

ZOLarium

Jaargang 23 nr. 94 • januari - februari - maart 2025

**GENDERCENTRUM ERKEND
DOOR HET RIZIV**

**OBESITASCENTRUM WIL MEER AWARENESS
ROND OBESITAS CREËREN**

**HARTCENTRUM KRIJGT KWALITEITSLABEL
VOOR BEHANDELING VAN HARTFALEN**

NAAR EEN NIEUW MODEL VOOR DE DIENST SPOEDGEVALLEN

Tussen oud en nieuw

Beste collega,

De maand januari is vernoemd naar de Romeinse god Janus. Niet toevallig, want Janus was de god van het begin en van het einde; het openen en het sluiten. Janus werd dan ook afgebeeld als een god met twee gezichten, één gericht op het verleden en één op de toekomst.

Net als Janus blikken ook wij in dit januarinummer terug op de verwezenlijkingen van 2024 en kijken vooruit naar wat 2025 zal brengen. In deze voor de zorg uitdagende tijden willen we iedereen bedanken voor de constructieve samenwerking in het afgelopen jaar. Onze ambities als ziekenhuis hebben we het voorbije jaar duidelijk geformuleerd in ons project 'Vol voor ZOL'. De focus hierbij ligt op de verdere uitbouw van ons kwaliteitsbeleid, en op een gedragen veiligheidscultuur. Dit jaar willen we de ambities van 'Vol voor ZOL' stap voor stap implementeren, voor patiënten en medewerkers.

Met een vooruitstrevend beleid tegen grensoverschrijdend gedrag voor medewerkers, artsen, patiënten en bezoekers onderstrepen we dat wij een warme organisatie willen zijn waar iedereen zich veilig voelt. In onze column leest U over de 9 engagementen die ZOL hierbij aangaat.

Ander project dat het voorbije jaar ontwikkeld werd en dit jaar ontplooid zal worden, is het nieuwe organisatiemodel van de dienst Spoedgevallen. Hierbij staan kwaliteit, veiligheid en performantie centraal. Patiënten zullen sneller geholpen worden en minder lang op Spoedgevallen moet blijven.

U leest ook meer over ons gendercentrum dat erkend werd door het RIZIV. De conventie voorziet psycho-sociale ondersteuning voor mensen met genderdysforie. De nood aan begeleiding voor deze populatie is immers enorm groot.

In dit ZOLarium kondigen we ook een interessant symposium aan naar aanleiding van Wereld Obesitas Dag, maar ook nog andere innovatieve realisaties van onze artsen.

We wensen u veel leesplezier!

Met collegiale groeten,

Dr. Martijn Grieten
medisch directeur

Prof. dr. Michiel Thomeer
adjunct medisch directeur



Inhoud

- 04 **Dienst Spoedgevallen**
naar een nieuw model
- 08 **Gendercentrum**
erkend door het RIZIV
- 10 **Bedside echografie**
is gamechanger bij levensbedreigende
aandoeningen
- 14 **Obesitascentrum**
wil meer awareness rond obesitas
- 19 **Het haviksoog**
- 20 **Hartcentrum**
krijgt kwaliteitslabel voor behandelen
van hartfalen
- 22 **PhD dr. Heleen Bollen**
over behandeling van hoofd- en halskanker
- 24 **Column**
Meer respect betekent minder agressie
- 26 **Nieuwe medisch diensthoofden**
en arts-coördinatoren
- 28 **Nieuwe artsen**
- 32 **Hersentumor verwijderd**
met behulp van neurofysiologische
monitoring
- 35 **Billboard**
- 36 **Partners in Zorg**



“

"Wij vragen een bindend triagesysteem waarbij patiënten die niet op Spoedgevallen horen, verder kunnen doorverwezen worden naar de juiste zorgverlener. Op dit moment kan dit om medico-legale redenen niet."

dr. Pieter Jan Van Asbroeck,
urgentiearts en
medisch diensthoofd
Spoedgevallen



dr. Martijn Grieten

"Naar een nieuw model voor Spoedgevallen in een meerjarenplan"

Om de werking efficiënter te maken en de wachttijden voor patiënten te verminderen is de dienst Spoedgevallen gestart met de implementatie van een nieuw organisatiemodel. De huidige situatie is om kwaliteits- en patiëntveiligheidsredenen niet meer houdbaar, zegt medisch directeur dr. Martijn Grieten. Urgentiearts dr. Pieter Jan Van Asbroeck is sinds 1 januari het nieuwe medisch diensthoofd van Spoedgevallen. Hij heeft de uitdaging op zich genomen om het nieuwe plan te implementeren.

Wat zijn de belangrijkste principes van het nieuwe model voor Spoedgevallen.

Dr. Pieter Jan Van Asbroeck: "We evolueren naar een systeem met meer urgentieartsen, waarbij deze artsen de behandeling van de patiënten zo veel mogelijk volledig afwerken. Dat is het systeem waar we stapsgewijs naar toe zullen gaan, dit met goedkeuring van de medische raad en de raad van bestuur en dankzij de steun van de hoofdartsen. De vacatures om de nieuwe urgentieartsen aan te werven, liggen klaar voor publicatie."

Waarom is een hervorming nodig?

Dr. Pieter Jan Van Asbroeck: "De instroom op Spoedgevallendiensten overall in Vlaanderen blijft toenemen. Dit zorgt voor overbelasting en piekmomenten, soms lange wachttijden en risico's voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg. We willen met de nieuwe manier van werken de wachttijden verder terugdringen en de doorstroming performanter maken."

Dr. Martijn Grieten: "In het verleden hadden we op onze Spoedgevallendienst een systeem van eerste triage en verdere doorverwijzing naar een medische discipline. Hierbij werd het probleem van de patiënt eerst ingeschat door artsen van de kritieke diensten en doorverwezen naar een specialist van de betrokken aandoening. In dat meerstappenverhaal ging er soms tijd verloren. Urgentieartsen, die daar speciaal voor opgeleid zijn, kunnen de behandeling van patiënten op Spoed verder afwerken waardoor we aan efficiëntie zullen winnen."

Hoe verklaren jullie de toenemende stroom aan patiënten?

Dr. Pieter Jan Van Asbroeck: "De zelfredzaamheid van mensen is vermindert waardoor ze nu soms sneller een arts raadplegen. Dus ook voor kleinere zaken die ze zelf kunnen oplossen of waarvoor ze bij de huisarts terecht kunnen. Maar ook de eerste lijn is oververzadigd, waardoor ze sneller bij ons aankloppen."

Dr. Martijn Grieten: "Maar ook de toegankelijkheid van specialisten in het ziekenhuis is sterk achteruitgegaan. Heel wat disciplines hebben te lange wachtlijsten. En ook dat leidt tot oneigenlijk gebruik van Spoedgevallen."

Hoe zullen jullie in de toekomst werken?

Dr. Pieter Jan Van Asbroeck: "De evolutie naar het nieuw model hebben we al enige tijd ingezet. We zijn nu ook bezig met het maken van afspraken met de collega-specialisten van de verschillende medische diensten. Het is immers belangrijk om de behandeling op Spoedgevallen met hen af te stemmen en op dezelfde manier te werken."

"Maar het is ook niet zo dat we naar een Spoedgevallendienst gaan met alleen maar urgentieartsen. Kruisbestuiving en wisselwerking met andere specialismes blijft belangrijk. Wanneer er therapeutische beslissingen moeten genomen worden bij een nieuwe diagnose bijvoorbeeld, kan een arts van het betrokken specialisme nog steeds in consult worden gevraagd. En ook als huisartsen een patiënt verwijzen naar een specifiek

specialisme, dan zal dit gerespecteerd worden."

Is er een model waarop jullie zich baseren voor de nieuwe organisatie?

Dr. Pieter Jan Van Asbroeck: "Ons huidige team bestaat uit ervaren artsen die op verschillende plaatsen en Spoedgevallendiensten gewerkt hebben, ook in gerenommeerde, buitenlandse ziekenhuizen. Bovendien zijn we allemaal actief in verschillende beroepsorganisaties. We hebben al onze ideeën samengelegd en zo het nieuwe model uitgewerkt en neergeschreven in een lijvig document. We zijn zeer verheugd dat we de kans gekregen hebben van de directie en het management om dit uit te werken en te implementeren."

Wat is de planning voor de vernieuwingen? Moeten er nieuwe urgentieartsen aangeworven worden?

Dr. Martijn Grieten: "De graduele opbouw met volledige bestaffing zal hopelijk gerealiseerd zijn tegen eind 2026. We moeten de mensen hiervoor inderdaad nog aantrekken en de nieuwe systemen nog opzetten."

Dr. Pieter Jan Van Asbroeck: "We hebben in ZOL een groot en populair opleidingscentrum voor urgentieartsen. Mijn voorganger prof. dr. Pascal Vanelderden was stagemeester van 12 urgentieartsen. Vanaf augustus 2025 zal ik die rol overnemen. Veel assistent-artsen die bij ons opgeleid worden, willen graag nadien bij ons komen werken."

"We hebben ook een sterke link met de Kritieke Diensten. De samenwerking



heeft veel voordelen voor de opvang van patiënten met zware en dringende pathologie. We kunnen majeure interventies uitvoeren op Spoedgevallen en vlot doorverwijzen naar het operatiekwartier en Intensieve Zorgen. En we zijn trots op de prestatie waarmee patiënten met een beroerte via medische beeldvorming kunnen doorstromen naar interventionele radiologie."

Dr. Martijn Grieten: "Spoedgevallen is een belangrijk onderdeel van het ziekenhuis. Elke medische dienst is betrokken partij en heeft baat bij een goed werkende Spoedgevallendienst. Vandaar dat van iedereen een zeer goede samenwerking wordt verwacht. Dit principe hebben we mee opgenomen in de nieuwe missie en visie."

Ook de instroom van patiënten moet verminderen om de Spoedgevallendienst te ontlasten. Hoe willen jullie dit aanpakken?

Dr. Martijn Grieten: "We hebben in ZOL een speciaal e-mailadres gecreëerd voor huisartsen om raadplegingen aan te vragen op de medische diensten voor patiënten met semi-dringende pathologie. Het gaat hierbij om patiënten die binnen de drie dagen moeten gezien worden. Zo hoeven zij zich niet aan te bieden via de dienst Spoedgevallen."

Dr. Pieter Jan Van Asbroeck: "Wij vragen een bindend triagesysteem waarbij patiënten die niet op Spoedgevallen horen, verder kunnen doorverwezen worden naar de juiste zorgverlener. Op dit moment kan dit om medico-legale redenen niet. Het is de federale overheid die een dergelijk bindend triagesysteem onafhankelijk van de toegangspoort moet mogelijk maken. Maar tot dusver hebben zij hierover nog geen standpunt ingenomen."

Ander probleem waar jullie al een tijd op botsen is de huidige infrastructuur van de dienst. Deze is te klein en niet aangepast aan de drukke werkzaamheden.

Dr. Martijn Grieten: "We hebben een VIPA-dossier ingediend waarin een volledige nieuwbouw voor Spoedgevallen is opgenomen. In tussentijd zullen we de huidige infrastructuur aanpassen."

“

“Spoedgevallen is een belangrijk onderdeel van het ziekenhuis. Elke medische dienst is betrokken partij en heeft baat bij een goed werkende Spoedgevallendienst. Vandaar dat van iedereen een zeer goede samenwerking wordt verwacht.”

dr. Martijn Grieten,
medisch directeur

Met een relatief kleine verbouwing kunnen we acht behandelboxen bij creëren. We zullen ook zorgen voor een betere scheiding tussen de boxen en de andere werkplaatsen. Maar ook tussen de ruimtes voor patiënten en het personeels- en artsengedeelte.”

Tot slot: wat gaat er voor de patiënten veranderen door de hervormingen?

Dr. Pieter Jan Van Asbroeck: “Ze zullen sneller geholpen worden en minder lang op Spoedgevallen moeten blijven. Onze wachttijden zijn de laatste tijd gedaald ondanks toenemende patiëntenaantallen, en zijn zeker goed in vergelijking met andere Spoedgevallendiensten. Maar met de nieuwe aanpak zullen we onze efficiëntie nog verder kunnen verbeteren.” ■



Kernteam gendercentrum: Ann Eben, seksuoloog; dr. Kirsten Stinkens, coördinerend arts en endocrinoloog; Katrien Eerdekens, coördinator en logopedist.



Gendercentrum erkend door RIZIV

Het Gendercentrum van ZOL werd op 1 januari erkend door het RIZIV binnen de conventie voor genderzorg. Endocrinoloog en coördinerend arts dr. Kirsten Stinkens is zeer verheugd met de erkenning. Het is een mooie beloning voor al het harde werk en inspanningen die ons team de afgelopen jaren heeft verricht. Door de erkenning wordt nu de psychosociale begeleiding binnen ons gendercentrum grotendeels terugbetaald. Hetgeen voor personen die worstelen met hun genderidentiteit uitermate belangrijk is. De drempel om hiervoor begeleiding te zoeken, wordt hierdoor immers verlaagd.

Naast het gendercentrum van ZOL werden ook de centra in Antwerpen (ZAS), Brussel (Erasmus-ziekenhuis) en Sint-Niklaas (VITAZ) erkend. De centra van UZ Gent en CHU Luik hadden al een erkenning.

In de conventie is er enkel een tussenkomst voorzien voor de psychosociale begeleiding van personen met genderdysforie in gespecialiseerde centra. De conventie voorziet geen tussenkomst voor ingrepen of consultaties bij endocrinologen, chirurgen of psychiaters. Deze vallen onder de reguliere ziekteverzekering, waarbij het persoonlijk aandeel kan variëren.

Gendercentrum ZOL

Het Gendercentrum in ZOL heeft van bij het begin in 2021 een vliegende start gekend. Mensen met genderdysforie kunnen er terecht voor een hormoonbehandeling maar ook artsen van disciplines zoals onder andere plastische heelkunde, gynaecologie, mond-, kaak- en aangezichtschirurgie (MKA), keel-, neus- en oorheelkunde (KNO) en urologie hebben zich intussen gespecialiseerd in de specifieke zorg voor deze populatie.

Dr. Kirsten Stinkens: "Als endocrinoloog start ik de hormoonbehandeling op, maar ook de juiste psychosociale begeleiding en de samenwerking met stemtherapeuten, de fertilitetskliniek, urologen en (plastisch) chirurgen gebeurt in ZOL. We bieden eigenlijk alle nodige begeleiding en behandelingen aan. Dankzij de multidisciplinaire aanpak van het team van specialisten hoeven patiënten niet doorverwezen te worden naar andere centra voor

bepaalde behandelingen. Enkel voor een geslachtsoperatie verwijzen we voorlopig nog door."

Psychosociale begeleiding

De psychosociale begeleiding van trans personen is erop gericht de genderidentiteit en eventuele genderdysforie te exploreren en bereidt patiënten voor op een volledig geïnformeerde beslissing met betrekking tot eventuele medische interventies. En ook tijdens de medische transitie blijft begeleiding aangewezen. Sommige trans personen hebben een gecompliceerde relatie met hun lichaam, en wanneer genderidentiteit, lichaam en genderrol niet overeenkomen kan een seksuologische begeleiding hierbij helpen.

Dr. Kirsten Stinkens: "Zeker niet alle personen die een transitie ondergaan, kiezen voor hormoontherapie of een chirurgische ingreep. Het is heel belangrijk om samen de tijd te nemen om te zoeken naar wat een patiënt nodig heeft om zichzelf te kunnen zijn. Soms volstaat psychosociale hulp, soms zijn er ook medische stappen nodig om het lichaam meer in lijn te brengen met de genderidentiteit."

"Het profiel van de patiënten is erg divers. We zien jongvolwassenen die worstelen met hun genderidentiteit. Daarnaast melden zich heel wat 45-plussers aan, die na jaren eindelijk de stap durven te zetten. Ik druk mijn patiënten steeds op het hart om geduldig te zijn. Je kan hier niet binnenwandelen en verwachten dat je de volgende dag als man of vrouw weer naar buiten stap. Een transitie heeft tijd nodig." ■

Meer info:

www.zol.be/gendercentrum

TEAM GENDERCENTRUM

Dr. Kirsten Stinkens
Endocrinologie

Katrien Eerdeken
*coördinator gendercentrum
en stemtherapeut*

Ann Eben
*klinisch seksuoloog
en case-manager*

Anne Jans en Eliene Wils
klinisch psycholoog

Sarah Vermeulen
maatschappelijk werkster

Dr. Griet Laureyns
Keel-, Neus- en Oorziekten

Dr. Olivier Beckers
*Mond-, Kaak- en
Aangezichtsheelkunde*

Dr. Nathalie Dhont en
dr. Jean-Christophe Schobbens
Gynaecologie

Dr. Thomas De Sutter
Urologie

Dr. Bob Vermeulen en
dr. Michelle Ryx
Plastische Heelkunde

Dr. Arnout Carpels
Psychiatrie

“

“Echografie wordt al heel lang door radiologen gebruikt voor diagnostiek. Maar echografie is ook een heel toegankelijke techniek voor aan het bed wanneer je snelle, klinische beslissingen moet nemen.”

Dr. Ruben Haesendonck,
urgentiearts



dr. Ruben Haesendonck en
dr. Imre Van Herreweghe



Tijdens het symposium vonden verschillende workshops plaats.

“Bedside echografie is game-changer bij behandeling van levensbedreigende aandoeningen”

Point-of-Care Ultrasound (POCUS) wint steeds meer aan belang waar snel klinische beslissingen moeten genomen worden. Binnen de Kritieke Diensten van ZOL is veel expertise op dit vlak. Op 14 december organiseerden dr. Ruben Haesendonck en dr. Imre Van Herreweghe een POCUS Congres in ZOL voor volle zalen. Urgentieartsen, intensivisten en anesthesisten maar ook huisartsen e.a. volgden de plenaire lezingen en de workshops. Tijdens het congres werden er uiteenzettingen gegeven door experts uit België, Nederland, het Verenigd Koninkrijk en Griekenland.

Urgentiearts dr. Ruben Haesendonck en anesthesist dr. Imre Van Herreweghe zijn beiden experts in POCUS. Dr. Haesendonck is al drie jaar voorzitter van de Belgian Emergency Ultrasound Society, een organisatie die POCUS promoot binnen de urgentiegeneeskunde. Dr. Van Herreweghe deed zijn ervaring onder andere op in Toronto en voorziet ook het POCUS programma van The New York School of Regional Anesthesia (NYSORA) dat zich richt op anesthesisten en intensivisten.

Samen dekken ze Spoedgevallen, Intensieve Zorgen en het Operatiekwartier. Dr. Ruben Haesendonck: “Dat is onze sterkte. Het leek ons interessant om de krachten te bundelen en zo een breed publiek van experts en deelnemers op dit congres aan te spreken.”

Dr. Imre Van Herreweghe: “Omdat we alle Kritieke Diensten betrekken, brengen we een sterk verhaal.”

De Kritieke Diensten in ZOL zetten sterk in op opleiding. Zijn ondertussen deze artsen in ZOL allemaal opgeleid?

Dr. Imre Van Herreweghe: “Dr. Haesendonck focust zich op de assistenten en artsen van Spoedgevallen. Ikzelf ben bezig met opleiding binnen het Operatiekwartier.”

Dr. Ruben Haesendonck: “Wij hebben onlangs nog het nationaal examen POCUS in urgentiegeneeskunde in ZOL



georganiseerd. We doen dat samen met onze partners van verschillende universiteiten, wat zorgt voor veel kruisbestuiving. Voor het examen slagen is intussen ook een vereiste voor de opleiding Urgentiegeneeskunde in meerdere Vlaamse universiteiten."

Waarom is echografie zo'n hot topic binnen de kritieke diensten?

Dr. Ruben Haesendonck: "Echografie wordt al heel lang door radiologen gebruikt voor diagnostiek. Maar echografie is ook een heel toegankelijke techniek voor aan het bed wanneer je snelle, klinische beslissingen moet nemen. Verder gebruiken we dit ook voor procedures zoals bijvoorbeeld vasculaire toegang voor het plaatsen van een katheter."

"Hier op Spoedgevallen maken wij er zeker gebruik van, vooral om levensgevaarlijke aandoeningen uit te sluiten bij patiënten die 'onstabiel' binnenkomen. We doen bij hen geen uitgebreid onderzoek van de buik, maar kijken of er bijvoorbeeld een grote bloeding, spanningspneumothorax of een rupturerend aneurysma is. Dit gebeurt bedside met het echografietoestel, zonder dat we met de patiënt naar de CT moeten

gaan, want op zo'n moment heb je daar niet steeds de tijd voor."

Waarvoor zetten jullie POCUS in op Intensieve Zorgen en in het operatiekwartier?

Dr. Imre Van Herreweghe: "Ook in het operatiekwartier zijn er vele toepassingen. Een infiltratie van de plexus brachialis bij schouderingrepen, bijvoorbeeld om postoperatieve pijn te verminderen, kan een diafragmaparese veroorzaken. Via een echo kunnen we dit onmiddellijk uitsluiten. Dr. Frederic Polus, die ook in ZOL is opgeleid, lichtte dit toe op het congres."

"Een ander voorbeeld is de echografie van de maag die we doen bij een patiënt die met spoed geopereerd moet worden. Als we de luchtwegen beveiligen, is het immers belangrijk om de maaginhoud te kennen. Nog een voorbeeld: als er een kritiek event plaatsvindt bij een patiënt in de ontwaakruimte van het operatiekwartier, moeten we snel de oorzaak zoeken en is er vaak geen tijd om de patiënt te transfereren voor een diagnostisch onderzoek."

"Dit geldt ook voor Intensieve Zorgen.

Als een patiënt medicatie nodig heeft om zijn bloeddruk op peil te houden, kan echografie ons helpen om het klinisch beleid te sturen. Dit kan door een echo van het hart, de longen en de grote bloedvaten uit te voeren. Op basis daarvan nemen we klinische beslissingen. Een ander voorbeeld is het gebruik van Transcranial Doppler (TCD) zoals uiteengezet door collega dr. Xavier Willaert, waar een snelle, niet-invasieve, realtime meting ter hoogte van de schedel helpt bij het diagnosticeren van vasospasme na subarachnoïdale bloedingen."

Heeft het gebruik van POCUS een grote impact op de medische praktijk?

Dr. Imre Van Herreweghe: "Je kunt onze werkwijze niet vergelijken met die van de radioloog. Wij doen geen diagnostiek; onze bevindingen hebben impact op de directe kliniek. Vroeger beschikten we enkel over een stethoscoop om naar de patiënt te luisteren. Echografie maakt het mogelijk om met behulp van geluidsgolven gedetailleerde beelden van interne lichaamsstructuren te zien. Intussen is het inderdaad een onmisbaar hulpmiddel geworden."

Dr. Ruben Haesendonck: "Het is daar-



Tijdens het symposium vonden verschillende workshops plaats.

om dat POCUS zo leeft. Omdat het voor velen heel duidelijk wordt dat POCUS een gamechanger is, zeker voor levensbedreigende aandoeningen."

"Onlangs kwam er een extreem instabiele patiënt met uitgesproken buikpijn bij ons binnen op Spoedgevallen. Met de bedside echografie konden we al snel heel duidelijk een abdominaal aneurysma zien, wat levensbedreigend is. Die man is toen onmiddellijk naar het operatiekwartier gebracht en door de vasculair chirurg geopereerd. Zijn overlevingskansen waren beperkt, maar omdat we snel konden optreden, is hij hersteld en na een tiental dagen zelf het ziekenhuis uitgewandeld, naar huis. Met bedside-echografie kunnen we echt een heel groot verschil maken."

Wat heeft u zelf toegelicht op het congres?

Dr. Ruben Haesendonck: "Ik gaf een lezing over oculaire POCUS. Soms zien we op Spoedgevallen patiënten met een spontane blindheid aan één kant. Met echografie kun je op minder dan een minuut tijd, bedside, het oog visualiseren. Zo kun je gevaarlijke letsels, zoals bijvoorbeeld een retinaloslating, al heel snel herkennen. En voorkomen dat de patiënt tijd verliest omdat hij

anders eerst naar een ambulante oog-arts wordt gestuurd. De netvlieschirurg van wacht kan onmiddellijk opgebeld worden en de patiënt kan intussen al een bloedafname krijgen en voorbereid worden op de anesthesie. En dat maakt een verschil, want je hebt maar een aantal uren de tijd om een retinaloslating chirurgisch te behandelen en permanent verlies van gezichtsvermogen te voorkomen."

Dr. Imre Van Herreweghe: "In ZOL hebben we veel expertise in huis op het vlak van POCUS. We wilden daar iets mee doen. Vandaar onder andere de organisatie van dit congres. Dat er zoveel belangstelling was,

maakt dit verhaal nog meer bijzonder. We willen zoveel mogelijk mensen bewustmaken van het belang van POCUS voor een goede patiëntenzorg. Omdat we geloven dat het alleen maar belangrijker gaat worden in de toekomst." ■



"Vroeger beschikten we enkel over een stethoscoop om naar een patiënt te luisteren. Echografie maakt het mogelijk om met behulp van geluidsgolven gedetailleerde beelden van interne lichaamsstructuren te zien."

Dr. Imre Van Herreweghe
anesthesist

“We moeten meer awareness rond obesitas creëren”



Op 4 maart is het Wereld Obesitas Dag. Om meer awareness te creëren rond obesitas organiseert het obesitascentrum van ZOL het symposium ‘Samen tegen obesitas, van kindertijd tot volwassenheid’ met een programma voor huisartsen, patiënten, familieleden en geïnteresseerden. Dr. Wim Bouckaert, abdominaal chirurg, en dr. Anne Geurden, pediater, staan in voor de coördinatie: “Obesitas behandelen, kan gezondheidsproblemen op langere termijn voorkomen.”

Kinderobesitas

In april 2024 zijn jullie gestart met de conventie kinderobesitas. Hoe gaat het ermee intussen?

Dr. Anne Geurden, pediater: “We hebben een mooie start gemaakt. Sinds de opstart van het Pediatrisch Multidisciplinair Obesitas Centrum (PMOC) in maart 2024 zitten we aan ongeveer 100 patiënten die deelnemen aan het zorgtraject. De eersten komen intussen al voor verdere opvolging. Velen van hen hebben al goede stappen gezet richting een gezonder leven. We kijken hierbij niet alleen naar het gewichtsverlies maar ook naar een vermindering van de klachten. Als je kinderobesitas behandelt, kan je veel van de gevolgen op latere leeftijd voorkomen.”

Hebben jullie al een beeld van de populatie die bij jullie komt?

Dr. Anne Geurden: “Momenteel ontvangen wij voornamelijk aanmeldingen voor patiënten in de leeftijdscategorie van 8 tot 16 jaar. Het zorgtraject is echter opgezet voor kinderen met obesitas tussen de leeftijden van 2 en 18 jaar. Kinderen in deze leeftijdscategorie komen namelijk in aanmerking voor een tegemoetkoming in de opvolging.”

“Obesitas komt het vaakst voor bij kinderen uit bepaalde risicogroepen. Fac-

toren zoals socio-economische status, gezinsgeschiedenis en psychosociale factoren dragen bij aan een verhoogd risico op obesitas. Gezins- en omgevingsfactoren spelen dus een cruciale rol. Het aanpakken van deze factoren kan helpen om obesitas te voorkomen of te behandelen.

We lazen onlangs in de pers dat almaar meer heel jonge kinderen met overgewicht kampen. Hoe komt dit?

Dr. Anne Geurden: “Het is multifactorieel, je kan niet zeggen dat er maar één oorzaak is van obesitas. Onze omgeving is meer en meer obesogeen geworden. Ongezonde voeding is steeds gemakkelijker toegankelijk en wijdverspreid. Recente studies tonen aan dat maar liefst 90% van de middelbare scholen zich op wandellafstand bevindt van een fastfoodzaak of een winkel die ongezonde voeding verkoopt. Deze gemakkelijke beschikbaarheid van calorierijke, weinig voedzame producten vergroot het risico op obesitas.”

“En ook wat voldoende beweging betreft, loopt het vaak fout. Wie bezondigt zich niet aan te veel schermtijd? Ook kinderen zitten vaak uren per dag voor een scherm. Kinderen horen elke dag buiten

te spelen en actief te zijn. Maar ook een tuin of toegang tot veilige speelterreinen is niet voor iedereen beschikbaar.”

“Eetgewoontes veranderen ook. In eenoudergezinnen of wanneer beide ouders werken is er soms weinig tijd om gezond te koken. Een pizza in de oven steken is eenvoudiger dan zelf een maaltijd bereiden. Die bewerkte voedingsmiddelen bevatten meestal veel calorieën en weinig voedingsstoffen, wat bijdraagt aan overgewicht.”

Zijn de kinderen die naar jullie komen gemotiveerd om iets aan hun overgewicht en gezondheid te doen?

Dr. Anne Geurden: “Niet alle kinderen die bij ons komen zijn even gemotiveerd. Of soms zijn de kinderen enthousiast en is het voor de ouders moeilijker om zich mee aan te passen. Want wij behandelen niet alleen het kind, wij behandelen heel het hele gezin of de hele context.”

“En ja, er zijn ook heel veel individueel verschillende factoren. Het is belangrijk om samen met het team in te zetten op deze factoren en een behandeling op maat op te starten.”

Waarom organiseren jullie dit congres?

Dr. Anne Geurden: "We willen awareness rond obesitas creëren en het Pediatrisch Multidisciplinair Obesitas Team meer bekendheid geven. We richten ons op een gezondere levensstijl voor kinderen en proberen te voorkomen dat obesitas negatieve gevolgen heeft op de gezondheid van de kinderen. Vaak komt dat pas voor op volwassen leeftijd maar helaas niet altijd."

"Als we ervoor kunnen zorgen dat kinderen met obesitas een gezond gewicht hebben tegen dat ze volwassen zijn, zien we een groot deel van de medische gevolgen verdwijnen. Ik denk hierbij aan onder andere aan slagadervervetting ('aderverkalking' genoemd in de volksmond) en leververvetting of de pre-stadia ervan."

"We zien op de raadpleging voornamelijk kinderen met al beginnende insuline resistentie. Dit betekent dat er steeds meer insuline door het lichaam aangemaakt moet worden om de bloedsuikerspiegel te reguleren. En als dat steeds hoger wordt, kan het lichaam niet meer voldoen aan de vraag en krijgen de kinderen diabetes type 2. Op tijd ingrijpen en dit keren is uitermate belangrijk."

“

"Het merendeel van de kinderen krijgen hun eten, hun motivatie en hun stimulatie tot beweging van huis uit. Het maakt veel verschil als kinderen van jongs af aan leren genieten van een wandeling in het bos, een ritje met de fiets of sporten met de vrienden."

Dr. Anne Geurden,
pediater



Dr. Anne Geurden

Jullie zien de meer ernstige vormen van obesitas, de kinderen die al last hebben van co-morbiditeiten en complicaties?

Dr. Anne Geurden: "Inderdaad, dat is de voorwaarde om in de conventie te mogen instappen. Co-morbiditeiten die met obesitas gepaard gaan, zijn niet enkel metabole stoornissen zoals een verstoring van de suiker- en de vethuishouding."

"Inclusies gebeuren ook op basis van mentale of sociale factoren. Er zijn kinderen die gepest worden omwille van hun overgewicht. Of die geen goed zelfbeeld hebben, niet goed in hun vel zitten of last hebben van depressieve- of angststoornissen. Er zijn ook ouders die aangeven dat ze moeite hebben om de levensstijl aan te passen omwille van financiële, medische of andere redenen en dan zoeken we samen naar een oplossing."

"In de conventie gebeurt alles multidisciplinair. Het multidisciplinaire team bestaat uit de psycholoog, de diëtist, de kinesist, de coördinator en de kinderarts. Samen bespreken we de patiënt. Wat is het verhaal, wat vinden wij belangrijk, waar moeten we ons op richten, wat zijn de eerste behandelingsstappen, wat kan wachten voor

later? Want je kan op enkele weken tijd niet het eten, de tussendoortjes, het sporten en de schermtijd aanpakken. En bij sommigen moet je meer focus- sen op de psychologische behandeling omdat ze angst hebben om te bewegen bijvoorbeeld. Alle consultaties zijn in principe contextbehandelingen, dus met de ouders erbij."

Werken jullie nauw samen met de huisartsen? Ook zij zijn uitgenodigd op het symposium.

Dr. Anne Geurden: "Ja, het is de bedoeling dat wij doorverwijzingen krijgen van de perifere huisartsen of pediaters. Anders geraken vele kinderen niet tot bij ons. Bij ons treffen we ze eerder 'toevallig', als ze voor iets anders komen. Want de meeste kinderen met obesitas hebben gelukkig nog geen klachten en voelen zich goed."

"Maar dat betekent niet dat er zich onderhuids niet bepaalde aandoeningen kunnen ontwikkelen. En dan moet je er toch op tijd bij zijn. Denk bijvoorbeeld aan insulineresistentie. Patiënten voelen of zien dit niet. De kinderen krijgen wel donkere huidverkleuringen (acanthosis nigricans genoemd) in de huidplooiën maar merken dat zelf

meestal niet op en ze voelen zich ook nog goed. Kunnen wij dit tijdig diagnosticeren, dan is dit nog omkeerbaar en kan de ontwikkeling van diabetes voorkomen worden."

"De doorverwijzers spelen ook een belangrijke rol voor de aanvraag van een tegemoetkoming van het zorgtraject. De nodige documenten dienen ook door hen ondertekend te worden."

De context van het kind is heel belangrijk?

Dr. Anne Geurden: "Ik volg een meisje van 17 op dat al zelfstandig woont. Daar zijn de ouders niet meer bij. Maar het merendeel van de kinderen krijgen hun eten, hun motivatie en hun stimulatie tot beweging van huis uit."

"Het maakt veel verschil als kinderen van jongs af aan leren genieten van een wandeling in het bos, een ritje met de fiets of sporten met de vrienden. Ook daarom moet je de ouders er altijd bij betrekken."

Krijg je feedback van de kinderen over hoe zij de begeleiding ervaren?

Dr. Anne Geurden: "Ik vraag aan alle

kinderen die bij mij terugkomen wat ze van de begeleiding vinden, wat goed gaat, wat niet goed gaat en hoe ze zich voelen."

"Het is wat fifty-fifty, denk ik. Ik heb er een paar met wie het goed gaat. Die goede resultaten halen en daar heel blij mee zijn. Veel hangt af van de inspanning van de patiënt en de omgeving."

"Ik heb ook kinderen die hun draai nog niet gevonden hebben. Ze hebben in verhouding nog geen gewicht verloren, maar wel al minder klachten, betere bloedresultaten en een betere conditie. Voor hen kan ik alleen maar hard blijven supporteren. Belangrijk is ook dat kinderen nog in de groei zitten waardoor gewichtsbehoud vaak ook al voldoende is om een betere BMI te bekomen."

"Er is ook een kleiner percentage kinderen voor wie het niet lukt of die misschien nog wat meer tijd nodig hebben. Als ze 18 jaar worden tijdens het traject, stopt de pediatrische conventie maar verwijzen we ze door naar de obesitas-kliniek voor volwassenen."

Over welke ontwikkelingen binnen de obesitaszorg voor kinderen bent u enthousiast?

Dr. Anne Geurden: "De ontwikkelingen op het vlak van medicatie zijn veelbelovend. Maar er is nog niet voldoende onderzoek naar gedaan, ook niet wat betreft effecten op lange termijn. Bij volwassenen zien we enkel goede resultaten op korte termijn, tijdens het gebruik hiervan, maar is er ook een groot risico op herval na stopzetting."

"Voorlopig is er ook nog geen terugbetaling voor kinderen in België. Ik krijg hier wel al vragen over. Ik hoop dat medicatie in de toekomst een onderdeel kan zijn van het geheel, naast een gezonde levensstijl met beweging en gezonde voeding, want dit blijft uiteindelijk het belangrijkste."

"Uiteraard zijn we ook blij met de erkenning van de PMOC-centra (Pediatrisch Multidisciplinair Obesitascentrum) in België, zodat er tenminste geen financiële drempel meer moet zijn voor de gezinnen om obesitas bij kinderen multidisciplinair te behandelen."

“

"Een bariatrische ingreep is een hulpmiddel maar geen wondermiddel. Vaak heeft de eigen inbreng van de patiënt rond beweging, gezonde voeding en het innemen van de noodzakelijke vitamines een heel groot aandeel in het succes."

Dr. Wim Bouckaert,
abdominaal chirurg

Volwassenobesitas

Vanwaar een symposium over obesitas voor het grote publiek?

Dr. Wim Bouckaert: "Op Wereld Obesitas Dag willen we obesitas in de belangstelling brengen, want dit wordt een steeds groter probleem, met elk jaar meer extremen."

Ik denk dan bijvoorbeeld aan een 14-jarige patiënt met een BMI van 40 die zich recent aanmeldde via het Pediatrisch Multidisciplinair Obesitas Team."

"Mensen beseffen vaak niet dat obesitas niet zonder gevaar is. Wij willen hen meer awareness bijbrengen: wat is obesitas, wat zijn de oorzaken en de gevolgen? Velen denken dat ze ondanks hun overgewicht nog oké zijn: "Maar ik voel me toch goed". En inderdaad, dat kan. Maar dan ontwikkelen ze slaapapneu, hoge bloeddruk, hart- en vaatziekten en

diabetes type 2. We zien meer en meer jonge mensen met dit soort problemen en een almaar hogere BMI."

"Limburg heeft het hoogste percentage mensen met obesitas in België. Hoogstwaarschijnlijk is dit gekoppeld aan de sociaal-economische situatie van deze regio. Hier is dus zeker nood aan goede obesitaszorg."

Obesitas is een actueel topic. De kranten staan vol met beloftes over onder andere Ozempic. Welk heil kan medicatie brengen?

Dr. Wim Bouckaert: "Met een spuitje alleen kom je er niet. Zeker de helft van de mensen die zich vandaag bij ons aanmeldt, vermeldt dat ze Ozempic geprobeerd hebben. En toen ze ermee gestopt zijn, zijn ze opnieuw bijgekomen."

"Bovendien zullen ze een lager metabolisme hebben, omdat ze door snelle gewichtsafname spiermassa verloren zijn. Dit leidt tot het gekende jojo-effect. Dit is niet zonder gevaar. Bovendien is de kostprijs van deze medicatie hoog, omdat er geen terugbetaling is voor de behandeling van obesitas."

Is dat niet ook een beetje de mentaliteit: geef me maar een pilletje?

Dr. Wim Bouckaert: "Mensen externaliseren hun probleem. Ze denken: het zijn mijn hormonen, het zit in de familie, ik heb fibromyalgie, ik neem de pil... En inderdaad, sommige medicaties bijvoorbeeld, hebben impact. Maar je moet de balans juist zien. En wat genetische belasting betreft: minder dan 1 procent van de bevolking heeft een genetische ziekte die aanleiding geeft tot ernstige obesitas."

Hoe snel kunnen mensen met obesitas bij jullie terecht?

Leen Van Lierop: "Mensen die zich aanmelden, kunnen volgens de huidige wachttijden binnen de drie maanden op intakegesprek komen. Tijdens dit gesprek wordt vastgesteld of de patiënt effectief obesitas heeft ($>BMI$ 30kg/m²) en wordt gekeken of een multidisciplinaire aanpak noodzakelijk is, of dat een verwijzing naar de eerste lijn voldoende is."

Leen Van Lierop
en dr. Wim Bouckaert



"Indien er een indicatie is voor een multidisciplinaire behandeling kan vanaf de intake het traject worden opgestart. Als er bijkomende onderzoeken moeten gebeuren, zoals bijvoorbeeld een slaaponderzoek, dan worden die in gang gezet."

Wat zijn de slaagkansen van een obesta-traject?

Leen Van Lierop: "Dat is een beetje afhankelijk van de eigen inspanningen van de patiënt, het startgewicht en wat de patiënt al dan niet geprobeerd heeft in het verleden. Wanneer een BMI hoger is dan 35, dan zijn de slaagkansen voor een conservatieve behandeling zeer laag, dat blijkt uit de literatuur."

Dr. Wim Bouckaert: "We stellen dan de vraag of we niet beter naar de 'grovere middelen' grijpen om het probleem op te lossen. Ja, en dan verschieten ze. Want ze lezen natuurlijk in de kranten of bij dokter Google dat de operaties ook niet zonder risico's zijn. Bovendien zijn begeleiding en opvolging nadien noodzakelijk."

"Een bariatrische ingreep is een hulpmiddel maar geen wondermiddel. En

heel vaak heeft de eigen inbreng van de patiënt rond beweging, gezonde voeding en het innemen van de noodzakelijke vitamines een heel groot aandeel in het succes. Wie goed begeleid wordt en de adviezen goed opvolgt, heeft een grote kans op een goed resultaat. Wie opvolging afwimpelt, zal wellicht falen en opnieuw bijkomen. Obesitas is een chronische ziekte waarvan je niet geneest."

Ook de kostprijs van het traject is niet te onderschatten?

Dr. Wim Bouckaert: "De behandeling is maar gedeeltelijk terugbetaald. Sommige hospitalisatieverzekeringen komen ook voor een stukje tussen, maar het is sowieso niet goedkoop en vaak uit eigen zak te betalen. En gezien een groot deel van onze populatie mensen zijn die het niet breed hebben, is die hoge kostprijs niet evident."

"Nochtans is de ingreep heel belangrijk voor deze mensen hun gezondheid. En dus ook een beetje een investering voor de overheid. Heel veel mensen kunnen na een ingreep immers stoppen met hun diabetesmedicatie, met CPAP-toestellen en met antihypertensiva. Onze gezondheidszorg focust zich

op het behandelen van de gevolgen van obesitas, maar voor preventie is er nauwelijks budget. Ik pleit voor een conventie voor de behandeling van obesitas bij volwassenen. Voor kinderen werd dit in het afgelopen jaar al in het leven geroepen."

Waaruit bestaan de kosten tijdens een obesitastraject?

Dr. Wim Bouckaert: "Zowat zestig percent van de materialen voor een bariatrische ingreep zijn ten laste van de patiënt. Maar het grootste deel van de kosten zit bij de paramedische zorg, die in België nog steeds onvoldoende terugbetaald wordt. Nochtans is begeleiding door de diëtist, kinesist en psycholoog hier noodzakelijk. Onze patiënten hebben een lange weg af te leggen."

Leen Van Lierop: "Mensen die zich bij ons aanmelden, zijn bijvoorbeeld vaak al bij verschillende diëtisten en andere zorgverleners geweest. En hebben zo ook al veel verschillende adviezen gekregen. Daarom is het moeilijk voor hen om door het bos nog de bomen te zien."

"Wij proberen eenduidig advies te geven, op wetenschappelijke basis. We vertrekken van wat gepubliceerd wordt in de literatuur, zodat patiënten een duidelijke leidraad hebben. Diëten werken niet op lange termijn. We weten dat alles wat tijdelijk is, leidt tot het jojo-effect."

"Het enige dat werkt, is gedragsverandering naar een gezond, voedzaam eetpatroon. Dit advies geldt trouwens voor iedereen en is op lange termijn ook het gemakkelijkste om vol te houden."

Welke resultaten kunnen jullie na vijf jaar werking voorleggen?

Dr. Wim Bouckaert: "We bieden een multidisciplinaire aanpak voor een conservatief en een chirurgisch traject. Ik ben trots op het degelijke werk dat wij als multidisciplinair team afleveren. Onze resultaten zijn conform de internationale norm voor obesitasbehandeling. Gemiddeld verliezen onze patiënten na een ingreep – bypass, sleeve en secundaire ingrepen samen – 50-55% van hun overgewicht. Voor-

waarden hierbij zijn correcte indicatie, voorbereiding en opvolging."

"Maar onze patiënten zullen levenslang inspanningen moeten blijven doen. We zien heel regelmatig patiënten die tien jaar geleden een bypassoperatie gehad hebben. Ze melden zich bij ons aan met een hoger gewicht dan bij hun eerste ingreep. En dat is een groot probleem, want voor hen zijn er niet veel opties meer. Een nieuwe ingreep met een maagring kan nog zorgen voor 10% overgewichtverlies. Maar dat is opslapwerk en heel wat minder dan die 50-55% die we nastreven."

Wat kunnen mensen verwachten tijdens het symposium op 4 maart?

Leen Van Lierop: "We beginnen met een algemene, plenaire sessie. Mijn collega en ik zullen uitleggen waar we in het obesitascentrum mee bezig zijn. En waarom het belangrijk is dat we vandaag meer awareness creëren rond obesitas. Daarna worden de groepen opgesplitst in geïnteresseerden voor volwassenen- en kinderoberitas."

"Bij de volwassenen leggen we de focus op onze werking. Wat houden de conservatieve en de heelkundige behandelingen in? Waarom kiezen voor het ene of voor het andere? Tijdens workshops laten we zien hoe je je bij ons kan aanmelden en tonen we wat we doen. Ook vragen stellen, zal mogelijk zijn."

Ook huisartsen zijn welkom. Wat is er interessant voor hen?

Dr. Wim Bouckaert: "Huisartsen zijn belangrijke partners en de verwijzers van de patiënten. Maar we merken dat er bij hen nog altijd veel onwetendheid is over obesitas en over onze wer-

king. Omdat we uiteraard begrijpen dat zij niet allemaal aanwezig kunnen zijn, zullen we de sessies tijdens het symposium ook opnemen en op onze website plaatsen." ■

“

"Wij proberen eenduidig advies te geven, op wetenschappelijke basis. We vertrekken van wat gepubliceerd wordt in de literatuur, zodat patiënten een duidelijke leidraad hebben."

Leen Van Lierop,
obesitascoördinator en diëtist

SYMPOSIUM

Samen tegen obesitas, van kindertijd tot volwassenheid

• Wanneer?

Dinsdag 4 maart
van 19 tot 21.30u.

• Waar?

Aula en vergaderzalen G –1
ZOL Genk, campus Sint-Jan

• Contact?

Leen.vanlierop@zol.be en
sophie.breemans@zol.be

• Inschrijven

verplicht via:
<https://forms.office.com/e/gJGdFng3uJ>



Meer info over het obesitascentrum:
www.zol.be/obesitascentrum



HET HAVIKSOOG

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

Predictie van postoperatieve infecties met het Periscope-algoritme

De studie presenteert de ontwikkeling en validatie van het PERISCOPE-model. Dit artificiële intelligentiesysteem voorspelt onmiddellijk na de operatie het optreden van postoperatieve infecties tussen 7 en 30 dagen. Het onderzoek vond plaats in drie ziekenhuizen, waaronder Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL), en richtte zich op het verbeteren van vroegtijdige detectie van infecties, om patiëntenzorg te optimaliseren en complicaties te voorkomen.

Belangrijkste bevindingen:

1. Voorspellende kracht van PERISCOPE:
 - Het model maakt gebruik van patiëntgegevens uit elektronische patiëntendossiers (EPD's) en toont een uitstekende discriminatieve nauwkeurigheid en kalibratie.
 - Het PERISCOPE-model kon in ZOL de hoogste AUROC-score bereiken (0,91 voor 30-dagen voorspellingen), wat wijst op de betrouwbaarheid van het

model in het detecteren van infectierisico's.

2. Lokale factoren ("domain shifts"):
 - Verschillen in patiëntpopulaties, zorgpaden en dataverzameling beïnvloeden modelprestaties. Lokale updates van het model verbeterden de nauwkeurigheid en klinische bruikbaarheid aanzienlijk, wat de noodzaak van site-specifieke validatie en aanpassing benadrukt.
3. Resultaten van ZOL:
 - ZOL (Ziekenhuis C) rapporteerde de laagste incidentie van postoperatieve infecties (4% binnen 30 dagen), ondanks een uitgebreide en gevoelige detectiemethode. Deze omvatte het monitoren van antibioticagebruik, expliciete registratie van infecties en chirurgische herinterventies.

De studie concludeert dat PERISCOPE niet alleen een waardevolle voorspeller is voor postoperatieve infecties, maar ook een model biedt dat kan worden

aangepast aan lokale omstandigheden. Dit maakt het geschikt voor gebruik in diverse klinische settings, met een potentieel om zorguitkomsten en kosten te verbeteren. ■

Bron: *Lancet Reg Health Eur.* Vol 49 February, 2025

Development and validation of artificial intelligence models for early detection of postoperative infections (PERISCOPE): a multicentre study using electronic health record data.

Siri L. van der Meijden, Anna M. van Boekel, Laurens J. Schinkelshoek, Harry van Goor, Ewout W. Steyerberg, Rob G. H. H. Nelissen, **Dieter Mesotten**, Bart F. Geerts, Mark G. J. de Boer, M. Sesmu Arbous; a on behalf of the PERISCOPE Group.



Hartcentrum krijgt kwaliteitslabel voor de behandeling van hartfalen

Het hartcentrum van ZOL is geaccrediteerd als Advanced Quality of Care Centre door de Europese Heart Failure Association. Het kwaliteitslabel heeft betrekking op het hele gamma van hartfalen, inclusief indicatiestelling voor harttransplantatie en mechanische implantaten van de bloedsomloop, aldus dr. Matthias Dupont, cardioloog hartfalen en medisch diensthoofd.



Evert Luwel, dr. Sebastiaan Deckx, Hilde Theunissen, dr. Wilfried Mullens, Nathalie Lahousse, dr. Petra Nijst, dr. Matthias Dupont, Petra Gerarts, dr. Pieter Martens, Veerle Kockaerts
Ontbreken op de foto: Wendy Ceyssens en Jan Vercammen

Dr. Matthias Dupont: "Bij dit programma hoort een registratieopdracht. Een 100-tal patiënten die toestemmen via een informed consent zullen worden geïncorporeerd in een Europese database. Om uiteindelijk internationale vergelijkingen te kunnen maken met betrekking tot onder andere zorg en medicatie."

Nieuw is ook dat de overheid vanaf 1 januari 2025 terugbetaling voorziet voor telemonitoring voor hartfalenpatiënten.

"Telemonitoring doen wij al jaren. Dat de overheid dit nu ook gaat terugbetalen, is een erkenning van de kwaliteit die wij leveren. Door een goede organisatie van de zorg voor mensen met hartfalen kunnen we in ZOL het aantal hospitalisaties terugdringen en zo kostenbesparend zijn. Deze hartfalenzorg is multidisciplinair georganiseerd met gespecialiseerde verpleegkundigen, een revalidatieteam, een diëtist en een psycholoog. Maatschappelijk assistenten helpen de patiënt om eventueel het werk te hervatten."

Hartfalen is een ruim begrip voor heel wat verschillende cardiologische problemen?

"Bij hartfalen is het hart verzwakt waardoor het te weinig bloed rondpompt in het lichaam om alle organen goed te laten functioneren. Dit kan zijn door een infarct, hoge bloeddruk, drugs, een infectie, een ritmeprobleem of een klepprobleem."

"Hartfalen is een progressieve, chronische aandoening die voorkomt bij 2 percent van de bevolking. In Limburg gaat het om 20.000 patiënten. Het is

een aandoening die vooral voorkomt

bij de populatie van 60 tot 80 jaar maar soms ook jonger. Van de patiënten met hartfalen sterft 50 procent binnen de vijf jaar. Op die manier is hartfalen ernstiger dan de meeste kankers. Hartfalen kost het gezondheidsbudget 300 miljoen euro per jaar. Een groot deel van die kosten gaat naar hospitalisaties. Het is dan ook zeer belangrijk om die tot een minimum te beperken"

Hoeveel hartfalenpatiënten volgen jullie in ZOL?

"Wij volgen vier- tot vijfduizend patiënten met hartfalen. Die hebben niet allemaal evenveel opvolging nodig maar hierbij tellen we toch meer dan 3.000 patiënten met een implantaat. Via ons monitoringplatform krijgen we ongeveer 15 alarmen per dag. Soms zijn dit valse alarmen maar we bellen toch zeker de helft van deze patiënten op omdat ze een schok hebben gehad, hun toestel kapot is of omdat ze hun toenemende symptomen niet gemanaged krijgen thuis."

Hoe behandelen jullie hartfalen?

"Speerpunten in de opvolging van de hartfalenpatiënt in ZOL zijn telemonitoring en het werken met hartfalenverpleegkundigen. Onze hartfalenverpleegkundigen zijn zeer goed opgeleid. Zij slaan een brug tussen de arts en de patiënt en kunnen gebeld worden voor problemen met dieet, medicatie of andere klachten. Via de platformen waar de data van de telemonitoring binnenkomen, kunnen zij patiënten die achteruitgaan snel oppikken. Sommige problemen worden telefo-

nisch opgelost, indien nodig wordt de patiënt naar zijn huisarts of naar de raadpleging verwezen. Door snel in te spelen op problemen slagen we er vaak in om dure hospitalisaties te vermijden."

"Er is wetenschappelijke evidentie dat deze manier van werken goede resultaten geeft. Uit de literatuur weten we immers dat heropname voor hartfalen een frequent probleem is. 30% van deze patiënten lag vroeger na de eerste maand al opnieuw in het ziekenhuis en na een half jaar tijd was dit 50%. En dit vaak met hetzelfde medisch probleem. Dat is wat we willen vermijden met telemonitoring, naast de regelmatige opvolging op de raadpleging. Bovendien is er in de loop der jaren ook een hele weg afgelegd met nieuwe therapieën, medicaties, toestellen en pacemakers. Hierdoor is de prognose van hartfalen, zeker als je het op iets jongere leeftijd krijgt, fors verbeterd over de afgelopen tien tot twintig jaar."

"Maar een patiënt met hartfalen blijft een complexe cardiologische patiënt met de meest diverse problemen. Bovendien gaat het om een oudere populatie die naast hartfalen vaak ook andere chronische ziekten heeft die follow-up van dichtbij vragen en tot overlijden kunnen leiden."

Wat is er in de loop der jaren veranderd aan de therapie?

"Medicamenteuze therapieën zijn sterk verbeterd, ook voor patiënten die in decompensatie gaan. We hebben ook een hele weg afgelegd met therapieën, toestellen en pacemakers die de hartfunctie ingrijpend bijsturen of overnemen. En ook de stents, de beeldvorming en de invasieve ingrepen zijn heel wat verbeterd. We hebben nu zelfs een vijftiental patiënten met een mechanische hartpomp die bij ons in follow-up komen en dus niet meer naar UZ Leuven moeten als zich een probleem voordoet. Maar er is nog winst te boeken met een goede organisatie van de zorg voor mensen met hartfalen." ■



Hoe loco-regionaal herhal verminderen na bestraling of bestraling met chemotherapie voor hoofd-halskanker

PhD dr. Heleen Bollen, radiotherapeut

Probleemstelling

Hoofd- en halskanker (HHK) omvat verschillende soorten tumoren in de mond, keel, neus en speekselklieren. Wereldwijd is het een van de meest voorkomende vormen van kanker. In België kregen meer dan 2.500 mensen in 2021 deze diagnose.

Roken, alcoholgebruik en HPV-infecties zijn belangrijke risicofactoren. Vaak wordt de ziekte pas ontdekt als deze al gevorderd is, wat de behandeling complex maakt. Deze bestaat meestal uit een combinatie van chirurgie, bestraling en/of chemotherapie.

Hoewel nieuwe technologieën zoals intensiteits-gemoduleerde radiotherapie (IMRT) de behandeling preciezer maken, blijven er uitdagingen. Tumoren reageren niet altijd hetzelfde, en er is een risico op terugkeer van de ziekte, vooral binnen enkele jaren na de behandeling.

Onderzoeksstelling

In dit proefschrift werd onderzocht hoe we de behandeling van hoofd- en halskanker kunnen verbeteren door het verminderen van loco-regionaal recidief via nauwkeurigere delineatie, betere risicovoorspelling met behulp van functionele beeldvorming en de implementatie van innovatieve technieken zoals adaptieve radiotherapie en protontherapie.

Aanpak

Het onderzoek in dit proefschrift richt zich op drie grote vragen:

1. Voorkomen van herhal in de 'rand' van het behandelde gebied

Veel tumoren keren terug in de randen van het bestraalde gebied door foute inschattingen bij het afbakenen van de doelvolumes. Via een retrospectieve studie bij patiënten van KULeuven werd onderzocht hoe goed Belgische radiotherapeuten de richtlijnen voor delineatie volgen en hoe dit de kwaliteit en consistentie beïnvloedt.

Er werd een convolutioneel neurale netwerk (dit wil zeggen een netwerk-architectuur voor deep learning op basis van data) ontwikkeld om het

delineatieproces deels te automatiseren. Dit vermindert de variabiliteit tussen radiotherapeuten en bespaarde tijd.

Besluit: Door het opstellen van betere richtlijnen en het gebruiken van nieuwe technologieën zoals automatische beeldanalyse wordt geprobeerd de behandeling nog nauwkeuriger te maken.

2. Identificeren van patiënten met een hoog risico op radioresistentie.

Tumoren reageren niet allemaal even goed op de bestraling door hun biologische, genetische en moleculaire kenmerken. Geavanceerde beeldtechnieken zoals diffusie-gewogen MRI (DW-MRI) kunnen gebruikt worden om microstructuur van tumoren te analyseren en geven zo een inzicht in de eigenschappen van tumoren.

Besluit: DW-MRI kan helpen bij het selecteren van patiënten die baat hebben bij aangepaste behandelingen en kan een rol spelen in de prognose en opvolging.

3. Hoe kunnen behandelingen zoals adaptieve radiotherapie (ART) en protontherapie geoptimaliseerd worden?

Deze technieken passen de behandeling aan op veranderingen in het lichaam van de patiënt, waardoor ze nauwkeuriger en effectiever worden.

Anatomische veranderingen van de patiënt in de loop van de behandeling kunnen de nauwkeurigheid van de bestraling beïnvloeden. Om dit na te gaan werd een retrospectieve studie uitgevoerd naar anatomische veranderingen tijdens de behandeling van nasofaryngeale kanker. Op basis hiervan werden een aantal predictieve factoren geïdentificeerd die kunnen voorspellen of een patiënt deze bestralingstechnieken zal nodig hebben, namelijk het initiële gewicht en BMI, de doses op de speekselklieren, of de patiënt veel klieren had of chemo kreeg enzovoort.

Besluit: ART en PT bieden potentieel om de tumorcontrole te verbeteren en bijwerkingen te verminderen, maar vragen om duidelijke protocollen en verdere optimalisatie. ■

De PhD presentatie vond plaats op 13 november 2024 aan de KUL



“

“Wereldwijd is hoofd- en halskanker een van de meest voorkomende vormen van kanker.

In België kregen meer dan 2.500 mensen in 2021 deze diagnose. Hoewel nieuwe technologieën zoals intensiteits-gemoduleerde radiotherapie (IMRT) de behandeling preciezer maken, blijven er uitdagingen.”

Dr. Heleen Bollen,
radiotherapeut



Titel:

Means to reduce loco-regional recurrence following radiation treatment for head and neck cancer

Datum presentatie

en universiteit:

13.11.2024 KU Leuven

(Co)promotoren:

Promotor:

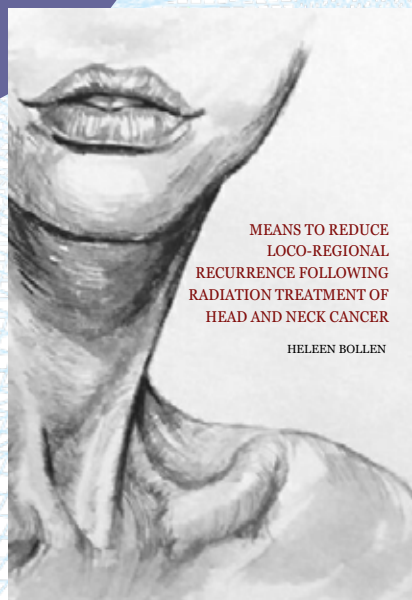
prof. dr. Sandra Nuyts

Co-promotoren:

prof. Frederik Maes

en prof. dr. Vincent

Vandecaveye



MEANS TO REDUCE
LOCO-REGIONAL
RECURRENCE FOLLOWING
RADIATION TREATMENT OF
HEAD AND NECK CANCER

HELEEN BOLLEN

Meer respect betekent minder agressie in het ziekenhuis

Sanne Hendriks, personeelsbegeleider // David Fransen, divisie manager

9 ENGAGEMENTEN VAN ZOL

Engagement #1:

Een duidelijke grens, voor iedereen

Engagement #2:

Nultolerantie en een veilige omgeving

Engagement #3:

Inzetten op preventie om te ontmoedigen

Engagement #4:

Investeren in een positieve meldcultuur

Engagement #5:

Rekening houden met persoonlijke grenzen

Engagement #6:

Ondersteuning bij meldingen en aangiftes

Engagement #7:

Nazorg, na elk incident

Engagement #8:

Een werkgroep die waakt over een veilige werkplek

Engagement #9:

Een commissie die evalueert en kan sanctioneren



Agressie en grensoverschrijdend gedrag horen niet thuis in ons ziekenhuis. Na een succesvolle sensibiliseringscampagne in 2023 werd er een nieuwe beleidsstrategie uitgewerkt. Concreet gaat ZOL 9 engagementen aan die laten zien waar ZOL als werkgever voor staat en hoe er wordt omgegaan met deze problematiek. Divisiemanager David Fransen leidt samen met personeelsbegeleider Sanne Hendriks de werkgroep Agressie.

Agressie en grensoverschrijdend gedrag zijn een toenemend probleem in ziekenhuizen en in de zorg in het algemeen. Een veilige werkomgeving is essentieel voor iedereen die in ZOL werkt. Daarnaast willen we ook dat medewerkers, maar ook patiënten en bezoekers zich gerespecteerd en gehoord voelen.

In de afgelopen jaren hebben we veel geleerd over agressie binnen de zorg. Na de COVID-19-pandemie zagen we een duidelijke stijging van het aantal incidenten. Enerzijds de strenge maatregelen, de verhoogde zorgbehoeften en anderzijds de verwachtingen van de maatschappij speelden hierin een grote rol. De incidenten waren ook intenser en hadden een grote impact op onze medewerkers.

Om zowel agressie en grensoverschrijdend gedrag alsook de mogelijke impact en gevolgen van dergelijk gedrag aan te pakken, hebben we een werkgroep opgericht met afgevaardigden uit alle geledingen van het ziekenhuis. Onze insteek focust op het belang van respect. Respect voor onze medewerkers en artsen maar tegelijkertijd ook voor onze patiënten en bezoekers. In een ziekenhuis werken we met mensen, en dat vraagt om een menselijke benadering.

We moedigen onze medewerkers aan om incidenten met agressie steeds te melden. Getriggerd en gestuurd vanuit de werkgroep werd het beleid 'wat na een incident?' op punt gezet. Zo werden onder andere de meldingsprocessen vereenvoudigd en snelle vervolgacties geïntroduceerd. Bij elke melding wordt een slachtoffer binnen de 48 uur door een medewerker van personeelsbegeleiding gecontacteerd, zodat slachtoffers voelen dat hun klacht serieus wordt genomen en dat ze op ondersteuning kunnen rekenen. We geloven sterk in het belang van nazorg. Na een incident willen we er zeker van zijn dat een slachtoffer ruimte krijgt om het incident te verwerken.

Onze werkgroep blijft continu evalueren wat wel en niet werkt. Agressie en grensoverschrijdend gedrag zijn immers complex, en er is geen 'one-size-fits-all'-oplossing. Zo werd er ook een permanente anti-agressie commissie geïnstalleerd. Deze commissie speelt een cruciale rol, omdat zij de incidenten op een diepgaand niveau doorlicht en waakt over de gepaste acties.

Nieuw is dat we ook nauw samenwerken met externe instanties zoals de politie. Als een medewerker, arts of patiënt een klacht wil indienen bij de politie, dan zorgen wij voor juridische en administratieve ondersteuning. Slachtoffers hoeven in eerste instantie hiervoor ook niet meer naar het politiebureau te gaan. Voor een eventueel verhoor worden ze wel nog uitgenodigd.

Naast het opvangen van incidenten, willen we ook gaan inzetten op preventie van agressie. We hebben ons beleid uitgebreid met preventieve maatregelen die agressie ontmoedigen voordat deze zich voordoet, denk aan de introductie van bemiddelings- of stopgesprekken. Daarnaast introduceren we ook maandelijkse groeps gesprekken die vrij toegankelijk zijn voor iedereen via onze vormingskalender. We hopen dat deze groeps gesprekken enerzijds ventilatiemomenten kunnen bieden maar anderzijds ook leer- en reflectiemomenten kunnen zijn. Want zoals we eerder aangeven, is elke situatie erg specifiek en ook erg contextgerelateerd.

In de toekomst willen we verder investeren in opleiding, in eerste instantie op afdelingen die frequent te maken krijgen met incidenten, zoals de diensten Spoedgevallen en Psychiatrie. Andere diensten worden natuurlijk niet vergeten, daar werken we een meer generalistisch programma voor uit. Medewerkers zullen uitleg krijgen in theorieën over de oorzaken van agressie, maar ook praktische handvaten betreffende deëscalatietechnieken.

Met ons nieuw beleid hebben we belangrijke stappen gezet, maar we zijn er nog niet. We blijven ons inzetten voor een veilige omgeving voor iedereen die in ZOL werkt en voor elke patiënt die onze zorg nodig heeft. Dat betekent dat we blijven luisteren naar iedereen, onze procedures blijven verbeteren en verder investeren in een cultuur van respect. Zodat we altijd een ziekenhuis blijven waar mensen zich gewaardeerd en veilig voelen. ■

Nieuwe medisch diensthoofden en arts-coördinatoren (vanaf 1/1/2025)

In oktober vonden verkiezingen plaats voor de aanstelling van nieuwe medisch diensthoofden en arts-coördinatoren voor de komende zes jaar. Er zijn heel wat nieuwkomers bij maar ook veel artsen zetten hun opdracht verder voor een volgende termijn. Wij danken iedereen voor hun inzet in de afgelopen zes jaren en wensen de nieuwe hoofden en coördinatoren veel succes met hun opdracht.

Hierbij vindt u het overzicht met de medisch diensthoofden en de arts-coördinatoren per divisie.

DIVISIE 1

- Gynaecologie-verloskunde ZOL Genk
dr. Jean-Christophe Schobbens
- Gynaecologie-verloskunde ZOL Maas en Kempen
dr. Rika Hendrickx
- Pediatrie
dr. Jan De Koster
- Neonatologie
dr. Willem Gysemans
- Plastische heelkunde
dr. Bob Vermeulen

DIVISIE 2

- Intensieve cardiologie
dr. Koen Ameloot
- Invasieve cardiologie
dr. Bert Ferdinande
- Niet-invasieve cardiologie
dr. Pieter Vandervoort
- Cardiologie
dr. Matthias Dupont
- Cardiologie ZOL Maas en Kempen
dr. Yves Cruysberghs
- Cardiochirurgie
dr. Christiaan Van Kerrebroeck
- Pneumologie ZOL Genk
dr. David Ruttens
- Pneumologie ZOL Maas en Kempen
dr. Karen Darquennes
- Slaapcentrum
dr. Susie Klerkx
- Thoracovasculaire heelkunde
dr. Wouter Lansink
- Nefrologie
dr. Christoph Metalidis

DIVISIE 3

- Gastro-enterologie
dr. Philip Caenepeel
- Urologie ZOL Genk
dr. Hans Goethuys
- Urologie ZOL Maas en Kempen
dr. Tom Vandewalle
- Oncologie-hematologie-radiotherapie
dr. Wendy De Roock
- Dagziekenhuis inwendige geneeskunde & oncologie ZOL Genk
dr. Wendy De Roock
- Dagziekenhuis inwendige geneeskunde & oncologie ZOL Maas en Kempen
dr. Gitte Moors
- KNO
dr. Kristof Menten
- MKA
dr. Joeri Meyns
- Oftalmologie ZOL Genk
dr. Koen Willekens
- Oftalmologie ZOL Maas en Kempen
dr. Nele Jaenen

DIVISIE 4

- Orthopedie
dr. Kristoff Corten
- Neurochirurgie
dr. Frank Weyns
- Neurologie ZOL Genk
dr. Ludovic Ernon
- Neurologie ZOL Maas en Kempen
dr. Riet Vangheluwe
- Fysische geneeskunde & revalidatie ZOL Genk
dr. Ann Van Goethem
- Fysische geneeskunde & revalidatie ZOL Maas en Kempen
dr. Donald Bobbaers
- Multidisciplinair pijncentrum
dr. Jan Van Zundert
dr. Nele Jaenen

DIVISIE 5

- Algemeen inwendige – geriatrie ZOL Genk
dr. Joris Meeuwissen
- Algemeen inwendige – geriatrie ZOL Maas en Kempen
dr. Tinne Geerts
- Psychiatrie
dr. Jozef De Bie
- Gerontopsychiatrie ZOL Genk
dr. Martine Burin
- Gerontopsychiatrie ZOL Maas en Kempen
dr. Heidi Peeters
- Endocrinologie ZOL Genk
dr. Yves Kockaerts
- Endocrinologie ZOL Maas en Kempen
dr. Philippe Marcq
- Reumatologie
dr. Kristof Thevissen
- Dermatologie
dr. An Vandepitte

DIVISIE 6

- Dagziekenhuis heekunde ZOL Genk
dr. Jeroen Van Melkebeek
- Dagziekenhuis heekunde ZOL Maas en Kempen
dr. Ann Westerlinck
- Intensieve zorgen ZOL Genk
dr. Tom Fivez
- Intensieve zorgen ZOL Maas en Kempen
dr. Ann Creemers
- Operatiekwartier ZOL Genk
dr. Dieter Mesotten
- Operatiekwartier ZOL Maas en Kempen
dr. Patricia Hendrickx
- Spoedgevallen ZOL Genk
dr. Pieter Jan Van Asbroeck
- Spoedgevallen ZOL Maas en Kempen
dr. Inge Libbrecht

DIVISIE 7

- Medische beeldvorming
dr. Bruno De Peuter
- Nucleaire geneeskunde
dr. Olivier Drieskens
- Klinische biologie
dr. Kristien Van Pelt
- Ziekenhuisbloedbank
dr. Kristien Van Pelt
- Anatomopathologie
dr. Sabine Fransis
- Infectiepreventie
dr. Deborah Steensels

De volgende arts-coördinatoren werden verkozen of herverkozen:

- Divisie 1
dr. Jean-Christophe Schobbens
- Divisie 2
dr. Matthias Dupont
- Divisie 3
dr. Stefan Delen
- Divisie 4
dr. Frank Weyns
- Divisie 5
dr. Joris Meeuwissen
- Divisie 6
dr. Pieter De Vooght
- Divisie 7
dr. Bruno De Peuter



dr. Heleen Bollen
Radiotherapie

Dr. Heleen Bollen startte op de dienst Radiotherapie en Oncologie. Ze legt zich voornamelijk toe op hoofd-halskanker.

Dr. Bollen behaalde haar diploma geneeskunde met grote onderscheiding aan de KU Leuven in 2017. Haar specialistenopleiding volgde ze in UZ Leuven en het Limburgs Oncologisch Centrum (Jessa Ziekenhuis en ZOL) onder leiding van prof. dr. Caroline Weltens (UZ Leuven) en dr. Paul Bulens (LOC).

Op 13 november 2024 verdedigde ze een doctoraat over hoofd- halskanker onder leiding van prof. dr. Sandra Nuyts. Hiervoor ontving ze een funding grant van het Fonds Wetenschappelijk Onderzoek (FWO) van de Vlaamse Overheid.



dr. Nadine Karremans
Anatomopathologie

Dr. Nadine Karremans startte op de dienst Anatomopathologie.

Dr. Karremans behaalde haar diploma geneeskunde aan de KU Leuven in 2009. Haar specialisatie anatomopathologie volgde ze in ZOL en UZ Leuven.

Sinds 2015 is dr. Karremans ook diensthoofd Pathologische Ontleedkunde in het Noorderhart Ziekenhuis in Pelt.



dr. Hanne Lismont
Hematologie

Dr. Hanne Lismont startte op de dienst Hematologie. Ze legt zich voornamelijk toe op algemene hematologie.

Dr. Lismont behaalde haar artsdiploma met grote onderscheiding aan de KU Leuven in 2018. Haar opleiding inwendige geneeskunde volgde ze in het Mariaziekenhuis Overpelt, UZ Leuven en het Jessa Ziekenhuis Hasselt. Haar verdere specialisatie hematologie beëindigde ze in UZ Leuven.



dr. Hanne Loyens
Ouderenpsychiatrie

Zopas startte dr. Hanne Loyens op de dienst Ouderenpsychiatrie. Ze is ook actief binnen de liaisonwerking van de dienst.

Dr. Loyens behaalde haar diploma geneeskunde in 2019 aan de KU Leuven. Haar specialistenopleiding ouderenpsychiatrie beëindigde ze in 2024 in UZ Leuven. Ze liep stage in Asster, Medisch-Centrum St.-Jozef, UPC Kortenberg en UPC Gasthuisberg. Daarnaast behaalde ze ook een postgraduaat in de gedragstherapie aan de KU Leuven.

Nieuwe Artsen



dr. Steve Motmans

Urologie ZOL Maas en Kempen

Dr. Steve Motmans startte op de dienst Urologie in ZOL Maas en Kempen. Hij legt zich voornamelijk toe op algemene urologie en urologische oncologie.

Dr. Motmans behaalde zijn diploma geneeskunde met onderscheiding aan de KU Leuven in 2016. Zijn specialistenopleiding urologie volgde hij in Zuyderland MC en MUMC+ Maastricht. In 2023 en 2024 volgde hij een fellowship urologische oncologie in ZOL.



Dr. Charlotte Van Lierde

Keel-, neus-, oorgeneeskunde

Dr. Charlotte Van Lierde startte op de dienst Keel-, Neus-, Oorziekten, Gelaats- en Halschirurgie. Ze legt zich toe op algemene KNO-geneeskunde en is meer specifiek gespecialiseerd in gelaats- en halsheelkunde met inbegrip van slikproblematiek en speekselklierandoeningen.

Dr. Van Lierde behaalde haar diploma geneeskunde met grootste onderscheiding aan de KU Leuven in 2016. Haar specialisatie otorhinolaryngologie volgde ze in ZOL Genk, Zuyderland Heerlen en UZ Leuven.

Dr. Van Lierde werkte van augustus 2021 tot en met december 2023 als stafid gelaats- en halschirurgie in het UZ Leuven en van januari tot en met december 2024 in het Zuyderland ziekenhuis, Nederland.



dr. Valerie Weyns
Fysische Geneeskunde

Dr. Valerie Weyns startte op de dienst Fysische Geneeskunde en Revalidatie.

Dr. Weyns behaalde haar diploma geneeskunde aan de KU Leuven in 2019. Haar specialistenopleiding Fysische geneeskunde en Revalidatie volgde ze in het Noorderhart Mariaziekenhuis Pelt, het Jessa Ziekenhuis Hasselt en UZ Leuven. Ze volgde ook een MaNaMa Sportgeneeskunde tussen 2019-2021 en een postgraaduaat Manuele Geneeskunde aan UZ Leuven.



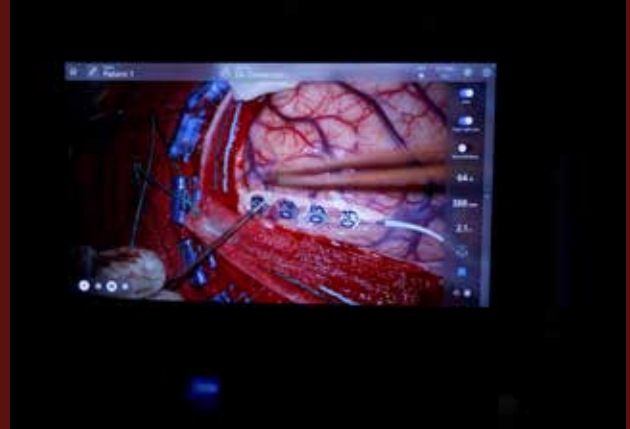
dr. Joanna Knapik
Medische Beeldvorming

Dr. Knapik startte op de dienst Medische Beeldvorming. Ze legt zich voornamelijk toe op senologie.

Dr. Knapik behaalde haar diploma geneeskunde aan de Poznan University of Medical Sciences in 2015. Haar specialistenopleiding radiologie volgde ze in het stadsziekenhuis van Nysa (Polen), AZ Groeninge Kortrijk en UZ Gent.

Dr. Knapik behaalde verschillende prijzen op internationale conferenties in Krakow en Poznan (Polen) voor studenten geneeskunde.

Nieuwe Artsen



Hersentumor verwijderd in spraakcentrum van slapende patiënt met behulp van neurofysiologische monitoring



“

"Een belangrijk basisprincipe tijdens de ingreep is de zogenaamde 'onco-functionele balans'. Het komt erop neer zoveel mogelijk tumorweefsel weg te halen en tegelijk het functioneel verlies voor de patiënt tot een minimum te beperken."

Dr. Ludovic Ernon,
medisch diensthoofd
Neurologie

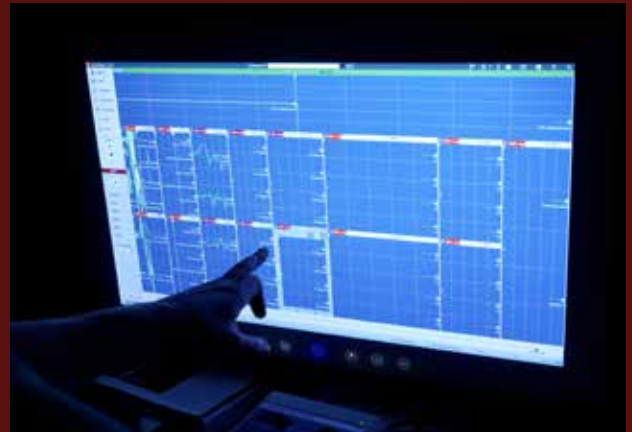
De diensten Neurochirurgie en Neurologie hebben als eerste in België neurofysiologische monitoring gebruikt om een grote tumor te verwijderen die gelegen was in de omgeving van het spraakcentrum in de hersenen. "De operatie verliep vlot en er is zowat 80% van het letsel verwijderd. De patiënt, een man van 44 jaar, maakt het goed en zijn spraak is intact", aldus neurochirurg dr. Christophe Oosterbos en neurofysioloog Charlotte Timmermans.

Het spraakcentrum in onze hersenen bestaat uit de zone van Broca die verantwoordelijk is voor de spraakproductie en taalexpressie en de zone van Wernicke die een cruciale rol speelt in taalbegrip. De twee zones zijn met elkaar verbonden door een zenuwbundel. Deze verbinding is essentieel om vloeiend te kunnen communiceren. "Als je een patiënt niet wakker kan maken tijdens de ingreep, kan je niet opvolgen wat er gebeurt met die centra en hun verbinding.

Deze patiënt, een man van 44 jaar, had een tumor, ter grootte van een tennisbal, die tegen het spraakcentrum gelegen was", aldus dr. Frank Weyns, medisch diensthoofd Neurochirurgie.

Wat is de neurofysiologische monitoring?

Dr. Ludovic Ernon, medisch diensthoofd Neurologie: "Intra-operatieve neurofysiologische monitoring (IONM) wordt toegepast wanneer er een risico bestaat op neurologische uitval



bij de patiënt door chirurgie. In ZOL gebruiken we deze technieken al 15 jaar, voornamelijk bij ingrepen aan de hersenen voor het verwijderen van tumoren in de omgeving van de bewegingsbanen en de hersenstam en bij ingrepen in het ruggenmerg. Nieuw hier is dat we deze techniek voor het eerst hebben toegepast tijdens een ingreep in de zone rond het spraakcentrum in de hersenen."

Charlotte Timmermans: "Tijdens een IONM wordt de functionele integriteit van bepaalde onderdelen van de zenuwen gecontroleerd. Hiervoor wordt een neurologische structuur aan de oorsprong gestimuleerd en het antwoord in het uiteinde gemeten. Zolang beide gelijke antwoorden generen is er geen schade. Bij deze ingreep hebben we de elektrische signalen gemeten tussen de verschillende hersengebieden van het spraakcentrum."

Waarom hebben jullie bij deze ingreep gekozen voor IONM, en niet voor een wakkere ingreep?

Dr. Frank Weyns: "We gebruiken zoveel mogelijk tools om de veiligheid van de chirurgie te bewaken. Voor sommige soorten van hersentumoren kunnen we biomarkers gebruiken die het tumorweefsel doen fluoresceren, maar dit kon niet bij deze patiënt."

"En we maken inderdaad de patiënt soms ook wakker tijdens de ingreep om talige testen te doen. Ook dit kon niet omdat het letsel zo groot was

dat je overdruk in de hersenen en zwelling riskeert. Bovendien moet een patiënt bij de verwijdering van grote letsels die taaltesten heel erg lang volhouden. En we weten dat de compliantie afneemt in de tijd tijdens het wakker testen."

Hoe ging deze ingreep in zijn werk?

Dr. Christophe Oosterbos, neurochirurg: "Om deze tumor te verwijderen, openden we de schedel boven de betrokken zone. We zorgden ook dat we toegang hadden tot de spraakzones in de hersenen."

"Tumoren die in de hersenen ontstaan, hebben vaak hetzelfde uitzicht als het omliggende weefsel. Met behulp van de microscoop kan je dus geen onderscheid maken tussen het tumorale en het gezond hersenweefsel. Vóór de ingreep hebben we met behulp van een MRI-scan van het hoofd de verschillende gebieden in kaart gebracht. Op geleide van deze beelden hebben we de elektrodes geplaatst waarover tijdens de resectie stroomsignalen gestuurd worden naar die verschillende hersengebieden. Tijdens de operatie volgt de elektrofysioloog deze signalen op. Als de signalen plots minder sterk worden, dan pas ik de strategie aan. Want dan zijn we misschien aan het opereren in een delicate zone."

Dr. Frank Weyns: "Het is een techniek die nog in zijn kinderschoenen staat. Garantie dat de spraak intact blijft, is

er niet. Maar werken met neurofysiologische monitoring maakt dat we op sommige plaatsen wat agressiever durven te werk gaan omdat we dankzij die signalen weten of we veilig bezig zijn. Ook bij deze patiënt: dankzij de monitoring konden we meer weefsel weghalen dan we misschien eerst zouden gedaan hebben op basis van enkel de MRI-scan. En voor dit soort van tumoren geldt: hoe meer tumor weg, hoe langer de overleving van de patiënt."



“

"Tumoren die in de hersenen ontstaan, hebben vaak hetzelfde uitzicht als het omliggende weefsel. Met behulp van de microscoop kan je dus geen onderscheid maken tussen het tumorale en het gezond hersenweefsel."

Dr. Christophe Oosterbos, neurochirurg



“

“Dankzij de monitoring konden we meer weefsel weghalen dan op basis van enkel de MRI-scan. En voor dit soort van tumoren geldt: hoe meer tumor weg, hoe langer de overleving van de patiënt.”

dr. Frank Weyns,
medisch diensthoofd
Neurochirurgie



Dr. Ludovic Ernon, medisch diensthoofd Neurologie: “Een belangrijk basisprincipe tijdens de ingreep is de zogenaamde ‘onco-functionele balans’. Het komt erop neer zoveel mogelijk tumorweefsel weg te halen en tegelijk het functioneel verlies voor de patiënt tot een minimum te beperken.”

Dr. Frank Weyns: “We hebben uiteindelijk 80 percent kunnen verwijderen. Dat betekent een langere levensverwachting, maar ook een goede klinische conditie. Een glioom volledig wegnemen, is technisch niet mogelijk. Een glioom is per definitie een infiltrerende tumor met lange uitlopers in het normale hersenweefsel.”

Welke impact heeft dit op de levensverwachting van de patiënt?

Dr. Frank Weyns: “Wat de levensverwachting van deze patiënt zou geweest zijn zonder resectie, is altijd moeilijk te zeggen. Ook de aard van de tumor en de reactie op de nabehandelingen spelen hierbij een rol. Maar grote letsels waarvan je weinig kan wegnemen, hebben sowieso een slechte prognose. Voor een tumor met een diameter van 8 centimeter, zoals bij deze patiënt, is er in een hoofd gewoon te weinig plaats. Dus door 70 tot 80 procent weg te nemen, zoals we hier gedaan hebben, creëer je extra ruimte en vermijd je dat de

tumor andere vitale functies infiltreert en beschadigt. Aangezien het hier om een tumor gaat die traag groeit, heeft de patiënt er toch veel extra jaren in een goede conditie bij gekregen.”

Gaan jullie de toepassingen van IONM nog verder uitbreiden?

Dr. Frank Weyns: “Dat deze ingreep mogelijk was, hebben we te danken aan het nieuwe nomenclatuurnummer dat minister Vandenbroucke sinds 1 augustus 2023 ingevoerd heeft voor de vergoeding van neuromonitoring tijdens chirurgische ingrepen. In ZOL doen we dit soort van ingrepen al bijna 15 jaar met financiering vanuit het medisch werkingsbudget. De terugbetaling is, denk ik, de motor om wetenschappelijk onderzoek te stimuleren en de techniek verder op punt te zetten, ook in centra die niet door een universiteit gesponsord worden.”

“We hebben zelf al een paar keer een oogzenuw gemonitord tijdens een ingreep. Dat is relatief experimenteel maar we zien dat het mogelijk is. Op die manier worden de grenzen telkens een beetje meer verlegd. Maar IONM zal niet de nieuwe standaard worden. Dit is een klein stapje in de goede richting om veiliger te opereren in de hersenen. Het is een extra tool die we kunnen inzetten om complexe hersentumors te verwijderen.” ■



“

“Tijdens een IONM wordt de functionele integriteit van bepaalde onderdelen van de zenuwen gecontroleerd. Hiervoor wordt een neurologische structuur aan de oorsprong gestimuleerd en het antwoord in het uiteinde gemeten.

Charlotte Timmermans,
neurofysioloog

- Zaterdag**
15 februari 2025 **32e regionaal symposium Limburgs Oncologisch Centrum**
8 tot 12.30 uur
Universiteit Hasselt, Oude Gevangenis, Martelarenlaan 42, Hasselt
meer info: www.loc.be/symposia
- Dinsdag**
4 maart 2025 **Symposium: Samen tegen obesitas, van kindertijd tot volwassenheid**
19 tot 21.30 uur
Aula en vergaderzalen G -1 ZOL Genk, campus Sint-Jan
Contact? Leen.vanlierop@zol.be en sophie.breemans@zol.be
Inschrijven verplicht via: <https://forms.office.com/e/gJGdFng3uJ>
- Dinsdag**
22 april 2025 **CRA-artsen geriatrisch onderwerp**
20u30 - 21.30 uur
via ZOOM
- Dinsdag**
10 juni 2025 **CRA-artsen geriatrisch onderwerp**
20u30 - 21.30 uur
via ZOOM



Dr. Toon Meyers is de nieuwe voorzitter van Prometheus

Op 1 januari heeft dr. Toon Meyers het voorzitterschap van de Huisartsenwachtpost GAOZ en de Huisartsenkring Prometheus opgenomen.

Dr. Meyers is huisarts in Genk en maakt deel uit van groepspraktijk Luce. Hij kijkt uit naar de samenwerking tussen de eerstelijns- en de tweedelijnszorg en gelooft dat "door intensieve samenwerking en open communicatie,

de zorg voor onze patiënten nog verder kan verbeteren".

De nieuwe ondervoorzitter is dr. Hanne Buyse.

Dr. Meyers volgt dr. Rob Smeets op, die 12 jaar vol toewijding de taak van voorzitter op zich heeft genomen. Wij danken dr. Smeets voor de constructieve en fijne samenwerking in al die jaren. ■

COLOFON

Verantwoordelijke uitgever: Dr. Martijn Grieten, medisch directeur ZOL en dr. Michiel Thomeer, adjunct-medisch directeur ■ **Redactie en samenstelling:** Grete Bollen ■ **Redactieadviesraad:** dr. Marc Daenen, dr. Thomas De Sutter, dr. Eline Macken, dr. Jan De Koster, dr. Pieter Jan Van Asbroeck ■ **Foto's:** Boumediene Belbachir, Mine Dalemans, Michiel Malchair, ZOL ■ **Lay-out:** Lien Vuylsteke, dienst Communicatie ■ **Redactie:** Synaps Park 1, B, 3600 Genk - Belgium ■ 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 23 nr. 94 • januari • februari • maart • 2025

Maria Papagni

Mirella Massarotto,
borstverpleegkundige

Partners in zorg

De derde maandag van januari staat traditioneel gekend als Blue Monday. Pink Ribbon geeft aan deze dag een roze twist en maakt er Pink Monday van: een dag vol hoop en steun. Ook ZOL springt mee op de kar en neemt deel aan de sensibiliseringscampagne rond borstkanker.

Door op deze dag roze kleding te dragen, willen we het belang van vroege opsporing benadrukken en onze solidariteit tonen met iedereen die door borstkanker wordt getroffen. Als ziekenhuis willen we bijdragen door te informeren, te sensibiliseren en anderen te inspireren tot actie.

Maria Papagni (47), in 'pink' voor de gelegenheid, wil getuigen over haar ervaringen. Er werd borstkanker bij haar vastgesteld in september 2024. "Ik voelde plots iets vochtig worden in mijn BH. Toen ik zag dat het bloed was, heb ik onmiddellijk mijn huisdokter gebeld. Hij stuurde me naar de radioloog en er bleek een schijf van 6,5 cm in mijn borst te zitten. Ik heb nochtans altijd zelf mijn borsten onderzocht. Ik voelde me ook erg moe, maar had hier verder niets achter gezocht."

Vanaf toen is de bal aan het rollen gegaan. "Na heel wat onderzoeken is de behandeling gestart. Eerst chemothe-

rapie en later volgt nog een operatie, bestraling en hormoontherapie. Het moeilijkste was het wachten op de resultaten van de onderzoeken. Na de diagnose heb ik me twee weken heel slecht gevoeld. Ik heb veel steun aan de borstverpleegkundigen. Ik kan hun altijd bellen als ik vragen heb.

Intussen heb ik me er bij neergelegd want ik moet er toch door. Dat is ook wat ik tegen anderen zeg: blijf positief!" ■