

ZOLarium

Jaargang 21 nr. 87 • april - mei - juni 2023



ZOL-ARTSEN OP MISSIE
IN TURKIJE MET B-FAST

MEDISCH DIRECTEUR DR. GRIET VANDER VELPEN
NEEMT AFSCHIED VAN ZOL

Stroke Center ZOL BEHAALT ESO-ACCREDITATIE

#ZOLtegenagressie

overdag
arts

's avonds
papa

's avonds
dochter

overdag
verpleegkundige

Iedere **zorgmedewerker**
is ook een **mens**

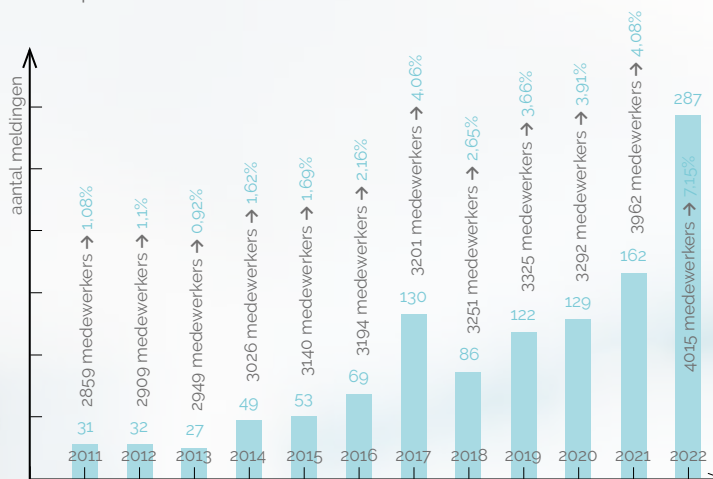
Wees respectvol

Meld
ELK geval
van agressie



Geweld tegen zorgverleners wordt niet getolereerd

Verbaal en fysiek geweld in het ziekenhuis neemt toe. Om duidelijk te maken dat geweld tegen zorgverleners niet acceptabel is, heeft ZOL een anti-agressie campagne gelanceerd. "We kunnen en willen nooit tolereren dat onze medewerkers te maken krijgen met agressieve patiënten, begeleiders, bezoekers of collega's. Agressie tegen onze zorgverleners is ontoelaatbaar", aldus personeelsdirecteur Guido Vanhamme.



Patiënten en hun familieleden worden almaar veeleisender en mondiger. Dit is ook voelbaar in het ziekenhuis. Hierdoor ontstaan er sneller escalaties, voornamelijk verbale agressie onder de vorm van dreigende taal. Maar helaas is er soms ook sprake van fysiek geweld. Zeker ten aanzien van onze medewerkers op Spoedgevallen, op verpleegafdelingen en aan het onthaal. "De stijging van het aantal agressiemeldingen is opvallend. De cijfers tonen aan dat we wel degelijk te vaak geconfronteerd worden met agressie op de werkvloer", aldus Guido Van Hamme.

"Onze mensen op de werkvloer verdienen meer respect. We willen hen laten weten dat we er voor hen zijn en dat ZOL agressie niet tolereert. Agressie mag niet als iets normaal beschouwd worden."

"Er werd een postercampagne ontwikkeld waarin onze eigen zorgverleners hun verhaal doen. Zij zijn zelf het slachtoffer geweest van agressie en getuigen hierover. We hebben gekozen voor een menselijke toon, omdat we agressie niet met agressie willen beantwoorden", aldus Guido Van Hamme. "Met de postercampagne willen we iedereen ertoe aanzetten om alle vormen van agressie te melden. Onze medewerkers moeten weten dat alle meldingen effectief én op discrete wijze behandeld worden."

Het agressiebeleid focust op preventie, interventie en nazorg. Medewerkers krijgen opleidingen om situaties van geweld te kunnen inschatten, aanpakken en de-escaleren. Verder wordt er gezocht naar adequatere interventies om agressie tegen te gaan. Tot slot zal het agressiebeleid ook gestroomlijnd worden met de juridische dienst. Indien nodig wordt klacht ingediend tegen de agressors. ■

's avonds
mama

overdag
medewerker
onthaal

Edito

Op 1 mei neem ik afscheid als medisch directeur van ZOL. ZOL was voor mij een heel decennium lang als mijn tweede thuis en een geweldige werkplek waar ik volop mijn ambities kon waarmaken. Ik koester de vele mooie herinneringen en ben trots op de vele verwezenlijkingen die ik mee heb kunnen realiseren. Ik denk hierbij aan het structureren van het medisch departement, het implementeren van het elektronisch patiëntendossier, het voorbereiden en behalen van de JCI-accreditering, het beteugelen van de Covid-pandemie, het realiseren van de fusie met Ziekenhuis Maas en Kempen...

Tevens heb ik geprobeerd trouw te blijven aan mijn persoonlijke waarden van passie, excellentie, respect, integriteit, eerlijkheid en no politics. En heb ik bijzondere aandacht gehad voor onderlinge samenwerking, de integratie van care en cure en aan de intermenselijke relaties binnen het artsencorps. Ook artsen hebben emoties...

Hoewel ik genoten heb van mijn ZOL-tijd, ben ik er klaar voor om mijn volgend avontuur aan te gaan in de Suikerstad, Tienen. Ik ben ieder van u heel erg dankbaar. Dikke merci aan de raad van bestuur, het directieteam, het directiesecretariaat, alle ZOL-artsen, alle stafmedewerkers, alle ZOL-medewerkers, alle externe partners en al diegenen met wie ik heel aangenaam heb mogen samenwerken. Ik geef de fakkel door en wens ZOL, alle ZOLLers, en vooral alle ZOL-patiënten het allerbeste toe.

Dr. Griet Vander Velpen
Medisch directeur

“

Ik koester de vele mooie herinneringen en ben trots op de vele verwezenlijkingen die ik mee heb kunnen realiseren.



Inhoud

03 Geweld tegen zorgverleners wordt niet getolereerd
#ZOLtegenagressie

08 Stroke Center ZOL behaalt ESO-accreditatie
Erkenning voor goede zorgkwaliteit

12 Medisch directeur dr. Griet Vander Velpen neemt afscheid van ZOL
Na een carrière van meer dan 10 jaar in ZOL

16 Rugpijn? Blijf bewegen
Rug- en nekvalidatie vernieuwd

26 AI in het Labo Anatomopathologie

28 Limburg scoort uitstekend op vlak van geslaagde IVF
Fertiliteitscentrum ZOL-Jessa

36 Cardiologen in de prijzen

40 Partners in zorg



19 ZOL-artsen op missie met B-FAST




24 Future Health ontwikkelt slimme pleister



30 Zorgcentrum na seksueel geweld Limburg maakt snelle start

Cover: Stroke Center ZOL behaalt ESO-accreditatie

V.l.n.r. dr. Ludovic Ernon, prof. dr. Dieter Mesotten, prof. dr. Pascal Vanelderden, dr. Tom De Beule, prof. dr. Sofie Van Caeter, prof. dr. Jan Vandevenne, dr. Sam Van Boxstael



“Vanuit wetenschappelijk standpunt is er geen plaats voor de behandeling van chronische pijn met medicinale cannabis. Cannabis kan – net zoals de opioïden – een pijnstillend effect hebben, maar net zoals bij opioïden kan het langdurige gebruik van medicinale cannabis bij patiënten met chronische pijn gepaard gaan met veel meer nadelen en neveneffecten dan mogelijke voordelen.”

prof. dr. Jan Van Zundert,
medisch diensthoofd Multidisciplinair Pijncentrum

Uit: De Medische Referentie JAARGANG 9 NR 2 - FEBRUARI/MAART 2023





Zorgverleners van de diensten Neurologie, Urgentiegeneeskunde, Diagnostische en Interventionele Radiologie, Cardiologie, de verpleegkundige teams op spoedgevallen, Radiologie en neurologie, de cel Databeheer en de dienst Kwaliteit staan samen in voor de kwalitatieve zorg die het beroertecentrum van ZOL levert.

Stroke Center ZOL behaalt ESO-accreditatie

De European Stroke Organisation (ESO) certificeerde ZOL Genk zopas als officieel 'ESO Stroke Centre'. We zijn bijzonder trots op deze accreditatie. Het is de erkenning van de goede zorgkwaliteit die wij als beroertecentrum leveren, zegt dr. Ludovic Ernon, medisch diensthoofd Neurologie.

ESO omschrijft een 'Stroke Centre' als het coördinerend orgaan van de hele zorgketen rond acute beroerte. Het gaat hierbij om:

- pre-ziekenhuiszorg inclusief sensibilisering van de bevolking en betrekken van hulpdiensten,
- opvang op de spoedgevallen inclusief acute behandeling (thrombolysen en thrombectomie),
- multidisciplinaire evaluatie op de eenheid voor beroertezorg (stroke unit) inclusief de monitoring, diagnostische oppuntstelling, revalidatie, opstart van secundaire preventie en toegang tot neurochirurgische en vasculaire interventies,
- doorlopende revalidatie na de acute fase.

Ons ESO Stroke Centre staat garant voor de correcte behandeling van de acute beroertepatiënt uit de regio's Genk en Maaseik, op zowel de spoedgevallen als op de stroke unit, en fungeert bovendien als thrombectomie-centrum voor het gehele netwerk Noord-Oost Limburg.

Dr. Ernon: "Voor het behalen van de ESO-accreditatie zijn we vanaf 2019 gestart met een multidisciplinair verbetertraject waarbij de medische diensten Neurologie, Urgentiegeneeskunde, Diagnostische en Interventionele Radiologie en Cardiologie, de verpleegkundige teams op spoedgevallen, radiologie en neurologie, de cel Databeheer en de dienst Kwaliteit alle puzzelstukken in elkaar hebben gepast.

Hoe hebben jullie het accreditatietraject ervaren?

"Een accreditatietraject houdt je een spiegel voor. De eerste stap was het aftoetsen van de bestaande organisatie en werking aan de internationale richtlijnen. Daarna volgde de opstart van een prospectieve dataregistratie

en de vergelijking van de eigen kwaliteitsindicatoren met de internationale streefwaarden. Deze oefening toonde ondubbelzinnig aan welke stappen in de beroertezorgketen goed liepen, maar ook waar de lat niet hoog genoeg lag.

Dat we de accreditatie uiteindelijk behaald hebben, bevestigt dat we met succes de nodige verbeteringen hebben doorgevoerd."

Hoe zijn jullie tewerk gegaan?

Dr. Ernon: "We hebben ons gebaseerd op de richtlijnen van de American Heart Association / American Stroke Association (2019). Deze geven een exhaustief overzicht van de wetenschappelijke evidentie in elke etappe van de acute beroertezorgketen. Na enige tijd voelden we ons voldoende gesterkt om ook de richtlijn voor accreditatie door een externe organisatie, aan te vatten. Hiervoor hebben wij ons gericht tot de European Stroke Organisation (ESO)"

"Acute beroertezorg begint in de pre-hospitaal fase, waar geen tijd mag verloren gaan. Het is belangrijk dat de populatie van je hinterland de FAST-test (face-arm-speech-time) kent en weet hoe te handelen bij een vermoedelijke beroerte. Interventieradioloog dr. Luc Stockx werkt al vele jaren aan het sensibiliseren van het grote publiek. In 2019 organiseerde ZOL nog het 'Symposium acute beroerte: hoe herkennen en (be)handelen?'"

"De volgende belangrijke doelgroepen in de zorgketen zijn de huisartsen, de ambulanciers en de zorgverleners op Spoedgevallen. Tijdens een Wetenschappelijke Raad in het voorjaar van 2021 hebben we het belang van een snelle diagnose en behandeling nog eens in de kijker gezet. Als een patiënt vooraf





“Het is de taak van een beroertecentrum om te blijven werken aan de bewustwording omtrent acute beroerte. We streven ernaar zoveel mogelijk van de acute beroertepatiënten snel op Spoedgevallen te krijgen, zodat het behandelinterval kort is!”

Dr. Ludovic Ernon, neurologie

wordt aangemeld kan het beroerteteam – met name de urgentiearts, de radio- loog en de neuroloog – al opgeroepen worden om de patiënt op te wachten en de CT-scanner vrij te maken. Een snelle diagnose en behandeling (thrombolysen en/of thrombectomie) verbeteren de outcome van de patiënt”

“Na een eventuele behandeling komt de patiënt terecht op de Stroke Unit. In 2020 hebben we de gemonitorde bedden van de Stroke Unit verhuisd naar de afdeling Neurologie, om de continuïteit van de opvolging door hetzelfde verpleegkundige team te garanderen. Het aantal gemonitorde bedden van de Stroke Unit werd opgetrokken van 4 naar 6. De neurologische monitoring gebeurt middels een relevante selectie uit de NIHSS, een internationaal gevalideerde beroerteschaal. Voor de vitale monitoring werd de FeSS geïmplementeerd; dit is de systematische opvolging van temperatuur (Fever), glycemie (Sugar) en slikfunctie (Swallowing)”

Tijdens de opname op de Stroke Unit zoeken jullie naar de oorzaak van de beroerte?

Dr. Ernon: “Een beroerte kan veroorzaakt worden door bloedklonters in het hart. We screenen naar thrombogeneritmestoornissen via ritmemonitoring en naar thrombogene hartafwijkingen met een echo. Via een duplex of CT wordt gezocht naar een mogelijke vernauwing van de halsslagers. De risicofactoren worden in kaart gebracht met frequente bloeddrukmetingen en een nuchtere bloedafname (chole-

sterol, suikerziekte). We screenen ambulant stelselmatig naar paroxysmale voorkamerfibrillatie als de standaard evaluatie geen onmiddellijke oorzaak van de beroerte aanwijst.”

Hoe volgen jullie de behandeling van beroertepatiënten op?

Dr. Ernon: “Sedert 2019 doen we een prospectieve dataregistratie, met inbegrip van de kwaliteitsindicatoren op spoedgevallen en op de stroke unit. Zo volgen we de evolutie van behandel-tijden op en beschikken we over objectieve gegevens met betrekking tot klinische resultaten en complicaties van de acute behandelingen. De thrombectomieën worden maandelijks multidisciplinair besproken met de diagnostische en interventionele radiologen”

“We willen in de nabije toekomst de kwantificatie en opvolging van de cardio-vasculaire risicofactoren (bloeddruk, cholesterol, diabetes, rookgedrag, overgewicht, ...) verder verbeteren. Een beroertecoach, die start begin juni, zal deze risicofactoren in kaart brengen tijdens de acute opname en patiënten informeren over secundaire preventie (levensstijlveranderingen en medicatie). We zullen deze risicofactoren dan controleren als patiënten 3 maanden na ontslag op controle komen. Indien nodig wordt de behandeling bijgesteld. De beroertecoach zal ook na ontslag uit het ziekenhuis, een aanspreekpunt blijven voor patiënten.”

“De beroertecoach zal op termijn ook een brug bouwen tussen de opname

op de Stroke Unit en de revalidatieafdeling. Op dit moment is die overgang nog heel groot, wegens de gescheiden locaties en de verschillende samenstelling van medische, verpleegkundige en paramedische teams.”

Hoeveel beroertecentra in België hebben al een ESO-accreditatie?

Dr. Ernon: “In België zijn er nu zes ziekenhuizen met het ESO Stroke Centre certificaat. Het gaat om vier universitaire ziekenhuizen en twee niet-universitaire ziekenhuizen. Onze accreditatie is dus een mooie verdienste.”

Wat zijn de verdere plannen?

Dr. Ernon: “We wensen nog een symposium over acute beroertezorg te organiseren voor het hele netwerk Noord-Oost Limburg. Het is de taak van een beroertecentrum om te blijven werken aan de bewustwording omtrent acute beroerte. We streven ernaar zoveel mogelijk van de acute beroertepatiënten snel op Spoedgevallen te krijgen, zodat het behandelinterval kort is!”

Merken jullie dat het aantal patiënten met een beroerte stijgt?

Dr. Ernon: “In 2022 telden we 598 beroertes in ZOL. Dit is een merkelijke toename sedert de start van de registratie in 2017. Deze stijging is te wijten aan verschillende factoren, waaronder de toegenomen bewustwording voor beroerte, de verbeterde captatie in onze databank en de veroudering van de populatie.” ■



HET HAVIKSOOG

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

Onder leiding van prof. dr. Wilfried Gyselaers werd een uitgebreide ZOL-populatie in het eerste trimester van de zwangerschap gescreend. Er werd gebruik gemaakt van een rigide standaardprotocol met routine bloeddrukmeting, in combinatie met metingen van de cardiale output (CO) en de totale perifere vasculaire weerstand (TPR).

Een cohort van 961 normotensieve zwangere vrouwen werd ingedeeld in 3 groepen: (1) normale CO en TPR; (2) hoge CO (> P75); (3) hoge TPR (> P75). Deze subgroepen werden vergeleken bij verschillende bloeddrukdrempels: 140/90, 130/85 en 130/80 mmHg. Na de geboorte werd de zwangerschapsuitkomst beoordeeld volgens de criteria van de 'International Society for Studies of Hypertension in Pregnancy'.

Resultaten: minder dan de helft van de normotensieve vrouwen had een combinatie van zowel CO en TPR onder de normale referentie 75e percentiel. Uit de resultaten blijkt dat, vergeleken met zwangerschappen met een normale CO en TPR ($\leq P75$), vrouwen met een hoge TPR bij een bloeddruk <140/90 mmHg een significant verhoogd risico lopen op het ontwikkelen van zwangerschapshypertensie (GHD) (OR 3,795 [1,321-10,904]; $P < 0,010$), 'late-onset' pre-eclampsie (LPE) (OR 3,137 [1,060-9,287]; $P < 0,050$), en

pasgeborenen die te klein zijn voor de zwangerschapsduur (SGA of small for gestational age) (OR 1,780 [1,056-2,998]; $P < 0,050$). Er werd eveneens aangetoond dat zwangerschapsvergiftiging zich kan ontwikkelen bij normotensieve vrouwen, hetgeen de theorieën over de placentale en cardiovasculaire oorsprong van zwangerschapsvergiftiging ondersteunt.

Conclusie: Cardiovasculair onevenwicht kan voorkomen bij normotensieve vrouwen in het eerste trimester en is geassocieerd met een verhoogd risico op zwangerschapshypertensie, pre-eclampsie en SGA. Deze studie toont de relevantie aan van CO- en TPR-metingen als aanvullend onderzoek bij routine bloeddrukmetingen in het eerste trimester van de zwangerschap.

Volgens de auteurs is bijkomend onderzoek aangewezen om uit te zoeken of bij bepaalde cardiovasculaire risicoprofielen, zelfs bij een normale bloeddruk in het eerste trimester, vroegtijdige interventies aangewezen zijn om zwangerschapscomplicaties te vermijden.

Dit artikel werd gepubliceerd in 'Hypertension', een belangrijk internationaal wetenschappelijk tijdschrift met een Impact Factor van 9,89. ■

prof. dr. Willem Ombelet

Hypertension

ORIGINAL ARTICLE

First-Trimester Normotension Is a Weak Indicator of Normal Maternal Cardiovascular Function

Wilfried Gyselaers, Ph.D.,¹ Plabhin Dey, M.D.,² Aravind Srinivas Srinivas,³ Kathleen Tamon,⁴ Lindbeth Buckner,⁵ Sharon Vercik,⁶

BACKGROUND: As by definition, mean arterial pressure equals the product of cardiac output (CO) and total vascular resistance (TPR), we hypothesized that, irrespective of the ability to define hypertension, a CO-TPR imbalance might exist in first-trimester normotensive pregnancies with altered risks for adverse gestational outcomes.

METHODS: A standard protocol was used for automated blood pressure measurement combined with impedance cardiography (ICG) measurement of CO and TPR. First-trimester normotensive pregnant women were categorized into 3 groups: normal (N) relative to the reference 75th percentile (PT75) of CO and TPR; (1) high CO and (2) high CO and (3) high TPR. These subjects were compared at blood pressure thresholds: 140/90, 130/85, and 130/80 mmHg. The gestational outcome was categorized after birth according to International Society for Studies of Hypertension in Pregnancy criteria.

RESULTS: Compared with pregnancies with normal CO and TPR (N/PT75), women with high TPR at blood pressure <140/90 mmHg were at risk for developing gestational hypertension (odds ratio, 3.795 [1.321-10.904]), preeclampsia (odds ratio, 3.137 [1.060-9.287]), and neonates small for gestational age (odds ratio, 1.780 [1.056-2.998]).

CONCLUSIONS: Cardiovascular imbalance can present in normotensive women in the first trimester and is associated with increased risks for adverse gestational outcomes. This study illustrates the relevance of CO and TPR assessments as an adjunct to blood pressure measurement and invites further exploring their value in screening algorithms for gestational hypertensive disorders and/or small for gestational age. (Hypertension. 2023;80:343-351. DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.122.19346.) • Supplemental Material

Key Words: blood pressure • cardiac output • cardiovascular function • gestational hypertensive disorders • total peripheral resistance

Definitions of gestational hypertensive disorders (GHDs), set by international societies of Obstetricians & Gynecologists such as the American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) and the International Society for Studies of Hypertension in Pregnancy (ISSHP), state 140/90 mmHg as the common blood pressure (BP) threshold to discriminate hypertension from normotension.^{1,2} Since 2011, societies of cardiovascular physicians agreed to lower the BP threshold to 130/85 or 130/80 mmHg, as defined by the World Health Organization and the American College of Cardiology (ACC)/American Heart Association (AHA) guidelines, respectively.^{3,4}

This new cutoff is not commonly practiced in perinatal care yet. Nevertheless, it has already been reported that women destined to develop gestational hypertension (GH), preeclampsia, and/or fetal growth restriction show higher BP in the first trimester than women with normal gestational outcome.^{5,6} BP relates to the balance between intravascular blood flow and vascular wall resistance according to the hemodynamic variant of Ohm's law: Mean arterial pressure (MAP) = cardiac output (CO) × total peripheral resistance (TPR).⁷

Hence, hypertension can result from high CO at one end, high TPR at the other end, and a spectrum of

Correspondence to: Plabhin Dey, M.D., Division of Maternal-Fetal Medicine, Brigham Young University, 3000 East 15th Street, Provo, UT 84602. Email: plabhin.dey@byu.edu

© 2023 The Authors. Hypertension is published by Wolters Kluwer Health | Wolters Kluwer. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. See the article text for more details on copyright and permissions. All rights reserved. Hypertension is available at ahajournals.org.

February 2023 343

Hypertension. 2023;80:343-351. DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.122.19346

Ref:
Hypertension 2023;80:343-351.
DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.122.19346



Medisch directeur dr. Griet Vander Velpen neemt afscheid van ZOL

Op 1 mei neemt dr. Griet Vander Velpen afscheid van ZOL na een carrière van ruim 10 jaar als medisch directeur. Naast de uitbouw van het medisch beleid heeft ze ook met volle overtuiging haar schouders gezet onder ‘grote’ dossiers zoals het behalen van het JCI-accreditatielabel, de implementatie en uitbouw van het elektronisch patiëntendossier HiX, de fusie met het Ziekenhuis Maas en Kempen en het managen van de Covid-pandemie. Ik heb mijn job altijd met veel overgave en passie uitgeoefend, aldus de medisch directeur.

U heeft al een hele loopbaan achter u, eerst als chirurg en later als medisch directeur van twee ziekenhuizen. Hoe kijkt u naar geneeskunde en naar de toekomst ervan?

"Ik heb van in het begin veel aandacht gehad voor de multidisciplinaire aanpak van bepaalde pathologieën omdat dit mijn inziens de toekomst is van de geneeskunde. Ook de eerste lijn zou hier zoveel mogelijk in betrokken moeten worden. Dit is ook wat minister van Volksgezondheid Frank Vandenbroucke wil. Zijn pleidooi voor kortere ziekenhuisverblijven brengt mee dat de zorg deels verplaatst wordt naar de thuissituatie en dat er meer moet nagedacht worden over een transmurale aanpak."

"We moeten nog veel meer de positie van het ziekenhuis afbakenen als de plaats waar de patiënt wordt opgenomen in geval van een acute crisis. De opvolging van de patiënt met chronische aandoeningen – want door de vergrijzing draait het hier meestal om – moet in de thuissituatie gebeuren. In het buitenland zijn daghospitalisaties al veel meer ingeburgerd, terwijl bij ons nog veel korte opnames gebeuren."

U beschouwt de huisarts als de centrale figuur in de patiëntenzorg. U heeft de afgelopen 10 jaar dan ook hard ingezet op een goede communicatie met de eerste lijn?

"Regelmatig overleggen met de collega's huisartsen en inspelen op hun noden en verwachtingen helpt om de onderlinge relatie te verbeteren. Als je elkaar beter kent, neem je gemakkelijker de telefoon om iets te bespreken. Dit kan veel ergernis voorkomen tussen de eerste en de tweede lijn."

"Het onderlinge contact loopt heel goed en aangenaam. Een van de knelpunten in de samenwerking tussen huisartsen en specialisten is dikwijls de onderlinge communicatie. De implementatie van ons elektronisch patiëntendossier HiX heeft hier natuurlijk heel erg aan bijgedragen. Huisartsen klagen vooral wanneer ze onvoldoende geïnformeerd zijn over hun patiënt en dit is heel begrijpelijk."

"Ik heb van in het begin veel aandacht gehad voor de multidisciplinaire aanpak van bepaalde pathologieën omdat dit mijn inziens de toekomst is van de geneeskunde. Ook de eerste lijn zou hier zoveel mogelijk in betrokken moeten worden."

Klinisch wetenschappelijk onderzoek heeft u in al die jaren altijd sterk aangemoedigd?

"Dat we als derdelijnsziekenhuis aan wetenschappelijk werk doen, in samenwerking met UHasselt en het Jessa Ziekenhuis, heeft een grote meerwaarde voor onze klinische zorg. Tevens kunnen we door de mogelijkheden die UHasselt biedt artsen aantrekken die de dagelijkse, operationele praktijk overstijgen en via wetenschappelijk onderzoek oplossingen zoeken voor de klinische problemen waarmee ze worden geconfronteerd."

"In Limburg zitten we natuurlijk in een heel specifieke situatie omdat er geen academisch ziekenhuis is maar wel een universiteit die een bachelor geneeskunde organiseert. Daarom is de samenwerking tussen het Jessa Ziekenhuis, ZOL en UHasselt een win-win situatie voor alle partijen."

"Toen ik in ZOL begon, was het samenwerkingsakkoord met UHasselt rond wetenschappelijk onderzoek nog maar net ondertekend en konden we een beroep doen op subsidies. Nu is het wetenschappelijk werk matuur genoeg om gedragen te worden door de ziekenhuizen zelf, hoewel dit natuurlijk altijd een discussiepunt blijft. Omdat klinisch wetenschappelijk werk zo ingebed is, is er wel draagkracht bij het artsencorps om ook daarin te investeren. In de toekomst wil UHasselt ook een master in de geneeskunde organiseren. Ik hoop dat ze dit kunnen realiseren, samen met de Limburgse ziekenhuizen."

Ook bij het uitbouwen van de netwerken met de eerste lijn en andere Limburgse ziekenhuizen was u betrokken.

"Enerzijds is er de fusie met ziekenhuis Maas en Kempen. We hebben die fusie vlot kunnen verwezenlijken met een overkoepelend medisch beleid en overkoepelende artsenassociaties."

"Daarnaast is er het netwerk Noord-Oost-Limburg met Noorderhart, waar ik zelf nog gewerkt heb als medisch directeur. Het is een heel mooi ziekenhuis met kwaliteitsvolle geneeskunde en een belangrijke functie voor de regio. We hebben samen een zorgstrategisch plan geschreven voor de verdere samenwerking binnen het netwerk. Ik hoop dat die samenwerking zich in de komende jaren verder zal ontwikkelen."

"En dan heb je natuurlijk ons naburig ziekenhuis Jessa, waar ik trouwens een kleine 20 jaar gewerkt heb als chirurg. Ik ben blij dat we de concurrentie de laatste tijd wat achter ons hebben kunnen laten, en dat we naar elkaar toe kunnen groeien om samen speerpuntactiviteiten uit te bouwen. Dit brengt belangrijke opportuniteiten met zich mee voor de verdere uitbouw van de behandeling van derdelijns- en vierdelijns pathologie in Limburg. We moeten er samen voor gaan en verder groeien. 1+1=3, al wordt dit niet altijd door iedereen zo gezien."

Er was natuurlijk ook de Covid-19-pandemie met heel veel uitdagingen voor de zorg en het ziekenhuis. Hoe kijkt u hierop terug?



“Het was een hectische periode met veel vergaderen en overleggen, jezelf telkens opnieuw uitvinden en mensen overtuigen om mee te stappen in het covid-verhaal. Ik denk dat we er als ziekenhuis uiteindelijk goed uitgekomen zijn, vooral omdat we altijd kort op de bal hebben kunnen spelen. Intussen zijn de meeste medische diensten er ook in geslaagd om ondertussen alle patiënten met uitgestelde pathologie te behandelen.”

“Vooral het onbekende rond Covid-19 was moeilijk, alsook dat we onze organisatie constant moesten herschikken. De druk was groot, zowel van binnen- als van buitenuit. Zo moesten we een aantal operatiezalen sluiten omdat we de verpleegkundigen van het operatiekwartier moesten inzetten op Spoedgevallen en op Intensieve Zorgen. Het was geen evidentie om iedereen van die noodzaak te overtuigen. Tegelijk verwachtten de kleinere ziekenhuizen van ons dat we intensieve patiënten van hen zouden overnemen, terwijl we zelf de vraag nauwelijks konden volgen. En ook de FOD Volksgezondheid heeft ons op een bepaald moment heel erg onder druk gezet om patiënten vanuit heel België over te nemen, met weinig concrete afspraken. Dat heeft toen veel ergernis, spanning en stress veroorzaakt.”

“Ik ben heel trots op ons artsenkorps omdat zij veel flexibiliteit getoond hebben om zich telkens aan de nieuwe

omstandigheden aan te passen. Maar ook omdat zij mee een voortrekkersrol gespeeld hebben in het beteugelen van de nieuwe ziekte. Dankzij de goede samenwerking tussen de diensten Spoedgevallen, Pneumologie, Geriatrie en Intensieve Zorgen kon er gezorgd worden voor realistische verwachtingen voor de patiënten en hun familie. Vanuit het artsenkorps kreeg ik veel appreciatie voor het actief mee zoeken naar oplossingen om patiënten te spreiden en het zo goed als mogelijk behapbaar te maken voor ZOL. We hebben in die tijd ook veel steun gehad van onze dienst Ziekenhuishygiëne die de literatuur opvolgde en ons adviseerde over het isolatiebeleid, testbeleid en andere beleidsrichtlijnen.”

Op welke mensen kon u in de afgelopen jaren terugvallen bij moeilijke dossiers of beslissingen?

“Als medisch directeur sta je altijd tussenin. Enerzijds is er het directiecomité waar ik deel van uitmaakte en dat belangrijk is om een algemeen ziekenhuisbeleid te kunnen voeren. Anderzijds is er het artsenkorps dat ik vertegenwoordigde en waar ik altijd zoveel als mogelijk naar geluisterd heb. Ik denk dat de artsen wel kunnen beamen dat dit ziekenhuis altijd poogt om artsen die iets willen bereiken of die ondernemerschap aan de dag leggen alle kansen krijgen. In de mate natuurlijk dat financiële en andere beperkingen dit toelieten.”

Om een goede communicatie met de artsen mogelijk te maken, heeft u nieuwe structuren opgezet binnen de medische directie?

“Toen ik hier startte, miste ik input vanuit de basis. Vandaar dat ik vanuit de divisies de stuurgroep medische directie opgericht heb met de artsen coördinatoren, om op die manier een klankbord te hebben naar de medische diensthoofden enerzijds en het artsenkorps anderzijds. Is dat altijd even goed gelukt? Misschien niet, maar het heeft zeker wel zijn vruchten afgeworpen.”

U hebt in uw beleid ook altijd veel aandacht gehad voor het intermenselijke?

“Wat ik altijd heel belangrijk heb gevonden en waar nog niets rond bestond toen ik hier startte is een HRM-beleid voor artsen. Hiermee bedoel ik het borgen van artsen, het voeren van functioneringsgesprekken, het opbouwen van een verhaal rond privileging, het opstellen van profielen voor artsen en tot slot het zorgen voor artsen zoals bvb een bos bloemen sturen als er iemand langdurig ziek was.”

“Iedereen vindt het normaal dat er in ziekenhuizen een HRM-beleid voor medewerkers bestaat maar voor zelfstandigen – de artsen – is daar geen aandacht voor. De dualiteit in de ziekenhuiswetgeving maakt dat artsen anders, of zelfs niet persoonlijk begeleid worden. Maar uiteindelijk zijn het ook maar mensen met het ziekenhuis

als vaste werkplek. Ook zij komen elke dag naar hun operatiezaal, naar hun raadpleging... Het statuut dat je hebt, maakt dan niet zo veel verschil."

"Een belangrijk thema hierbij zijn 'second victims'. Medewerkers kunnen terecht bij de dienst Personeelsbegeleiding, maar voor artsen bestaat er geen begeleiding na een incident met betrekking tot patiëntveiligheid. Wanneer ik ervan wist, heb ik steeds geprobeerd de arts in kwestie op te vangen."

Over patiëntveiligheid gesproken: ook de ombudsfunctie lag u zeer na aan het hart?

"Via bemiddeling proberen we zoveel mogelijk klachten op te vangen en juridische procedures te vermijden. Uiteindelijk brengt het veel stress met zich mee als artsen hier zelf mee bezig moeten zijn. Het is een heel ander verhaal als een derde partij, die emotioneel minder betrokken is, dit kan overnemen. Ik ben blij dat we dit goed in de hand hebben en dat dit goed loopt, mede dankzij goede contacten met Ethias."

"Ik heb de dossiers van de ombudsfunctie zelf ook altijd kort mee opge-

volgd om mee een vinger aan de pols te houden. Daarnaast heb ik aangedrongen op een structurele samenwerking met de dienst Kwaliteit, weliswaar zonder de anonimiteit van de betrokkenen of de onafhankelijke positie van de ombudsdienst te schenden. Bedoeling is vooral structurele problemen op te sporen en in de toekomst te vermijden."

Een mooi gebaar was ook dat u een vleugelpiano geschonken heeft om te plaatsen in de openbare ruimte van het ziekenhuis?

"Ik speel zelf piano en heb al vaak ervaren dat muziek rust brengt en een positieve impact heeft op het lichaam en de geest. Vandaar dat ik een vleugelpiano heb geschonken aan het ziekenhuis. Ik hoop dat er een muzikaal programma voor uitgewerkt wordt. En dat hij in de inschrijvingshal of een openbare ruimte blijft staan. De piano is jammer genoeg net voor de Covid-pandemie in de inkomhal geplaatst, zodat er al snel niet meer op gespeeld mocht worden. Gelukkig is die moeilijke periode intussen achter de rug."

Heeft u een boodschap voor uw opvolger?

"Ik wens hem of haar sowieso veel

succes toe en een fijne carrière in het mooie ziekenhuis dat ZOL is. Zowel intern als extern zijn er vele uitdagingen. Ik hoop dat het ziekenhuis intern verder blijft groeien en bloeien. En dat het ziekenhuis extern binnen het netwerk maar ook binnen Limburg goede relaties blijft opbouwen waar ZOL beter van wordt."

U gaat een nieuwe uitdaging aan: u wordt medisch directeur van het regionaal ziekenhuis Heilig Hart Tienen?

"Het is een tweedelijnsziekenhuis, een 'community hospital' met een mooie VIP-missie en heel wat uitdagingen, weliswaar wat andere dan in ZOL. Ik hoop dat ik mijn ervaring als medisch directeur – 4 jaar in het voormalige Mariaziekenhuis en 10 jaar in ZOL – kan gebruiken om dat ziekenhuis verder te laten groeien."

"Ik voel me trouwens zeer welkom in Tienen, de ontvangst is er warm. Daarbij ben ik afkomstig van Vlaams-Brabant, voor mij voelt Tienen ook een beetje als thuiskomen. Ik kijk er naar uit om de uitdaging aan te gaan en een nieuwe wending te geven aan mijn carrière." ■





Rugpijn? Blijf bewegen!

Afgelopen maand is in het nieuwe R-gebouw op campus Sint-Jan de rug- en nekrevalidatie van start gegaan. "Onze doelstelling is patiënten hun pijn beter te leren begrijpen en handvaten aan te reiken om zo optimaal mogelijk te functioneren met of ondanks hun pijn en waar mogelijk pijnvermindering te ervaren." aldus arts fysische geneeskunde dr. Peter Hallet.

Vroeger kon de behandeling van lage rugpijn heel erg verschillen van nu? Wat is er veranderd?

Peter Hallet: "Vroeger was het inderdaad soms zo dat de behandeling die een patiënt kreeg voor rug- en nekpijn afhankelijk was van de arts waarnaar verwezen werd. Kort door de bocht gezegd: als je naar de chirurg ging, keek deze of een operatie al dan niet aangewezen was. De arts Fysische Geneeskunde en Revalidatie (FGR) keek in functie van revalidatie en de pijnarts in functie van mogelijke infiltraties om de pijn te verlichten. Intussen is er veel onderzoek gebeurd. Dit heeft geleid tot KCE-richtlijnen die heel duidelijk zijn over wat voor welke patient met pijn op welk moment moet gebeuren."

De laatste jaren zijn de diensten Neurochirurgie, Pijnkliniek en FGR veel meer de koppen bij elkaar gaan steken en kan je spreken van een intern 'zorgpad nek en lage rugpijn' met de Spine Unit als overlegorgaan.

In dit orgaan worden de patiënten met een complexere problematiek besproken die in het verleden al meerdere behandelingen ondergaan hebben zonder het gewenste resultaat.

De Spine Unit komt één keer per maand samen en bestaat uit neurochirurgen, pijnartsen en artsen FGR. Daarnaast kan de neuroradioloog aanwezig zijn wanneer er bijkomende toelichting nodig is over de beeldvorming van de nek of rug."

Zijn er nu meer of minder mensen met rugpijn dan voorheen en hoe delen jullie die in?

"We weten uit statistieken dat er

nu meer mensen klachten hebben met betrekking tot lage rugpijn dan voordien of tenminste dat er meer arbeidsongeschikten hierdoor zijn. Een duidelijke fysieke verklaring hiervoor hebben we niet. Er spelen waarschijnlijk andere factoren een rol, zowel werk gerelateerd als opvattingen over gezondheid (szorg)."

"Wat we ook weten uit onderzoek is dat meer dan 90 percent van de rugklachten goedaardig is of aspecifiek. Het is belangrijk om deze groep te scheiden van patiënten met specifieke rugklachten (red flags – disco-radiculair lijden)."

"Aspecifiek betekent dat er geen ernstige afwijkingen aan de rug of zenuwen vastgesteld kunnen worden via beeldvorming of andere onderzoekstechnieken. Slijtagetekenen bijvoorbeeld komen voor bij iedereen die ouder wordt maar niet iedereen die ouder wordt heeft rugklachten."

"De indeling specifiek of aspecifiek zegt ook weinig over hoeveel pijn of beperkingen iemand ervaart. Bewegingsangst of angst voor letsels kan sterk bepalend zijn voor de uiteindelijke duur van de klachten."

"Het is van belang dat de huisarts - na het uitsluiten van een aantal ernstige oorzaken van rugpijn - de patiënt goed informeert, positief bekrachtigt maar ook geruststelt en niet teveel nadrukt legt op begrippen die uiteindelijk niet relevant zijn. Dit voorkomt dat de patiënt in een neerwaartse spiraal komt en nog nauwelijks beweegt. Ondersteuning van een kinesist kan het opnieuw in beweging komen vergemakkelijken."





Dr. Peter Hallet, dr. Ann Van Goethem



dr. Donald Bobbaers

"Als we na enkele weken geen duidelijke positieve evolutie opmerken, is dit de belangrijkste indicatie om snel te starten in een intensief en interdisciplinair rug/nek-oefenprogramma. Een tweede reden om een programma op te starten is om - na technische interventies met aanhoudende restpijnklachten - het nog overblijvende revalidatiepotentieel op te bouwen."

"Mensen moeten er zich van bewust zijn dat pijnklachten niet één op één terug te brengen zijn op een letsel en dat er ook andere factoren zijn die het pijngevoel kunnen onderhouden en moeten aangepakt worden. Dat kunnen een conditionele problemen zijn, stressoren vanuit de thuisomgeving of het werk of foute gedachten rond de oorzaak van de pijn. Wij werken daarom met een multidisciplinair team dat oa bestaat uit artsen, kinesisten, ergotherapeuten, psychologen en sociaal werkers."

Krijgt u vaak vragen van huisartsen?

"Sinds de publicatie van de KCE-richtlijn merk ik een heel positieve evolutie. Ik zie vooral goede doorverwijzingen waarbij de huisarts in eerste instantie heeft geprobeerd de patiënt gerust te stellen en positief te bekrachtigen maar waarbij uiteindelijk blijkt dat er een ruimer kader nodig is om de mindset van de patiënt via een multidisciplinaire aanpak bij te sturen."

Er wordt ook samengewerkt met de dienst Revalidatie van ZOL Maas en Kempen?

"Vroeger was de revalidatie versnip-

perd met activiteit in Lanaken, Maaseik en Genk. We hebben er nu voor gekozen om alle expertise te bundelen en samen te brengen op twee locaties: de nieuwe rug- en nekrevalidatie is gelegen in het nieuwe R-gebouw in Genk en op de campus in Maaseik. We werken op dezelfde manier en met dezelfde toestellen."

"Zowel voor Maaseik als voor Genk zijn er gloednieuwe David Back-toestellen aangekocht. De nieuwe toestellen zijn heel gebruiksvriendelijk en maken het mogelijk om de data van een patiënt onmiddellijk in het patiëntendossier in te laden."

Wat kunnen jullie aanbieden op de revalidatie?

"Het groepsprogramma 'rug- en nekrevalidatie' bestaat al jaren maar vandaag hebben we de accenten verschoven naar de functionaliteit in het dagelijks leven van de individuele patiënt. We proberen, samen met de patiënt, concrete en functionele doelen te formuleren volgens het principe van 'shared decision making'. Twee dezelfde patiënten kunnen totaal verschillende doelen hebben. Het is aan ons om de verwachtingen te bevragen en de haalbaarheid in te schatten. De ene patiënt zal bijvoorbeeld het werk opnieuw willen opnemen. Een andere wil actief blijven om nog alleen te kunnen wonen."

"Revalidatie is niet langer louter gericht op het versterken van spieren. Het is ook belangrijk om de gedachten en ideeën rond pijn en gezondheid, maar

ook de eigen psychosociale context van de patiënt, in kaart te brengen en hiermee aan de slag te gaan. We willen patiënten laten ervaren dat bewegen gezond is en eigenlijk een 'way of life' is, ook bij aanhoudende pijnklachten."

"Door samen in groep te revalideren, ervaren patiënten dat ze niet alleen zijn met hun klachten. Ze moedigen elkaar aan in moeilijker momenten wat het plezier in het samen bewegen bevordert."

"Het programma loopt 5 tot 6 maanden en dit 2 keer 2 uur per week. Tijdens het programma bespreken we proactief met de patiënt hoe het bewegen na het traject kan verdergezet worden in wandelclubs, sportclubs of grotere kinepraktijken buiten het ziekenhuis die mensen de mogelijkheid bieden om in groep te blijven sporten of hun programma verder te zetten. Zo willen we vermijden dat mensen in een zwart gat vallen als hun programma stopt."

"We hebben ook steeds meer contact met kinesisten van de eerste lijn. We kunnen er een win-win van maken zodat mensen die een intensief revalidatietraject volgen in het ziekenhuis kunnen verwezen worden naar kinesisten die op dezelfde manier werken als wij." ■

Op donderdag 16 februari 2023 vond de wetenschappelijke raad "Revalidatie = bewegen" plaats. Sprekers waren dr. Ann Van Goethem, dr. Dieter Peuskens, dr. Donald Bobbaers en dr. Peter Hallet.



ZOL-artsen op missie met B-FAST na aardbeving in Turkije

Op 6 februari, na twee aardbevingen in Turkije stuurde B-FAST (Belgian First Aid and Support Team), medische hulp en een veldhospitaal naar de rampsite. ZOL-urgentiearts dr. Ruben Haesendonck en anesthesist dr. Griet Vermeulen maakten deel uit van het team dat ter plaatse hulp bood.



Op 6 februari vond een zware aardbeving plaats in delen van Zuid-Turkije en Noord-Syrië. De beving had een kracht van 7,8 op de schaal van Richter, gevolgd door een nabeving van 7,7. Er werden meer dan 50.000 doden geborgen en meer dan 100.000 gewonden verzorgd. Miljoenen mensen zijn dakloos. B-FAST stuurde een team met als opdracht een veldhospitaal op te richten en te bemannen om medische hulp te bieden aan de plaatselijke bevolking en de druk op de Turkse ziekenhuizen te verlichten. Het veldhospitaal telde tientallen tenten, verspreid over een vlakke zo groot als een voetbalveld.

Hebben jullie ervaring met buitenlandse missies tijdens noodsituaties?

Dr. Griet Vermeulen: "Ik ben naast anesthesist in ZOL ook militair arts. Het is vanuit Defensie dat ik de vraag kreeg om naar Turkije te vertrekken en te werken als anesthesist in het veldhospitaal van B-FAST. Het was de eerste keer dat mijn twee werelden, de civiele en de militaire, als burger en als militair arts, elkaar op het terrein ontmoetten. Dat was voor mij speciaal, een unieke belevenis."

Dr. Ruben Haesendonck: "Ik doe mijn werk als urgentiearts in het ziekenhuis ongelofelijk graag, maar deelnemen aan een humanitaire missie geeft me extra veel voldoening. Ik heb al gewerkt voor Artsen zonder Grenzen maar dit was mijn eerste missie met B-FAST. Ik was de voorbije jaren wel reeds mee bezig met het uitwerken van de plannen voor het veldhospitaal dat nu voor de eerste maal werd opgezet in Turkije."

Jullie zijn allebei met de tweede groep van B-FAST vertrokken en een drietal weken na de eerste aardbeving in Turkije aangekomen. Wat was jullie functie in het veldziekenhuis?

Dr. Griet Vermeulen: "Ik werd in het ziekenhuis ingezet als anesthesist. Het aantal operaties varieerde van 2 tot 8 per dag met een gemiddelde van 3 per dag. De grootste uitdaging was het pre-operatief oppuntstellen van de patiënt. Niet alleen dienden we te werken met tolken, veel van onze patiënten waren analfabeet en niet op de hoogte van hun medische voorgeschiedenis of medicatie. Door de omstandigheden werd thuismedicatie veelal al weken niet meer ingenomen. Pre-operatieve onderzoeken beperkten zich tot het klinisch onderzoek, een ECG of RX-thorax."

"De uitgevoerde ingrepen waren kleinere orthopedische of abdominale ingrepen zoals een pols-pinning, wondzorg zoals voor brandwonden of crush-trauma's en een enkele maal een sectio."

Dr. Ruben Haesendonck: "Ik was hoofd van de Spoedgevallendienst. We beschikten over zes reanimatiebedden en er was ook een ambulante opvolging. Wij zagen 150 tot 200 patiënten per dag. Ook was er regelmatig contact met de liaison van de Turkse dienst Volksgezondheid omdat zij de transfers regelden voor patiënten die naar andere ziekenhuizen moesten, bijvoorbeeld voor nierdialyse. Aan het einde van onze missie zagen we steeds minder pathologie die direct gerelateerd was aan de aardbeving."



Dr. Griet Vermeulen, anesthesie,

Dr. Griet Vermeulen is naast militair arts ook halftijds anesthesist/intensivist in ZOL. Ze heeft de graad van Medisch Commandant en is de enige vrouw in het Belgische leger die gebrevetteerd is als paracommando. Dr. Vermeulen is arts bij het Special Operations Regiment, waar ze onder ander deel uitmaakt van het Special Operations Surgical Team.

Dr. Vermeulen gaat gemiddeld 2 maanden per jaar voor Defensie naar het buitenland. De voorbije jaren is ze

onder andere ingezet in de Sahel regio, Centraal Afrika en het Midden Oosten. Dit onder verschillende hoedanigheden en in verschillende configuraties zoals medical advisor, urgentiearts, anesthesist en intensivist.

Naast de extra-territoriale zendingen besteedt ze veel tijd aan het uitwerken van de uitbouw van het Belgisch militair veldhospitaal en werkt ze als brandwondenspecialist in het brandwondencentrum van Neder-Over-Heembeek.



"Ik heb naast het klinische werk daar ook administratieve taken gedaan voor B-FAST en voor de WHO. Welk type en hoeveel patiënten hebben wij behandeld, hoe is de hulpverlening verlopen, epidemiologie, enz..."

Hadden jullie voldoende materiaal ter beschikking om het werk goed te kunnen doen?

Dr. Ruben Haesendonck: "Ik was eigenlijk aangenaam verrast over de mogelijkheden die er waren en ook over de logistieke ondersteuning. Voor het labo waren we beperkt en er waren geen intensieve bedden. Echt onmisbaar in de setting was een echografietoestel. Gelukkig hadden we een stevig en draagbaar toestel mee en dit gebruikten we dan ook elke dag."

Dr. Griet Vermeulen: "Ook wij maakten veel gebruik van een echotoestel voor onze locoregionale anesthesieën. Verder beschikten we over een eenvoudig anesthesie- en beademingstoestel en een klein arsenaal aan medicatie. We beschikten in het totaal over 4 zakken O-bloed maar niet over een bloedverwarmer of andere bloedproducten. Voor beademing en medicatie roeiden we met de riemen die we hadden."

Er was veel kritiek in de pers op de missie van B-FAST, al zouden ze niet snel genoeg in actie zijn gekomen?

Dr. Ruben Haesendonck: "Dat was zeker ongegrond. België was trouwens het eerste Europees land dat in Turkije met een verkenningsteam aanwezig

was om een veldhospitaal op te bouwen. Op een paar dagen tijd was het veldhospitaal operationeel en konden de eerste slachtoffers behandeld worden. Mensen die kritiek hebben op deze missie van B-FAST, hebben er geen idee van wat aan een dergelijk project voorafgaat. Een veldhospitaal ter grootte van een voetbalveld opzetten en volledig operationeel krijgen met een spoedgevallendienst, een operatie-eenheid en hospitalisatiecapaciteit is een immense operatie. Wie daar kritiek op heeft, heeft er geen flauw benul van hoe geneeskunde in rampgebieden werkt."

"We zijn op het terrein ook een gelijkwaardig Italiaans en het Spaans project gaan bezoeken, en zij zijn ook bij ons geweest. Het is altijd interessant om te zien hoe andere landen de hulpverlening aanpakken. De Denen waren niet actief op het terrein maar ze zijn wel bij ons langs geweest omdat zij in de toekomst ook een dergelijk veldhospitaal willen kunnen ontplooiën. We hebben zelfs een halve dag bezoek gehad van dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, de directeur-generaal van de WHO. Hij kwam kijken wat wij deden en hoe we het veldhospitaal hadden opgezet. Om maar aan te geven: België was op het terrein het voorbeeld van een degelijke en snelle organisatie."

Dr. Vermeulen, hoe was het om als militair samen te werken met burgers op het terrein?

Dr. Griet Vermeulen: "Het was een erva-

"Het was een ervaring waar ik als militair veel van geleerd heb. Het feit dat we allen daar waren met hetzelfde unieke doel: mensen in nood helpen, maakte dat dit klikte en werkte."

Dr. Griet Vermeulen, anesthesist

“Ik doe mijn werk als urgentiearts in het ziekenhuis ongelofelijk graag, maar deelnemen aan een humanitaire missie geeft me extra veel voldoening.”

Dr. Ruben Haesendonck, urgentiearts

ring waar ik als militair veel van geleerd heb. Het feit dat we allen daar waren met hetzelfde unieke doel: mensen in nood helpen, maakte dat dit klikte en werkte.”

“Wat niet mag onderschat worden, is dat er een groot verschil is tussen hulpverleners die op korte tijd, vrijwillig, vanuit een grote intrinsieke motivatie hun thuisfront achterlaten om gedurende een korte tijd in een hospitaal te gaan werken. Dit versus de militair die als onderdeel van zijn professionele carrière veelal gedurende een lange tijd in opdracht gaat. Om die reden is onze militaire manier van organiseren, managen en communiceren anders dan die van onze burgercollega's. Om een eenvoudig voorbeeld te geven; alleen al om te vermijden dat mensen zich opbranden ten gevolge van hun enthousiasme, moet de hiërarchie duidelijk en de taken goed afgelijnd zijn.”

Tijdens deze missie kwam je in aanraking met heel wat schrijnende situaties. Hoe verwerk je wat je daar gezien hebt?

Dr. Ruben Haesendonck: “De psycholoog die op het terrein de slachtoffers bijstond, was ook beschikbaar voor de zorgverleners. Je maakt inderdaad wel schrijnende dingen mee. Gelukkig konden we hier 's avonds, na onze dagtaak, met onze collega's over praten. Dat hielp bij de verwerking. Gelijk zorgde dit ook voor een sterke band binnen de groep.”

“De oorlogswonden die ik mee behandeld heb tijdens een missie in Irak waren veel ernstiger dan de pathologieën die ik in Turkije zag. Maar hier waren er ook kinderen, vrouwen en ouderen bij de slachtoffers. Als een moeder hulp komt vragen voor haar dochtertje en vertelt dat ze haar drie andere kinderen verloren heeft, dan krijg je toch een krop in de keel.”

Dr. Griet Vermeulen: “Voor het personeel van Defensie werden militaire psychologen ingezet. Elke militair werd na de zending persoonlijk gecontacteerd met de vraag of er nog nood was aan een gesprek.”

“Wat voor mij opvallend was, in tegenstelling tot andere zendingen, was het feit dat er ontzettend veel medeleven en interesse was vanuit België. De situatie werd door velen van het thuisfront op de voet gevolgd. Dit maakte dat veel hulpverleners gedwongen werden om vragen te beantwoorden en dus ook te ventileren bij thuiskomst. Volgens mij zal dit voor velen de hoeksteen geweest zijn om hun ervaring te verwerken.”





Dr. Ruben Haesendonck, urgentiegeneeskunde,

Dr. Ruben Haesendonck is urgentiearts en heeft een postgraduaat in rampenmanagement, tropische geneeskunde en publieke gezondheidszorg. Recent behaalde hij ook het Dir CP Ops-certificaat, vereist om de functie van Directeur Commandopost Operaties te kunnen opnemen tijdens rampsituaties."

Dr. Haesendonck heeft al enkele op-

drachten met Artsen zonder Grenzen achter de rug. Zo werkte hij een half jaar in Port-au-Prince, Haïti en ook in het rampengebied na de doorgang van orkaan Matthew. Daarna heeft hij gedurende drie maanden gewonden verzorgd in Irak tijdens de 'slag om Mosoel'. Recent maakte hij ook deel uit van het B-FAST Team dat hulp bood na de aardbeving in Turkije.

Welke ervaringen blijven jullie bij?

Dr. Griet Vermeulen: "Voor mij is dat de dankbaarheid van de Turkse bevolking. Een typerend voorbeeld was onze Espresso-man, een jonge zaakvoerder die geregeld met zijn Espresso-wagen naar ons veldziekenhuis reed om het team te verwennen met zijn koffie. Hij kwam helemaal uit Istanboel en wilde de mensen die aan het werken waren een hart onder de riem steken."

Dr. Ruben Haesendonck: "Wat mij erg bij blijft is het sterke samenhangsgevoel tussen de zorgverleners. Als je 100 mensen die elkaar nauwelijks kennen, zou samen zetten in een andere context dan zou dit snel voor wrijving zorgen. Je slaapt samen met 8 in een tent en moet alles delen. De motivatie van iedereen om samen de beste zorgen te willen bieden, daar krijg ik nog altijd kippenvel van. Mensen die bereid zijn om dergelijk werk te doen, daar heb je ook sneller een band mee omdat ze dezelfde insteek in het leven hebben als jij."

Hoe reageren anderen op het werk dat jullie gedaan hebben?

Dr. Griet Vermeulen: "Ik ervaar veelal dankbaarheid en soms zelfs enige trots bij mijn collega's. Er waren er zelfs die de tijd namen om me hiervoor persoonlijk te contacteren. Daarnaast is er de gezonde nieuwsgierigheid en, meer dan ik had verwacht, toch ook de 'kriebel' om misschien zelf ooit te willen vertrekken."

Dr. Ruben Haesendonck: "Velen stuurden mij 'chapeau' of gaven een mentaal schouderklopje. Maar de dankbaarheid is wederzijds. Onder andere ten opzichte van de collega's die bereid waren om op korte termijn mijn shiften in het ziekenhuis over te nemen. En ten opzichte van mijn familie die ook even verder moest zonder mijn aanwezigheid."

Zijn jullie bereid om weer te vertrekken als er zich een nieuwe zending zou aanbieden?

Dr. Griet Vermeulen: "Als militair arts is dit mijn job uiteraard. Hoewel 'een levensstijl' een meer correcte beschrijving is. Eentje die absoluut de moeite waard is!"

Dr. Ruben Haesendonck: "Ik zou niet twijfelen. Ik zou het iedereen aanraden. Trouwens, naast de nodige hulp die je ter plaatse kan bieden is het een enorme meerwaarde voor je persoonlijke en professionele ontwikkeling." ■

Beluister het verhaal van drs. Vermeulen en Haesendonck ook op Spoedcast!



“

“Dankzij de 'slimme' pleister kunnen we patiënten met hart- of longproblemen in de toekomst mogelijk sneller naar huis laten gaan, omdat ze thuis met de pleister verder opgevolgd kunnen worden.”

Christophe Smeets,
project manager mobiele
gezondheid van Future
Health



Future Health ZOL ontwikkelt pleister om chronische hart- en longpatiënten te monitoren

Future Health, het onderzoeksplatform van ZOL, en onderzoekscentrum Imec ontwikkelen samen een 'slimme' pleister die een EKG registreert, de hartslag en de ademhaling meet, de zuurstofsaturatie bepaalt en de dagelijkse activiteit opvolgt. De pleister wordt getest bij revaliderende, chronische hart- en longpatiënten van de diensten Cardiologie en Pneumologie. Het doel is om accurate data te verzamelen over een langere periode. Medisch gezien kan die info goud waard zijn, aldus Christophe Smeets, project manager mobiele gezondheid van Future Health.

Met een slim polshorloge kunnen we zelf meten hoe fit en gezond we zijn. Maar 'wearables' kunnen ook nuttige informatie bieden in een zorgcontext. "Met de 'slimme' pleister willen we objectief en continu data verzamelen en dat op een patiëntvriendelijke manier", aldus Christophe Smeets.

6 minuten-wandeltest

Om de fysieke gezondheidstoestand van een revaliderende long- of hartpatiënt te meten wordt er in de klinische praktijk vaak gebruik gemaakt van de 6 minuten-wandeltest. Voor en na die inspanningstest worden onder andere de zuurstofsaturatie en hartslag gemeten. "Die metingen koppelen we aan enkele vragenlijsten, o.a. met betrekking tot de BORG-schaal waarmee we peilen naar het gevoel van inspanning bij de patiënt", aldus dr. Smeets.

Slimme pleister

Hoewel de wandeltest ingeburgerd is in de medische wereld blijkt de meetmethode tijdrovend, niet waterdicht en onderhevig aan subjectieve ervaringen van de patiënt. De pleister kan meer continu meten. Daarbij worden de gegevens automatisch doorgestuurd naar het medisch team voor analyse, ook wanneer de patiënt zich in de thuissituatie bevindt.

"Er zijn COPD-patiënten die in de winter meermaals thuis een opstoot krijgen, waarbij de ziekte-toestand van de patiënt plots sterk achteruit gaat," zegt pneumoloog prof. dr. Ruttens. "Zonder dataregistratie blijft het gissen naar de oorzaak. Met de pleister kan je hiernaar zoeken en zo een ziekenhuisopname vermijden."

Voordeel voor ZOL

"Dat de ontwikkeling van de pleister en de testfase in ZOL plaatsvindt, heeft vele voordelen", aldus Christophe Smeets. "Onze patiënten en medische teams hebben door de samenwerking met Imec toegang tot de

nieuwste technologie, nog voor die op de markt komt. Ook kunnen we door onze nauwe betrokkenheid reeds vroeg in de ontwikkeling input geven zodat deze innovatie perfect aansluit op onze specifieke noden." ■

Meer informatie of meewerken aan wetenschappelijk onderzoek van Future Health? Check www.zol.be/future-health



Labo Anatomopathologie maakt gebruik van diagnostische AI

De dienst Pathologische Ontleedkunde wil artificiële intelligentie (AI) inzetten voor de analyse van prostaat- en maagbipten. In de toekomst zullen hier mogelijk ook borstbipten bijkomen. Het is anatomopatholoog dr. Herbert Plasschaert die dit project op zich neemt.

Slimme software in het labo Anatomopathologie voor de ondersteuning van diagnoses is nieuw. Het ZOL is in België de eerste om deze techniek toe te passen in de dagelijkse diagnostiek, daarnaast zijn enkel de ziekenhuizen van Antwerpen (ZNA) bezig een soortgelijk project op te zetten. Ook zij werken met de Israëlische firma Ibex die trendsetter is op het vlak van AI in de pathologische diagnostiek en actief in 60 ziekenhuizen wereldwijd.

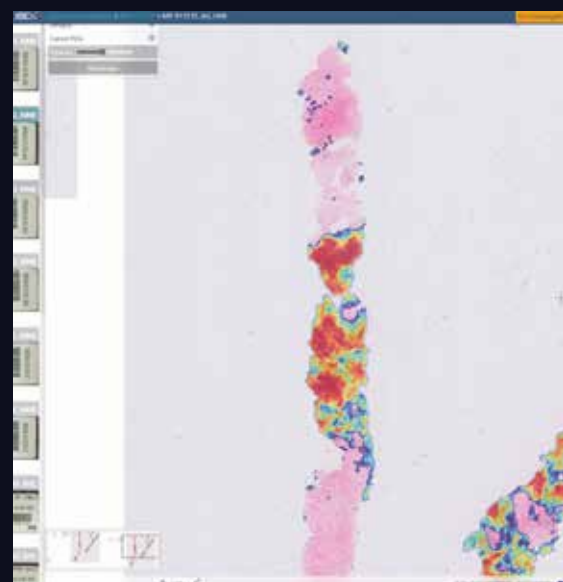
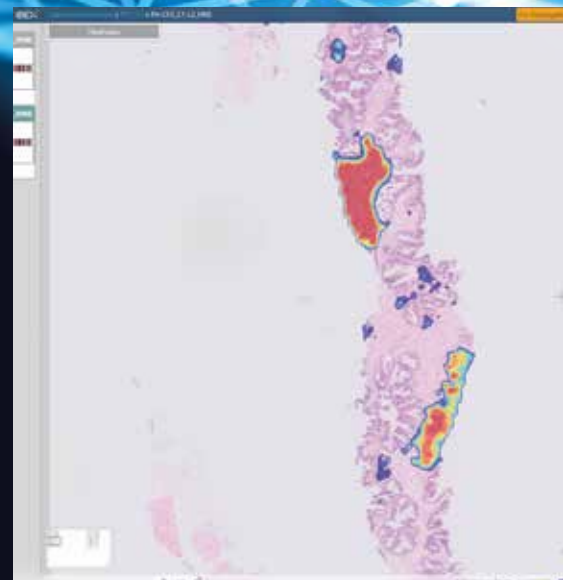
"De investering om met AI te werken is groot," aldus dr. Plasschaert. "Maar het biedt ontzettend veel mogelijkheden en we moeten voorbereid zijn op de toekomst. Dit wordt de nieuwe norm in pathologie." Vooreerst moet het labo beschikken over scanners om de histologische coupes te digitaliseren. Bovendien moet er opslagcapaciteit beschikbaar zijn als je een hele afdeling pathologie wil digitaliseren. "Reken op zo'n terabyte per dag voor een grote praktijk als ZOL", aldus dr. Plasschaert.

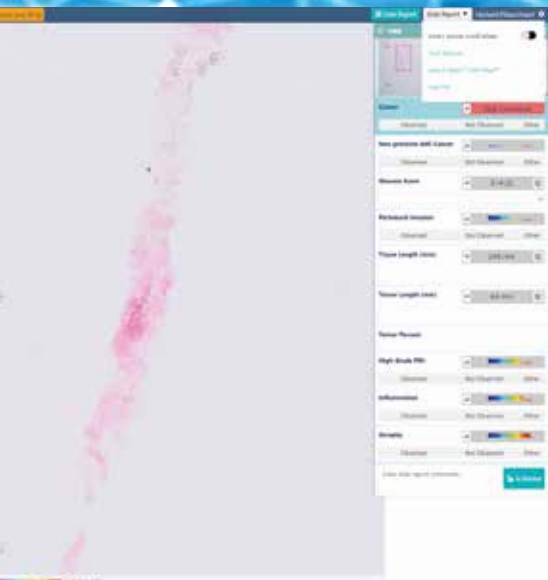
Je moet een onderscheid maken tussen digitale pathologie en artificiële intelligentie. Digitalisatie is het inscannen van de klassieke histologische coupes en deze digitaal of online beschikbaar maken. Dit is een vereiste om aan AI te kunnen doen, het is de eerste stap maar biedt op zich al enkele voordelen. Digitale metingen van tumordiepte of resectiemarges zijn nauwkeuriger dan

wanneer die onder een microscoop gebeuren. Je kan de beelden heel snel delen met een collega op afstand voor overleg of een expert second opinion. Ook ergonomisch biedt het digitaal werken voordelen, je hangt niet meer vast aan de klassieke microscoop. "Wat ik persoonlijk ook heel fijn vind, is dat je digitale beelden gemakkelijk kan gebruiken voor onderzoek of publicaties", aldus dr. Plasschaert.

Het grootste voordeel van digitalisatie is uiteraard dat je AI-software kan loslaten op de ingescande coupes. Door de grootte en complexiteit van de digitale histologische beelden was dit lang niet mogelijk in de pathologie, of slechts in beperkte mate. Maar eindelijk is het zover. Dr. Plasschaert: "De AI-software van IBEX is in staat een goede diagnose stellen op ingescande coupes van prostaatbipten, maag- en borstbipten. Dit is echt revolutionair." Hierdoor kunnen pathologen sneller werken, met minder aanvullende kleuringen en toch dezelfde accuraatheid en kwaliteit van diagnostiek bieden.

Andere AI-software kan kleuringen analyseren die nodig zijn om een bepaalde kankerbehandeling op te starten. Dit zijn pharmacodiagnostische analyses van bijvoorbeeld HER2Neu, een oestrogeenreceptormarker of de proliferatiemarker KI67. Deze metingen worden uiteraard nog steeds





“Het doel van deze evolutie is om aan de patiënt eenzelfde kwaliteit van diagnostiek te bieden met snellere doorlooptijden en minder kleuringen, wat het goedkoper maakt voor de patiënt en voor de maatschappij.”

dr. Herbert Plasschaert,
anatomopatholoog

gecontroleerd en gevalideerd door de patholoog die verantwoordelijk is voor de diagnose. De digitale metingen zijn in zekere zin consistentere dan humane metingen, al is dit verschil niet steeds relevant.

Digitale pathologie en AI-software stellen ons dus in staat om zeer nauwkeurig, sneller en efficiënter te werken. De techniek staat wel nog in zijn kinderschoenen en AI is momenteel nog maar toepasbaar op een beperkt aantal orgaansystemen. Een en ander zit wel nog in de pipeline. Naast prostaat, maag en borst verwachten we op korte termijn ook AI-analyse van lymfeklieren, huid en colon.

Het doel van deze evolutie is om aan de patiënt eenzelfde kwaliteit van diagnostiek te bieden met snellere doorlooptijden en minder kleuringen, wat het goedkoper maakt voor de patiënt en voor de maatschappij. Het probleem is dat werken met AI niet terugbetaald wordt door het RIZIV. De afdeling pathologie investeert hierin uit eigen middelen en betaalt er dus zelf voor. “Maar de toepassingen zullen verder uitbreiden, het is de toekomst en



wij willen deze trein niet missen”, aldus dr. Plasschaert. “Uit de eerste testen op onze afdeling bleek dat het AI-systeem een accurate en betrouwbare diagnose kan stellen. Momenteel worden de prostaatbiopten in een validatiefase dubbel geanalyseerd, door AI en een patholoog. Ook na de validatie zal er steeds een dubbele analyse gebeuren door patholoog en AI. Er wordt samen met ICT een systeem opgezet dat bereikbaar is voor alle pathologen en waarbij de patiëntveiligheid en GDPR gegarandeerd zijn.”

Samen met de UHasselt en het Jessa Ziekenhuis wordt ook op regionaal vlak gewerkt aan de digitalisatie van anatoom pathologisch onderzoek voor diagnostiek en research. Het is de bedoeling om een gemeenschappelijk platform voor onze beelden te creëren. Dit zal ons in staat stellen om te subspecialiseren, elkaar te consulteren zonder dat coupes over en weer moeten gestuurd worden en tot slot om samen te werken op wetenschappelijk vlak. Naast artificiële intelligentie is ook deze regionale samenwerking de digitale toekomst. ■



“

We zijn erg opgetogen met deze uitstekende resultaten. Het toont aan dat de hyperprofessionele werking van ons labo vruchten afwerpt.

dr. Nathalie Dhont,
beheerder van het
IVF-labo in ZOL

V.l.n.r. Anneleen Geuzens, hoofd IVF labo; dr. Greet Mestdagh, dr. Helena Van Kerrebroeck, dr. Nathalie Dhont, dr. Carmen Kerkhofs, gynaecologen-IVF-specialisten

Limburg scoort uitstekend op het vlak van geslaagde IVF-behandeling

40% van de eerste cyclus IVF-behandelingen in het Fertiliteitscentrum ZOL-Jessa leidt tot een zwangerschap. Hiermee scoort Limburg opvallend hoger dan het Belgische gemiddelde van 35%. Ook bij een tweede tot vijfde cyclus ligt de slaagkans in Genk en Hasselt opmerkelijk hoger dan in de rest van het land.

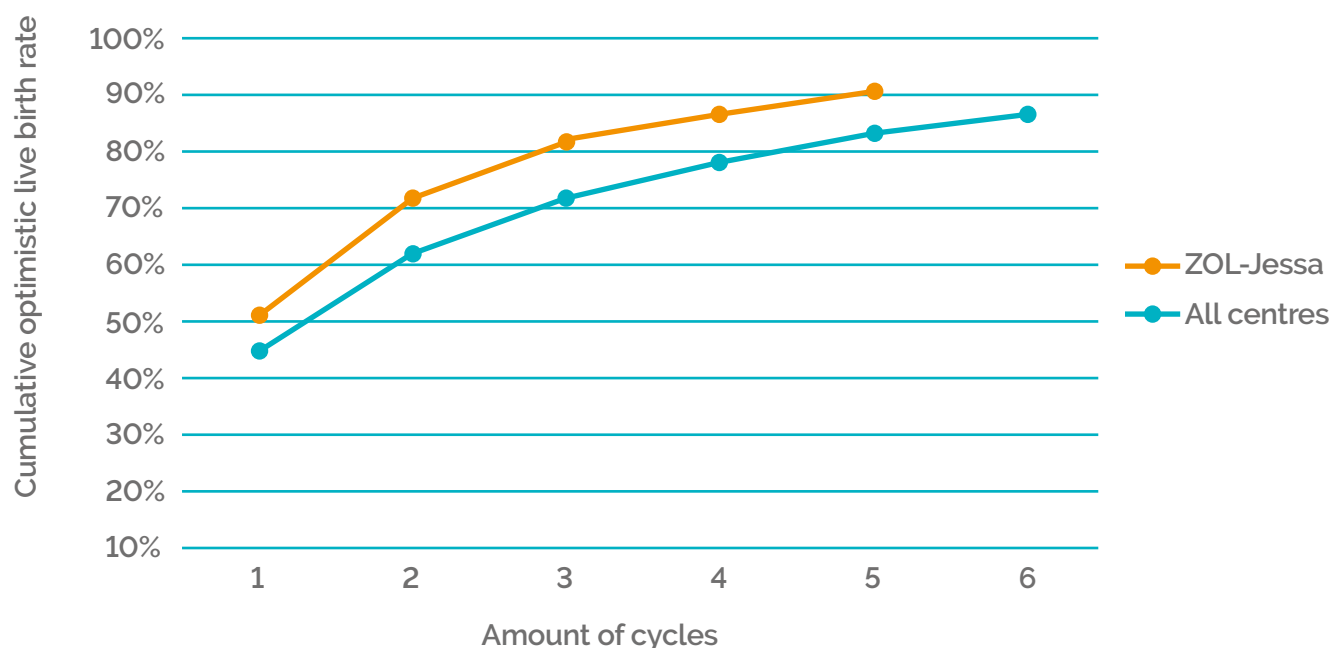
Sinds 2013 werken Ziekenhuis Oost-Limburg en het Jessa Ziekenhuis samen voor IVF-behandelingen onder de naam Fertiliteitscentrum ZOL-Jessa. Het integrale IVF traject bestaat uit twee zorgprogramma's: A en B. Programma A vindt in beide ziekenhuizen plaats. Het omvat de diagnose van het vruchtbaarheidsprobleem, de stimulering van de eicellen en de 'pick up' of weghaling van de eicellen. Programma B focust op de bevruchting of embryologie. Bijbehorende laboratoriumactiviteiten gebeuren in het IVF-labo van ZOL.

"We zijn erg opgetogen met deze resultaten" zegt dr. Nathalie Dhont, beheerder van het IVF-labo in ZOL. "Het toont aan dat de hyperprofessionele werking van ons labo vruchten afwerpt. Ons zelf voortdurend in vraag stellen, doorgedreven kwaliteitscontroles en een zorgvuldige selectie van embryo's zijn belangrijke factoren in het succes van een labo. Aan elk detail wordt gedacht en veel aandacht besteed. Met succes, nu we zwart op wit kunnen aantonen dat het fertiliteitscentrum ZOL-Jessa een hogere zwangerschapskans per embryo biedt."

Fijne samenwerking

In een provincie zonder universitair ziekenhuis blijft de B-activiteit (embryologie en invriezen van eicellen, zaadcellen en embryo's) beperkt tot één locatie. Sinds de wetgever dit heeft bepaald, gebeurt dit voor Limburg in ZOL. "De samenwerking tussen Jessa en ZOL verloopt uitstekend", vult dr. Sofie Hulsbosch, kliniekhoofd en fertiliteitsarts bij Jessa, aan: "Er is vaak overleg tussen de fertiliteitsartsen en Jessa-artsen gaan geregeld naar ZOL voor de terugplaat-sing van embryo's." ■

Own fresh and cryo cycles





V.l.n.r.: Bart Ramaekers (hoofdinspecteur PZ CARMA), Geert Verheyen (korpschef PZ CARMA), Tom Arts (voorzitter ZOL), minister Frank Vandenbroucke, forensisch verpleegkundige Eve Van Lee, minister Vincent Van Quickenborne, forensisch verpleegkundige Anne-Mieke Dieltiens, Liesbet Paulissen (coördinator ZSG Limburg) en dr. Pieter Jan Van Asbroeck (medisch coördinator ZSG Limburg).



Zorgcentrum na Seksueel Geweld Limburg maakt snelle start

Sinds de opening eind februari heeft zich gemiddeld meer dan 1 slachtoffer per dag gemeld bij het Zorgcentrum na Seksueel Geweld Limburg (ZSG). Een hoog cijfer, vooral omdat we nog maar net open zijn en onze bekendheid nog moet groeien, zegt coördinator Liesbet Paulissen. De slachtoffers komen vanuit de hele provincie, zijn gemiddeld 24,5 jaar oud en komen op verwijzing van de politie, een huisarts of een Spoedgevallendienst. Een rechtstreekse aanmelding is ook mogelijk.

Het Zorgcentrum na seksueel Geweld is gelegen in de nieuwe R-blok op campus Sint-Jan in Genk. Slachtoffers worden er 24/7 warm opgevangen voor medische en psychische zorg, en een forensisch onderzoek. Er wordt ook voorzien in medische en psychologische nazorg. Als een slachtoffer dit wenst kan er in het zorgcentrum ook een aangifte gebeuren bij een zedeninspecteur van de politie. Ook steunfiguren van het slachtoffer kunnen psychische ondersteuning krijgen.

Seksueel geweld treft jaarlijks duizenden Belgen, ongeacht leeftijd of geslacht. Sinds de opstart van de Zorgcentra (10/2017 – 09/2022) werden er al 7.370 slachtoffers opgevangen. 65,4% van de slachtoffers of ondersteuners (ouder, leerkracht...) besliste om klacht neer te leggen bij hun passage in een Zorgcentrum.

Het zorgcentrum in Limburg was het laatste in de rij van Vlaamse zorgcentra dat openging. Verschillende politici waren aanwezig op 27 februari om het centrum in te huldigen. Zij benadrukten het belang van het zorgcentrum:

Het Zorgcentrum na Seksueel Geweld is dag en nacht geopend, 7 op 7 dagen.

Contact: tel. 089/80 81 00,
e-mail: zsglimburg@zol.be
Adres: ZOL, campus Sint-Jan,
R-gebouw (Volg de route
richting Spoed, NIET richting
bezoekersparking).

ZSG is gelegen aan de huisartsenwachtpost (rode kruis) en heeft een eigen parking.



Sarah Schlitz

staatssecretaris voor Gender-
gelijkheid, Gelijke Kansen en
Diversiteit

"De strijd tegen seksueel geweld is mijn absolute prioriteit. Telkens wanneer een nieuw ZSG wordt geopend of uitgebreid, zien wij dat slachtoffers zeer snel de weg naar het centrum vinden om hulp te zoeken. Het is heel geruststellend te weten dat we zoveel mensen helpen. Ik dank de vele medewerkers en partners die hieraan meewerken; hun deskundigheid en motivatie komt ons allen ten goede."



Annelies Verlinden

minister van Binnenlandse Zaken

"Seksueel geweld heeft een onvoorstelbaar grote impact op het leven van slachtoffers. Daarom is het belangrijk dat slachtoffers zo goed mogelijk worden geholpen. Dat kan in de Zorgcentra na Seksueel Geweld, waar slachtoffers de hulp krijgen die zij op dat moment het hardst nodig hebben. Hopelijk vergroot de opvang in het zorgcentrum ook de aangiftebereidheid, waardoor daders gestraft kunnen worden."





Geert Verheyen

korpschef van Politiezone CARMA

"De politie heeft 50 zedeninspecteurs opgeleid. Ze zijn opgeleid in luistervaardigheid en empathie maar ook in gespreks- en verhoortechnieken. Het zijn deze zedeninspecteurs die in eerste plaats zullen instaan voor het politieel opvangen van de slachtoffers. Ze hebben ook een aantal zeer specifieke technische taken zoals de afname van de forensische stalen en de inbeslagname van de kledij van de slachtoffers."



Tom Arts

voorzitter ZOL

"Het was noodzakelijk dat er een ziekenhuis betrokken was bij de oprichting van het zorgcentrum. Wij zijn heel blij en zelfs trots dat ZOL die rol kan opnemen. Het maakt deel uit van de maatschappelijke opdracht die wij als ziekenhuis vervullen."



Wim Dries

burgemeester stad Genk

"Seksueel geweld raakt iedereen. Er zijn nog te veel 'dark numbers'. Het zorgcentrum is drempelverlagend; alle Limburgers die slachtoffer zijn, kunnen zich aanmelden in het zorgcentrum en er verzorgd worden. Dat is voor iedere burgemeester in Limburg erg belangrijk."





Frank Vandenbroucke
minister van Volksgezondheid

"Vanuit het departement Volksgezondheid investeren we 11,7 miljoen euro in de verschillende zorgcentra verspreid over het hele land. Niet alleen om de juiste zorg te kunnen bieden op een laagdrempelige en toegankelijke manier, maar ook om via deze zorgcentra het centrale aanspreekpunt te zijn voor de slachtoffers en voor alle andere hoofdrolspelers in dit verhaal: de politie, het parket, slachtofferhulp, de behandelende artsen en jeugdzorg."



Vincent Van Quickenborne
minister van Justitie

"Er worden in ons land elke dag 100 mensen verkracht, 90 percent zijn vrouwen. Dat zijn verschrikkelijke cijfers. Met de zorgcentra zorgen we ervoor dat er een plaats is waar ze naartoe kunnen en waar er ook sporen worden verzameld, alles met de bedoeling om veroordeling voor seksueel geweld te doen toenemen. We zien dat de aangiftebereidheid enorm toeneemt op plaatsen waar een zorgcentrum bestaat."



Guido Vermeiren
procureur des Konings Limburg

"Parket Limburg is zeer verheugd omdat met de komst van het ZSG een grote stap in de goede richting gezet wordt bij de aanpak van seksueel geweld. Het is een groot voordeel dat de kwaliteit van de vaststellingen en bewijsvoering van zedenfeiten toeneemt. Dit zowel door het politieel verhoor dat door gespecialiseerde zedeninspecteurs wordt afgenomen als door het veiligstellen van eventuele sporen. Hierdoor groeit de hoop en verwachting dat justitie in de toekomst vaker over voldoende elementen zal beschikken om een gepast justitieel gevolg aan een dossier te kunnen geven." ■





Els Papy, dr. Katrien Nulens en dr. Caroline Van Holsbeke

PRIORI-studie onderzoekt oorzaak van vroeggeboorte

Om de rol van het vaginaal microbiom op de zwangerschapsduur te onderzoeken bij zwangeren met een verhoogd risico op vroeggeboorte, werd de PRIORI-studie opgestart. De studie staat onder leiding van gynaecoloog dr. Caroline Van Holsbeke, dr. Katrien Nulens en projectmanager Els Papy en wordt uitgevoerd in samenwerking met Future Health en KCE.

In België worden jaarlijks 8.000 baby's te vroeg geboren. Vroeggeboorte kan ernstige gevolgen hebben voor de baby zoals hersenbloeding, ademhalingsproblemen, slecht zien, infecties en ontwikkelingsproblemen, maar het heeft ook een enorme impact op de ouders. Elke dag moeten ze afscheid nemen van hun kindje dat opgenomen is en vaak blijft het kind ook levenslang zorgen nodig hebben.

Dr. Caroline Van Holsbeke: "Uit onderzoek weten we dat bacteriën die vanuit de vagina opstijgen naar de baarmoeder een belangrijke oorzaak zijn van spontane vroeggeboorte. Bij deze patiënten blijkt het vaginaal microbiom al heel vroeg in de zwangerschap verstoord te zijn in tegenstelling tot bij patiënten die hun zwangerschap volledig uitdragen. Zij hebben een gezond en stabiel microbiom dat gedomineerd wordt door Lactobacillen – de gezonde bacteriën – en die de perfecte verdedigers blijken te zijn tegen opstijgende infecties en dit doorheen de ganse zwangerschap.

"Er werd in het verleden al veel onderzoek gedaan naar het screenen op deze infecties en het behandelen ervan met antibiotica. Helaas blijkt deze strategie niet te werken: de antibiotica berei-

ken het vruchtwater niet en kunnen de ontstekingsreactie of inflammatie niet meer stoppen. Het gevolg is vaak machteloos toekijken hoe de patiënte te vroeg bevalt."

"In de PRIORI-studie willen we nakijken of we een impact kunnen maken door heel vroeg in de zwangerschap de vaginale flora te optimaliseren en deze stabiel te houden doorheen de hele zwangerschap. Dit proberen we te bereiken met behulp van synbiotica (probiotica en prebiotica) oftewel een mix van de perfecte Lactobacillus stammen en stoffen die hun werking ondersteunen. Onderzoek bij Europese (zwangere) vrouwen heeft aangetoond dat Lactobacillus Crispatus de beste verdediger is tegen slechte bacteriën en het meeste kans geeft op een voldragen zwangerschap.

Els Papy: "Tijdens de studie zullen 402 patiënten met een verhoogd risico op spontane vroeggeboorte ofwel een placebo ofwel een synbioticum toegediend krijgen. We starten vroeg in de zwangerschap (tussen 8 en 10 weken) en het wordt gedurende de hele zwangerschap ingenomen. De hypothese hierbij is dat de groep die het synbioticum neemt minder kans heeft op een vroeg-

tijdige bevalling, vergeleken met de controlegroep. De studie start met een interne pilootstudie waarin we het effect van het orale synbioticum op het vaginale microbiom nader onderzoeken."

Katrien Tartaglia, Future Health: "Om een multicentrische gerandomiseerde studie met een gematchte placebo op te starten is er een groot budget nodig. De 'Grant Office' van Future health heeft het team van dr. Van Holsbeke geholpen bij de aanvraag voor financiering bij het Federaal Kenniscentrum (KCE). KCE ging akkoord in 2022 om deze studie te financieren op voorwaarde dat de studie begeleid wordt door een erkende Clinical Trial Unit (CTU). De CTU van ZOL, die deel uitmaakt van het Future Health-platform, werd in 2017 erkend door KCE.

Het onderzoek maakt ook deel uit van het PhD-onderzoek van gynaecoloog dr. Katrien Nulens die momenteel werkt als fellow in het Mount Sinai Hospital, University of Toronto, Canada. ■

Meer info vind je op www.prioritrial.be. In een filmpje geeft dr. Van Holsbeke meer uitleg over vroeggeboorte en de PRIORI-studie.

Cardiologen in de prijzen

Cardiologen in opleiding dr. Sébastien Deferm en dr. Evelyne Meekers vielen in de prijzen tijdens het Congres van de Belgische Vereniging voor Cardiologie. Dr. Sébastien Deferm ontvangt de Jacqueline Bernheim Wetenschappelijke Prijs 2022. Dr. Evelyne Meekers krijgt de Randomized Controlled Trial Grant van het Belgian Heart Fund in samenwerking met de Koning Boudewijn Stichting. Hun onderzoek wordt gefinancierd door het Limburg Clinical Research Center (LCRC), een samenwerking tussen UHasselt, ZOL en Jessa.

Jacqueline Bernheim Prijs

Dr. Sébastien Deferm ontving dit jaar de Jacqueline Bernheim Wetenschappelijke Prijs. Deze prijs ter waarde van 25.000 euro wordt sinds 1998 uitgereikt door het Fonds voor Hartchirurgie. Het fonds bekroont elk jaar een doctoraatsthesis in de cardiologie/cardiochirurgie, uitgevoerd aan een Belgische universiteit.

Gedurende lange tijd werd aangenomen dat de disfunctie van het linker atrium steevast het gevolg is van andere cardiale pathologie, in plaats van een mogelijke oorzaak. Dr. Sébastien Deferm bestudeerde de gevolgen van linker atrium disfunctie op kleppathologie, beroerte en hartdecompensatie.

Dit onderzoek toonde aan dat mitralis-kleplekkage van atriale oorsprong wordt veroorzaakt door uitzetting en disfunctie van de klepring, typisch in de context van voorkamerfibrillatie. Herstel van het normale hartritme kan hierbij tot een afname van de mitraliskleplekkage leiden. In deel 2 werd aangetoond dat nieuwe echocardiografische technieken het mogelijk maken om patiënten met voorkamerfibrillatie op te sporen. Dit is voornamelijk belangrijk in de context van cryptogene hersenberoertes (hersenberoertes van ongekende oorsprong waarbij in 1/3 gevallen toch voorkamerfibrillatie de oorzaak blijkt te zijn). Deel 3 onderstreept het belang van linker atrium disfunctie binnen de context van hartfalen.

De toekenning van de Bernheimprijs maakt het mogelijk om verder onderzoek te verrichten naar de optimale behandelingsstrategie voor mitralis-kleplekkage van atriale oorsprong, zeker met de komst van nieuwe transcatheter-procedures.

Dr. Sébastien Deferm werkt intussen verder in het Universitair Ziekenhuis

van Mainz (Duitsland). Hier evalueert hij de effectiviteit van verschillende behandelingsstrategieën voor atriale functionele mitralisregurgitatie. "De toekenning van de Bernheimprijs maakt het mogelijk om nieuwe onderzoeksideeën in die richting te ontwikkelen", zegt hij.

Randomized Controlled Trial Grant

Cardioloog dr. Evelyne Meekers ontving de Randomized Controlled Trial Grant van het Belgian Heart Fund en de Koning Boudewijn Stichting. Ze krijgt deze beurs ter waarde van 75.000 euro voor een internationale gerandomiseerde studie rond medicatie bij chronisch hartfalen die werd opgezet onder het promotorschap van prof. dr. Wilfried Mullens (ZOL, UHasselt).

Hartfalen is een frequente en chronische aandoening en komt voor bij meer dan 10 procent van de bevolking ouder dan 70 jaar. Door hartfalen treden er

periodes van vochttopstapeling op, die aanleiding geven tot een verminderde levenskwaliteit, ziekenhuisopnames en sterfte. De afgelopen jaren is er aangetoond dat specifieke medicatie het hart kan ondersteunen en het aantal periodes van vochttopstapeling kan doen afnemen, zodat patiënten ook minder vaak in het ziekenhuis terecht komen en hun kansen op overleving erop vooruitgaan.

Sinds 2021 staan in de nieuwe Europese cardiologierichtlijnen vier verschillende medicatiegroepen die een ondersteunende werking hebben op het hart en die iedere patiënt met hartfalen voorgeschreven zou moeten krijgen. Maar uit registers weten we dat deze medicatie te weinig wordt voorgeschreven, voornamelijk bij patiënten die ook nierfalen hebben. Nierfalen komt nochtans zeer frequent (60-65%) voor bij patiënten met hartfalen en het zijn net deze patiënten die het meeste periodes van vochttopstapeling ervaren en dus vaker terecht komen in het ziekenhuis. Deze groep zou dan ook meer voordeel kunnen halen uit de medicatie.

In deze nieuwe studie onderzoekt dr. Evelyne Meekers of een pragmatisch schema voor het voorschrijven van medicatie kan leiden tot een betere inname. Aangezien de medicatie voorzigtiger geïntroduceerd moet worden bij patiënten met nierfalen, worden er verschillende protocollen op basis van de nierfunctie voorzien met controles voor elke dosisopgave. Als dit schema werkt, kan het gebruikt worden in het ziekenhuis door hartfalenspecialisten en buiten het ziekenhuis door de huisartsen. ■



Sébastien Deferm
Jacqueline Bernheim Prijs



dr. Evelyne Meekers
promotor dr. Wilfried Mullens
Randomized Controlled Trial Grant



Drie ZOL-projecten worden gesteund door Zorginnovatiefonds

Vorig jaar lanceerde UHasselt samen met POM Limburg het Health Campus Zorginnovatiefonds, een programma dat innovaties in de gezondheidszorg stimuleert. Drie ZOL-projecten kregen ieder een financiële steun van 35.000 euro.

Het eerste project dat in de prijzen viel, wil de zorgorganisatie op verpleegafdelingen optimaliseren. Het project, onder leiding van proces- en zorginnovator Uschi Colemonts, onderzoekt hoe het zorgteam via een optimalisatie van de zorgorganisatie meer tijd aan directe patiëntenzorg kan spenderen,

de gemeten kwaliteit van zorg kan verhogen en het zorgteam een hogere professionele en persoonlijke tevredenheid kan ervaren.

Ook het team van de dienst Pneumologie, met onder meer prof. dr. Thomeer en prof. dr. Ruttens, kreeg een prijs voor hun project met betrekking tot COPD. Het doel is om de zorg voor COPD-patiënten te verbeteren. Een betere levenskwaliteit, het verminderen van (her)opnames en lagere medische kosten staan centraal. Dit project wordt opgezet met de steun van het Wit-Gele

Kruis, de UHasselt, het Jessa Ziekenhuis en CM.

Het derde project dat bekroond werd door het Zorginnovatiefonds neemt het ontslag van patiënten en de overgang naar de thuiszorg onder de loep. Dat is nodig omdat er in de toekomst meer en complexere chirurgie zal gebeuren in daghospitalisatie en omdat het aantal patiënten met een chronische ziekte toeneemt. Het gaat om een project van eerstelijnszones 'Kemp en Duin' en 'Maasland' waar ook ZOL aan meewerkt. ■

Logopedist gendercentrum ZOL bekroond

Katrien Eerdekens, logopedist en coördinator van het Gendercentrum ZOL, kreeg zopas de wetenschappelijke prijs 2020-23 van de Vlaamse Vereniging voor Logopedisten (VVL). Ze krijgt de erkenning voor het artikel 'Effectiviteit van logopedische spraaktraining bij trans vrouwen'. Het gaat om een samenwerking tussen de genderteams van ZOL Genk en UZ Gent, met o.a. prof. Evelien D'haeseleer.

De jury bekroont het artikel omwille van de goede en unieke samenwerking tussen twee genderteams en de manier waarop zij erin slagen evidence based onderzoek om te zetten naar de dagelijkse praktijk. "Het gaat om een originele en relevante bijdrage voor de logopedie en voor de patiënten die er een beroep op doen," aldus de VVL-jury.

In het transitieproces van een transgender persoon is de stem een van de moeilijkste hindernissen. Indien

een stem niet overeenkomt met de genderidentiteit, kan dit tot ernstige psychosociale problemen leiden. Voor spraakvervrouwelijking zijn trans vrouwen aangewezen op spraaktraining of stemchirurgie. Het artikel beschrijft de effectiviteit van logopedische training bij trans vrouwen aan de hand van literatuuronderzoek en twee casusbesprekingen. ■

C. Leyns, K. Eerdekens, T. Papeleu, and E. D'haeseleer, "Effectiviteit van logopedische spraaktraining bij transgender vrouwen," LOGOPEDIE (HERENTALS), no. juli-augustus, pp. 73-87, 2022.



V.l.n.r.
Clara Leyns,
Katrien Eerdekens,
prof. Evelien
D'haeseleer

NIEUWE ZOL ARTSEN

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



DR. NINA PERUSKO MATASIC
pediatrie

Dr. Perusko Matasic behaalde haar diploma geneeskunde in 1992 aan de Universiteit van Zagreb, Kroatië. Haar verdere opleiding pediatrie voltooide ze in 1999 in het Universitair Kinderziekenhuis in Zagreb. Daar deed ze ervaring op in de algemene pediatrie, de allergologie en de pneumologie. Ze specialiseerde zich verder in de neonatologie en werkte van 2007 tot 2015 op de NICU van het University Maternity Hospital in Zagreb.

Van 2017 tot 2018 was dr. Perusko Matasic actief in verschillende kindziekenhuizen in Noord-Ierland. Van 2018 tot 2023 werkte ze als pediater in AZ Oudenaarde.

In ZOL is dr. Perusko Matasic actief op de dienst Pediatrie in ZOL Genk en ZOL Maas en Kempen.

Aankondiging

Save the dates

WETENSCHAPPELIJKE RAAD
PROGRAMMA
2022 23

De lezingen vinden plaats in de aula van ZOL Genk, campus Sint-Jan Genk van 20.30 tot 22.30 uur, tenzij anders vermeld.

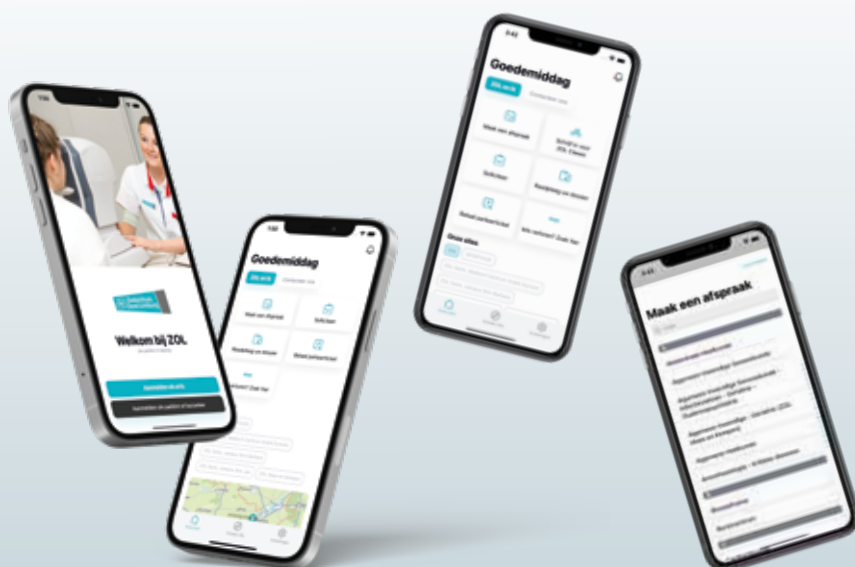
Alle lezingen die in de aula van ZOL plaatsvinden, worden eveneens via ZOOM aangeboden. Meer info en de registratielink vindt u op www.zol.be in de rubriek 'professionals/wetenschappelijke raad'.

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

Zaterdag 6 mei 2023	Afscheidssymposium dr. Mathias Vrolix <i>Thor Park Genk – info en inschrijvingen: hilde.gielen@zol.be</i>
Donderdag 1 juni 2023	Diagnose en behandeling van perifere aangezichtsverlamming <i>Inhoudelijk coördinator: dr. M. Den Hondt (Plastische chirurgie ZOL)</i>
Donderdag 13 juni 2023	Voor CRA-artsen: geriatisch onderwerp <i>Inhoudelijk coördinator: dr. E. Brouwers</i>
Donderdag 22 juni 2023	Multidisciplinaire behandeling van colorectale levermetastasen: what's new? <i>Inhoudelijk coördinator: dr. D. Wicherts (Abdominale heelkunde ZOL)</i>

Download de nieuwe ZOLapp!

Boek snel een afspraak.
Raadpleeg je medisch dossier.
Vind een verloren voorwerp.
Check onze vacatures.
Betaal je parkeerticket.



COLOFON

Verantwoordelijke uitgever: Dr. Griet Vander Velpen, medisch directeur ZOL ■ **Redactie en samenstelling:** Grete Bollen ■ **Werken mee:** prof. dr. Jan Van Zundert, dr. Ludovic Ernon, prof. dr. Willem Ombelet, dr. Ruben Haesendonck, dr. Griet Vermeulen, dr. Peter Hallet, dr. Herbert Plasschaert, Christophe Smeets, Jurgen Ritzen, Els, Papy, dr. Caroline Van Holsbeke, Katrien Tartaglia ■ **Redactieadviesraad:** dr. Marc Daenen, dr. Eline Macken, prof. dr. prof. dr. Willem Ombelet, dr. Griet Vander Velpen, dr. Pieter Jan Van Asbroeck ■ **Foto's:** Boumediene Belbachir, Imapictures, Marco Mertens, Michiel Malchair, Micha Vandormael, 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 21 nr. 87 • april • mei • juni • 2023

Partners in zorg

Josette Croughs



Toen bleek dat Josette Croughs (60) uit Tongeren een nieuwe heup nodig had, stelde orthopedisch chirurg prof. dr. Kristoff Corten haar voor om de ingreep via het dagziekenhuis te laten verlopen. "Ik was onmiddellijk akkoord. Ik ben iemand die nooit stil zit, elke dag gaat werken en regelmatig de kleinkinderen opvangt, dus ik zag dit wel zitten."

"Prof. dr. Corten stuurde me eerst naar een 'hipcoach' die me uitlegde hoe ik me, onder begeleiding van mijn kinesist, op de ingreep kon voorbereiden. Ter ondersteuning kreeg ik filmpjes met spierversterkende oefeningen. Die voorbereidingen verliepen heel vlot, de oefeningen waren voor mij geen probleem en ook mijn kinesist bevestigde dat ik fit genoeg was voor de ingreep."

"De ingreep zou onder regionale verdoving gebeuren. Ik was bang dat ik zou horen wat er in de operatiezaal gebeurde maar door het 'roesje' dat ik kreeg,

kan ik me niets herinneren. Met het pijnblok dat de anesthesist aanbracht, voelde ik ook nauwelijks pijn."

"Om 10 uur ben ik geopereerd en om 14 uur kon ik al een trap op en af stappen met de hulp van een kinesist. Prof. Corten kwam bij me langs om 17:30 uur en daarna mocht ik naar huis vertrekken."

"'s Avonds hielp mijn man me de trap op zodat ik al onmiddellijk boven, in mijn eigen bed kon slapen. Ik heb maar enkele dagen een dikker been gehad en na één week kon ik al zonder krukken stappen."

"Intussen zijn we vier weken verder en het gaat goed met mij. Ik ga nog twee keer per week naar de kinesist en kan mijn normale bezigheden opnieuw oppakken. Mijn kousen aantrekken is nog moeilijk en soms mank ik ook nog wat. Met autorijden heb ik geen problemen. Ook de wonde, die veel kleiner was dan verwacht, is heel snel genezen."

"Ik ben blij dat alles op deze manier verlopen is. Ik heb me altijd veilig gevoeld en had nooit durven denken dat de ingreep en de revalidatie zo vlot zouden verlopen."

Omwille van het toenemende tekort aan verpleegkundigen kondigde minister van Volksgezondheid Frank Vandembroucke aan dat heel wat chirurgische ingrepen, waaronder totale knie- en heupprothesen, voortaan in daghospitaalsetting kunnen worden uitgevoerd, voor wie het haalbaar is. De artsen van de Hip Unit van ZOL, hebben de voorbije jaren al sterk geïnvesteerd om dit op een wetenschappelijk verantwoorde manier mogelijk te maken. Als resultaat hiervan konden in het afgelopen jaar in ZOL al 40% van de patiënten binnen de 24 uur terug naar huis. De Hip Unit is nu ook klaar om THP-patiënten in daghospitaalsetting veilig te behandelen. Inmiddels werden de eerste patiënten via het dagziekenhuis geopereerd. ■