

TIJDSCHRIFT VAN DE WETENSCHAPPELIJKE RAAD

bpost
PB-PP |
BELGIËN - BELGIQUE

ZOL arium

Jaargang 20 nr. 83 • april - mei - juni 2022

ZOL STAPT MEE
in het FLaQuM-traject

EERSTE TRICLIP
procedure uitgevoerd

TOPDOKTER JOEP KNOL
aan het woord

EINDBESPIEGELINGEN VAN EEN ANATOMOPATHOLOOG

“Een vroege behandeling van zware ziektes is essentieel om ernstige handicaps te voorkomen of het ziekteproces af te remmen.”

DR. M. VAN HOESTENBERGHE
Neonatoloog



Vlaams minister Wouter Beke kondigt uitbreiding van screening bij baby's aan in ZOL

Vlaams minister Wouter Beke gaf een persconferentie in ZOL over de opsporing van zeldzame ziekten bij pasgeboren baby's. De screening van baby's via een bloedprik werd vanaf 24 maart immers uitgebreid met 7 zorgvuldig geselecteerde ziektes.

Met het bevolkingsonderzoek 'Aangeboren Aandoeningen' laat de Vlaamse overheid ziektes opsporen bij pasgeboren baby's, via een bloedstaal dat wordt afgenomen bij de baby, op de 4de dag na de geboorte. Het gaat om zeldzame ziektes die vaak heel ernstige gevolgen hebben. Met de uitbreiding krijgt elk kind de kans om gescreend te worden op 19 aandoeningen. Voor die uitbreiding is een budget voorzien van 1 miljoen euro per jaar."

"Als de ziektes snel gedetecteerd worden, kan tijdig een behandeling gestart worden, aldus dr. Marie-Rose Van Hoestenbergh, neonatoloog in ZOL. "Het zijn dikwijls ziektes die ernstige retardatie en pathologie teweegbrengen. Een behandeling kan een groot verschil maken en de graad van invaliditeit verminderen."

De screening is gratis voor alle baby's die in Vlaanderen worden geboren, thuis of in een materniteit. Voor meer informatie kan je terecht op www.aangeborenaandoeningen.be. ■



"De ziektes die we opsporen zijn zeldzaam, maar ze veroorzaken heel wat leed als ze zich ontwikkelen"

WOUTER BEKE
Vlaams minister



Editio

ZOL stapt, samen met 18 andere Vlaamse ziekenhuizen, mee in het Flanders Quality Model (FlaQuM). Het kwaliteitsmanagementsysteem wordt ontwikkeld aan het Leuvens Instituut voor Gezondheidsbeleid en laat zorginstellingen toe mee te schrijven aan een duurzaam kwaliteitsbeleid voor de toekomst.

Voor ZOL betekent dit dat het accrediteringstraject met Joint Commission International 'on hold' wordt gezet. Maar dit betekent natuurlijk niet dat we het kind met het badwater weggooiden. De JCI-accreditatie was een grote meerwaarde voor ons ziekenhuis. Gestandaardiseerd werken, procedures hertekenen en ze in de organisatie implementeren en borgen, een maximale inzet op ziekenhuishygiëne, een efficiënte aanpak van crisissen en het uittekenen van noodplannen... : de voorbereiding van de JCI-accreditatie heeft ons veel geleerd. Zo waren we beter voorbereid en beter gewapend om exceptionele situaties zoals de Covid-19-pandemie vanaf 2019 te managen.

Ook in de toekomst blijven we in ZOL sterk inzetten op kwaliteit en patiëntveiligheid. Met de keuze voor FlaQuM willen we ons mee achter het initiatief zetten om een eigen Vlaams kwaliteitsmanagementsysteem uit te werken. Omdat we vanaf het begin betrokken zijn, kunnen we onze inhoudelijke inbreng leveren en onze stempel drukken. Maar we zien ook veel waarde in de wetenschappelijke onderbouw van FlaQuM en de manier waarop naar kwaliteit wordt gekeken.

In dit ZOLarium vindt u een interview met prof. Vanhaecht en zijn team over het traject dat de deelnemende ziekenhuizen samen doorlopen voor de ontwikkeling van FlaQuM 2.0. De uitdaging voor ons is de verworvenheden qua patiëntveiligheid die we in de voorbije jaren hebben opgebouwd duurzaam in te passen in het nieuwe kwaliteitsmodel FlaQuM.

Dr. Griet Vander Velpen
Medisch directeur

“

In de toekomst blijven we in ZOL sterk inzetten op kwaliteit en patiëntveiligheid.



Inhoud

- 08 ZOL stapt mee in het FlaQuM-traject**
naar een duurzaam kwaliteitsbeleid voor de toekomst
- 14 Spermadonorbank opnieuw opgestart**
Noodzaak voor een vlotte, patiëntgerichte dienstverlening van het fertiliteitscentrum
- 20 Eerste Triclip-procedure uitgevoerd**
Lekkende tricuspidalisklep op minimaal invasieve wijze hersteld
- 22 Congres longziekten over respiratoire revalidatie**
Nood aan gespecialiseerde cardio-respiratoire SP-bedden in Limburg
- 24 Covid-19 en zwangerschap**
Wat weten we anno 2022?



Foto cover: dr. Johan Van Robays

dr. Kim Bekelaar, neuroloog.



“Behoud van levenskwaliteit is het belangrijkste doel in de behandeling van een acute beroerte.”

dr. Kim Bekelaar, neuroloog

ZOL stapt mee in het FlaQuM-traject voor de ontwikkeling van een duurzaam kwaliteitsbeleid

ZOL stapt, samen met 18 andere Vlaamse ziekenhuizen, mee in FlaQuM (Flanders Quality Model). Het kwaliteitsmanagementsysteem wordt ontwikkeld aan het Leuvens Instituut voor Gezondheidsbeleid (LIGB-KU Leuven) en laat zorginstellingen toe mee te schrijven aan een duurzaam kwaliteitsbeleid voor de toekomst. De JCI-accreditering wordt voorlopig ‘on hold’ gezet.

Het afgelopen decennium investeerden de Vlaamse ziekenhuizen sterk in kwaliteit en patiëntveiligheid. Het driepijlerbeleid van de overheid speelde hierin een belangrijke rol. Het is een model voor het verbeteren en bewaken van kwaliteit gebaseerd op:

- Toezicht door de zorginspectie (nalevings – & systeemtoezicht)
- Deelname aan het Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals (VIP²)
- Accreditatie door JCI of NIAZ/Qualicor

Dit driepijlermodel gaf ziekenhuizen een enorme impuls om te kiezen voor accreditatie. Ziekenhuizen die kozen voor een accreditatietraject werden

vrijgesteld van het systeemtoezicht door de overheid. Uit een brief van Vlaams minister Wouter Beke van 1 december 2021 bleek dat de overheid geen systeemtoezicht meer zal uitvoeren in de komende 2 jaren. ZOL kiest ervoor om in co-productie met andere Vlaamse ziekenhuizen het FlaQuM model verder te ontwikkelen en zet de cyclus van de Joint Commission International (JCI) accreditatie op hold.

ZOL Genk behaalde een accreditatie bij JCI in 2019, na een intensief traject van verschillende jaren, gecombineerd met de ontwikkeling van een elektronisch patiëntendossier. ZOL Maas en Kempen was vergevorderd in de voorbereidingen van de NIAZ –

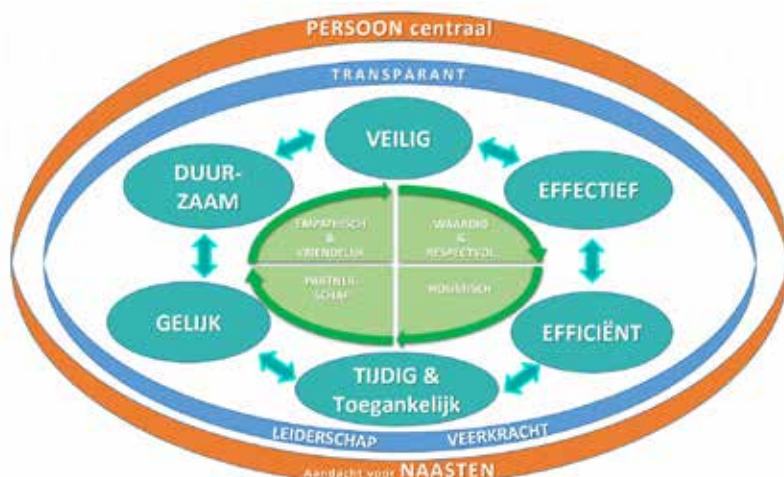
accreditatie, momenteel genaamd Qualicor Europe.

“De accreditatie was een grote meerwaarde voor ons ziekenhuis en heeft ons uitermate geholpen om de Covid-19-pandemie te managen in 2019. Maar intussen groeide bij ons, net zoals in andere ziekenhuizen, de vraag welke richting we met ons kwaliteitsbeleid moeten inslaan in de toekomst,” zegt medisch directeur dr. Griet Vander Velpen.

Om tegemoet te komen aan deze vragen richtte Zorgnet-Icuro in april 2019 de leerstoel ‘Future of Hospital Quality’ op aan het Leuvens Instituut voor Gezondheidsbeleid van de KU Leuven, onder leiding van prof. dr. Dirk De Ridder en prof. dr. Kris Vanhaecht. We spreken met prof. dr. Kris Vanhaecht en twee leden uit zijn team, projectleider Charlotte Van der Auwera en onderzoeksmedewerker Fien Claessens.

Wat is FlaQuM? En hoe verschilt dit van een JCI – accreditatie?

Prof. dr. Kris Vanhaecht: “FlaQuM is een kwaliteitsmanagementsysteem dat zorginstellingen uitdaagt om op een systematische en transparante manier om te gaan met kwaliteit en een proces van continue verbetering op gang te brengen. Uit onze bevragingen in de zorginstellingen bleek dat die ambitie er zeker is.”



FlaQuM Visiemodel gebaseerd op publicatie Lachman, Batalden & Vanhaecht 2021 (<https://f1000research.com/articles/9-1140>)



“FlaQuM is geen klassieke accreditatie zoals we die kennen van JCI of Qualicor Europe. Het is een kwaliteitsmanagementsysteem dat organisaties helpt met het bepalen van de koers waarop ze willen inzetten en te groeien in hun maturiteit wat betreft kwaliteit en patiëntveiligheid. Het systeem op zich bestaat uit verschillende modellen en tools, oorspronkelijk ontwikkeld binnen de leerstoel, die we nu samen met onze 19 partnerziekenhuizen verder ontwikkelen en implementeren.”

“FlaQuM zal verder gaan dan een lijst van vereisten waaraan je moet voldoen om een bepaald label te behalen. Het is een langetermijnproject dat organisaties helpt om stap voor stap naar een hogere graad van kwaliteitsmaturiteit te groeien.”

Wat is de basis van het FlaQuM – model?

Fien Claessens: “Aan de basis van FlaQuM ligt ons visiemodel. Hiermee helpen we organisaties om te beschrijven hoe zij kwaliteit willen invullen. Aan de hand van dit multidimensionale model bepalen we ons ambitieniveau. Elke organisatie kan hierdoor eigen accenten leggen. De ene organisatie wil meer nadruk leggen op de veiligheid, de andere op persoonsgerichtheid maar in alle FlaQuM organisaties komen de verschillende dimensies aan

bod. Natuurlijk is het beschrijven van je kwaliteitsvisie niet voldoende, je moet het ook nog implementeren. Daarvoor werd het Co-Creatiemodel uitgewerkt op basis van 59 wetenschappelijke papers uit binnen- en buitenland. Hiermee kunnen zorgorganisaties hun toekomstig kwaliteitsbeleid verder vormgeven. De modellen werden mede ontwikkeld door ook Vlaamse en internationale experts te bevragen over hun ervaringen en succesfactoren voor een duurzaam kwaliteitsbeleid. De modellen zijn dus goed wetenschappelijk onderbouwd rekening houdende met onze eigen Vlaamse context.”

Hoe wordt er verder gewerkt en wat is de uiteindelijke doelstelling?

Prof. dr. Kris Vanhaecht: “De modellen worden samen met de 19 deelnemende zorginstellingen verder uitgebouwd, zo evolueren we naar ‘FlaQuM 2.0’. De zorginstellingen participeren in de werkgroepen en co-designen zo mee aan de verdere ontwikkeling van de modellen. Voor ZOL nemen zowel directieleden als het kwaliteitsteam deel aan deze werkgroepen. ZOL bepaalt dus mee in welke richting de modellen zullen evolueren en kan zo haar eigen expertise en ervaring delen.”

“Ons ideaal is dat kwaliteit een heel normaal onderdeel wordt van de strategie en werking van een zorginstelling, op elke mogelijke dienst of afdeling. FlaQuM wil dit mogelijk maken, niet door regels op te leggen maar wel door mee de weg te wijzen. FlaQuM is een leidraad voor organisaties om naar een hoger level



“

“We vertrekken bij het bepalen van de kwaliteitsambitie in ZOL niet van nul. Het is de bedoeling dat we verder bouwen op wat we al bereikt hebben.”

stafmedewerker dienst Kwaliteit
Kathleen De Sutter (ZOL)

MODEL VOOR VERBETEREN EN BEWAKEN Q

ACCREDITATIE



VLAAMSE
OVERHEID
3 PIJLERS



VIP²

TOEZICHT
ZORG
INSPECTIE



van maturiteit te groeien. Wat we ontwikkelen is een roadmap, een raamwerk dat ziekenhuizen helpt te bepalen wat de kwaliteitsambitie van de organisatie is en hoe ze hiernaartoe kunnen evolueren."

Stafmedewerker Kathleen De Sutter (ZOL): "We vertrekken bij het bepalen van de kwaliteitsambitie in ZOL niet van nul. Het is de bedoeling dat we verder bouwen op wat we al bereikt hebben. Het is niet omdat de accreditatie niet meer 'de stok achter de deur' is, dat we hetgeen we geleerd hebben niet meer belangrijk vinden of los zullen laten."

Prof. dr. Kris Vanhaecht: "Vanuit het multidimensionaal visiemodel (in welke richting moet je denken) wordt een co-creatiemodel ontwikkeld met tools die zorginstellingen helpen om stap voor stap naar die hogere graad van kwaliteitsmaturiteit te gaan. Die tools ontwikkelen we samen met de 19 deelnemende ziekenhuizen. Er zijn ook ziekenhuizen die kiezen om dit alleen te doen, maar 19 ziekenhuizen bundelen dus hun krachten en bepalen samen mee in welke richting we gaan. Kennis vermenigvuldigt je door te delen, ook

wat betreft kwaliteitsbeleid. We starten vanuit de wetenschap en de literatuur en maken nu samen één model dat praktisch toepasbaar is in de organisaties. Belangrijk is dat de ziekenhuizen dit mee uitbouwen, anders vindt dit uiteindelijk geen bodem in de organisaties."

Hoe worden artsen en anderen hierin betrokken?

Prof. dr. Kris Vanhaecht: "We weten dat het voornamelijk artsen zijn die - vaak terecht - een kritische houding hebben ten opzichte van een accreditatieverhaal omdat ze hier geen inbreng in hebben en alles op voorhand vastligt. Met FlaQuM krijgen ze de kans om mee te bepalen wat kwaliteit is voor ZOL maar ook hoe ZOL in de toekomst kwaliteit zal beoordelen en verbeteren."

"De eerste kans om mee te werken, is het invullen van de FlaQuM-Quickscan. Hiermee kunnen artsen en alle anderen mee bepalen hoe ze kwaliteit in ZOL willen vorm geven. Dit is een opportuniteit waarbij het heel belangrijk is dat ook de artsen hun leiderschap opnemen. Wie nu niet deelneemt en zijn mening niet geeft, mist de kans om mee de inhoud van

de toekomstige kwaliteitsambitie te bepalen. Een warme oproep dus om 10 minuten tijd te nemen en de online bevraging in te vullen."

"De FlaQuM-Quickscan is een vragenlijst die voorgelegd wordt aan artsen, medewerkers, de eerste lijn en patiënten en naasten. De bevraging peilt naar de ervaringen ten aanzien van alle onderdelen van het multidimensionaal visiemodel over 'zorg voor patiënten en naasten' alsook over 'de zorg voor medewerkers'. Het resultaat is een kernanalyse van de scores van medewerkers, eerstelijns, patiënten en naasten dat ons een duidelijk beeld geeft waar we vandaag staan en hoe onze verschillende partners naar onze zorg voor patiënten, naasten en medewerkers kijken. Op basis van die scores bepalen we nadien samen onze richting alsook ons ambitieniveau."

Er zullen toch ook nog een aantal kwaliteitsnormen vastgelegd worden die voor iedere instelling gelden?

Prof. dr. Kris Vanhaecht: "De werkgroep van 19 ziekenhuizen is inderdaad ook bezig met het opstellen van wat mijn collega prof. De Ridder de 'non-nego-



Team FlaQuM KU Leuven

Onderaan (links naar rechts): Fien Claessens, Deborah Seys, Charlotte Van der Auwera, Astrid Van Wilder
 Bovenaan (links naar rechts): Dirk De Ridder, Bianca Cox, Kris Vanhaecht, Jonas Brouwers



8. Projecten opvolgen

Volg de projecten continu op aan de hand van indicatoren (zie driver 'kwaliteitsopvolging' Co-Creatiemodel).

7. Projecten testen en implementeren

Definieer organisatiespecifieke projecten waarbij je meerdere uitdagingen in één project aangaat. Test en implementeer deze in de organisatie.

6. (Inter)nationale best practices

Breng in kaart welke best practices uit de literatuur, uit andere projecten of uit andere organisaties passen in de huidige cultuur en structuur van de organisatie.

5. Uitdagingen

Formuleer de uitdagingen voor je organisatie op basis van de resultaten uit de voorgaande stappen.



1. Visiemodel-Quickscan

Laat de quickscan individueel invullen door patiënten, hun naasten, medewerkers en eventueel eerstelijnszorgpartners. Herhaal de quickscan bij verschillende stakeholders op systematische wijze binnen de organisatie.

2. Stakeholders

Ga in gesprek met je verschillende stakeholders

3. Visiemodel

Vul het visiemodel voor je organisatie in, dit betekent dat je zowel aandacht besteedt aan de technische waarden als aan de basiswaarden. Bepaal je doelstellingen op basis van dit visiemodel.

4. Co-Creatiemodel & FlaQuM-Maturiteitsmodel

Ga aan de slag met het co-creatiemodel als roadmap om je kwaliteitsmanagementsysteem te optimaliseren en scoor hierbij met meerdere kernpersonen je organisatie op de FlaQuM-Maturiteitsmatrix.

Kathleen De Sutter en Sarah Loubele,
dienst Kwaliteit ZOL



tiables' noemt. Dit is een minimale lijst van zaken die inderdaad in orde moeten zijn, waar geen discussie over kan bestaan. De time-out procedure bijvoorbeeld lijkt zo een item te zijn, maar of dat effectief zo is, wordt in overleg bepaald door de 19 partners."

Wat zijn jullie ervaringen in het uitwerken van FlaQuM 2.0?

Prof. dr. Kris Vanhaecht: "We krijgen enorm veel input van de verschillende partners en ervaren dat ziekenhuizen in deze co-creatieperiode heel veel van elkaar leren: wat is kwaliteit, hoe ontwikkelen we kwaliteit in onze organisatie, wat zijn de 'best practices', hoe zorgen we dat kwaliteit leeft... Met heel wat openheid worden er meningen en ervaringen uitgewisseld over wat werkt of wat niet. Ook hiervoor is de samenwerking dus zeer zinvol."

Waarom maken ziekenhuizen als ZOL vandaag deze keuze?

Prof. dr. Kris Vanhaecht: "FlaQuM is vandaag nog een heel nieuw model. In oktober 2021 kregen alle Vlaamse ziekenhuizen de kans om deel te nemen aan het project. De keuze voor FlaQuM blijkt een keuze die breed gedragen is in de sector. En door op dit moment mee in te stappen krijgen deze zorginstellingen ook de mogelijkheid om het kwaliteitsmanagementsysteem inhoudelijk mee vorm te geven. ZOL bepaalt hierdoor dus mee de toekomst van het Vlaamse kwaliteitsbeleid en het ziekenhuis zal haar leiderschap dus kunnen blijven tonen."



Kathleen De Sutter: "We zien in ZOL vooral veel waarde in de manier waarop FlaQuM naar kwaliteit kijkt, vertrekkende vanuit het multidimensionaal visiemodel. De uitdaging voor ons is het kwaliteitsbeleid dat we in de voorbije jaren hebben opgebouwd hierin in te passen."

Kan ZOL tijdens de ontwikkeling van FlaQuM een systeemtoezicht verwachten van de zorginspectie?

Prof. dr. Kris Vanhaecht: "Alle ziekenhuizen zijn voorlopig vrijgesteld van het systeemtoezicht van de zorginspectie. De overheid maakt trouwens op dit moment zelf werk van een evaluatie van hun aanpak en kijkt ook heel erg mee wat FlaQuM-organisaties aan het doen zijn."

Kathleen De Sutter: "Het nalevingstoezicht blijft dus wel van toepassing. Vanaf het najaar kunnen we, net als de andere ziekenhuizen, een nieuw bezoek van de zorginspectie verwachten. Dit keer zal het geriatrisch zorgtraject hierin centraal staan."

Charlotte Van der Auwera: "Zorgnet-Icuro gaat intussen het gesprek aan met de overheden over hoe FlaQuM geïntegreerd kan worden in het huidige inspectie- en kwaliteitsbeleid. Ook de directies van de 19 FlaQuM ziekenhuizen bepalen hierover een

gemeenschappelijk standpunt en zullen dit verdedigen bij de overheid. Verder zal, in samenwerking met alle academische centra, ingezet worden op het organiseren van opleidingen over FlaQuM. Die opleidingen moeten medewerkers uit de Vlaamse ziekenhuizen de nodige kennis geven over de achtergrond, de opbouw en het gebruik van de verschillende onderdelen van de modellen. Vergeet niet dat er ziekenhuizen zijn die momenteel niet voor FlaQuM kiezen en blijven bij de gekende JCI of NIAZ accreditatie, andere ziekenhuizen willen dan weer een eigen indi-

vidueel model ontwikkelen en werken hiervoor niet samen met anderen. ZOL heeft duidelijk gekozen voor samenwerking en gaat nu via co-productie mee het toekomstige Vlaamse kwaliteitsmodel ontwikkelen, implementeren en evalueren." ■



“

“Door mee te stappen in FlaQuM bouwt ZOL mee aan FlaQuM 2.0. De filosofie hierbij is dat we op basis van wetenschap en literatuur bouwen aan een kwaliteitsmanagementsysteem dat gedragen is door ZOL en waarin de verworvenheden uit het verleden mee opgenomen worden.”

prof. dr. Kris Vanhaecht

Fertiliteitcentrum start spermadonorbank opnieuw op

Omdat er steeds minder donorsperma uit Deense spermabanken kan verkregen worden, is het fertiliteitscentrum van ZOL opnieuw met een eigen spermabank gestart. Een eigen zaadbank is een noodzaak geworden voor een vlotte, patiëntgerichte dienstverlening van het fertiliteitscentrum, zegt dr. Nathalie Dhont, medisch diensthoofd IVF.

In het fertiliteitscentrum gebeuren jaarlijks zo'n 400 inseminaties met donorsperma. "En de vraag blijft toenemen", zegt dr. Nathalie Dhont, medisch diensthoofd IVF. "Steeds meer koppels hebben problemen met de vervulling van hun kinderwens. Vaak gaat het om problemen van gynaecologische aard, maar de oorzaak kan ook bij de man liggen.

Lesbische koppels en alleenstaande vrouwen zijn ook aangewezen op donorzaad."

"De coronapandemie heeft een rol gespeeld bij het verminderde aanbod van donorzaad maar ook het feit dat in vele landen steeds meer gekozen wordt voor niet-anonieme donatie. In België

heeft anonieme donatie nog steeds de voorkeur, zowel bij alleenstaanden als koppels, waardoor veel donorsperma uit Denemarken niet meer in aanmerking komt voor onze patiënten. Er komen ook veel Nederlanders naar ons centrum wanneer ze zwanger willen worden via spermadonatie. In Nederland is anonieme donatie immers verboden."

"De wachttijd voor donorsperma bedraagt nu drie tot vier maanden. Dit zal mogelijk nog verder toenemen. Vandaar dat we opnieuw genoodzaakt zijn om een eigen spermabank aan te leggen", aldus dr. Dhont.

In 2013 startte het fertiliteitscentrum al met een spermadonorbank. Het initiatief werd na verloop van tijd stopgezet. Dr. Dhont: "In het begin kregen we veel media-aandacht waardoor zich veel kandidaten hebben aangediend. Maar we mogen geen reclame maken voor spermadonatie. Zo nam het aanbod steeds verder af. Daarnaast is zelf spermadonoren selecteren erg arbeidsintensief voor ons IVF-labo en komt er veel bij kijken. De wetgeving is immers heel streng en ongeveer twee derde van de kandidaten valt af na de screening omdat hun sperma niet voldoet aan de strenge kwaliteitsnormen.

We willen immers enkel het allerbeste sperma overhouden zodat het staal nog bruikbaar is nadat het ingevroren en ontdooid is. Verder gebeurt er ook een bloedanalyse en onderzoekt een geneticus of de donor drager is van erfelijke aandoeningen. Tot slot is er nog een psychologische screening."

In de hoop meer kandidaat-donoren aan te spreken werd de leeftijdsgrens uitgebreid en zijn donoren van 18 tot 45 jaar toegelaten.

Per donatie krijgen mannen een vergoeding van 80 euro. Het aantal donaties per donor kan verschillen. Dr. Dhont: "Het maximum aantal koppels waarvoor eenzelfde donor gebruikt mag worden, is wettelijk vastgelegd. Het fertiliteitscentrum gebruikt eenzelfde donor in België voor maximum zes koppels met een kinderwens. Er kunnen wel meerdere kinderen van eenzelfde donor geboren worden binnen een gezin."

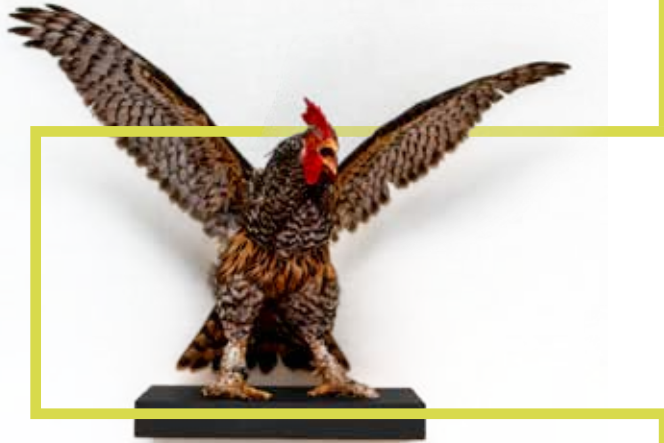
Absolute anonimiteit vóór, tijdens en na donatie wordt gewaarborgd door het fertiliteitcentrum. Er wordt gewerkt met een uniek donornummer en de medewerkers van de zaadbank zijn gebonden door strikt beroepsgeheim. Maar we waarschuwen donoren tegenwoordig wel voor het bestaan van DNA-databanken. Als een kind écht wil weten wie de biologische vader is, zou het kunnen dat het bij de donor uitkomt. Een zaaddonor kan ook geen aanspraak maken op enige informatie omtrent donaties en nakomelingen. Gekende spermadonatie is ook mogelijk, maar dan gebeurt de aanmelding via de wensouders. ■

“

"De wachttijd voor donorsperma bedraagt nu drie tot vier maanden. Dit zal mogelijk nog verder toenemen. Vandaar dat we opnieuw genoodzaakt zijn om een eigen spermabank aan te leggen".

Dr. Nathalie Dhont,
fertiliteitsspecialist





HET HAVIKSOOG

In deze rubriek bespreekt het Haviksoog een opmerkelijke wetenschappelijke publicatie van ZOL-medewerkers of -artsen uit de afgelopen maanden.

Wegens de steeds betere resultaten met IVF staat de eerstelijnsbehandeling met inseminaties (IUI) voor patiënten met onverklaarde of licht/matige mannelijke infertiliteit onder druk. Een zoektocht naar technieken en methodes om de succeskans met IUI te verhogen dringt zich op.

In december 2021 werd in het internationale tijdschrift "Facts, Views & Vision in Obgyn" een studie gepubliceerd met als titel "Improving IUI success by performing modified slow-release insemination and a patient-centred approach in an insemination programme with partner semen: a prospective cohort study". Het betreft hier een prospectieve cohort studie waarin dr. Ombelet en medewerkers van het Genks infertilitieitscentrum konden aantonen dat het trager inspuiten van het gewassen sperma, gekoppeld aan een meer patiëntvriendelijke aanpak, tot een significant beter zwangerschapscijfer kan leiden bij de behandeling met intra-uteriene inseminaties.

Het zwangerschapscijfer per cyclus van de periode voor 2016

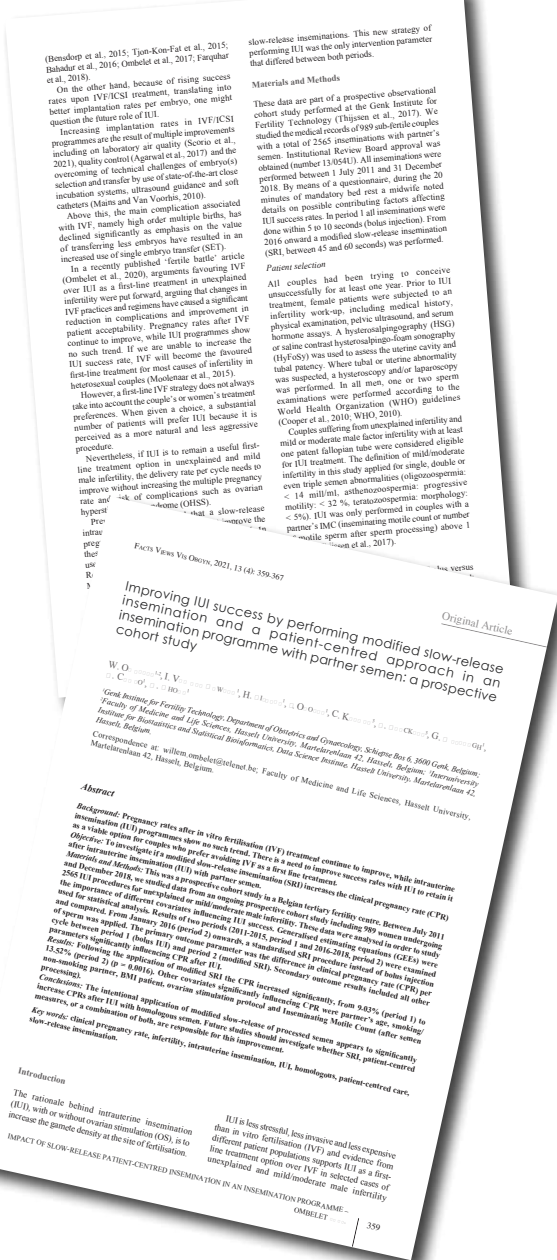
werd vergeleken met de periode na 2015, de enige parameter die was gewijzigd was de duur van inseminatie (slow-release IUI ipv bolus) gekoppeld aan een meer patiëntgerichte aanpak. Een multivariaat analyse (GEE, Generalised estimating equations) kon aantonen dat in de 2e periode het zwangerschapscijfer (vruchtzak en foetale hartactiviteit) significant was gestegen van 9.1% tot 13.5% per cyclus.

De meest waarschijnlijke verklaring voor deze significante verbetering van de resultaten is het verlengen van de duur van inseminatie. Vroeger verschenen reeds drie publicaties die konden aantonen dat het verlengen van de duur van de IUI procedure aanleiding gaf tot betere zwangerschapscijfers.

Wat de invloed van de meer patiëntvriendelijke aanpak betreft, tot op heden heeft geen enkele studie kunnen bewijzen dat deze aanpak tot betere succescijfers kan leiden, uiteraard wel tot een toegenomen tevredenheid van de patiënten. ■

prof.dr. Willem Ombelet

Referentie: Ombelet W, Van der Auwera I, Bijmens H, Onofre J, Kremer C, Bruckers L, Mestdagh G, Campo R, Dhont N. Facts Views Vis Obgyn. 2021 Dec;13(4):359-367. doi: 10.52054/FVVO.13.4.045.



Improving IUI success by performing modified slow-release insemination and a patient-centred approach in an insemination programme with partner semen: a prospective cohort study

W.O. Ombelet, I.V. Van der Auwera, H. Bijmens, J.O. Onofre, C.K. Kremer, L. Bruckers, G. Campo, R. Dhont, N. Dhont

Correspondence at: willem.ombelet@telenor.be; Faculty of Medicine and Life Sciences, Hasselt University, Middelsteaan 42, Hasselt, Belgium.

Abstract
Background: Pregnancy rates after *in vitro* fertilisation (IVF) treatment continue to improve, while intrauterine insemination (IUI) programmes show no such trend. There is a need to improve success rates with IUI to retain it as a viable option for couples who prefer avoiding IVF as a first-line treatment.
Objective: To investigate if a modified slow-release insemination (SRI) increases the clinical pregnancy rate (CPR) after intrauterine insemination (IUI) with partner semen.
Methods: This was a prospective cohort study in a Belgian tertiary fertility centre. Between July 2011 and December 2018, we studied data from an ongoing prospective cohort study including 989 women undergoing IUI. The importance of different covariates on achieving IUI success. Generalised estimating equations (GEE) were used to analyse the impact of different covariates on achieving IUI success. Secondary outcome events included all other parameters significantly influencing CPR after IUI.
Results: Following the application of modified SRI, the CPR increased significantly, from 9.1% (period 1) to 13.5% (period 2) ($p = 0.0016$). Other covariates significantly influencing CPR were partner's age, smoking, non-smoking partner, BMI patient, ovarian stimulation protocol and insemination mode (after semen washing).
Conclusion: The beneficial application of modified slow-release of processed semen appears to significantly increase CPR after IUI with homologous semen. Future studies should investigate whether SRI, patient-centred measures, or a combination of both, are responsible for this improvement.
Key words: clinical pregnancy rate, infertility, intrauterine insemination, IUI, homologous, patient-centred care, slow-release insemination.

Introduction
 The rationale behind intrauterine insemination (IUI), with or without ovarian stimulation (OS), is to increase the gamete density at the site of fertilisation.
 IUI is less stressful, less invasive and less expensive than *in vitro* fertilisation (IVF) and evidence from different patient populations supports IUI as a first-line treatment option over IVF in selected cases of unexplained and mild/moderate male infertility.
 IMPACT OF SLOW-RELEASE PATIENT-CENTRED INSEMINATION IN AN INSEMINATION PROGRAMME
 OMBELET et al. 359



“

“Voor elke nieuwe patiënt voorzien wij op de raadpleging een tijdslot van drie kwartier. Dat is lang maar als het gaat over je sluitspier wel of niet verwijderen of een stoma aanleggen of niet, dan heb je die tijd wel nodig.”

Prof. dr. Joep Knol,
abdominale heelkunde

xxx

Topdokters brengt inkijk in het fascinerende werk van colorectaal chirurg prof. dr. Joep Knol

Het TV4-programma Topdokters volgde voor het nieuwste seizoen colorectaal chirurg prof. dr. Joep Knol. Prof. dr. Knol deelde met de programmamakers zijn werk, zijn levensvisie en zijn passies. Inmiddels is Knols dictum 'A good anus is a gift of God' in heel Vlaanderen bekend.

Prof. dr. Joep Knol: " 'A good anus is a gift of God' is een boutade. Maar er schuilt wel waarheid in. We spreken vaak over het hart als de motor van het lichaam. Een hartkwaal is inderdaad niet niks, maar daarmee onderschat je geweldig hoe belangrijk de anus en sluitspier zijn. Iedereen heeft wel eens een dagje diarree en de last hiervan voor de anus. Ik ken patiënten die levenslang hun stoelgang niet kunnen ophouden en met een stoma of slechte sluitspier leven. Voor zulke mensen heb ik respect. Ze bijten op hun tanden en proberen hun vertrouwen niet te verliezen. Ik help ze om de uitdaging aan te gaan om hun situatie te verbeteren. De sluitspier behouden, is altijd het doel maar als ze niet sterk genoeg is, of niet goed meer functioneert dan moeten we voor een stoma kiezen."

Wil u meer aandacht voor colorectale problemen?

"Ja, want colorectale problemen worden zwaar onderschat. Ik probeer bij een tumorresectie steeds de sluitspier te bewaren, zelfs al rust de tumor er tegenaan. Wereldwijd worden er sluitspiers verwijderd waarbij de tumor zich ver van de sluitspier, zelfs op 6-7 cm afstand, bevindt. Totaal onnodig en met verschrikkelijke gevolgen voor de patiënt."

"De sluitspiersparende operatie waarbij we zowel vanuit de buik als langs de anus werken, is een techniek waar ik als eerste in België mee begonnen ben. Ze biedt een groot voordeel voor mensen bij wie de tumor heel laag zit en zeker in

een nauw bekken. Die zogenaamde TaTME-techniek houdt in dat we met twee chirurgen tegelijk opereren. De ene vanuit de buik en de andere langs de anus. We werken naar elkaar toe en kunnen op die manier beter zien waar het letsel in de darm zit en de sluitspier zo maximaal mogelijk sparen."

Waarom heeft u deelgenomen aan Topdokters?

"Mensen denken vaak dat darmchirurgie niet zo'n propere chirurgie is. Ik vond het leuk om te laten zien hoe het er bij ons echt aan toe gaat, welke technieken we gebruiken en hoe ver we gaan in een behandeling om de levenskwaliteit van onze patiënten zo goed mogelijk te bewaren."

Was het niet vervelend dat die camera-ploeg u overal volgde?

"Ik leid veel mensen op. Ik ben het daarom gewoon dat er iemand over mijn schouder meekijkt. Topdokters was geen uitzondering op dat vlak, behalve tijdens de raadplegingen. Je zit daar met een micro boven de tafel tegenover de patiënt en zijn vertrouweling. Dat is net wat anders... Gaan die mensen naar huis met vragen die ze niet gesteld hebben omdat de cameraploeg erbij was? Dat hield me wel bezig. Daarom heb ik alle patiënten die meewerkten aan de serie achteraf nog een keer opgebeld om te vragen of alles echt wel duidelijk was."

Bent u een echte topdokter?

"Ja, daar moet ik niet lang over nadenken. Maar topgeneeskunde gaat niet alleen over het technische luik. Ook over de

omkadering en over de zorg. Daarom is deze erkenning niet alleen voor mij maar ook voor mijn team en voor onze hele dienst. Die zijn allemaal top."


"Als je niet 100 percent gelooft in wat je doet, dan hou je dit niet vol. Mensen vatten soms niet goed hoe groot de druk is die je als chirurg ervaart. Je bent maar zo goed als je laatste operatie. Je moet het team aansturen en alles onder controle hebben. En hierbij komen ook nog wachtdiensten. Deze week ben ik opnieuw verschillende nachten bezig geweest. En 's morgens moet ik er evenzeer weer staan. Als ik te moe ben, kan ik natuurlijk een collega inschakelen. Gezond leven en in balans zijn, is noodzakelijk om dit werk goed te doen. Jazeker, ik durf te stellen dat wij topsporters zijn. Dat valt me altijd weer opnieuw op wanneer we chirurgen in opleiding ontvangen. Na een dag rechtstaan aan de operatietafel zijn ze kapot en hebben ze pijn in hun benen en hun rug."

Hoe bent u een topper in uw vak geworden?

"Ik moet eerlijk toegeven dat ik heel ambitieus ben. Ik ga tot het uiterste, maar zonder de balans uit het oog te verliezen. Want mijn familie en vrienden zijn me dierbaar, hoewel ik moet toegeven dat de balans er soms wel bij inschiet. Gelukkig begrijpt mijn vrouw dat, daar ben ik haar zeer dankbaar voor."

U steekt veel tijd en zorg in opleiding geven?

"Ik wil het altijd graag uitleggen. Ik vind



“Na een zware ingreep bel ik steeds naar de familie van zodra een patiënt ontwaakt. Gewoon een seintje dat alles oké was en wat ze nog kunnen verwachten.”

Prof. dr. Joep Knol,
abdominale heelkunde

het belangrijk om mijn kennis en kunde met anderen te delen. Daarom leid ik graag onze assistenten op. Ik heb een eigen foundation (www.ilappsurgery.com) om die educatie te promoten en jonge mensen kennis bij te brengen. Ik besteed hier inderdaad heel veel zorg aan. Zo werk ik al jaren samen met een medisch illustrator die voor mij zeer mooie educatieve tekeningen maakt.”

“Om een bevriende, Italiaanse collega te helpen, ga ik ook elke 8 weken naar Catania, de tweede grootste stad in Sicilië, om er te opereren en les te geven. Ik ben daar in het ziekenhuis inmiddels aangesteld als ‘visiting professor’. Mijn Italiaanse collega heb ik leren kennen op een congres in Zwitserland, waar ik een lezing gaf over sluitspiersparend opereren. Ik help hem nu bij het opereren van de moeilijker casussen in zijn praktijk.”

“Elke trip naar Sicilië is een belevenis. Ik stond er laatst in een grote zaal een rectum te opereren met in de zaal naast me een orthopedist die een knieprothese plaatste en een neurochirurg die bezig was met een hersenoperatie. De deuren staan meestal tegen elkaar open. Dan sta je wel te kijken. Maar de gastvrijheid en de waardering zijn enorm.”

Houdt u ervan nieuwe ervaringen op te doen?

“Dat is het leuke, ja. Ik heb al op heel wat plekken in de wereld geopereerd, zelfs in Hong Kong en Sint-Petersburg. En dan 's avonds naar het Russisch ballet. Zo leer je toch verschillende culturen kennen. Dat vind ik heerlijk en verrijkend. Ik kan ook niet stilzitten, dan word ik ongelukkig.”

Over verschillende culturen gesproken: u bent eigenlijk een Nederlander die naar België is verhuisd?

“Klopt, ik heb altijd al geweten dat ik geneeskunde wilde studeren omdat ik mensen wilde helpen, maar ook omdat ik chirurg wilde worden. Tijdens mijn humaniora begon het me te dagen dat de loting die ze voor geneeskundestudenten in Nederland organiseren mijn droom wel eens kapot zou kunnen maken. Dat risico wou ik niet nemen en ik ben daar-

om naar de KU Leuven getrokken.”

“In het laatste jaar van mijn opleiding werd er me gevraagd of ik stafid wilde worden in UZ Leuven. Door de ziekte van een collega dreigden ze een plekje kwijt te raken als die functie niet snel werd ingevuld. Het eerste jaar hielden ze me nog wat in de gaten maar daarna moest ik mijn plan trekken. En dat was soms niet gelachen want in Leuven komen regelmatig zaken toe waarvan in andere ziekenhuizen wordt beoordeeld dat er meer expertise nodig is. Daar sta je dan, als jong ventje. Ik heb die job drie jaar gedaan, als jongste stafid ooit.”

“Maar dan begon ik te twijfelen. Ik wilde liever sub-academisch werken: publiceeren, lesgeven maar ook tijd overhouden voor een persoonlijke band met mijn patiënten. In een groot ziekenhuis als Leuven is dit moeilijk. Daarom is het leuk om in een groot, perifeer opleidingscentrum als ZOL te werken. Hier kunnen we assistenten opleiden, alle pathologieën behandelen en toch ook buitenlandse congressen volgen en deelnemen aan studies.”

Waarom hebt u voor ZOL gekozen?

“ZOL is een van de grootste niet-academische ziekenhuizen. Op de dienst Abdominale Heelkunde werken we met 10 stafleden. Na UZ Leuven doen wij op onze dienst de meeste colorectale ingrepen in België. En we doen alles wat er ook in een universitair ziekenhuis gebeurt, behalve transplantaties. Er is ook een zeer goede verstandhouding met de directie, met ons diensthoofd prof. dr. Kurt Vander Speeten en met de collega's.”

“Op onze dienst brengen wij topniveau wat betreft medische kwaliteit, zorg, service en begeleiding van patiënten. Voor elke nieuwe patiënt voorzien wij op de raadpleging een tijdslot van drie kwartier. Dat is lang maar als het gaat over je sluitspier wel of niet verwijderen of een stoma aanleggen of niet, dan heb je die tijd wel nodig. We werken ook met een verpleegkundig coördinator colorectale chirurgie voor de begeleiding van patiënten maar ook om data te verzamelen. Deze data zijn nodig voor de interne kwaliteitscontrole en voor wetenschappelijk onderzoek.”

“Omdat wij op de dienst Abdominale Heelkunde kwaliteit leveren en zo goed georganiseerd zijn, zien wij onze patiëntenaantallen sterk stijgen. Dat toont aan

dat we goed werken. Sinds de uitzending van Topdokters krijgen we ook meer patiënten van de andere kant van het land."

Waarom is het contact met de patiënt zo belangrijk voor u?

"Ik tracht een vertrouwensband op te bouwen met mijn patiënten. Zij moeten erop kunnen vertrouwen dat ik de best geplaatste chirurg ben voor het behandelen van hun probleem. Goede communicatie is daarbij cruciaal. Weet je, een patiënt wordt heel even bijna een 'familielid'. Concreet betekent dit dat ik alle aspecten van het verhaal van de patiënt moet kennen als ik een moeilijke keuze moet maken. Ik wil patiënten behandelen zoals ik dat met mijn eigen familie zou doen."

"Mensen denken vaak dat darmchirurgie niet zo'n propere chirurgie is."

"Na een zware ingreep bel ik ook steeds naar de familie van zodra een patiënt ontwaakt. Gewoon een seintje dat alles oké was en wat ze nog kunnen verwachten. Stel bijvoorbeeld dat een patiënt naar Intensieve Zorgen moet, dan ben ik daar graag correct en transparant over."

"Ik weet waar ik over spreek. Mijn vader heeft ook een rectumtumor gehad en een moeilijke operatie ondergaan die lang duurde. Ik had toen ook graag gehad dat ze ons even verwittigd hadden eens alles achter de rug was. Als familie zit je daar immers op te wachten."

Wat maakt van u zo'n goede chirurg?

"Ik ben gek op de manier waarop wij als mens gemaakt zijn. Zeker de darmen zijn fascinerend. Tussen de 4e en 12e week van onze embryonale ontwikkeling vormt zich een buis van de mond tot de anus. De bovenkant wordt een zak en ontwikkelt zich tot de maag. De rest gaat draaien, wordt dunne darm en de dikke darm, en legt zich in een kader tegen de achterkant van de buik."

"Een goede chirurg weet die buis met de bloedvaten netjes los te maken van de

andere weefsels. Om properder te kunnen werken, voor minder bloedverlies en om minder tumorcelletjes te verliezen. Om dit te kunnen, moet je een speciale training hebben gehad. Ik ben daar exceptioneel precies in. Ik pas werkelijk altijd dezelfde techniek toe en moet bijna nooit improviseren, tenzij er zich natuurlijk een zeer ongewone situatie voordoet. Mijn assistenten worden ook op die manier opgeleid."

"Ik herinner me een Amerikaans onderzoek waarbij aan patiënten wordt gevraagd wat ze belangrijk vinden bij de keuze voor een specialist. Bovenaan staan eerlijkheid, stiptheid, duidelijkheid en communicatie. Deskundigheid volgt pas daarna. Ikzelf zou kiezen voor de meest deskundige arts maar voor de patiënt blijkt vertrouwen en eerlijkheid belangrijker. Daarom ben ik ook steeds heel open, ook over mogelijke complicaties. Ik loop er ook niet van weg als ze zich voordoen, hoewel ze je absoluut confronteren met jezelf en je werk. Elke grote complicatie is een krasje op je ziel en blijft je bij."

Is passie cruciaal in uw verhaal?

"Ik denk het wel. Passie, kennis en opleiding. 'Geluk dwing je af', zei Johan Crujff. Ik heb er dan ook alles voor gedaan om op de beste opleidingsplaatsen terecht te komen. Daar krijg je ook de beste kansen en die vormen je tot wie je bent."

Daarmee komen we bij Johan Crujff!

"Opereren is het leukste dat er is. Voetbal is mijn andere grote passie met als exponent Johan Crujff. Hij richtte ook een foundation op en stimuleerde jongeren en gehandicapten om te sporten, o.a. door zijn Crujff-courts. Hij was geniaal in z'n eenvoud. Mijn assistenten moeten minstens een van zijn uitspraken kennen. Ik las z'n boek laatst nog eens opnieuw omdat ik zo'n fan van hem ben."

"Weet je, als Ajax een grote wedstrijd speelt, dan koop ik weleens wat kaartjes en zeg ik in het operatiekwartier: 'Jongens, wie heeft er zin om straks mee naar Amsterdam te rijden?' Perfecte ontspanning na een dagje darmen opereren. Dat plezier met anderen delen, vind ik fantastisch." ■





Eerste TriClip-procedure uitgevoerd in ZOL Genk

Op 22 februari voerden de interventionele cardiologen en hun team als eersten in Limburg een TriClip-procedure uit bij een oudere dame met een lekkende tricuspidalisklep. Het gaat om een innovatieve techniek waarbij de klep op minimaal invasieve wijze wordt hersteld met behulp van een kleine clip die in het hart wordt geplaatst via een prik in de lies, zonder dat het hart stilgelegd of geopend wordt. Dit is een grote meerwaarde, zeker voor patiënten voor wie een klassieke hartoperatie een te groot risico vormt, aldus cardioloog dr. Bert Ferdinande.

De tricuspidalisklep is een van de vier hartkleppen die de bloedstroom door het hart regelen. Als de tricuspidalisklep niet correct werkt, kan deze de juiste richting van de bloedstroom verstoren en het hart dwingen harder te werken om bloed naar de longen en de rest van het lichaam te sturen. De patiënt krijgt dan last van vermoeidheid, kortademigheid en vochtophoping in de buik of de benen. In ernstige ge-

vallen kan dit leiden tot lever-, nier- en hartfalen en zelfs tot overlijden.

Voor slecht functionerende aorta- en mitraliskleppen worden in het interventiecentrum van ZOL al procedures met Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI) en MitraClip uitgevoerd bij patiënten die hiervoor in aanmerking komen. Ook andere innovatieve, minimaal invasieve procedures worden in gese-

lecteerde gevallen via een prik in de lies uitgevoerd. De toepassing van de TriClip-procedure werd midden 2021 goedgekeurd in de Europese Unie. Bij deze ingreep brachten de interventionele cardiologen dr. Bert Ferdinande en dr. Daan Cottens een katheter via een prik in de lies naar de lekkende tricuspidalisklep. Dit gebeurde onder nauwkeurige echocardiografische begeleiding van cardioloog dr. Philippe Bertrand, die

dr. Philippe Bertrand



TriClip



Het hele team dat instond voor de plaatsing van de eerste TriClip

zich hierin specialiseerde. "De begeleiding van de interventie-cardioloog met 2D- en 3D-echografische beelden van het hart zorgt ervoor dat alle stappen veilig en accuraat kunnen verlopen. Real-time beeldvorming van het actief, kloppend hart is onmisbaar tijdens een percutane interventie. Ook een grondige pre-procedurele voorbereiding en een duidelijk plan van aanpak zijn essentieel", zegt dr. Bertrand.

De ingreep is goed verlopen en de patiënt kon al na twee dagen het ziekenhuis verlaten.

"Tot nu toe was het een hele uitdaging om een lekkende tricuspidalisklep met succes te behandelen. Deze minimaal invasieve procedure en de innovatieve clip hebben het potentieel om de symptomen en de kwaliteit van leven voor de patiënt te verbeteren zonder de risico's

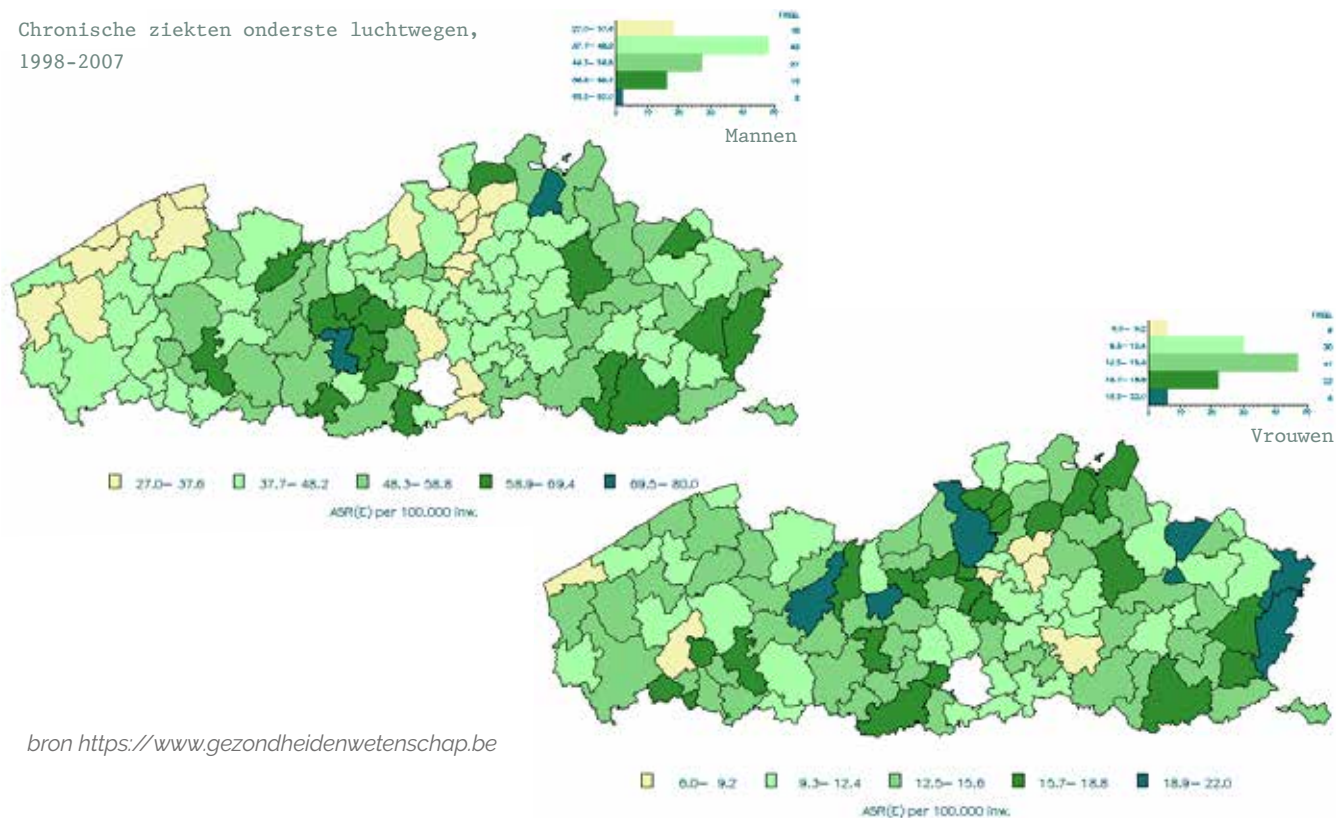
en complicaties van meer invasieve benaderingen," aldus dr. Bert Ferdinande.

Belangrijk om mee te geven is dat voor een groot deel van de percutane procedures nog weinig lange-termijn-resultaten bekend zijn en dat voor jonge patiënten en patiënten met een laag chirurgisch risico anno 2022 een klassieke heelkundige ingreep de voorkeur behoudt. ■

Limburg telt meeste patiënten met chronische longaandoening maar minste behandelingsfaciliteiten



Chronische ziekten onderste luchtwegen,
1998-2007



bron <https://www.gezondhedenwetenschap.be>

Zopas organiseerde de dienst Longziekten een symposium in Thor Park Genk over respiratoire revalidatie. Met het congres wilde de dienst het belang van revalidatie bij een chronische longaandoening illustreren. Limburg kent immers het meeste patiënten met een chronische longaandoening in Vlaanderen maar heeft geen gespecialiseerde cardiorespiratoire SP-bedden.

De diverse sprekers - waaronder patiënten, toponderzoekers én Vlaams minister van Volksgezondheid Wouter Beke - schetsten een duidelijk beeld van het belang van revalidatie bij een chronische longaandoening en van een hoogkwalitatieve aanpak voor nu en in de toekomst.

Respiratoire revalidatie wil mensen met een chronische longaandoening en met klachten van kortademigheid, spierzwakte en verkeerde leefgewoonten helpen omdat de aandoening een belangrijke invloed heeft op het dagelijks leven en functioneren. Daarom is het belangrijk dat ook Limburg een gespecialiseerde dienst krijgt voor de behandeling en revalidatie van cardiorespiratoire aandoeningen. Momenteel telt Vlaanderen 236 cardiorespiratoire SP-bedden, waarvan 0 in Limburg.

Onder chronische longaandoeningen worden alle longaandoeningen verstaan die een functionele beperking inhouden voor de longen, zoals COPD (Chronic

Obstructive Pulmonary Disease), astma, longfibrose of long Covid-19.

Een respiratoir revalidatieprogramma verbetert de gezondheidstoestand van de patiënt, zodat werk en/of hobby's hervat kunnen worden. Bovendien moedigt het traject de patiënt aan om een gezondere levenswijze aan te nemen met meer beweging, gezonde voeding, minder stress en rookstop. Het uiteindelijke doel van de revalidatie is ervoor te zorgen dat mensen met een chronische longaandoening opnieuw beter functioneren in het dagelijks leven.

Chronische longaandoeningen: enkele cijfers

Cijfers zijn er vooral voor COPD

- Meer dan 25% van de langdurige rokers heeft een langzaam erger wordende vorm van luchtwegvernauwing.
- Naar schatting 4 tot 10% van de Europeanen lijdt aan COPD.
- In België ligt het aantal personen met COPD grof geschat rond de 400.000.

Vaak wordt de diagnose echter laat-tijdig gesteld. Het cijfer loopt wellicht op tot 700.000.

- COPD komt het vaakst voor bij mensen tussen 65 en 69 jaar oud. Vóór de leeftijd van 45 jaar is de aandoening zeldzaam.

Limburg scoort slecht

In Limburg komen chronische aandoeningen van de longen meer voor in vergelijking met andere regio's in Vlaanderen (zie figuren (bron <http://www.zorg-en-gezondheid.be>)). Er is nog geen diepgaand onderzoek gedaan naar de specifieke redenen hiervoor maar socio-demografische factoren spelen onomstotelijk een rol.

De cijfers geven aan dat Limburg dringend nood heeft aan een gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie van cardiorespiratoire aandoeningen (zogenaamde SP-bedden). Van de 236 cardiorespiratoire SP-bedden in Vlaanderen, heeft Limburg er geen enkel. ■

Covid-19 en zwangerschap: wat weten we anno 2022?

Het is intussen 2 jaar geleden sinds we de woorden Covid-19, lockdown en pandemie in één zin leerden kennen. Hoe is het nu gesteld met de kennis over Covid-19 en zwangerschap? Kan Covid-19 overgaan naar de foetus? Is Covid-19 vaccinatie echt veilig? Waarom zouden we zwangeren aanraden zich te laten vaccineren?

Begin 2021 was het aantal data en studies over zwangeren en Covid-19 nog beperkt. De data die voorhanden waren, leken in eerste instantie geen verhoogd risico aan te tonen in vergelijking met niet-zwangeren. Hoe anders denkt de wetenschappelijke wereld hier vandaag over?

Studies tonen duidelijk aan dat zwangeren zieker worden door Covid-19 en dat het risico op een ernstige Covid-19 infectie duidelijk toeneemt met het vorderen van de zwangerschap⁽¹⁾. Het risico voor opname in het ziekenhuis ten gevolge van Covid-19 is het grootste in het derde trimester van de zwangerschap.

De risicofactoren op het ontwikkelen van een ernstige Covid-19-infectie zijn dezelfde als bij de niet-zwangere populatie, namelijk obesitas, leeftijd boven 35 jaar, lagere sociale achtergrond, een andere etnische achtergrond en comorbiditeiten zoals diabetes mellitus, hypertensie, of een immuniteitsstoornis⁽²⁾.

We zien dat zwangeren veel zieker kunnen worden ten gevolge van Covid-19, maar wat is het effect van Covid-19 op de zwangerschap en foetus?

Covid-19 kan leiden tot ernstige zwangerschapscomplicaties, zoals premature arbeid, risico op groeirestrictie van de foetus, pre-eclampsie en een laattijdige miskraam. De studies en cijfers die we hier weer-geven, betreffen allemaal niet-ge-vaccineerde patienten.

Bij een symptomatische Covid-19-infectie, is er een risico van 21,8% op premature arbeid onder 34 weken zwangerschap en 24,3% onder 37 weken zwangerschap. Pathologisch onderzoek van placenta's van Covid-19-positieve moeders, toonde tekens van placentaire dysfunctie, zoals vasculaire malperfusie, fibrine depositie en chronische histiocyttaire intervillitis.

Deze dysfunctie ligt waarschijnlijk aan de basis van de groei problemen die gezien worden bij de foetus na een Covid-19-infectie, maar ook laattijdige miskramen en het verhoogde risico op pre-eclampsie worden aan deze placenta veranderingen toegeschreven.

Vele toekomstige mama's stellen ons de vraag 'Wat is de kans dat de infectie overgaat naar de baby?'. Het risico op verticale transmissie is eerder laag, ca 3,2% voor baby's waarbij er een Covid-19-infectie in het derde trimester plaatsvond.

Anderzijds zien we in het navelstrengbloed, onmiddellijk na geboorte afgenomen, de aanwezigheid van immuunglobulines, die wijzen op een passieve immuniteit van de baby. Hoe lang deze immuniteit aanhoudt, is echter nog onduidelijk.

De behandeling van zwangeren met een Covid-19-infectie is vrij gelijkaardig aan de behandeling van niet zwangeren, en gebeurt steeds in overleg met de collega's pneumologen en anesthesisten. Zuurstoftherapie, corticosteroiden, secundaire antibiotica, thromboprofylaxie zijn de gouden standaard. Indien een intubatie noodzakelijk is, wordt best eerst een sectio uitgevoerd. Er is weinig literatuur over intubatie bij zwangeren, maar na 28 weken wordt het volume van de uterus zo groot, dat een efficiënte intubatie en oxygenatie onmogelijk worden en verkiest men om die reden eerst het kind te verlossen.

Het laatste, soms heikel punt, is vaccinatie tijdens de zwangerschap en borstvoeding. Er is veel over gezegd en geschreven op sociale media, maar de wetenschap is duidelijk hierover: vaccinatie is veilig tijdens de zwangerschap en wordt ten zeerste aangeraden door alle grote medische organisaties. De Covid-19 vaccins zijn veilig op elk moment van de zwangerschap en mogen simultaan met andere vaccins gegeven worden. Bij voorkeur wordt gekozen voor een mRNA Covid-19 vaccin. De literatuur is ook duidelijk dat de kans op een ernstige Covid-19 infectie voor een gevaccineerde patiente veel lager is ten opzichte van een niet gevaccineerde dame (1.4 versus 11.3%).

Indien een zwangere echter maar 1 dosis van haar vaccin heeft gehad, is haar risico op ernstige Covid-19 echter gelijkaardig aan een niet-gevaccineerde.

Opnieuw worden in een aantal case reports de aanwezigheid van immuunglobulines in navelstrengbloed na vaccinatie in de zwangerschap beschreven.

Tot slot weten we uit de literatuur dat vaccinatie tijdens de borstvoeding eveneens veilig is. Men ziet ook antilichamen in de moedermelk die persistenten tot 6 maanden na vaccinatie. ■

¹³ Lokken EM

¹² Allctey



“

“Vaccinatie tegen Covid-19 is veilig tijdens de zwangerschap en wordt ten zeerste aangeraden door alle grote medische organisaties.”

dr. Tinne Mesens,
dr. Elisa Van Raemdonck

"Wie in de lappenmand ligt, kan niet trainen en zeker niet presteren"

Prof. dr. Bellemans schrijft boek over sportletsels

Mensen weten veel over hun lichaam, maar over het musculoskeletaal systeem is er echt weinig kennis. Nochtans is die kennis belangrijk, zeker voor mensen die sporten. Het helpt om jezelf maximaal te ontwikkelen en te presteren, en om voluit van de sportbeleving te genieten, zegt prof. dr. Johan Bellemans, kniechirurg en sportarts. Hij schreef het boek 'Sportblessures', hoe ze te voorkomen of genezen.



Prof. dr. Johan Bellemans: "Een sporter met een letsel kan naar een dokter of kinesist gaan, maar het is veel logischer dat hij eerst zelf interpreteert wat er aan de hand is. Je eigen lichaam kennen en begrijpen is voor elke sporter van cruciaal belang. Een sporter is zelf het best geplaatst om het eigen lichaam in te schatten. Hij voelt het ongemak en zit daarom in pole-position: de best mogelijke verzorger van je (sport)lichaam ben je zelf."

U weet waarover u spreekt. U bent zelf topsporter geweest en doet nog altijd heel actief aan sport. Daarnaast bent u ook kniechirurg en sportarts.

Prof. dr. Johan Bellemans: "Dat is zo. Ik

heb ook lange tijd sportgeneeskunde gedoceerd aan de KU Leuven. Als hoofdarts van het Belgisch Olympisch en Interfederaal Comité heb ik atleten van het allerhoogste niveau gevolgd, begeleid en behandeld. Maar daarnaast behandel ik ook mensen die nauwelijks aan sport doen. Ik ken de materie dus zeer goed. Het interessante is dat de basisregels voor iedereen dezelfde zijn. Dat is logisch want de wetmatigheden en de biologische processen die aan de basis liggen van toenemende kracht en snelheid zijn bij iedereen hetzelfde. Dat geldt ook voor de problemen die zich kunnen voordoen. Maar het verhaal van een topatleet is natuurlijk meer gepolariseerd."

Is dit boek een naslagwerk rond alles wat u geleerd heeft in uw carrière?

Prof. dr. Johan Bellemans: "Inderdaad. Ik herinner me dat ik als jonge student geneeskunde op zoek ging naar een boek over de werking van het sportlichaam. Het bestond niet en vandaag is dit nog altijd zo. Niet in het Nederlands maar ook niet in het Engels."

"Mijn boek wil die leemte opvullen. Van alle medische wetenschappen is het musculoskeletaal systeem het meest logische en begrijpbare. Ik ben vaak verbaasd over de klachten en vragen waarmee mensen bij mij komen. Een Belg weet veel over bloeddruk, cholesterol en diëten maar over het apparaat waarmee hij beweegt, sport, springt en loopt heeft hij nauwelijks kennis. Ik merk dit zelfs bij

de elites. Nochtans is het musculoskeletaal systeem, naast de geest, voor ons het belangrijkste om te functioneren. Mens sana in corpore sano."

Hoe kan je dit verklaren?

Prof. dr. Johan Bellemans: "In ons land is nooit geïnvesteerd in het ontwikkelen van een bewegingscultuur. Momenteel, met de opkomst van 'start to run' en allerlei nieuwe initiatieven die mensen willen aanzetten tot bewegen, is er naar mijn gevoel echt nood aan correcte informatie. Elk probleem dat zich in de sport met het bewegingsstelsel kan voordoen, wordt in mijn boek besproken. In totaal beschrijf ik 185 sportletsels in al hun varianten."

Als BOIC-arts heeft u contact gehad met heel veel verschillende sporttakken?

Prof. dr. Johan Bellemans: "Klopt. Dit is geen boek voor voetballers of hardlopers maar voor alle sporters. Op die manier zou het ook een referentiewerk moeten zijn voor iedereen die in ons land – recreatief of professioneel – met sport begaan is: de sporter en zijn familie, de coach, de trainer, de kinesist en de sportarts. Het is laagdrempelig geschreven, met een uitgebreide woordenlijst. Dus als je pijn hebt in de schouder na het tennissen of last van de achillespees bij het lopen, kan je aan de hand van dit boek als een detective op zoek naar meer info en oplossingen."

U heeft ook veel contact met trainers. Heeft u de ervaring dat trainers vaak meer naar prestaties kijken dan naar het heil van hun atleten?

Prof. dr. Johan Bellemans: "Dat is zeker zo. Maar het goede is dat trainers vaak dezelfde bedoeling hebben als de sporter, namelijk een zo goed mogelijk resultaat. En daarvoor moet je natuurlijk gezond zijn. Alleen vergeten trainers dat aspect soms en wordt er zo hard getraind dat de atleet gekwetst geraakt. Heel wat maatregelen kunnen ervoor zorgen dat een atleet, ondanks keihard trainen, toch niet gekwetst geraakt. Deze kennis is de basis voor succes want hoe meer een sporter kan trainen, hoe hoger het prestatieniveau. En wie in de lappenmand ligt, kan niet trainen en zeker niet presteren."

"De incidentie van sportletsels in een ideale wereld is 6 percent. In het voetbal bijvoorbeeld zijn er dit veel meer. Dit betekent dat veel kwetsuren vermeden hadden kunnen worden."

Ik zag u onlangs in een TV-programma waarin sportartsen, voornamelijk uit de voetbalwereld, geïnterviewd werden. U had vaak een veel meer uitgesproken mening dan uw collega's?

Prof. dr. Johan Bellemans: "Absoluut. Ik vind dat atleten beter beschermd moeten worden door de medici die hen omkaderen. Daar ben ik erg van overtuigd. Sportartsen of medici dienen ervoor te zorgen dat de gezondheid van atleten zo goed als mogelijk beschermd is en blijft. Uiteindelijk is dit niet contradictorisch. Want een atleet zal alleen maar goed presteren als hij gezond is en over al zijn fysieke mogelijkheden beschikt."

"Dit geldt zeker ook voor de jongere atleten. Op de jongste winterspelen hebben we opnieuw gemerkt dat sommige landen een aantal biologische wetmatigheden misbruiken om uitmuntend te presteren. Tijdens de groei is de relatieve kracht van een jonge sporter op het hoogst. Dit betekent dat de sprongkracht van een atleet op het einde van de puberteit hoger is dan ze ooit nog zal zijn. In bepaalde landen, zoals de Oostbloklanden - worden

atleten geselecteerd en voorbereid om in die leeftijdscategorie een maximale prestatie te leveren, bv. bij een viervoudige sprong tijdens het kunstschaatsen. Goed wetende dat die meisjes dit niet meer zullen kunnen wanneer ze enkele jaren ouder zijn."

"Het probleem is dat op die leeftijd de groeischijven nog open zijn. En deze zijn de zwakste schakel in het menselijk lichaam wanneer het in de groei is. Er is een ganse plejade van kwetsuren die kunnen voorkomen in die leeftijdscategorie. Deze kwetsuren zijn ook de reden waarom er zo een grote drop-out is bij Russische schaatsers of gymnasten. Van de 10 atleten die getraind worden vallen er 7 uit. Dat is dan heel jammer en soms zelfs dramatisch voor deze jonge mensen maar de drie die het dan wel halen, leveren topprestaties."

"Ik heb er trouwens in Peking voor gepleit dat het Internationaal Olympisch Comité daar maatregelen tegen zou nemen en een leeftijdsgrens zou opleggen. Die jonge Russische schaatsers zijn fysisch noch mentaal klaar om in de harde wereld van de topsport te functioneren. Dat bij de spelen in Peking de gouden en zilveren medaille voor skateboarding gingen naar een 12- en een 13-jarige is echt waanzinnig. Vanuit medisch perspectief is dit niet te verantwoorden."

U zei ooit: 'De stelling "Ik ben geblesseerd dus ik kan nu niets doen" moet je vervangen door de stelling "Ik kan nu andere dingen doen, zaken waar ik anders nooit mee bezig ben of geen tijd voor heb".'

Prof. dr. Johan Bellemans: "Daar sta ik nog altijd achter. Blessures ontstaan als het belaste weefsel niet sterk genoeg is. Als je een kwetsuur hebt, heb je tijd om je lichaam sterker te maken zodat deze kwetsuur niet meer terugkomt. Een volledig hoofdstuk in mijn boek gaat over het versterken van onder andere spierweefsel, peesweefsel en botweefsel. Deze correleren immers allemaal met elkaar."

"Bovendien komt er als je geblesseerd bent heel veel tijd vrij om zaken te doen die je eerder verwaarloosd hebt. Zoals je mentale weerbaarheid versterken, sportpsychologie begrijpen, maar ook je verdiepen in tactische of technische aspecten van je sport. Vandaag zijn er heel veel mogelijkheden. De meeste atleten posten bijzonder veel over zichzelf en hun trainingsschema's. Je hebt bijna een heel leven nodig om dit allemaal te lezen en ervan te leren." ■



“

"Een Belg weet veel over bloeddruk, cholesterol en diëten, maar over het apparaat waarmee hij beweegt, sport, springt en loopt heeft hij nauwelijks kennis."

prof. dr. Johan Bellemans,
sportarts en kniechirurg



“

“Mijn schrijverij heeft waarschijnlijk te maken met wat men in de sociale psychologie omschrijft als 'basking in reflected glory'.

dr. J. Van Robays,
patholoog

EINDBESPIEGELINGEN VAN EEN ANATOMOPATHOLOOG

Patholoog dr. Johan Van Robays, die met zijn Het Eponiemenkabinet en De Dissectiekamer vanaf het begin meeschreef aan ZOLarium, stopt met schrijven. In de afgelopen 21 jaar hebben lezers met veel plezier zijn boeiende en vaak humoristische verhalen gelezen.

Hoe ben je destijds begonnen met schrijven?

Dr. Johan Van Robays: "Mijn allereerste schrijfsels dateren van lang geleden toen ik lid was van de Jaguar Drivers Club. Ik had een oldtimer Jaguar, waarmee we met de hele familie rally's reden. Dat waren plezierige uitstapjes in eigen land, en van Schotland tot Zuid-Frankrijk. Daar kon je de meest fantastische verhalen over schrijven, vooral bij motorpech in 'the middle of nowhere.'"

"Die verhalen waren ZOL-collega's niet ontgaan en daarom boden ze me een eigen rubriek aan in ZOLarium. Dat leek me wel wat. Aan inspiratie ontbrak het me zeker niet. Toen ik nog assistent was, kocht ik vaak boeken over de geschiedenis van de geneeskunde. Zo werden al gauw 'Het Eponiemenkabinet' en 'De Dissectiekamer' geboren."

"Die ZOLarium artikels werden op hun beurt opgemerkt door Artsenkrant en zo heb ik jarenlang wekelijks een artikel geschreven in dit belangrijke tijdschrift voor artsen."

Wat waren de belangrijkste thema's van je verhalen?

"Voor het eponiemenkabinet is het duidelijk. Dat waren mannen en vrouwen uit de medische sfeer die hun naam hebben verbonden aan een ziekte, syndroom of een techniek. Bvb James Parkinson, Alois Alzheimer en Virginia Apgar."

"Voor De Dissectiekamer waren de thema's een potpourri van alles en nog wat. Ze diepten uit belangrijke levensthema's zoals humor, liefde, schoonheid en sterfelijkheid. Een voorbeeld van humor was de parodie op de JCI-accreditatie in 'De Toren van Babel' (ZOLarium 47). Over de liefde ging het in een amoureuze reeks over 'Manuela'. De trieste realiteit omtrent de sterfelijkheid kwam onder meer aan bod in 'Body Farm', een boerderij waar lijken aan de natuur worden blootgesteld om het rottingsproces dag na dag te bestuderen. Over sterfelijkheid heb ik veel geschreven omdat het aansloot bij mijn werk als patholoog."

Kreeg je veel reacties op je artikels? Ik hoor dat lezers van ZOLarium vaak eerst op zoek gingen naar jouw teksten.

"Dat mijn verhalen de aanleiding waren om ons fraai geïllustreerd tijdschrift te openen, vind ik natuurlijk een mooi compliment. Maar veel terugkoppeling heb ik nooit gekregen. Het

is het trieste lot van elke schrijver of columnist, denk ik. Met social media is dat vandaag natuurlijk anders. Dus als iemand alsnog wil reageren kan dat op johan.vanrobays@zol.be."

"De meeste reacties kreeg ik uiteindelijk op de 'Manuelareeks'. Maar ook naar aanleiding van andere verhalen die lezers aangesproken hebben, kwam er af en toe een mail of een geschreven brief."

Als patholoog was je elke dag concreet bezig met ziekte en dood. Heeft dit je visie op het leven bepaald?

"Over de dood kan ik niets vertellen en citeer ik liever Epicurus: 'Als de dood er is, dan ben ik er niet. Als ik er ben, dan is de dood er niet. Maar via talrijke autopsies ben ik wel geconfronteerd geweest met een levenloos lichaam. Mijn tegenreactie was er dan een van intenser en bewuster te leven. Vandaar wellicht mijn wat hedonistische inborst en bourgondische levensstijl."

"Maar over ziekte valt wel wat te vertellen. Men leert er ontzettend veel uit over het normale functioneren van een gezond lichaam. Zonder ziekte hadden wij nooit zo'n wetenschappelijke vooruitgang gemaakt in de geneeskunde. Maar mijn levensvisie is breder. Ze wordt ook in grote mate bepaald door mijn liefde voor de natuur en de muziek. Overdag loop ik graag met open ogen in Gods wondere natuur. 's Avonds dompel ik me graag onder in bedwelmend mooie muziek. Muziek was trouwens mijn eerste liefde maar ik mocht geen muzikant worden van mijn ouders. Achteraf gezien hebben ze groot gelijk gehad. Anders was er geen grote familie van tien kinderen geweest en geen mooie villa."

Welke muziek luister je graag?

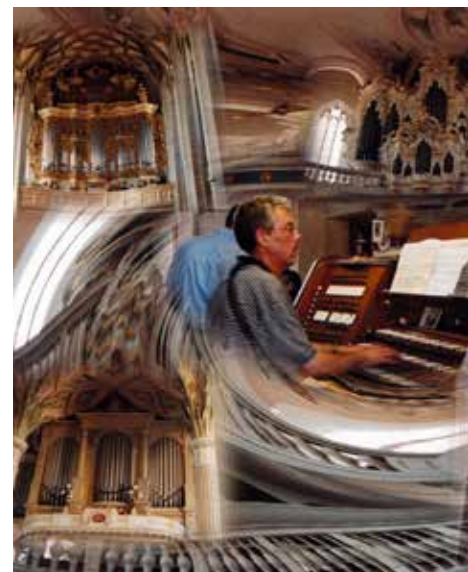
"In mijn jeugd luisterde ik vooral naar renaissance- en barokmuziek. Tijdens mijn assistententijd in Leuven timmerde ik een klavecimbel in elkaar en speelde ik accordeon in een folkband (Groep 1544). Maar vandaag is het de muziek van Gustav Mahler die me het meest bekoort. In zijn tijd was hij de meest spraakmakende dirigent ter wereld en hij schreef fantastische symfonieën. Zijn thema's gaan ook over de natuur, de liefde en de dood. Van Mahler ben ik trouwens een kanjer van een biografie van 3.700 bladzijden aan het herlezen."



accordeonspel in het woonzorgcentrum



Johan alias Vesalius



orgelspel (foto Jo Claes)

Wat boeit je in de natuur?

“De schoonheid en de constructie. Met dit laatste bedoel ik hoe alles in elkaar steekt. Hoe in elke lente uit een onooglijk knopje weer een blad, een bloem of een vrucht ontwikkelt. Hoe de kikkers ieder voorjaar naar dezelfde poel trekken en daar een tros kikkerdril produceren waaruit na een paar weken lilliputter kleine kikkertjes het lange gras inhuppelen. En uit het eigenhandig ontleden van de volwassen kikker leerden we indertijd hun anatomische structuur. Maar op het nano-niveau van de moleculaire genetica steekt alles nog wonderbaarlijker ineens. De DNA-helix en hoe in de ontwikkeling van eitje tot individu een soort masterplan van in- en uitschakelen van genen in werking

treedt. En dan rijst natuurlijk de grote vraag: wie of wat heeft dit wonderlijk fenomeen uitgedacht?”

Waar haalde je de energie vandaag om te schrijven?

“Mijn schrijverij heeft waarschijnlijk te maken met wat men in de sociale psychologie omschrijft als 'basking in reflected glory'. Door zichzelf met een succesvol iemand te associëren - of het nu in de sport, muziek of de wetenschap is - voelt men ook wat van die glorie op zich afstralen. Vandaar dat ik zo graag biografieën lees en er ook zelf een heb geschreven over mijn idool Vesalius. Trouwens, mijn eponiemen artikels waren eigenlijk ook een soort mini-biografieën. “

Sta je graag in de schijnwerpers?

“Van nature uit niet, maar tijdens het Vesaliusjaar 2014 kon ik mij niet bedwingen. Over het hele Vlaamse land heb ik een veertigtal avondvullende one-man-shows gegeven in het typische Vesalius plunje van wambuis, goud gestikt vest en wit gesteven molensteenkraag. Dit werd opgemerkt door enkele ZOL-medewerkers en prompt werd ik benoemd tot prins carnaval 2015. Ditmaal in een weelderig Venetiaanse outfit en omringd door twee schattige hofdames, Anouk en Natascha, in een wijde rok en weelderig uitgesne-

den decolleté. Door dit succes werd ik aangesproken door professor Manca van de UHasselt om me te verkleeden als Galileo Galilei en vanuit de 71 meter hoge schacht van Winterslag diens theorie van de valsnelheid aanschouwelijk te maken. En dus ja, ik heb genoten van de schijnwerpers. Maar schijnwerpers werpen alleen maar schijn.”

Je hebt een heel eigen stijl ontwikkeld. Was het creatief schrijven voor jou een plezier?

“Iedere vogel zingt zoals hij is gebekt, luidt het cliché. Maar als er al iets persoonlijks in mijn stijl ligt, dan heeft het vermoedelijk te maken met (alweer) de muziek. Iedere zin moet een ritmische cadans in zich dragen, zodat de tekst vlot wegleest. Op het ritme van de hartslag of de hersengolven? Ik weet het niet. Maar dan leest die tekst in elk geval niet als beton.”

“Even belangrijk als het ritme is de inhoud van het verhaal. De lezer moet er iets van kunnen opsteken (het documentaire karakter) en het moet plezierig om lezen zijn (de humoristische noot).

Wie is je grote literaire voorbeeld?

“Als ik enkele namen mag noemen zijn dat Thomas Mann (De Toverberg), Robert Musil (De man zonder eigenschappen) en Stefan Zweig met zijn stevig gedocumenteerde biografieën (alweer) over tal van prominente historische figuren, vooral vrouwen, zoals Mary Stuart,

“

“Over sterfelijkheid heb ik veel geschreven omdat het aansloot bij mijn werk als patholoog.”

dr. J. Van Robays,
patholoog



de familie aan de autopsietafel



Carnavalbal 2015 (Prins carnaval)

Catharina de Grote en Marie Antoinette. In diezelfde meeslepende narratieve stijl heb ik onlangs ook met veel plezier 'Grand Hotel Europa' van Ilja Leonard Pfeijffer gelezen. Boeiende schrijvers van bij ons zijn Bart Van Loo (zijn trilogie over Frankrijk en 'De Bourgondiërs') en uiteraard ook Stefan Hertmans. Het zijn dus vooral oude historische verhalen die mijn voorkeur wegdragen."

Het verleden blijft je dus inspireren?

"Ja, dat moet een onverbetelijk trekje van mezelf zijn, denk ik. Als ik op zoek was naar een huis moest het een oude villa zijn. Idem dito voor een auto en het werd een oldtimer. Die oude dingen hebben voor mij een onweerstaanbare charme, ondanks het feit dat ze wel wat minder comfortabel zijn."

Vind je dat jonge artsen de geschiedenis (van de geneeskunde) te weinig kennen?

"Men heeft de geschiedenis van de geneeskunde niet nodig om een goede arts of topdokter te zijn. Maar de geschiedenis plaatst de huidige kennis wel in perspectief. Gustav Mahler bijvoorbeeld is op 51-jarige leeftijd overleden aan een endocarditis na kleplijden. In 1911 was dat totaal niet behandelbaar maar vandaag is dat perfect mogelijk via antibiotica en hartklepchirurgie." "Veel mensen beseffen niet welk fenomenale voortuitgang er geboekt is in de geneeskunde in de laatste 100 jaar. Het is maar als je die verhalen leest, dat je beseft welk privilege we vandaag heb-

ben. Vandaar mijn totaal onbegrip voor mensen die hun fantasie voor de enige waarheid aanzien en complottheorieën verzinnen. Ook voor anti-vaxers en andere zelfverklearde 'wetenschappers'."

Wat heeft de coronapandemie voor jou betekend?

"Splendid isolation en een hakbijl scenario. Enerzijds was er heerlijk veel tijd om boeken te lezen en via YouTube filmpjes naar concerten te luisteren. Maar die heerlijke afzondering heeft ook veel initiatieven laten doodbloeden. Zo zong ik in een gregoriaans kerkkoor, maar na twee jaar pandemie zijn de londen van die 75-plussers ook twee jaar ouder geworden. De draad (adem) weer oppakken zal moeilijk, zo niet onmogelijk zijn. Ook mijn orgaanmuseum in UHasselt, dat ik met veel enthousiasme heb opgericht, ligt al twee jaar stil. De rondleidingen opnieuw opnemen zal voor mij ook moeilijk zijn. Zal ik er nog hetzelfde 'elan vital' kunnen inleggen of moet misschien iemand anders er weer een documentaire show van maken?"

"Hierbij moet ik een onprettig karaktertrekje van mijzelf bekennen. Aan ontzettend veel dingen ben ik zeer enthousiast begonnen maar na enkele jaren heb ik er de brui aan gegeven. Zo ben ik als knaap met viool begonnen en gestopt; met orgel begonnen en gestopt; met klavecimbel hetzelfde. Met mijn oldtimer-rage, die zeer heftig was, is het ook gedaan. Hetzelfde met halve marathons

lopen. Ook het Vesaliushoofdstuk is ondertussen definitief afgesloten. Idem dito nu met schrijven."

Je bent intussen al een zestal jaren op emeritaat. Waar ben je dan nu mee bezig?

"Met van alles, behalve met wat ik hierboven heb opgesomd. Vooreerst is er mijn grote familie van tien kinderen en, voorlopig, tien kleinkinderen. Ze allemaal zien opgroeien en hun eigen weg in het leven zien vinden, is schitterend. Dat ze allemaal goed overeenkomen en dat er geen familievetes zijn, is grandioos."

"Met de grote parktuin die rond onze villa ligt heb ik mijn gezichtsveld kunnen verruimen van het claustrofobisch microscopisch beeld naar een weidse natuur. En in een zalig luilekkerland hoort ook honing. Zo heb ik met twee vrienden in de achtertuin een bijenteelt opgezet. De plek is een excellent drachtgebied met een weelderig palet aan stuifmeel- en nectarrijke bloemen."

"Maar mijn laatste woord gaat toch alweer naar de muziek. Met mijn diatonisch accordeon speel ik nu wekelijks nostalgische smartlappen en schlagers voor de rusthuisbewoners van de 'Vierde Wand'. Niet meteen mijn favoriete muziek maar voor die mensen is het een zo dierbare herinnering aan hun heerlijk jonge jaren." ■

NIEUWE ZOL ARTSEN

Het beheer, de directie en de artsen van het Ziekenhuis Oost-Limburg hebben het genoeg van de uitbreiding van de medische staf aan te kondigen. Volgende artsen zijn in ZOL gestart.

AANSTELLING

Nefroloog dr. Line Heylen wordt voorzitter van de Commissie Registratie en Toezicht van de Nederlandse Belgische Vereniging voor Nefrologie. Joycelyn Harris, lid van de centrale data coördinatie van ZOL, wordt aangesteld als data-manager.



DR. ERWIN CORNIPS
neurochirurgie

Dr. Erwin Cornips voltooide in 1999 zijn opleiding tot neurochirurg aan de KU Leuven. Hij werkte gedurende 20 jaar in het Maastrichtse UMC+. Zijn belangrijkste aandachtsgebieden zijn kinderneurochirurgie, aandoeningen van het ruggenmerg (dysrafie, tethered cord, tumoren, syringomyelie, ...), hypofysechirurgie, hydrocefalie, craniële endoscopie, nervus vagus stimulatie en ten slotte de thoracale hernia in al zijn facetten inclusief de thoracoscopische benadering.

Dr. Cornips publiceerde meer dan 55 wetenschappelijke papers en book chapters, gaf talrijke presentaties op internationale congressen en zat in de faculty van talrijke internationale workshops en hands-on cursussen o.a. betreffende nervus vagus chirurgie en thoracale hernia chirurgie.

Sinds november 2020 is hij actief in ZOL waar hij naast algemene neurochirurgie zijn aandachtsgebieden verder ontwikkelt. Binnenkort zal hij zijn PhD thesis m.b.t. de thoracale hernia en de chirurgische behandeling ervan afronden.

Aankondiging



DR. HERBERT PLASSCHAERT
anatomopathologie

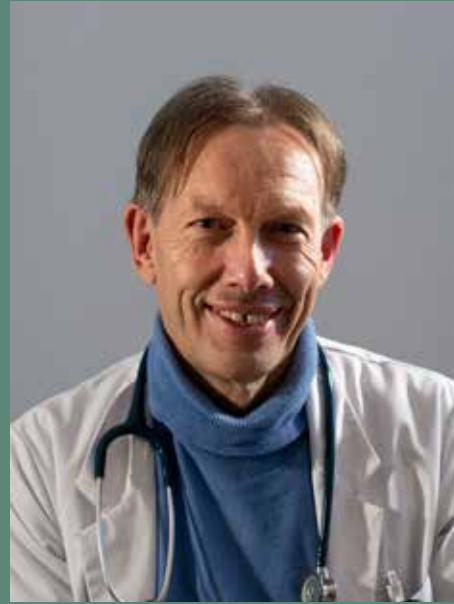
Dr. Herbert Plasschaert behaalde in 2004 zijn artsdiploma aan de KU Leuven. Zijn specialistenopleiding volgde hij in het Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC+) onder leiding van prof. dr. MJAP Daemen en prof. dr. AP de Bruïne. Hij werkte als assistent in Sint-Elisabeth Ziekenhuis Tilburg, Leiden UMC en Atrium Ziekenhuis Heerlen.

Van 2011 tot 2014 werkte dr. Plasschaert als algemeen patholoog in het Orbis Ziekenhuis Sittard en van 2014 – 2015 als stafid in het MUMC+. Van 2015 tot heden was dr. Plasschaert actief in CMA Medina en van 2021 tot heden in UZ Leuven.

In ZOL is dr. Plasschaert actief op de dienst Anatomopathologie. Hij zal zich toeleggen op algemene pathologie met bijzondere aandacht voor dermatopathologie en digitalisatie.

Daarnaast werkt hij als consultant in UZ Leuven en blijft hij actief in CMA Medina Hasselt.

MET PENSIOEN



DR. FRANCIS LEMMENS
pediatrie

Dr. Francis Lemmens rondde zijn studies geneeskunde af aan de KU Leuven in 1979. Van 1979 tot 1984 specialiseerde hij zich in de pediatrie in UZ Leuven onder leiding van prof. R. Eeckels. In zijn opleiding pediatrie volgde hij 16 maanden opleiding in de Kindernefrologie o.l.v. prof. W. Proesmans.

Vanaf 1985 werkte dr. Lemmens als kinderarts in het Sint-Jansziekenhuis te Genk. Samen met dr. Willy Van de Casseye heeft hij er vele jaren de dienst Pediatrie gestalte gegeven. Ze stonden dag en nacht paraat, zodat de dienst een sterke groei kende.

Dankzij zijn heldere visie op de toekomst mocht hij de NICU in 1987 boven de doopvont houden. Aansluitend is hij in 1992 begonnen met polysomnografie voor premature en acuut zieke zuigelingen in het Sint-Jansziekenhuis. Vanaf 1994 was dr. F. Lemmens medisch diensthoofd en dit tot april 2015.

Vanuit zijn grote interesse voor sport – hij heeft zelf in 1e, 2e en 3e nationale voetbal gespeeld - heeft hij zich bekwaamd in de kindersportgeneeskunde en was hij een veelgevraagd spreker op sportcongressen.

Niet alleen in de kindersportgeneeskunde maar ook in de kindernefrologie, de kinderendocrinologie, de diabeteszorg, heeft hij zich bekwaamd tot op een eminent niveau, al blijft hij zich in zijn bescheidenheid als een 'algemene kinderarts' zien.

Zieke kinderen/jongeren en hun ouders kwamen voor dr. Lemmens op de 1e plaats, maar ook voor medewerkers en collegae was hij er steeds, met een luisterend oor en veel empathie.

Wij danken hem voor zijn grote inzet en wensen hem het allerbeste toe.

Dr. Jan De Koster

MET PENSIOEN



DR. JAN VAN NUETEN *urologie*

Vrijdag 29 oktober 2021 was de laatste werkdag van onze collega dr. Jan Van Nueten. Hij ging met pensioen na een carrière van 30 jaar in ZOL.

Na zijn specialisatie Urologie in het Universitaire Ziekenhuis van Antwerpen bleef hij daar nog 2,5 jaar als stafid werken, om in 1991 te starten in het toenmalige St.- Jansziekenhuis. Hij werd collega van dr. Piet Meylaerts, en tijdens zijn carrière groeide de dienst Urologie uit tot een dynamische dienst met 5 fulltime stafleden.

Klinisch urologisch werk alleen bleek niet genoeg te zijn voor Jan, want onder zijn drijvende kracht werd een uiterst performante MOC urologie uitgebouwd en werd hij de eerste LOK-secretaris van Limburg. Jan is ook de architect geweest van de groeiende samenwerking met onze netwerkpartners. De laatste 10 jaar was hij diensthoofd Urologie. Hij zetelde de laatste 5 jaar van zijn loopbaan in de Medische Raad.

Jan is steeds full-time levensgenieter geweest, bourgondiër en familieman 'pur sang'. Eindelijk kan hij meer tijd maken voor zijn lieve vrouw Ingrid, voor zijn kinderen en zijn 6 kleinkinderen.

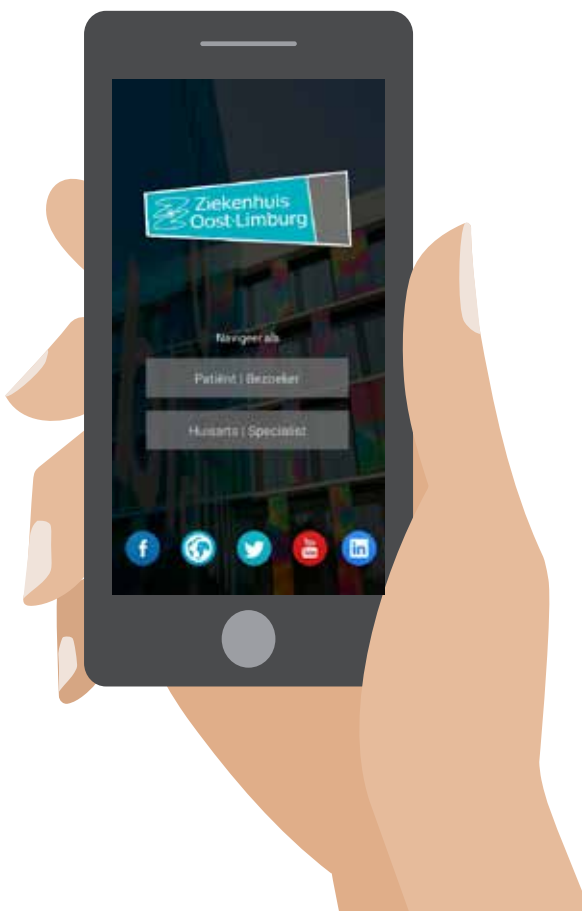
Onder zijn leiding werd de dienst Urologie in al zijn subdisciplines uitgebouwd tot een toonaangevende dienst in Limburg, iets waar Jan terecht fier op mag zijn. Jan, we gaan je missen als collega, als vriend, en zullen nog dikwijls terugdenken aan de jarenlange fijne samenwerking.

*Uw collega's,
Hans, Bernard, Joyce, Thomas en Yannic*

HEEFT U DE **ZOL-APP** VOOR HUISARTSEN EN SPECIALISTEN AL GEDOWNLOAD?

**De app is nu beschikbaar
voor Android-versie en iOS-versie.**

Vraag uw wachtwoord aan met
uw Riziv-nummer bij: communicatie@zol.be
en download 'ZOL' in de
Google Play Store of in de App Store.



Save the dates

WETENSCHAPPELIJKE RAAD
PROGRAMMA
2022 | 23

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

De lezingen vinden plaats in de aula van ZOL,
campus Sint-Jan Genk, tenzij anders vermeld.

Alle lezingen die in de aula van ZOL plaatsvinden, worden eveneens via ZOOM aangeboden. Meer info en de registratie-link vindt u op www.zol.be in de rubriek 'professionals/wetenschappelijke raad'.

Donderdag 28 april 2022	Preventie van vasculaire aandoeningen en screening 20.30 - 22.30 uur <i>Inhoudelijk coördinator: dr. G. Lauwers (Thoracovasculaire heelkunde ZOL)</i>
Zaterdag 7 mei 2022	Voorstelling genderkliniek Ziekenhuis Oost-Limburg ZOL, Sint-Jan, Aula (G -1.10)
Donderdag 19 mei 2022	Hoofd en aangezichtspijn... Breinbrekers? 20.30 - 22.30 uur <i>Inhoudelijk coördinator: dr. K. Buyse (Anesthesie – Pijntherapie ZOL)</i>
Zaterdag 21 mei 2022	Fertiliteit in Limburg, een samenwerking tussen de ziekenhuizen van Genk en Hasselt Kinopolis Hasselt
Dinsdag 24 mei 2022	Symposium interventionele radiologie ZOL/Jessa <i>Inhoudelijk coördinator: dr. Tom De Beule en dr. Sam Heye (Jessa)</i> UHasselt, Oude Gevangenis Hasselt
Donderdag 23 juni 2022	Penicilline allergie en het belang van een correcte diagnose en aanpak 20.30 - 22.30 <i>Inhoudelijk coördinator: dr. N. Czech (Geriatric ZOL)</i>

COLOFON

Verantwoordelijke uitgever: Dr. Griet Vander Velpen, medisch directeur ZOL ■ **Redactie en samenstelling:** Grete Bollen ■ **Werken mee:** Jdr. Johan Van Robays, prof. dr. Willem Ombelet, dr. Jan De Koster, dr. Bernard Bynens, Kathleen De Sutter, Michiel Malchair, dr. Tinne Mesens, dr. Elisa Van Raemdonck ■ **Redactieadviesraad:** dr. Marc Daenen, dr. Jan De Koster, dr. Eline Macken, prof. dr. Dieter Mesotten, prof. dr. Willem Ombelet, dr. Griet Vander Velpen ■ **Foto's:** ZOL, Micha Vandormael, Michiel Malchair, Marco Mertens, Boumediene Belbachir, Michiel Malchair, Karel Moors, dr. Johan Van Robays ■ **Lay-out:** Lien Vuylsteke, dienst Communicatie ■ **Redactie:** Schiepse Bos 6, B, 3600 Genk - Belgium ■ T +32 (0)89 32 17 62 ■ zolarium@zol.be ■ www.zol.be ■ Niets uit deze uitgave mag overgenomen of vereenvoudigd worden zonder schriftelijke toelating van de uitgever. ■ Jaargang 20 nr. 83 • april • mei • juni • 2022

Partners in zorg

Petra Van Laerhoven,
Patiëntenbegeleiding

Jens Van Gompel

Mien Stoffelen

ZOL tekende zopas het charter voor meer begeleiding van ouders van sterrenkinderen. Met het charter wil het Vlaams zorgnetwerk Sterrenkinderen ijveren voor betere informatieverstrekking en ondersteuning van ouders die hun (ongeboren) kindje verliezen.

Petra Van Laerhoven, patiëntenbegeleiding: "Ik begeleid jonge ouders op de materniteit, neonatologie en op maternele intensieve zorgen. In de 32 jaar dat ik dit werk doe, is de ondersteuning heel erg geëvolueerd. Als ouders slecht nieuws krijgen, zorgen wij voor de eerste opvang. We helpen met het administratief werk, maar brengen de ouders ook in contact met gespecialiseerde organisaties als zij dit wensen. Daarnaast zijn ook onze vroedvrouwen onderlegd om ouders op te vangen en is psychologische ondersteuning mogelijk. We hebben dus al een heel aanbod maar het kan altijd beter en elke vorm van opleiding is welkom. Daarom ondertekenden we het charter met plezier."

Mien Stoffelen en Jens Van Gompel verloren vorig jaar hun zoontje Otis na 24 weken zwangerschap. De zwangerschap was tot dusver perfect verlopen.

Mien Stoffelen: "Ik voelde me goed en de controles waren steeds prima. Ook de twintigwekenecho was goed maar in mei vorig jaar, rond 24 weken, kreeg ik last van erge ruggpijn. We zijn uiteindelijk naar het ziekenhuis gegaan, dan waren we gerustgesteld dachten we."

"Vanaf toen is alles heel snel gegaan. De ruggpijn bleken weeën te zijn en ik werd overgebracht naar ZOL in Genk. Ik kreeg weeënremmers, maar uiteindelijk ben ik toch de volgende dag al bevallen. Een donderslag bij heldere hemel."

"In de verloskamer werd ons door een vroedvrouw een koffertje van het Berefonds aangeboden. Ook de foto's van Boven de Wolken werden genoemd. We waren heel dankbaar dat we er op dat moment gebruik van konden maken. Zo dragen Jens en ik nog altijd het armbandje uit de koffer, dat ook Otis rond zijn armpje kreeg."

"Omdat Otis even geleefd heeft, moesten we ook zijn geboorte aangeven bij de gemeente. Ook de begrafenisondernemer moest gecontacteerd worden. Petra heeft zoveel mogelijk van het papierwerk uit onze handen genomen. We kregen

ook psychologische hulp aangeboden", zegt Jens Van Gompel. "

"Na onze thuiskomst volgde het zwarte gat. In het ziekenhuis zaten we echt nog in een veilige cocon. Thuis stonden familie en vrienden constant aan de deur maar dat mindert na een tijd. Vooral drie maanden na de bevalling, rond de uitgekende datum, hadden we het moeilijk. Een netwerk waarbij je als ouders hulp krijgt, zou voor ons zeker zinvol geweest zijn. Zelf de stap zetten naar ondersteuning is veel moeilijker."

Intussen zijn Mien en Jens 32 weken zwanger van een tweede zoontje. "Een onbezorgde zwangerschap zat er na onze eerste ervaring niet meer in. Op 27 weken ben ik uit voorzorg opgenomen op maternele intensieve zorgen. De monitor gaf ons de geruststelling dat ons kindje oké was. Ik moest vooral rusten. Intussen ben ik ontslagen uit het ziekenhuis en kan ik thuis verder rusten."

"Ik hou er rekening mee dat ons kindje vroeger geboren zal worden. Maar elke dag is een gewonnen dag." ■