaald." Is alles administratief in orde, dient een verpleegkundige het vaccin toe in een speciale raadplegingsruimte in het ziekenhuis. Daar kunnen ook andere data verzameld worden zoals bloedwaarden, bloeddruk of lichaamstemperatuur. ■

Future Health is steeds op zoek naar vrijwilligers. Het hele jaar door worden er verschillende studies uitgevoerd. Wenst u deel te nemen aan een vaccinatiestudie? Stuur dan een mailtje naar studiecentrum.vaccinatie@zol.be of neem een kijkje op www.ZOL.be/future-health.

Artificiële intelligentie helpt Limburgse ziekenhuizen om kanker sneller op te sporen

Universiteit Hasselt, Jessa Ziekenhuis en Ziekenhuis Oost-Limburg zetten samen grote stappen in de uitrol van digitale pathologie binnen kankeronderzoek aan de Limburgse ziekenhuizen. Via scanners worden de weefselfragmenten voor microscopie voortaan gedigitaliseerd, waarna artificiële intelligentie pathologen helpt om de stalen sneller en efficiënter te analyseren.

UHasselt, Jessa en ZOL onderzochten de voorbije twee jaren binnen het SALKTurbo-project Digipath hoe ze hun kankeronderzoek nog verder kunnen verbeteren door meer in te zetten op digitalisering en artificiële intelligentie. Binnen Digipath, dat kon rekenen op 770.000 euro subsidie vanuit de provincie Limburg en een grote meerwaarde is voor de toekomstige Health Campus Limburg DC, zetten de drie partners een Limburgs platform op voor digitale pathologie. "Hierbij moet de patholoog niet meer alle glasplaatjes met weefselstalen handmatig onder een microscoop plaatsen voor analyse, maar worden deze gedigitaliseerd door een scanner. Zo kan men de preparaten veel makkelijker bewaren en kunnen ze eenvoudiger gedeeld worden, ook met andere ziekenhuizen, voor bijvoorbeeld

een second opinion of voor wetenschappelijk onderzoek. Zo optimaliseren we het zorgproces, maar deze technologie en samenwerking is ook belangrijk voor het biomedisch onderzoek", zegt Piet Stinissen, directeur van het Limburg Clinical Research Center (LCRC).

Artificiële intelligentie

Daarnaast is er nog een grote troef bij het inzetten op digitalisering. "Dit maakt het mogelijk om volop artificiële intelligentie toe te passen in het kankeronderzoek. Deze AI-toepassingen vervangt de patholoog niet, maar is net een extra hulp. AI kijkt mee naar de vele stalen en geeft een signaal wanneer deze iets verdacht opmerkt. Dit zal de analyses nog efficiënter en sneller laten verlopen. Onderzoekers van UHasselt onder leiding van prof. Esther Wolfs (UHas-



V.l.n.r.: Prof. Piet Stinissen, directeur LCRC; Prof. dr. Esther Wolfs, UHasselt, Biomed; Dr. Katrin Wouters, medisch diensthoofd Anatomopathologie Jessa; Doctor Katrin Wouters, UHasselt, Biomed; Dr. Peter Van Eyken, diensthoofd Anatomopathologie ZOL

selt-BIOMED) zullen de volgende jaren ook nog meer tools ontwikkelen om artificiële intelligentie in te zetten binnen digitale pathologie", zegt Piet Stinissen.

Nauwere samenwerkingen

Digipath toonde de voorbije jaren aan dat digitale pathologie een grote meerwaarde is in de gezondheidszorg. Daar zijn ook de ziekenhuizen het volop mee eens.

Dr. Katrin Wouters, diensthoofd pathologie Jessa: "Integratie van AI in het diagnostisch proces zal onmisbaar zijn om de uitdagingen van de toekomst aan te gaan. De laatste jaren is er een exponentiële toename geweest van nieuwe kennis en testen, terwijl het aantal pathologen min of meer stabiel gebleven is. Digitale pathologie is een (r)evolutie die ziekenhuizen in staat zal

stellen om in de toekomst gegarandeerde kwalitatief hoogstaande zorg in Limburg te blijven aanbieden."

"Wat AI en digitalisatie betreft zijn wij het volledig eens met de visie van collega dr. Wouters" zeggen dr. Peter Van Eyken en dr. Herbert Plasschaert, anatomopathologen in ZOL. "SALK-turbo en de provincie Limburg hebben niet alleen de digitalisatie dichterbij gebracht. Dankzij dit project zijn ook de afdelingen Anatomopathologie van Jessa en ZOL en de UHasselt naar elkaar toe gegroeid. Zo is een goede basis ontstaan voor nauwere samenwerking in de toekomst."

Over de landsgrenzen

De volgende jaren zal digitale pathologie uitgerold worden binnen alle Limburgse ziekenhuizen en daarbuiten. Het project van UHasselt, Jessa en ZOL krijgt financiële steun vanuit

Interreg Maas Rijn om het netwerk ook over de landsgrenzen verder te zetten en een samenwerking rond digitale pathologie aan te gaan met de ziekenhuizen van Maastricht en Keulen. "Innovaties in de zorg kunnen alleen slagen wanneer er een grote en sterke interactie tussen bedrijfsleven, kennisinstellingen en de zorgsector is. Door dit platform in het Euregionale netwerk te nestelen en grensoverschrijdend samen te werken, overstijgen we de lokale kennis en kan onze sleuteltechnologie verder op punt worden gesteld. Daarmee werd nog eens 900.000 euro Europees geld voor de Limburgse ontwikkeling binnengehaald. Onze zorgverleners kunnen zo straks snellere en nauwkeurigere diagnoses stellen. Dit is goed voor nieuwe investeringen, jobs én onze gezondheid", zegt Limburgs gedeputeerde van Economie Tom Vandeput. ■

Patiënten met kanker en vruchtbaarheidsvragen kunnen terecht in het Fertiliteitscentrum ZOL-Jessa

Als jonge vrouwen of mannen kanker krijgen, kunnen zij door de oncologische behandeling hun vruchtbaarheid verliezen. Indien zij dit wensen worden ze doorverwezen naar Fertiliteitscentrum ZOL-Jessa om hen te informeren en te helpen bij het behoud of herstel van hun vruchtbaarheid tijdens kankertherapie. Het fertiliteitscentrum heeft een overeenkomst met het RIZIV, de zogenaamde onco-conventie, waardoor deze patiënten hiervoor een terugbetaling krijgen.

Wat is oncofreezing?

Mensen die de diagnose van kanker krijgen of een preventieve ovariëctomie moeten ondergaan omdat ze drager zijn van een genetische mutatie, kunnen hun eicellen of zaadcellen laten afnemen, invriezen en bewaren voor ze met een kankerbehandeling

beginnen. Vrij recent werd de indicatie ook uitgebreid naar endometriose en goedaardige tumoren die in beide eierstokken voorkomen en die operatieve verwijdering vergen.

Hoe gaat oncofreezing in zijn werk?

Patiënten kunnen onmiddellijk na hun

diagnose terecht in Fertiliteitscentrum ZOL-Jessa waar ze gezien worden door de consulent en de fertiliteitspecialist om de verschillende opties te verduidelijken en zo gewenst een traject op te starten. De opties voor onco-fertiliteit hangen af van verschillende factoren, zoals het type en het stadium van de kanker, de leeftijd en de gezondheidstoestand van de patiënt, de persoonlijke voorkeuren en verwachtingen en de tijd die er is tot aan de start van de kankertherapie.

De verschillende opties zijn het invriezen van zaadcellen, eicellen, embryo's of testisweefsel/eierstokweefsel (cryopreservatie) voor een eventuele toekomstige zwangerschap.

Is het veilig voor patiënten met (borst)kanker om hormonen te krijgen voor een eicelstimulatie?

In studies is aangetoond dat een kortdurende eicelstimulatie de prognose van borstkanker niet verergert. De periode is te kort om een significante invloed te hebben. Bovendien wordt tijdens de stimulatie een middel gegeven dat de oestrogeenconcentratie laag houdt.

Op welke leeftijd is preservatie mogelijk?

Voor eicellen doen we dit vanaf 16 jaar maar in de praktijk zien we weinig vrou-



“

"In de strijd tegen kanker biedt oncofreezing een lichtpuntje van vruchtbaarheid, een kans op een nieuw begin, op een toekomst vol hoop op leven en liefde. Wij hopen dan ook als fertiliteitscentrum onze jonge kankerpatiënten hierbij te kunnen helpen."

Dr. Sofie Hulsbosch,
kliniekhoofd
Fertiliteit Jessa



wen onder de 18 jaar. Voor vrouwen tot 37 jaar is de procedure om eicellen te bewaren volledig gratis. Voor mannen geldt de terugbetaling tot 44 jaar voor maximum drie spermastalen.

Is elke oncologische behandeling schadelijk voor de vruchtbaarheid?

Het is niet zo dat elke vrouw of man die kankertherapie krijgt het risico loopt om in de menopauze te geraken of al haar eicellen/zijn zaadcellen te verliezen. Veel is afhankelijk van welke soort chemotherapie of welke dosis en locatie van de radiotherapie de patiënt krijgt en van de hoeveelheid eicellen die een vrouw nog heeft voor ze aan de behandeling begint. Sommige chemo's zijn veel gonadotoxischer of schadelijker voor eicellen en zaadcellen dan andere. Dat moet altijd eerst ingeschat worden. Bij bepaalde chemo's is het risico zodanig laag dat kan overwogen worden om geen freezing te doen.

Bij radiotherapie kan geprobeerd worden dosis of locatie aan te passen, of de geslachtsorganen chirurgisch buiten het bestralingsveld te plaatsen.

Kunnen vrouwen er ook voor kiezen om embryo's in te vriezen?

Embryo's invriezen kan ook en heeft hogere slaagkansen. Het nadeel van embryo's invriezen is dat je natuurlijk

ook afhankelijk bent van een partner, zowel bij diagnose alsook bij eventueel later gebruik van de embryo's.

Is eicellen invriezen de enige optie?

Nee, er is ook een mogelijkheid om eierstokweefsel of volledig ovarium in te vriezen. Dit kan na de oncologische behandeling opnieuw ingeplant worden. Omdat het ovarium nog vitaal was, kan het er na de inplanting voor zorgen dat er opnieuw eicellen tot ontwikkeling komen en iemand opnieuw spontaan zwanger kan worden.

Deze techniek wordt niet aangeboden in Limburg maar wie hiervoor in aanmerking komt en ervoor kiest kan doorverwezen worden naar een universitair centrum. Voor patiënten die snel met hun oncologische behandeling moeten starten en voor wie er geen tijd meer is voor eicelpreservatie kan dit ook een oplossing zijn.

Ook voor mannen is het mogelijk om teelbalweefsel in te vriezen. Ook zij worden hiervoor doorverwezen naar een universitair centrum. ■



“

"Er zijn veel vragen om sperma in te vriezen maar vragen om eicellen in te vriezen krijgen we zelden. We denken dat er toch wel meer jonge vrouwen zijn die kanker krijgen en het zou jammer zijn als ze niet op de hoogte zijn van de mogelijkheden."

Dr. Nathalie Dhont,
medisch diensthoofd
IVF ZOL

Een Endometriale Elegie

PhD dr. Ruben Heremans, gynaecoloog

Probleemstelling

Endometriumkanker (EK) treft jaarlijks 382 000 vrouwen wereldwijd en is daarbij de derde doodsoorzaak bij vrouwen in de geïndustrialiseerde wereld. De incidentie stijgt gestaag en zal dit allicht blijven doen in de komende decennia, waardoor een toenemende hoeveelheid vrouwen blootgesteld zal worden aan ziekte- en therapiegerelateerde risico's.

De meeste endometriumkankers worden vroegtijdig gediagnosticeerd omdat ze gepaard gaan met abnormaal uterine bloedverlies (AUB). Deze vroegtijdige bevinding is erg sensitief, maar weinig specifiek. De huidige literatuur spreekt zich onvoldoende uit over de impact van intensiteit, duur en frequentie van AUB ten aanzien van het risico op EK.

Onderzoeksstelling

In dit proefschrift onderzochten we welke (andere) symptomen onderliggende maligniteit doen vermoeden. Uit een literatuurnazicht bleek

immers dat er momenteel weinig kennis is over mogelijke diagnostische symptomen. Verder onderzoek is nodig om de waarde van verschillende symptomen te beoordelen om EK in of uit te sluiten. Anderzijds bestaat het risico dat de impact van individuele antropometrische of levensstijlfactoren tot op heden overschat werd. Er is nood aan een correcte verwijfsstrategie voor een tijdige diagnose en correcte benadering.

Aanpak

In dit proefschrift ontwikkelen we een model dat de risicofactoren blootlegt bij vrouwen met AUB. We bekeken verschillende clinico-anamnestiche variabelen en vonden dat leeftijd, BMI en pariteit volstaan om een goede risicoschatting te maken. Andere klinische informatie bood slechts een geringe meerwaarde. In een volgende stap kan het endometrium beoordeeld worden met behulp van transvaginale echografie met color/power Doppler beeldvorming.

De diagnostische accuraatheid kan in sommige gevallen geoptimaliseerd worden door vocht in te brengen in de baarmoederholte. Vocht ageert als anechoogeen contrast en duwt het langsliggende endometrium opzij.

Bij deze procedure kunnen er endometriumcellen afschilferen en doorheen de eileiders intra-abdominaal terechtkomen. We voerden een in vitro gerandomiseerd onderzoek uit om gel hierin te vergelijken met water. We stelden vast dat gel geassocieerd is met een geringere transtubaire flow en daarom een veiliger eerstelijnsalternatief is voor echografie met waterinstillatie of hysteroscopie.

We maakten gebruik van de Internationale Endometriale Tumor Analysegroep (IETA) richtlijnen om de endometriale bevindingen van vrouwen met en zonder AUB te beschrijven. Met behulp van deze variabelen valideerden we het voorgaande en genereerden nieuwe predictiemodellen die de klinische praxis kunnen ondersteunen. We stelden vast dat deze modellen de diagnostische capaciteit bij deze vrouwen aanzienlijk verhoogde. Bij patiënten met histologische bevestiging van EK, hebben studies reeds meerdere echopatronen in verband gebracht met EK met verschillende histologische graad, invasiepatroon en ziektestadium.

Met behulp van de echografische patronen en de biopsieresultaten, kan het risico op lymfeklier aantasting ingeschat worden. De lymfeklier aantasting beïnvloedt zowel de chirurgische planning, als ziekteherstel, -progressie, en ziektegerelateerde overleving.

Met behulp van de opvolgdata van een observationeel cohort, wendden we vervolgens een combinatie aan van demografische, echografische en histologische factoren om het risico op ziekteherstel of overlijden ten gevolge van endometriumkanker te voorspellen.

Onze modellen stelden ons in staat correct te voorspellen welke vrouwen een hogere ziektelast torsen. Om beter te begrijpen hoe deze hoogrisicopopulatie zich verhoudt tot deze met gunstiger ziekteverloop, is het belangrijk te weten welke factoren het ziekteproces bepalen.

Ondanks uitgebreid onderzoek met betrekking tot de pathogenese van EK, blijven cellulaire en moleculaire mechanismen grotendeels onderbelicht, en is de therapeutische efficiëntie

“

"Endometriumkanker treft jaarlijks 382.000 vrouwen wereldwijd en is daarmee de derde doodsoorzaak bij vrouwen in de geïndustrialiseerde wereld. Er is nood aan een correcte, tijdige verwijfsstrategie en diagnose."

Dr. Ruben Heremans,
gynaecoloog



alsook het overlevingspercentage (al zeker voor patiënten in een gevorderd ziektestadium) niet substantieel gestegen over het afgelopen decennium. Dit is voornamelijk te wijten aan een gebrek aan betrouwbare preklinische modellen. De huidige modellen (zoals kankercellijnen en xenotransplantaten) bootsen de ziekte niet waarheidsgetrouw na of ze bestrijken niet het volledige spectrum van EK. Een nieuw, veelbelovend en krachtig in vitro model voor het bestuderen van humane ziekten, is organoïdtechnologie.

Organoïden zijn drie-dimensionele zelfvormende in vitro reconstructies van gezonde of zieke organen. Deze groeien verder uit (kanker)stamcellen onder specifieke Wntless/int (WNT)-activerende cultuurcondities. We ontwikkelden en karakteriseerden een organoïdmodel voor het bestuderen van poliepen, hyperplasie en kanker van het endometrium. De organoïden leken erg op het oorspronkelijke, gezonde of zieke orgaan (zowel qua histologie, cellulaire samenstelling, genomisch en transcriptomisch). Ze konden gedurende lange tijd in cultuur gehouden en gecryopreserveerd

worden zonder verlies aan fenotype of genotypische eigenschappen. Door deze aan te wenden als platform voor medicatieonderzoek, zagen we dat ze een vergelijkbare gevoeligheid vertoonden als in vivo. We konden een organoïdbiobank samenstellen die verdere studies kan aanvoeren en die kan dienen als waardevol platform voor het testen van nieuwe medicatie of biomarkers. ■

Clinical Judgment, Ultrasonography and Organoid Technology to improve Diagnostic and Therapeutic Strategies for Endometrial Pathology

Ruben Rosa G. Heremans



An Endometrial Elegy

Titel:

Klinisch Oordeel, Echografie en Organoidtechnologie ter verbetering van Diagnostische en Therapeutische Strategieën ten aanzien van Endometriumpathologie - Een Endometriale Elegie

Datum presentatie

en universiteit:

18.03.2024 KU Leuven

(Co)promotoren:

Promotor: Prof. dr. Thierry Van den Bosch, MD PhD

Co-Promotor: Prof. dr. Dirk Timmerman, MD PhD

Co-Promotor: Prof. dr. Hugo Vankelecom, MPharm PhD

Werkschakel helpt patiënten met beperkingen opnieuw aan het werk

Vanaf 2024 wil Vlaanderen jaarlijks 12.000 personen met een erkenning arbeidsongeschiktheid begeleiden in een re-integratietraject bij VDAB en partners. In ZOL kunnen patiënten met gezondheidsproblemen of een beperking één dag per week terecht bij een medewerker van Gespecialiseerd Team Bemiddeling (GTB) die hen begeleidt naar werk of mee uitzoekt welke mogelijkheden er nog zijn.

Emino en GTB, organisaties met expertise in 'werk', bundelen de krachten in 'Werkschakel', een consortium dat in samenwerking met zorg- en welzijnsorganisaties jaarlijks bijna 4.000 personen met gezondheidsuitdagingen extra naar de VDAB wil toeleiden. ZOL is een dergelijke organisatie die hierin participeert.

De samenwerking kadert in de oproep 'Vindplaatsgericht en outreachend werken' van Vlaams minister van Werk Jo Brouns en is gebaseerd op de overtuiging dat elk talent passend werk verdient. Het project loopt van 1 februari 2024 en tot eind 2025.

"In ons ziekenhuis richten wij ons tot verschillende diensten om mensen met gezondheidsproblemen of beperkingen de mogelijkheid te geven opnieuw de stap naar de arbeidsmarkt te zetten", zegt sociaal werker Sofie Putzeys. "We werken nu al concreet samen met het Multidisciplinair Pijncentrum, de Rug- en Nekrevalidatie, de Ambulante Revalidatie en de Cardiologische Revalidatie. Maar we willen graag verder uitbreiden naar andere diensten als o.a. Oncologie, Neurochirurgie, Psychiatrie...."

“
"Artsen kunnen patiënten naar Werkschakel verwijzen als zij merken dat er voor hen nog kansen of mogelijkheden zijn op de arbeidsmarkt."

**Sofie Putzeys, sociaal
werk**

"Mensen die hinder ondervinden bij het uitvoeren van hun job en die andere mogelijkheden willen onderzoeken, kunnen bij ons terecht. Of mensen die willen weten welke ondersteuningsmogelijkheden er bestaan of welke maatregelen de overheid heeft om mensen aan het werk te houden of terug naar die arbeidsmarkt te begeleiden."

Wat kunnen jullie concreet aanbieden?

Sofie Putzeys: "Er is wekelijks iemand van GTB aanwezig in het ziekenhuis bij wie patiënten terecht kunnen met hun vragen. Soms gaat het om een eenmalig gesprek, soms gaat het over een langer traject. Belangrijk is dat mensen hun mogelijkheden helder krijgen. Dat mag zeker ook wat langer duren. Soms zitten mensen in een revalidatietraject en is er nog progressie mogelijk. Elke casus wordt individueel bekeken. Mensen kunnen zelf naar ons toekomen of op verwijzing van een medewerker of een arts van ZOL."

"We zien dat veel mensen niet weten wat er allemaal mogelijk is of dat ze het bestaan van begeleiding niet kennen. Mensen refereren heel vaak naar de job die ze altijd gedaan hebben en zien niet dat er nog veel andere mogelijkheden zijn, eventueel na een opleiding of stage waar ze zelf kunnen ontdekken wat wel nog kan."

"We merken dat er best een grote groep van arbeidsongeschikten op de mutualiteit staan en dat voor sommigen van hen toch nog kansen en mogelijkheden zijn op de arbeidsmarkt. Werkschakel is in feite een toeleidingstraject of doorschuifstelsel naar de dienstverlening. De cliënt blijft steeds aan het

WERKSCHAKEL



**Al even niet meer
aan het werk?
Heb je hierover vragen?
Spring eens binnen bij ons.**

www.werkschakel.be

stuur. Bedoeling is dat mensen wiens gezondheidstoestand dit toelaat zich uiteindelijk inschrijven bij de VDAB, met toelating van de mutualiteit en zonder dat ze hun uitkering verliezen als ze eerste voorzichtige stappen zetten."

"Het is goed dat deze hulp vanuit het ziekenhuis aangeboden wordt. Want we merken dat vertrouwen hier heel belangrijk is. En dat ook hun behandelend arts mee in advies genomen kan worden. 'Voor de dokter is het oké'. Soms hebben mensen toch wel ernstige dingen meegemaakt en dan vallen de zekerheden weg. We proberen er zoveel mogelijk voor deze mensen te zijn en hen te begeleiden naar de mogelijkheden die er nog zijn."

*Meer info: Sofie.Putzeys@zol.be
Project in samenwerking met VDAB,
Emino, GTB met ondersteuning van de
Vlaamse overheid.*



NieuweArts

dr. Kobe Reynders radiotherapie

Zopas startte dr. Kobe Reynders op de dienst Radiotherapie van het Limburgs Oncologisch Centrum. Hij legt zich toe op gynaecologische oncologie, dermatologische oncologie, urologische oncologie, met als subspecialisatie brachytherapie.

Dr. Kobe Reynders behaalde zijn diploma geneeskunde in 2012 met grote onderscheiding aan de KU Leuven. Zijn specialisatie radiotherapeut-oncoloog volgde hij in UZ Leuven en Cliniques Universitaires Saint-Luc in St.-Lambrechts-Woluwe.

Van 2019 tot 2024 werkte dr. Reynders in Maastricht als radiotherapeut-oncoloog in de vakdoemen urologie en gynaecologie.

Save the dates
WETENSCHAPPELIJKE RAAD
PROGRAMMA
2024

Meer info: www.zol.be/professionals/wetenschappelijke-raad

Vrijdag 40 jaar Psychiatrie in ZOL
4 oktober 2024 14-17u, Aula Wendelen, Kattevennen Genk

zaterdag Transitiezorg bij COPD, geen luxe maar noodzaak
5 oktober 2024 Symposium georganiseerd door Ziekenhuis Oost-Limburg, Jessa Ziekenhuis, Wit-Gele Kruis Limburg en Universiteit Hasselt die samen het Transmuraal Zorgpad COPD uitwerken. locatie: Alden Biesen
8:00 - 12:30 uur Programma en inschrijven via QR-code, deadline inschrijvingen 15/9



COLOFON

Verantwoordelijke uitgever: Dr. Martijn Grieten, medisch directeur ZOL en dr. Michiel Thomeer, adjunct-medisch directeur ■ **Redactie en samenstelling:** Grete Bollen ■ **Werken mee:** dr. Martijn Grieten, dr. Michiel Thomeer, dr. Tinne Mesens, dr. Anne Dams, dr. Ruben Heremans ■ **Redactieadviesraad:** dr. Marc Daenen, dr. Thomas De Sutter, dr. Eline Macken, dr. Pieter Jan Van Asbroeck, dr. Jan De Koster ■ **Foto's:** Boumediene Belbachir, Michiel Malchair, Grete Bollen, Jurgen Ritzen, ZOL ■ **Lay-out:** Lien Vuylsteke, dienst Communicatie ■ **Redactie:** Synaps Park 1, B, 3600 Genk - België ■ T +32 (0)89 80 36 22 ■ zolarium@zol.be ■ www.zol.be ■ **Niets uit deze uitgave mag overgenomen of vereenvoudigd worden zonder schriftelijke toelating van de uitgever.** ■ Jaargang 22 nr. 92 • juli • augustus • september • 2024

Partners in zorg

dr. Bob Vermeulen

Siel Hermans



Pink Ribbon, een organisatie die zich inzet in de strijd tegen kanker, vroeg aan (ex-)patiënten om een lintje te ontwerpen voor een zorgverlener die ze in de bloemetjes willen zetten. Siel Hermans (34) uit Genk draagt haar lintje op aan plastisch chirurg dr. Bob Vermeulen.

"Zijn zorg tijdens mijn ziekteproces maakte een wereld van verschil. Op 28-jarige leeftijd verloor ik mijn linkerborst als gevolg van borstkanker. Omdat ik er snel bij was, kreeg ik de mogelijkheid om direct na de mastectomie een borstreconstructie te ondergaan. Dr. Vermeulen nam altijd rustig de tijd om alles uit te leggen, waardoor ik mij vanaf het begin gerustgesteld voelde. Dankzij zijn goede zorgen en het mooie

resultaat heb ik nooit het gevoel gehad dat ik minder vrouwelijk was.

Ik wil dr. Vermeulen bedanken: niet alleen voor de borstreconstructie, maar ook voor de hulp bij het verwerken van borstkanker. Dankzij hem ben ik begonnen met het maken van kunst rond het thema borstkanker. Hij heeft me onbewust geïnspireerd door de medische tekeningen die hij net voor de operaties op mijn lichaam aanbracht.

Het creëren van kunstwerken heeft me enorm geholpen om alles na mijn diagnose een plaats te geven. Nu streef ik ernaar om met mijn kunst bewustwording te creëren rond vroege opsporing van borstkanker. Want 1 op 8 vrouwen krijgt vroeg of laat te maken met borst-

kanker. Ik hoop dat elke vrouw zoals ik een snelle diagnose krijgt, omdat dit de kansen op een succesvolle behandeling aanzienlijk vergroot. Elke vrouw met borstkanker is uniek en elk verhaal is anders. Ik wil graag hun stem zijn en hun verhaal vertellen, daarom dat ik mijn lintje heb ontworpen. Het zachte kleurenpalet dat ik heb gebruikt, duidt op hun kracht en benadrukt hun veerkracht in de strijd tegen de ziekte. ■

Benieuwd naar de kunst van Siel?
Instagram of Facebook:
[@siel.designenjuwelen](https://www.instagram.com/siel.designenjuwelen).

Steun dit lintje via
deze QR-code!

