

TIJDSCHRIFT VAN DE WETENSCHAPPELIJKE RAAD

bpost  
PB-PP |  
BELGIË(N) - BELGIQUE

# ZOLarium

Jaargang 21 nr. 89 · oktober · november · december 2023

NIEUWE MEDISCHE DIRECTIE WIL VAN ZOL  
**EEN VIJFSTERRENZIEKENHUIS MAKEN**

CENTRUM VOOR INTRA-OPERATIEVE  
**NEUROFYSIOLOGISCHE MONITORING BREIDT UIT**

BEWEEGSAAM ZET ONCOLOGISCHE PATIËNTEN  
**AAN OM FYSIEK ACTIEF TE ZIJN**

**HUISARTSEN PROMETHEUS  
ONDERZOEKEN HUISARTSENTEKORT**

# Kangoeroeën op de afdeling Neonatologie

Ouders op Neonatologie worden gestimuleerd om met hun kindje te kangoeroeën. Lichamelijk contact is erg belangrijk voor de gezondheid en het welbevinden van een baby. Iedere pasgeboren baby heeft de behoefte aan intens contact. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat direct huid-op-huid contact tussen ouders en hun te vroeg en/of ziek geboren baby enorm veel positieve effecten heeft.

De dienst Neonatale Intensieve Zorgen (NICU) viert op 27 oktober haar 35-jarig bestaan. Naar aanleiding hiervan zetten ze het skin-to-skin kangoeroeën nog eens in de kijker. Naast elke couveuse op de dienst staat een zetel waarin dit op elk moment van de dag en nacht mogelijk is.

Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat kangoeroeën veel positieve effecten heeft voor de baby, maar ook voor de ouders.

Door het huid-op-huidcontact hechten ouders en hun baby op een natuurlijke manier aan elkaar. Het bevordert ook de emotionele ontwikkeling van de baby. Ouders leren de lichaamstaal, geluiden en manier van bewegen van hun baby kennen.

Bij te vroeg geboren baby's is de ademhaling nog onregelmatig. Tijdens het kangoeroeën neemt de baby het diepere ademhalingsritme van de ouder als het ware over en begint zelf beter te ademen. Bovendien herkennen ze het hartritme van hun moeder.

Te vroeg geboren baby's kunnen zichzelf nog niet goed warm houden. Bij het kangoeroeën past de lichaamstemperatuur van de baby zich aan aan die van de ouder. Doordat de baby door de ouder warm wordt gehouden, heeft hij minder energie nodig om zichzelf op te warmen. Die energie gebruikt de baby dan voor een gezonde groei.

Het kangoeroeën biedt ook voordelen aan moeders die borstvoeding willen geven omdat de lijfelijke aanwezigheid van hun baby de melkproductie kan verhogen. Baby's krijgen tevens de kans om instinctief gedrag te ontwikkelen. Ze kunnen de borst en tepel herkennen en stilaan aanhabbewegingen maken.

Andere voordeel is dat baby's al vroeg naar geluiden kunnen luisteren. Ze kunnen stemmen herkennen en geuren ruiken. Ze ervaren minder stress, hebben een constantere bloedsuikerspiegel, een hoger zuurstofgehalte in het bloed en een stabielere bloeddruk.

Het kangoeroeën biedt troost en werkt pijnstillend. De baby's huilen minder en slapen dieper en langer. Dit heeft een gunstige uitwerking op de hersenontwikkeling. Bovendien heeft het in aanraking komen met de huidbacteriën van de ouders een beschermend effect tegen infecties.

"De ouders en hun baby hebben dus nog jarenlang profijt van het huidcontact dat ze in de periode na de geboorte gehad hebben. Daarom zetten we hier als team ook enorm op in." ■

**Dorien Evens**  
hoofdvroedvrouw NICU





# Onze Engelse tuin

Beste collega,

Kerkjurist Rik Torfs gebruikt de filosofie rond de Franse en Engelse tuinen als inspiratie voor zijn eigen denken en leven. Het klinkt misschien wat abstract, maar wij zien parallellen met het kwaliteitsbeleid dat we in het afgelopen decennium in ons ziekenhuis gevoerd hebben.

De grandeur van de Franse tuin, prachtig maar strak gedirigeerd in symmetrische perkjes en hagen, doet denken aan ons JCI-tijdperk. Toen gaven we ons kwaliteitsbeleid vorm op basis van een set van vaste 'spelregels', met weinig ruimte voor onderhandeling en eigen invulling. Begrijp ons niet verkeerd, we blijven ervan overtuigd dat onze JCI-jaren waardevol zijn geweest én dat ze een noodzakelijke stap waren om sommige randvoorwaarden voor kwaliteit en patiëntveiligheid écht te introduceren in ons ziekenhuis. Noem het kwaliteit 1.0 als je wil.

Maar als we vandaag aan ons kwaliteitsbeleid denken, zien we dit toch anders. Dan neigen we veel meer naar de Engelse tuin, om in dezelfde 'tuinfilosofie' te blijven. Geen strak keurslijf, maar een landschapstuin waarin bruggetjes, prieeltjes en vijvers naar behoeven worden geïntegreerd. Om pijnpunten

aan te pakken en dingen mogelijk te maken, met aandacht en respect voor de omgeving.

Het gedachtengoed van FlaQuM, ons huidige kwaliteitssysteem waarin we een eigen normenkader vastleggen, sluit naar ons aanvoelen aan bij de filosofie van de Engelse tuin. Al moeten we natuurlijk niet naïef zijn, sommige 'spelregels' zullen blijven bestaan. Denk maar aan de eisen van de zorginspectie of sommige wettelijke vereisten. Met FlaQuM is er meer ruimte voor eigen invulling, in dialoog met het landschap. Laat kwaliteit 2.0 ons een omgeving creëren waarin we, in overleg met elkaar, een Engelse tuin kunnen aanleggen (co-creatie), rekening houdend met de doelstellingen die we zelf vooropstellen en met dat wat vereist is.

Franse tuinen, Engelse tuinen, ... we willen vooral iedereen oproepen om gezamenlijk een omgeving te scheppen waar kwaliteit deel uit maakt van ons DNA, van ons landschap.

Toch slot nog een laatste bedenking. De elementen - keuzes, standpunten, realisaties - die we integreren in onze 'Engelse tuin' moeten duurzaam zijn. Want wat je niet onderhoudt, raakt gemakkelijk overwoekerd.

Met collegiale groeten,

**Dr. Martijn Grieten**  
medisch directeur

**Prof. dr. Michiel Thomeer**  
adjunct medisch directeur



# Inhoud

**08 Iedere patiënt heeft recht op een huisarts**  
Onderzoek huisartsenkring Prometheus

**12 Nieuwe medische directie over de toekomst**  
De patiënt is de spil van het gebeuren

**18 Zonder neurofysiologische monitoring**  
zouden bepaalde letsels inoperabel zijn

**23 Het Haviksoog**

**24 Hypertensie**  
van moeder op kind

**28 BeweegSaam:**  
Platform ontwikkeld in samenspraak met patiënten

**30 PSMA-radionuclide therapie**  
voor patiënten met gevorderde prostaatkanker

**32 Thoracale hernia's:**  
een onderschatte ziekte op zoek naar een chirurgische remedie

**44 Partners in zorg**





Levensloop Genk 2023  
ZOL K40  
76

www.zol

Levensloop Genk 2023  
ZOL K45  
75

Levensloop Genk 2023  
ZOL  
57

**ZOL**  
in balans

Samen  
gaan we voor  
**positieve energie**  
met  
**ZOL in balans**

Zelenius  
Oost-Limburg



Levensloop Genk 2023  
Apotheek ZOL  
Genk  
67

Levensloop Genk 2023  
ZOL  
Financiën & Administratie

Levensloop Genk 2023  
De mollen van het  
ZOL  
68

Op 14 en 15 oktober vond op de atletiekpiste van het Atlas College een nieuwe editie van Levensloop Genk plaats. Het werd opnieuw een mooie editie met voorlopig 217.329 euro op de teller!

Vanuit ZOL waren wij massaal aanwezig om dit event te steunen. Met zes teams, goed voor zo'n 300 ZOL-deelnemers kwamen wij gedurende 24 uur in beweging tegen kanker. "Het was een viering van veerkracht en van hoop op een betere toekomst", aldus studieverpleegkundige Christophe Eerlings die voor ZOL het peterschap van Levensloop Genk op zich nam.

Bedankt aan alle deelnemers, vechters en natuurlijk de organisatie voor opnieuw een mooie editie.

#stichtingtegenkanker  
#LevensloopGenk



Stichting  
tegen Kanker

V.l.n.r. Wijnants Bianca, Lotte Pinxten, An Beernaert, Christophe Eerlings, Michèle Van den Heuvel, Mark Janssens, Evelien Egyed.



“

“Je weet pas wat een huisarts waard is, als je er geen meer hebt. Het is nu aan wijze mensen, om een gedegen werkplan uit te werken.”

**Dr. Harrie Dewitte, gep. huisarts  
GVHV en stafmedewerker  
ACHG KU Leuven**

dr. Harrie Dewitte, dr. Kaat Ieven en dr. Rob Smeets



# Iedere patiënt heeft recht op een huisarts

## Onderzoek naar huisartsentekort in huisartsenkring Prometheus

97% van de Vlamingen heeft een huisarts. En patiënten vragen veel van hun huisarts. Iedere patiënt heeft recht op een huisarts, maar is dat nog gegarandeerd? Zijn er te weinig huisartsen? Zijn ze overbelast? Hebben we nog huisartsen nodig? De huisartsenkring Prometheus startte een pilootproject om bij al haar leden een bevraging te doen.

De kring coördineert de huisartsen van As, Genk, Opglabbeek en Zutendaal. Goed voor 108 artsen en 92.000 inwoners. Met 11,8 artsen per 10.000 inwoners scoren we goed wat artsendichtheid betreft. Behalve 2 solo werkende artsen vulde iedereen de vragenlijst in. Deze betrouwbare resultaten zijn te danken aan een goed georganiseerde en gestructureerde huisartsenkring.

21 artsen (19%) zijn ouder dan 65 en 7 artsen zijn zelfs ouder dan 70. Nog eens 14 artsen hebben binnen de 5 jaar de pensioengerechtigde leeftijd bereikt. Samen zijn dit 35 artsen (31%) die de komende jaren met pensioen gaan. Dit betekent dat zo'n 30.000 patiënten die op zoek moeten naar een nieuwe huisarts.

Er zijn nog 17 solowerkende huisartsen, meestal oudere artsen. De overige artsen werken in groepspraktijken. 17 artsen worden forfaitair betaald, de overige artsen werken in een systeem van betaling per prestatie. Alle praktijken zijn al min of meer multidisciplinair. Iedere praktijk heeft een eigen onthaalmedewerker, soms ondersteund door een tele-secretariaat. 64% van de artsen heeft ook verpleging ter beschikking, gemiddeld 5 uur per week per arts. De verpleging zorgt voor ECG, spirometrie, bloednames, wondverzorging, ondersteuning bij chronische zorg, samenvatting van de elektronische dossiers, Sumehr en administratie. De forfaitair betaalde praktijken, verzorgen ook de thuisverpleging: 33 uur per week per arts.

Bij bijna de helft van de artsen werkt

er ook een psycholoog. Daarnaast hebben sommige praktijken ook een diëtist, een maatschappelijk werker of een kinesitherapeut in huis.

### Wat doen de huisartsen?

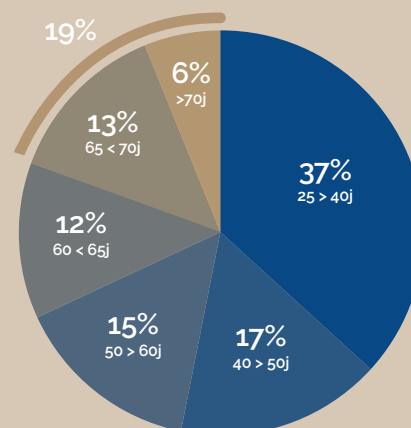
15% van de artsen werkt minder dan 30 uur per week. Meestal is een gezondheidsprobleem, academisch werk of een nevenactiviteit de reden. 12% werkt méér dan 60 uur per week. 72% werkt tussen de 40 en de 60 uur per week.

Samen werken ze per week tussen de 4.000 en 5.000 uur en zien ze 13.947 patiënten, goed voor zo'n 2.790 patiëntencontacten per werkdag. 8% hiervan

zijn huisbezoeken. Of anders uitgedrukt: statistisch passeert per week zo'n 15% van de bevolking langs de huisarts. Natuurlijk zijn die contacten ongelijk gespreid. Gemiddeld ziet een arts 146 patiënten per week, bij soloartsen ligt het gemiddelde op 193. Een arts ziet 3,4 patiënten per uur of besteedt 18 min per patiënt. Dat sluit aan bij de complexe problematiek waarmee de patiënt bij zijn huisarts komt.

Elke vergelijking loopt mank, maar toch: in ZOL zijn er per week 11.713 consultaties, waarvan 789 Spoedgevallen. En hier werken 400 artsen en 4.000 professionals.

### Leeftijdverdeling huisartsen & betekenis voor de patiënten



- 19% > 65 jaar = **21 artsen** vervangen
- 12% kan over 5 jaar op pensioen = nog eens **14 artsen** moeten vervangen worden

→ **35 artsen**

**Op 10 jaar: 30.000 patiënten hebben een nieuwe huisarts nodig.**

### Een steeds uitbreidend takenpakket voor de huisarts, omwille van maatschappelijke veranderingen.

Naast de patiëntencontacten in de eigen praktijk, zijn er ook steeds meer patiënten in **de wachtpost**: van 10.500 in 2013 naar 18.500 in 2023. Een toename van 75%. Sedert april van dit jaar is er ook door de week een wachtdienst.

Bij het begin van de Covid-epidemie zagen we op de speciale 'corona-raadpleging' tot 150 patiënten per dag. Huisartsen zijn onmisbaar in een 'public health'-benadering. Minister Vandenbroucke erkende meer dan 500 ingrepen in daghospitalisatie. Maar ook hier is een follow-up nodig van de huisarts. We willen toch niet in UK-toestanden belanden? 60% van de NHS-patiënten die in staat zijn om het hospitaal te verlaten, doet dat NIET omwille van gebrekkige medische thuiszorg.

België telt meer dan 500.000 werknemers met een langdurig ziekte. Ook hier wordt van de huisarts een actieve rol verwacht. Er is een toename met 46% van langdurige burn-outs en depressies in 5 jaar. En ook die komen bij de huisarts terecht, omdat ook de geestelijke gezondheidszorg in een kramptoestand zit.



“

“35 huisartsen (31%) gaan in de komende jaren met pensioen. Dit is goed voor zo'n 30.000 patiënten die op zoek moeten naar een nieuwe huisarts.”

Dr. Kaat Ieven, voorzitter  
ELZ Kemp en duin

### Zijn we nu met genoeg huisartsen?

Volgens het RIZIV zijn we met genoeg. Volgens hun cijfers zijn er 17.383 actieve huisartsen. Maar hoe betrouwbaar zijn die cijfers? Iedereen met een RIZIV-nummer wordt door het RIZIV beschouwd als een actieve huisarts. Dus ook artsen die al jaren met pensioen zijn, worden nog geteld als actieve huisartsen. Nog steeds volgens het RIZIV zijn er 13.607 beroepsactieve huisartsen. Maar! Je bent reeds beroepsactief als je één prestatie per jaar aanreikt!

### Ons onderzoek in het echte leven toont een ander beeld.

1. In onze regio zijn er nu reeds 18 niet ingevulde vacatures voor huisartsen. Hiervan 3 om bestaande praktijken overeind te houden. De rest zijn vacatures in groepspraktijken. 8 solo artsen ouder dan 65 of zelfs ouder dan 70 jaar hebben geen opvolging. Daarnaast zijn er nog 9 vacatures voor jonge artsen in opleiding.
2. 22% van de artsen heeft een absolute patiëntenstop. 61% staat bepaalde uitzonderingen toe. Voor de nabije toekomst voorziet 91% van de artsen een patiëntenstop. Slechts 18 artsen hebben geen patiëntenstop, maar

slechts 3 van hen willen nog patiënten opnemen van een zieke collega of een collega die de praktijk stopzet.

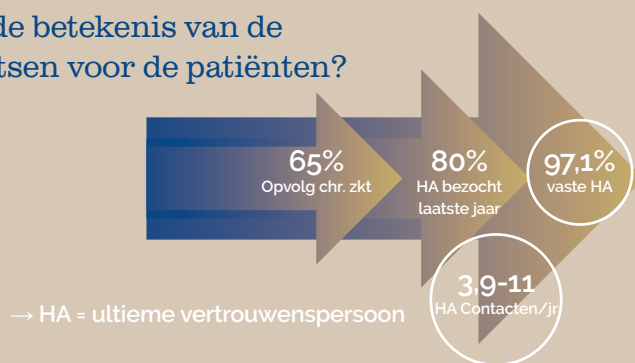
3. Slechts 10 artsen willen patiënten overnemen van een collega die ernstig ziek is. 50% wil dat wel doen als er vooraf afspraken gemaakt worden en 40% kan géén patiënten van zieke collega's overnemen.
4. 12% van de artsen kan er geen dringend consult bijnemen en 66% van de artsen kan geen dringend huisbezoek uitvoeren. Ze verwijzen door naar spoed. Is dat een gewenste evolutie?

Riskeren we zo geen negatieve spiraal? Praktijken die verdwijnen. Méér patiëntenstops. Méér mensen zonder huisarts. Langere wachttijden. Méér frustraties bij de patiënten. Méér agressie. Méér frustratie bij de huisartsen. Méér demotivatie bij de huisartsen die kiezen voor een andere job.

### Hebben we nog huisartsen nodig?

We moeten de vraag durven stellen zeker nu we zien dat er een steeds meer doorgedreven subspecialisatie is in de geneeskunde. Om hierop te antwoorden moeten we de vijf grote uitdagingen zien in de gezondheids-

### Wat is de betekenis van de Huisartsen voor de patiënten?



In 2020 hadden 82% van de Belgen minstens één contact met de huisarts. In Vlaanderen is dat goed voor een gemiddelde van 5,9 contacten per jaar. Maar dat varieert sterk met de leeftijd: voor kinderen onder de 5 jaar is dat 3,5 contacten per jaar. Voor iemand die ouder is dan 75 is dat reeds 11 contacten per jaar! Er is een duidelijke socio-economische gradiënt: hoe lager het opleidingsniveau, hoe hoger het gemiddeld aantal contacten met de huisarts, voor alle leeftijdscategorieën.

En dat is niet zonder gevolg voor een regio in de mijnstreek, waar zowat alle indicatoren wijzen op een kwetsbare bevolking. Zo treft kinderarmoede in Genk één kind op vijf. En rekening houdend met de vergrijzings-tsunami, zal de werkdruk voor de huisartsen nog toenemen.



dr. Rob Smeets, dr. Kaat Ieven en dr. Harrie Dewitte

zorg/ geneeskunde en wat de rol is van de huisarts

### Wat zijn de uitdagingen van de gezondheidszorg?

1. Duurzame financiering
  - Huisarts als rationele toewijze
  - Zorg op het niveau dat het dichtst bij de patiënt staat = goedkoopst
2. Vergrijzing = meer chronische en complexe zorg
  - Huisarts als synthese/integratie van steeds meer specialistische geneeskunde.
  - Multidisciplinaire praktijken
3. Een toenemende gezondheidskloof
  - Huisarts als vertrouwenspersoon/brug/coach voor kwetsbare groepen.
  - Community Oriented Care (proactieve zorg voor specifieke patiëntengroepen)
4. Explosie van technologie & farmaca & kost
5. Informatica explosie (wearables & home devices, data-driven besluitkunde, AI) Indien we dat op bevolkingsniveau willen uitrollen, dan hebben we een gestructureerde huisartsenzorg nodig.

### Strategisch plan

De tijd waarbij elke huisarts solo moest werken, is voorbij. Huisartsen werken in groep en multidisciplinair. Maar als huisartsen en eerstelijns werkers nog meer als één geheel werken, verantwoordelijk voor een bepaalde populatie, is er nog grote vooruitgang mogelijk. Dat bewezen de pilootprojec-

ten tijdens de covid-epidemie. Onze huisartsenkring Prometheus had het eerste 'corona consult' van België. Hier konden niet alleen alle patiënten met infectieuze pathologie terecht, maar leerden alle huisartsen ook veilig in dergelijke epidemische omstandigheden werken. Hierdoor werd een overrompeling van de spoeddiensten vermeden. De eerstelijnszone Kemp en Duin organiseerde samen met de huisartsen en lokale besturen, de eerste lokale bron- en contactopsporing. In tegenstelling tot de miljoenen euro's verslindende commerciële 'call-centra', was die wel effectief. In het vaccinatiecentrum kregen 99.160 inwoners hun volledige basisvaccinatie. In totaal werden er 216.000 vaccins gezet. We merkten dat we in sommige wijken een zeer lage vaccinatiegraad hadden, omwille van de lage sociaal-economische status van onze regio. In een nieuw pilotproject werden vanuit de huisartsenpraktijken alle niet-gevaccineerde patiënten opgebeld. En met succes: de vaccinatiegraad steeg van een goede 60% naar 90%.

Deze pilotprojecten tijdens covid, wijzen op het belang van de huisarts als vertrouwenspersoon die goed geplaatst is om aan community care te doen. Voor zowel preventieve als curatieve zorg voor bepaalde groepen van patiënten zoals ouderen, patiënten met diabetes, met cardiovasculair risico, met obesitas, met burn-out ... heb je huisartsen nodig. Dat is ook van belang voor een goede zorg vanuit het ziekenhuis.

Een tweede strategisch werkplan is een betere informatica die automatisch geïntegreerde uitwisseling van gegevens van patiënten mogelijk maakt. Ter illustratie: de medicatie. Nu bestaan er vier medicatieschema's: bij de huisarts, de apotheker, het ziekenhuis en de thuisverpleging. En die zijn niet gesynchroniseerd.

Conclusie: je weet pas wat een huisarts waard is, als je er geen meer hebt. Het is nu aan wijze mensen, om een gedegen werkplan uit te werken. ■

**Dr. Harrie Dewitte,**  
gep. huisarts GVHV en stafmedewerker  
ACHG KU Leuven,

**Dr Kaat Ieven,**  
voorzitter ELZ Kemp en Duin,

**Dr. Rob Smeets,**  
voorzitter  
huisartsenkring  
Prometheus.



“

“22% van de artsen heeft een absolute patiëntenstop. 61% staat bepaalde uitzonderingen toe. Voor de nabije toekomst voorziet 91% van de artsen een patiëntenstop.”

**Dr. Rob Smeets,**  
voorzitter huisartsenkring  
Prometheus.



# "We willen van ZOL een vijfsterrenziekenhuis maken"

Op 1 mei werden dr. Martijn Grieten en prof. dr. Michiel Thomeer aangesteld als respectievelijk medisch directeur en adjunct medisch directeur van ZOL. "We vormen een sterk team omdat we elkaar goed aanvullen en de ambitie hebben om samen van ZOL een vijfsterrenziekenhuis te maken", verklaren ze beiden.

## Is het moeilijk om de omslag te maken van klinisch arts naar medisch directeur?

Prof. dr. Michiel Thomeer: "Nee, want alles wat we doen, draait nog steeds rond de patiënt. In onze vorige job was dit heel concreet. Nu kijken we vanuit een ander oogpunt, met een zicht op het geheel."

Dr. Martijn Grieten: "Met het aansturen van een medische dienst hebben we beiden ervaring. Maar een functie als medisch directeur is natuurlijk een hele opschaling, waarbij we met heel veel verschillende mensen, verschillende diensten en andere directies rekening dienen te houden."

Prof. dr. Michiel Thomeer: "We moeten ons de gewoonten en de dynamiek van onze nieuwe functie nog eigen maken. En ook de anderen moeten ons nog leren kennen. Wij hebben vaak een uitgesproken mening en communiceren graag direct. Van sommigen vraagt dit een aanpassing."

Dr. Martijn Grieten: "Toen de functie van medisch directeur vacant was, hebben we alle twee, onafhankelijk van elkaar, onze vinger opgestoken om vanuit deze job iets te kunnen betekenen voor het ziekenhuis. Ik ben hier ondertussen al meer dan 30 jaar. Er zijn hier heel veel goede dingen die ook maken dat ik hier heel graag werk. Maar er zijn ook veel dingen die beter kunnen..."

"Van zodra ons gevraagd werd of we de functie samen wilden oppakken binnen een duobaan, wisten we na een halve seconde: 'dit gaat klikken'. We kennen elkaar immers al jaren. Kwaliteit leveren en de patiënt centraal stellen

op alle vlakken is voor ons beiden het allerbelangrijkste."

## Vullen jullie elkaar goed aan? Op welk vlak uit zich dat?

Prof. dr. Michiel Thomeer: "Alleen al maar een klankbord hebben binnen deze functie is waardevol. We wegen beslissingen samen af en spreken alles door. En omdat onze normen en waarden overeenkomen, verloopt dit vlot."

Dr. Martijn Grieten: "Ook qua competenties vullen we elkaar goed aan. Ik ben diagnostisch arts en heb ervaring binnen de medische raad en als arts-coördinator van divisie 7. Michiel is clinicus, wetenschapper en heeft ervaring met lesgeven als hoofddocent aan Universiteit Hasselt. Het is de bedoeling om nu met ons tweeën het gemeenschappelijke doel waar te maken."

## Jullie zijn er beiden heel snel ingevlogen. Wat kunnen we verwachten?

Prof. dr. Michiel Thomeer: "In ons ziekenhuis bieden we basiszorg tot en met derdelijnszorg, dat blijft uiteraard zo. Maar in de toekomst zullen we er meer en meer rekening mee moeten houden dat het overheidsbudget voor gezondheidszorg krimpt. De patiëntenpopulatie daarentegen vergriest en het aantal patiënten met een chronische ziekte neemt toe. Komt daarbij dat het almaar moeilijker wordt om voldoende zorgverleners te vinden. We zullen daar op andere manieren oplossingen voor moeten vinden."

Dr. Martijn Grieten: "Verandering is inherent aan de zorg. Daarbij wordt het belang van 'lean' werken almaar groter. Wat overbodig is, moeten we achterwege laten, weliswaar zonder

afbreuk te doen aan de kwaliteit en de veiligheid."

## Hoe moeilijk is verandering?

Dr. Martijn Grieten: "Verandering gebeurt voor een flink stuk top-down, vanuit de visie die we als directie ontwikkelen. Het is echter belangrijk de hele organisatie mee te krijgen. We denken dat door onze doelen helder voor te stellen, goed te onderbouwen en resultaten te kunnen tonen, we genoeg draagkracht kunnen krijgen om veranderingen succesvol door te voeren."

Prof. dr. Michiel Thomeer: "Vergeet niet dat we een sterke organisatie zijn met sterke leidinggevendenden. We hebben goede hoofdverpleegkundigen, prima arts-diensthoofden en een goede divisiestructuur met zorgcoördinatoren en divisie managers."

## Kunnen jullie ook concrete voorbeelden geven?

Prof. dr. Michiel Thomeer: "Als een patiënt naar het ziekenhuis komt, moet hij in een aangenaam kader toekomen, zich waardig en aangenaam bejegend voelen en veilige en kwaliteitsvolle zorg krijgen. Wij gaan niet opleggen wat er concreet moet veranderen om dit te bereiken. Maar we willen wel dat iedereen op de vloer mee nadent over wat er rond de patiënt gebeurt en hoe we dit beter kunnen aanpakken."

"Zo willen we er onder andere toe komen dat een patiënt nog maximaal een kwartier moet wachten als hij op afspraak komt in het ziekenhuis. Dit kunnen we enkel waarmaken als alle betrokken partijen hun deel in het patienttraject duidelijk in kaart brengen, en er samen afspraken over maken."



### **Wat verandert er dan in vergelijking met vroeger?**

Dr. Martijn Grieten: "Wij willen dat ZOL een vijfsterrenziekenhuis wordt. De patiënt is de spil van het gebeuren. Alles wat we doen, moet rond de patiënt opgebouwd worden."

"Dat vijfsterrengevoel krijgt een patiënt alleen als elk aspect van zijn bezoek aan het ziekenhuis klopt. Als er één of twee elementen slecht lopen, is het doel niet bereikt. Ik denk dat dit is waar wij het meeste aan willen werken en het meest aan willen veranderen. Bij alles wat we doen, moet de patiënt centraal staan en dit over de hele lengte van het traject."

### **Hoe haalbaar is dit in een omgeving die zeer complex is en waar er een tekort is aan zorgverleners?**

Prof. dr. Michiel Thomeer: "Wij moeten met minder, meer gaan doen en dit op een veilige en kwalitatieve manier. Dit zal inspanningen vragen, maar we zullen er uiteindelijk ook veel tijd mee winnen."

"Een voorbeeld: te veel activiteiten plannen voor het aantal beschikbare bedden op een bepaalde dag, dat kan niet. We weten immers steeds vooraf wat de drukke periodes zijn, wanneer medewerkers met verlof gaan, of de bestaande voldoende is, hoeveel bedden er ter beschikking zijn... Hiermee moet rekening gehouden worden in de planning. De tijd die nodig is voor het oplossen van dergelijke situaties is gigantisch. In die tijd hadden we veel andere dingen kunnen doen ten voordele van de kwaliteit voor de patiënt."

Dr. Martijn Grieten: "Is dat onmogelijk? Nee, helemaal niet. Er zijn andere, heel complexe omgevingen waar dat ook lukt. Neem luchthavens. Daar passeren dagelijks enorm veel reizigers en het gebeurt vrijwel nooit dat iemand die een vlucht geboekt heeft naar Istanbul in New York terechtkomt. Luchthavens en luchtvaartmaatschappijen kunnen dit complexe traject managen door de reiziger op de eerste plaats te zetten in een doorgedreven cultuur van veiligheid en kwaliteit."

### **Jullie pleiten ook voor een open debatcultuur. Werd er in het verleden te weinig gecommuniceerd?**

Prof. dr. Michiel Thomeer: "We kunnen maar tot oplossingen komen als iedereen in het traject zijn verantwoordelijkheid opneemt en open en duidelijk communiceert. De arts, de verpleegkundigen, de beddenverantwoordelijken, de medewerkers van de inschrijvingen, de facilitaire diensten... Hebben zij ooit al eens allemaal samen overlegd? Nee! Dus dat moeten ze dan maar eens doen. En er moet misschien ook een patiënt bij zijn die over zijn ervaringen kan praten. Op basis daarvan kunnen we een efficiënte flow uittekenen en is het voor iedereen duidelijk: dit gaan we doen."

"Dit waarmaken, is een hele uitdaging. We hebben in ons ziekenhuis goede artsen, goede verpleegkundigen, goede paramedici enz. Maar goede zorgverleners in huis hebben is niet hetzelfde als goede zorg leveren. Goede gezondheidszorg vraagt een systeem aanpak. En daar willen wij op inzetten."

“

“De prestatiegeneeskunde waarbij de arts een volledige vrijheid heeft, is stilaan aan het verdwijnen. We evalueren naar een value-based systeem waar toegevoegde waarde moet aangetoond worden via klinische data en aan een maatschappelijk aanvaardbare kost.”

dr. Martijn Grieten

#### Hoe gaan jullie dat aanpakken?

Dr. Martijn Grieten: “We hebben een aantal ‘werven’ uitgetekend van waaruit ons actieplan start. Zo willen we een medische directie installeren met een breed draagvlak, die betrokken is en aansprakelijk. We willen een team zijn dat samenwerkt met de Medische Raad en de Algemene Directie, in lijn is met de missie en visie van de Raad van Bestuur en in coördinatie met alle stakeholders in het ziekenhuis. We kunnen pas succesvol zijn als we vertrekken van een gemeenschappelijke aanpak van de sturing van ons ziekenhuis.”

Prof. dr. Michiel Thomeer: “We willen daarnaast ook een kwaliteitsbeleid voeren op basis van data uit verschillende bronnen binnen het ziekenhuis en op basis van geleverde diensten (Patient Reported Outcome Measures). Belangrijk hierbij zijn ook duurzaamheid en transparantie. Met ons elektronisch patiëntendossier HiX en een zeer goed werkende ICT-dienst hebben we alles in handen om dit mogelijk te maken.”

#### Jullie spreken kwalitatieve zorg uit in eenzelfde adem met veilige zorg?

Dr. Martijn Grieten: “Kwaliteit is belangrijk maar veiligheid is niet optioneel, die moet er altijd zijn. We moeten aanvaarden dat er dingen verkeerd kunnen gaan omdat mensen nu eenmaal fouten maken. Maar belangrijk is deze te benoemen en te bespreken zodat ze in de toekomst niet meer kunnen voorvallen. Onze medewerkers van de dienst Kwaliteit werken momenteel een nieuwe methode uit waarbij fouten binnen het systeem bekeken worden in plaats van individuele zorgverleners te viseren. Was er een tekort aan personeel? Wat zijn de omgevingsfactoren?”

Prof. dr. Michiel Thomeer: “We willen daarbij dat ook de ‘kleinere’ cases op afdelingsniveau volgens deze methode worden doorgelicht. En dat de hoofdverpleegkundige met de arts bekijkt hoe een fout voorkomen kan worden en zich niet meer herhaalt.”



“

“Bij alles wat we doen, moet de patiënt centraal staan en dit over de hele lengte van het traject.”

Prof. dr. Michiel Thomeer

“Iedereen voelt schroom als het over fouten gaat in de zorg. Bedoeling is een mentale klik te maken en te komen tot een systeem waarbij fouten of gevaarlijke situaties gemeld, besproken en voorkomen worden. In deze context is iedereen gelijk, zonder hiërarchie. Er zijn ook geen onderwerpen die niet bespreekbaar zijn. De patiënt staat centraal en iedereen rond de patiënt is mee verantwoordelijk om ervoor te zorgen dat incidenten niet voorvallen.”

**Jullie willen meer samenwerken, in het ziekenhuis maar ook over de ziekenhuisgrenzen heen?**

Prof. dr. Michiel Thomeer: “Wanneer een patiënt het ziekenhuis verlaat na een behandeling of een ingreep is er dikwijls nog nazorg nodig. Hier moet meer aandacht voor zijn, de extramurale samenwerking is vaak nog onvoldoende. Er zijn al veel samenwerkingsinitiatieven, onder andere bij de vroedvrouwen, voor chronische ziekten, bij hartfalen... maar er is nog een hele weg te gaan.”

Dr. Martijn Grieten: “We willen zeker onze rol opnemen binnen de verschillende netwerken. Binnen het netwerk Noord-Oost Limburg is het primordiaal dat we goed samenwerken met Noorderhart in Pelt en elkaar ondersteunen.”

“Ook de supra-regionale samenwerking met het Jessaziekenhuis begint langzaam meer vorm te krijgen. Om de tertiaire zorg in Limburg te kunnen houden en de aantallen te halen die de overheid oplegt, moeten we



onze krachten bundelen. Daarnaast is het ook belangrijk om een efficiëntere werking na te streven. Het wordt tijd om het huidige concurrentiële model achter ons te laten. In de nabije toekomst staan volgende erkenningen op de agenda van de overheid: strokecentrum, hoofd-hals tumoren, traumacentrum...”

**Betekent dit concreet dat jullie derde-lijnsspecialismes gaan verdelen? En welke gevolgen heeft dit voor de patiënt?**

Dr. Martijn Grieten: “We willen evolueren van een cultuur met concurrerende ziekenhuizen naar ziekenhuisnetwerken met een zinvolle invulling voor elk participierend ziekenhuis. Een concentratie van de complexe zorgprocessen in specifieke ziekenhuizen, zoals ons

door de overheid wordt opgelegd, zal zorgen voor een betere outcome voor de patiënt.

“Ik denk dat we momenteel in een overgangsfase zitten. De prestatiegeneeskunde waarbij de arts een volledige vrijheid heeft, is stilaan aan het verdwijnen. We evalueren naar een value-based systeem waar toegevoegde waarde moet aangetoond worden via klinische data en aan een maatschappelijk aanvaardbare kost. Deze value-based medicine is geruisloos ontstaan, maar we schuiven er wel steeds meer naar toe. Patiënten zullen in de toekomst kunnen nagaan in welk ziekenhuis ze de beste overlevingskansen hebben voor specifieke behandelingen.”





Prof. dr. Michiel Thomeer en dr. Martijn Grieten

### **Wat is de rol van ZOL Maas & Kempen in de toekomst?**

Dr. Martijn Grieten: "ZOL Maas & Kempen is echt het mooiste ziekenhuis van al onze sites. We willen er een goed tweedelijnsziekenhuis uitbouwen waar het aantrekkelijk is om te werken als zorgverlener en te verblijven als patiënt."

"Bovendien heeft ZOL Maas en Kempen een groeipotentieel voor onder andere de uitbreiding van ons chirurgisch centrum, los van de verbouwingen die nu al in ons zorgstrategisch plan opgenomen zijn."

### **En wat met de toekomst van campus Sint-Barbara?**

Voor Lanaken is de principiële beslissing genomen om het beddenhuis op

termijn te sluiten en volledig te incorporeren op de site in Genk. De plannen voor de bouw van een nieuwe vleugel voor verpleegafdelingen op campus Sint-Jan zijn intussen klaar. In november zullen we ze indienen bij VIPA voor de financiering."

Prof. dr. Michiel Thomeer: "We willen in Lanaken wel het ambulantly centrum verder uitbouwen. Lanaken is een belangrijke regio voor ons ziekenhuis. Ik doe er nu al enkele jaren raadpleging en het is er aangenaam werken. Ook patiënten komen er graag. De omgeving is prachtig, de parking is vlakbij en de raadplegingen zijn vlot bereikbaar."

Dr. Martijn Grieten: "Diezelfde toegankelijkheid heeft ook ons ambulantly


Medisch Centrum André Dumont in Waterschei. We hebben ook daar de belangrijke opdracht om dat de volgende jaren nog verder in te vullen."

### **Tot slot willen jullie ook het wetenschappelijk onderzoek van onze artsen en andere zorgverleners verder stimuleren?**

Prof. dr. Michiel Thomeer: "Met Future Health is er een sterk platform opgezet voor wetenschappelijk onderzoek, opleiding en ondernemerschap in ZOL. We beschikken bovendien ook over een door het KCE-geaccrediteerde Clinical Trial Unit. We zijn een van de enige perifere, niet-universitaire ziekenhuizen, die zo'n label hebben. In ZOL hebben we alle mogelijkheden in huis om aan toponderzoek te doen."

Dr. Martijn Grieten: "Die wetenschappelijke onderbouwing is uiterst belangrijk. Wetenschappelijk onderzoek is een goede parameter voor de kwaliteit van een dienst of een ziekenhuis."

"Bovendien gaat de wetenschappelijke ontwikkeling de laatste jaren razendsnel. Zo zijn er recent heel wat programma's met AI in ontwikkeling voor medische toepassingen. Op de diensten Medische Beeldvorming, Cardiologie, Anatomopathologie is men al bezig met de integratie van AI. AI ontwikkelt zich razendsnel. Het is een boot die we niet mogen missen." ■



## “Zonder neurofysiologische monitoring zouden bepaalde letsels inoperabel zijn”

Intra-operatieve neurofysiologische monitoring (IONM) wordt toegepast wanneer er een risico bestaat op neurologische uitval door de chirurgie. In ZOL gaat dit om ingrepen in de hersenen voor het verwijderen van tumoren in de omgeving van de bewegingsbanen (piramidale baan) en de hersenstam en om ingrepen in het ruggenmerg. Het aantal ingrepen met IONM neemt toe. In 2023 zullen we zeker de drempel van 100 ingrepen halen, aldus neuroloog dr. Ludovic Ernon.





“

“Ik leg patiënten uit dat intraoperatieve neuromonitoring (IONM) eigenlijk is als ‘Dokter Bibber. Wanneer je een belangrijke baan raakt geeft dit een signaal bij de neurologische metingen, en zijn we gewaarschuwd voor de nabijheid van belangrijke functionele structuren.”

**dr. Eveleen Buelens,**  
neurochirurg

Sinds 1 augustus werd een nieuw nomenclatuurnummer ingevoerd voor de vergoeding van neuromonitoring tijdens een chirurgische ingreep. Minister van Volksgezondheid Frank Vandenbroucke maakt hier 1,22 miljoen euro voor vrij. “Het maakt innovatie voor de patiënt betaalbaar,” zo motiveert de minister de beslissing.

Tijdens een IONM wordt de functionele integriteit van bepaalde onderdelen van het zenuwstelsel gecontroleerd. Hiervoor wordt een neurologische structuur aan de oorsprong gestimuleerd en het antwoord aan het uiteinde gemeten. In het geval van de piramidale baan bijvoorbeeld wordt de hersenschors gestimuleerd en de respons in de arm- en beenspieren gemeten. “Zolang de stimuli aan de hersenschors gelijke antwoorden genereren in de lidmaatspielen, is er geen schade berokkend aan de piramidale baan door de ingreep”, aldus dr. Ludovic Ernon, medisch diensthoofd Neurologie.

Dr. Ernon is in ZOL gestart met de toepassing van IONM in 2011. Sinds 2018 maakt ook Charlotte Timmermans deel uit van het team. Zij studeerde biomedische wetenschappen met een specialisatie in neurofysiologie en specialiseerde zich nadien in (intra-operatieve) neurofysiologie via een post-graaduaatsopleiding.

**Dr. Ernon:** “Een belangrijk basisprincipe tijdens de ingreep is de zogenaamde onco-functionele balans. De neurochirurg wil zoveel mogelijk tumor weghalen. Het is onze opdracht om er tijdens de meting over te waken dat er tijdens de resectie geen weefsel beschadigd wordt zodat de patiënt geen neurologische uitvalsverschijnselen of verlamming aan de ingreep overhoudt.”

De patiënt die een ingreep ondergaat waarvoor IONM vereist is, volgt een parallel traject bij de chirurg en de neuroloog in ZOL.

**Dr. Ernon:** “Dat betekent dat wij de patiënt ook vóór de ingreep op de raadpleging zien om eventuele neurologische uitval te meten. Peroperatief, tijdens de monitoring, houden we bij of er veranderingen optreden in de parameters die we opvolgen. En postoperatief zien



“

"De medisch oncologen en de pneumologen zien dat we tot steeds meer in staat zijn wat betreft het chirurgisch verwijderen van metastasen in delicate gebieden met IONM. Hierdoor sturen ze hun patiënten vaker naar ons door."

**dr. Frank Weyns**  
neurochirurg

we de patiënt nog eens terug, om een vergelijking te kunnen maken tussen verschillen tussen de pre- en postoperatieve evaluatie enerzijds en veranderingen in de peroperatieve parameters anderzijds. De registratie maakt het mogelijk om steeds kort op de bal te spelen en permanent aan kwaliteitsverbetering te doen."

#### **Hoe komt het dat het aantal ingrepen met IONM zo sterk stijgt?**

**Dr. Frank Weyns, medisch diensthoofd Neurochirurgie:** "De medisch oncologen en bvb. de pneumologen, zien dat we tot steeds meer in staat zijn wat betreft het chirurgisch verwijderen van metastasen in delicate gebieden met IONM. Hierdoor sturen ze hun patiënten vaker naar ons door. Vroeger kregen deze patiënten enkel een palliatieve bestraling en geen chirurgie."

**Dr. Ernon:** "Je mag stellen dat hersenen ruggenmergletsels, die wegens hun ligging in de nabijheid van belangrijke zenuwstructuren tot voor kort als inoperabel werden beschouwd, nu behoorlijk veilig verwijderd kunnen worden dankzij IONM."

#### **Wat zeggen wetenschappelijke studies**

#### **over het gebruik van neuromonitoring tijdens chirurgie?**

**Dr. Ernon:** "We zullen nooit dubbelblind kunnen aantonen dat neuromonitoring werkt. Een studie waarin we een groep monitoren maar een andere niet, is ethisch niet verantwoord."

**Charlotte Timmermans:** "Uit onze data kunnen we opmaken dat, wanneer de metingen peroperatief niet veranderen, de patiënt postoperatief hoogstwaarschijnlijk geen uitval heeft. Dit betekent ook dat een patiënt die ondanks stabiele metingen wakker wordt met uitval, hoogstwaarschijnlijk zal recupereren en dat de uitval zal verdwijnen."

"Een tweede belangrijke vaststelling is dat we peroperatief aan een verandering in de parameters kunnen zien dat de chirurg waarschijnlijk een structuur aan het manipuleren is of er vlakbij is, die risico geeft op uitval. En dan kan je dat proces tijdig een halt toeroepen en naar alle waarschijnlijkheid uitval vermijden."

**Dr. Ernon:** "Sedert 2 jaar evalueren



“

"Onze data-registratie bevestigt onze klinische indruk dat de outcome na een IONM-ondersteunde, risicovolle neurochirurgische ingreep, doorgaans goed is. IONM helpt voorkomen dat er nieuwe letsels worden toegebracht door de chirurgie."

**Charlotte Timmermans**  
wetenschappelijk medewerker



Charlotte Timmermans en dr. Ludovic Ernon

“

“Omdat we in ZOL met twee mensen deze expertise delen, is er de nodige flexibiliteit om op korte termijn een langdurige IONM aan te bieden ondanks een volle raadpleging.”

dr. Ludovic Ernon,  
neurochirurg

en registreren we de toestand van de patiënt pre-, per- en post-operatief. Deze gegevens worden opgeslagen in een gestructureerde dataset. We willen peroperatieve veranderingen van neurofysiologische parameters correleren met postoperatieve klinische veranderingen. We hopen op die manier inzichten te verwerven, die de kwaliteit van toekomstige procedures verder verbetert.”

**Dr. Weyns:** Internationaal heeft neuro-monitoring een boost gekend in de afgelopen jaren. Dit betekent dat er ook meer en meer literatuur verschijnt die aantoont dat dit goed werkt. En er wordt ook meer onderzoekswerk naar verricht. Wat zijn de mogelijkheden, wat zijn de beperkingen, ...? Wij hebben zelf ook al een paar keer een oogzenuw gemonitord tijdens een ingreep. Dat is relatief experimenteel maar we hebben gezien dat het mogelijk is. Op die manier worden de grenzen telkens een beetje meer verlegd. ”

“Het monitoren van de oogzenuw staat nu nog in de kinderschoenen maar ik verwacht er wel wat van. Wij zien regelmatig meningeomen die tegen de oogzenuw duwen. De vraag is nu: wanneer gaan we monitoren en wanneer niet?”

#### Wanneer beslissen jullie als chirurg voor monitoring bij een ingreep?

**Dr. Weyns:** “Als er risico is op uitval door de chirurgie, dan kiezen we zonder uitsluitel voor neuromonitoring. Ja, dat geeft ons ook gemoedsrust. Charlotte naast ons hebben, betekent dat we rustig kunnen opereren.”

**Dr. Weyns:** “Andere grote (universitaire) centra benijden ons onze goede samenwerking. Onze patiënten zijn erg ziek, je kan hen geen weken laten wachten op een ingreep. Met een telefoontje naar onze collega's kunnen wij op heel korte termijn de monitoring regelen voor tijdens de ingreep. Ook wordt de patiënt vooraf nog gezien op de raadpleging neurologie. Met dr. Ludovic Ernon en Charlotte Timmermans beschikken we over twee specialisten die elkaar kunnen aflossen waardoor een ingreep met neuromonitoring praktisch snel te organiseren is.”

#### Is IONM in België al ingeburgerd?

**Dr. Ernon:** “Momenteel nog niet. In België is er geen formele opleiding voor IONM. Een goede kennis van neuro-anatomie en van elektrofysiologie is echter noodzakelijk voor een doordachte interpretatie van de peroperatieve metingen.”

“Verdere hindernissen zijn de onvoorspelbaarheid van de planning en de lange duur van een neurochirurgische ingreep. Omdat we in ZOL met 2 mensen deze expertise delen, is er de nodige flexibiliteit om op korte termijn een langdurige IONM aan te bieden ondanks een volle raadpleging”.

#### Wat zijn jullie plannen voor de toekomst?

**Charlotte Timmermans:** “We willen een nieuw toestel aankopen dat meer kanalen en mogelijkheden heeft. Daar zouden we op termijn bvb. de zenuwstructuur mee kunnen meten die de spraak beïnvloedt. Nu worden patiënten met een gezwel in de buurt van de spraakregio tijdens de operatie wakker gemaakt. Maar niet iedereen kan dat aan. Of bij mensen die al een spraakdeficit hebben, is dit peroperatief heel moeilijk op te meten.”

**Dr. Frank Weyns:** “Het nieuwe toestel zou ook meer back-upmogelijkheden creëren. Als je een tweede toestel hebt, dan kan je meerdere procedures uitvoeren op één dag. We zijn immers één van de grotere centra van het land wat betreft neuromonitoring. Er zijn ook neurochirurgen van andere centra die bij ons komen opereren wanneer er neuromonitoring vereist is.” ■



# HET HAVIKSOOG

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

Chronische kniepijn blijft ondanks de huidige behandelingsstrategieën een invaliderende aandoening. De plaatsing van een totale knieprothese is een adequate behandeling van ernstige artrose waarbij conservatieve therapieën falen. Jammer genoeg ontwikkelt ongeveer 20% van de patiënten na de plaatsing van een totale knieprothese aanhoudende postoperatieve pijn. Momenteel is er geen doeltreffende behandeling voor deze populatie.

Ten worden aangetoond. De resultaten rechtvaardigen wel verder onderzoek.

De COGENIUS-studie onderzoekt de effectiviteit en kosteneffectiviteit van conventionele en gekoelde RF bij patiënten die lijden aan chronische, therapieresistente, matige tot ernstige kniepijn als gevolg van artrose of aanhoudende postoperatieve pijn. Het gaat om een multicentrische, dubbelblinde, gerandomiseerde, gecontroleerde studie met een follow-up van 2 jaar.

Na een inlooperperiode van 3 maanden worden 200 patiënten per groep gerandomiseerd tot conventionele RF, gekoelde RF of een schijnprocedure volgens een verhouding van 2:2:1. De analyse omvat in eerste instantie een vergelijking van de effectiviteit van elke RF-behandeling met de schijnprocedure en in tweede instantie tussen conventionele en gekoelde RF.

Tot dusver werden er 103 patiënten gerekruteerd waardoor er nog 297 patiënten kunnen deelnemen.

Radiofrequentie (RF) behandeling van de drie geniculaire zenuwen kan chronische kniepijn als gevolg van artrose of aanhoudende postoperatieve pijn verminderen. RF is bovendien minimaal invasief en leidt, volgens recente studies, tot pijnvermindering en een verbetering van de kniefunctie en de levenskwaliteit. Een directe vergelijking tussen de twee belangrijkste gebruikte modaliteiten, conventioneel en gekoeld, ontbreekt echter. Bovendien heeft de gekoelde variant een veel hogere kostprijs dan de conventionele variant.

In de COCOGEN-studie werden de effecten van beide varianten vergeleken bij 49 patiënten volgens een verhouding van 1:1. Uit de pilootstudie bleek dat zowel de conventionele als de gekoelde RF-behandeling de pijn vermindert in de populatie met artrose en aanhoudende postoperatieve pijn. Er konden echter geen significante verschillen tussen beide varian-

De COGENIUS-studie gebeurt in samenwerking met MUMC+, werd opgenomen in het KCE Trials-programma en wordt ondersteund door ZOL Future Health. ■

dr. Thibaut Vanneste

Meer info:  
[www.cogeniusstudy.be](http://www.cogeniusstudy.be)



Ref. COCOGEN: Reg Anesth Pain Med. 2023 May;48(5):197-204. doi: 10.1136/rapm-2022-104054. Epub 2023 Jan 18.



Ref. COGENIUS: BMJ Open. 2023 Aug 2;13(8):e073949 doi: 10.1136/bmjopen-2023-073949



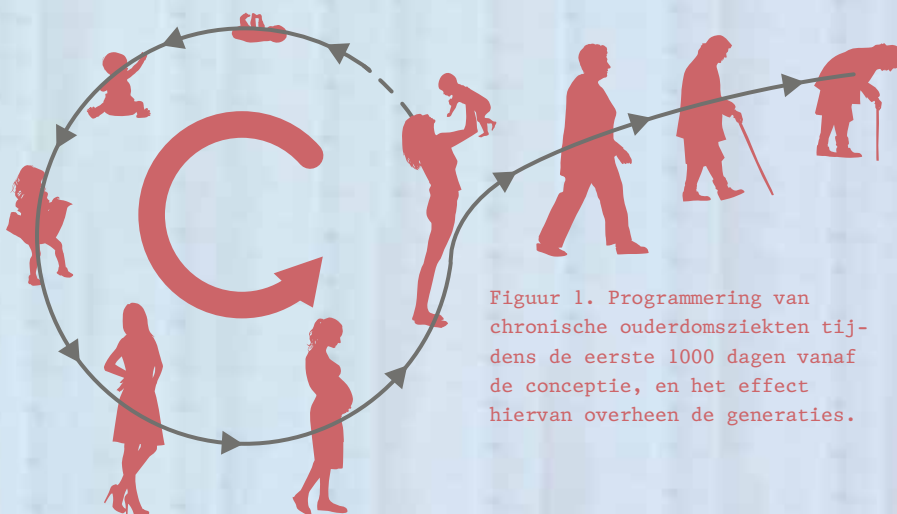
Radiofrequentie (RF) behandeling van de drie geniculaire zenuwen

# Hypertensie van moeder op kind

In Vlaanderen, net als in vele andere Westerse landen, behoren hart- en vaatziekten tot de voornaamste doodsoorzaken. Bij vrouwen staan ze zelfs op de eerste plaats (21.8% in 2020), bij mannen worden ze enkel door tumorale ziekten voorafgegaan (19.6% in 2020).

De oorzaken hiervan zijn vaak niet-moduleerbare factoren als erfelijke belasting, leeftijd en geslacht, maar ook vermijdbare redenen als levensstijl (roken, beweging, voeding, stress) en interfererende co-morbiditeiten (cholesterol, diabetes, medicatie). Een heel belangrijke oorzaak, die evenwel nog vaak over het hoofd wordt gezien, is de perinatale programmering van ziekte en gezondheid. Sociale omstandigheden, zwangerschapscomplicaties en ziekten kunnen via epigenetische mechanismen de werking van de foetale en/of neonatale organen beïnvloeden en finaal determineren.

Anatomisch zijn het hart en de hersenen de eerste organen die het zuurstofrijke bloed uit het linkerventrikel ontvangen. Simpele hemodynamische mechanismen bepalen hoeveel bloed 'centraal' wordt gestuurd: een perifere arterio-constrictie zorgt er



Figuur 1. Programmering van chronische ouderdomsziekten tijdens de eerste 1000 dagen vanaf de conceptie, en het effect hiervan overheen de generaties.

immers voor dat er méér bloed de weg van de laagste weerstand kiest richting het hart en de hersenen. Op deze manier kan chronische hypertensie een responsmechanisme zijn ter anticipatie van een afnemende centrale perfusie, door vb arteriosclerose van coronairen of carotiden.

Het centraliseren van de circulatie wordt al héél efficiënt aangewend door de ongeboren baby tijdens het verblijf in de zuurstofarme baarmoeder: de complexe foetale circulatie met multiple shunts laat toe om de bevoeiing van perifere gebieden in het lichaam tijdelijk te verminderen - zelfs te onderbreken - terwijl de perfusie van hart en hersenen aanhoudt. Dit systeem is erg handig tijdens de arbeid en bevalling, waarbij tijdens elke baarmoedercontractie de uteroplacentaire doorbloeding en foetomaternale uitwisseling kortstondig stopt. Dit systeem wordt ook aangesproken door de baby met intra-uteriene groei-achterstand: wanneer de placentaire functie on-

toereikend is voor een normale foetale groei, wordt het ontvangen bloed preferentiëel naar hart en hersenen gestuurd ten nadele van de rest van het lichaam. Een dysmature baby heeft dan ook een typische lichaamsbouw: het lichaam is méér achtergebleven in groei dan het hoofd. Met behulp van Dopplersonografie kan deze zogenaamde 'fetal brainsparing' gemeten worden en gebruikt als een parameter in het perinatale beleid.

Een dysmature baby heeft echter niet enkel een laag geboortegewicht, de chronische toestand van intra-uteriene hypoxie en stress veroorzaakt een aantal belangrijke lichaamsveranderingen die de latere gezondheid kunnen hypothekeren. Er zijn morfologische veranderingen ter hoogte van het hart en de grote bloedvaten, en er zijn minder nefronen en cerebrale neuronen. Dit gaat gepaard met een determinatie van een vroegtijdige systole en/of diastole dysfunctie, vaatverstijving, endotheelactivatie en neurovasculaire disconnectie. Ex-dysmature volwassenen worden op een veel jongere leeftijd dan normaal geconfronteerd met chro-



“

“De bewustwording van de medische wetenschappers voor de intergenerationale overdracht van chronische ziekten is relatief nieuw. Het bevat de kiem voor een maatschappelijk probleem, waarmee de komende generaties obstetrici, neonatologen en andere artsen rekening zullen moeten houden.”

Prof. dr. Wilfried Gyselaers,  
gynaecoloog

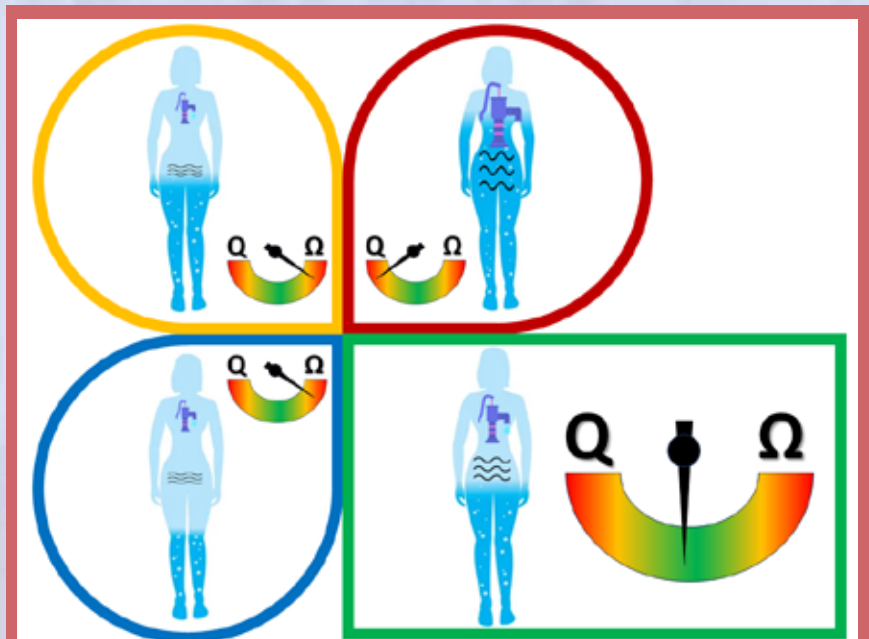


**Indicaties voor preconceptionele diagnostiek en op puntstelling van asymptomatische cardiovasculaire dysfuncties, die de kans verhogen op gestationele complicaties.**

1. Zelf geboren na gestationele complicaties
2. Eigen geboortegewicht < 3 kg
3. Gestationele complicaties in een vorige zwangerschap: hypertensie, preeclampsie, groei-achterstand, vroeggeboorte, placenta-loslating, herhaald of laattijdig zwangerschapsverlies
4. Eerste graads-verwanten met gestationele complicaties: moeder, zussen
5. Chronische co-morbiditeiten

nische problemen als hart- en vaatziekten, longproblemen, nierinsufficiëntie, leverstoornissen, metabool syndroom, endocrinologische en neurocognitieve ziekten. Deze problemen kunnen zich reeds manifesteren vanaf de kindertijd. Ze gaan dan meestal pas écht een rol van betekenis spelen als de betrokken individuen zelf toe zijn aan voortplanting, en hun reproductieve functies en uitkomst nadelig worden beïnvloed. Zwangerschapscomplicaties zoals pre-eclampsie, gestationele hypertensie en diabetes komen frequenter voor bij vrouwen die zelf prematuur zijn geboren, en de ernst van deze complicaties is evenredig met de ernst van hun prematuriteit. Een vergelijkbaar fenomeen wordt waargenomen aan de andere zijde van het spectrum: macrosome neonaten vertonen reeds op kinderleeftijd - dus vóór het reproductieve leeftijdsvenster - een verhoogd risico op hypertensie en diabetes type 1 en 2. Overheen de generaties groeit alzo het risico op pre- of dysmatuere borelingen.

In vele Westerse landen ziet men een gestage toename in het aantal jong-volwassenen met één of meerdere chronische ziekten. In Amerika komen hypertensie en pre-hypertensie voor bij 1/25 en 1/10 kinderen respectievelijk. Sciensano rapporteerde chronische gezondheidsproblemen bij 1/6 van de Belgen jonger dan 25 jaar in het jaar 2018. De bewustwording van de medische wetenschappers voor de intergenerationale overdracht van chronische ziekten (Figuur 1) is relatief nieuw, maar het bevat ontegensprekelijk de kiem voor een maatschappelijk probleem, waarmee de komende generatie obstetrici, neonatologen en andere artsen rekening zullen moeten houden.



Figuur 2. Types van cardiovasculair profiel, gemeten bij normotensieve vrouwen in het eerste zwangerschapstrimester. Deze constituties kunnen ook reeds gedetermineerd worden vóór de conceptie.

Legende: Groene kader: er wordt verondersteld dat de circulatie van normotensieve individuen in hemodynamische balans is, met een evenwichtige verhouding tussen hartdebiet (Q) en vaatweerstand (Ω). Dit is slechts waar bij de helft van de vrouwen met een normale bloeddruk in het eerste trimester. Een hoog hartdebiet kan gecompenseerd worden door een lage vaatweerstand (rode cirkel), een laag hartdebiet kan gecomp-

seerd worden door een hoge vaatweerstand (gele en blauwe cirkel). Door de circulatoire belasting van de bloedvolume-expansie tijdens een zwangerschap zijn de vrouwen in de rode cirkel at risk voor late, milde pre-eclampsie; de vrouwen in de gele cirkel zijn at risk voor vroegtijdige, ernstige preeclampsie en de vrouwen met een constitutioneel laag lichaamsvocht-volume in de blauwe cirkel zijn at risk voor een normotensieve groei-achterstand.

**Figuur 3.** Concept van de evaluatie en preconceptionele oppuntstelling van de asymptomatische circulatoire dysfuncties, getoond in figuur 2.

Legende: Niet-invasieve evaluatie van de afzonderlijke componenten van de circulatie: hart, centrale en perifere arteriën, conductieve en capaciteits-venen, lichaamsvochtvolume (centraal). Deze gegevens worden geplaatst tegen

het licht van immunologische (blauw), metabole (geel), cardiovasculaire (rood), renale (bruin), stollings- (groen) en endocriene (paarse) predisposities, en mede op punt gesteld met eventuele gekende morbiditeiten (grijs).



Er is echter méér: óók asymptomatische vaatdysfuncties nemen toe. Slechts de helft van de gezonde jonge vrouwen met een normale bloeddruk in het eerste zwangerschapstrimester vertoont een gebalanceerde verhouding tussen vaatvulling en -weerstand, de twee basisdeterminanten van bloeddruk. Bij de andere helft is de bloeddruk vals-normaal: hun lichaam roept reflectoire compensatiemechanismen in om een volume-overwicht te anticiperen met een veralgemeende vasodilatatie of een verhoogde vaatweerstand te compenseren met een verminderd circulatoir volume.

Dit betekent evenwel dat deze compensatiemechanismen reeds zijn opgebruikt wanneer het vaatstelsel gevraagd wordt majeure aanpassingen te ondergaan zoals bij een zwangerschap. Er ontstaat in die situaties dan ook effectief een hogere kans op hypertensieve complicaties, groei-problemen en vroeggeboorte. Figuur 2 toont de relatieve verhoudingen tussen vaatweerstand, hartdebiet en lichaamsvocht-volume, gemeten vroeg in de zwangerschap, die een verhoogd risico inhouden op het ontwikkelen van zwangerschapshypertensie, pre-eclampsie of dysmaturiteit.

Belangrijk om te vermelden is dat deze patronen ook reeds kunnen vastgesteld worden bij vrouwen met

een zwangerschapswens, nog vóór de bevruchting. En nóg belangrijker is de realistische mogelijkheid om een hoog hartdebiet of een hoge vaatweerstand binnen de normaalgrenzen te brengen met gerichte maatregelen, alvorens de zwangerschap begint. Preliminair onderzoek binnen het LimPrOn-project (Limburgs Preeclampsie Onderzoek) in ZOL en aan Universiteit Hasselt heeft aangetoond dat zowat 40% van de abnormale waarden van zowel het hartdebiet als de vaatweerstand normaliseerden onder invloed van 30 minuten sport per dag gedurende 4 maanden. Er wordt geschat dit nog te kunnen verbeteren met een 10 à 20% door het gebruik van gerichte medicatie. Het concept van de preventieve, preconceptionele circulatoire optimalisatie wordt getoond in Figuur 3.

Recent is het voor de medische wereld duidelijk geworden dat het zwangerschapsverloop en de uitkomsten voor zowel de moeder als het kind belangrijke, predictieve determinanten zijn voor het vroegtijdig optreden van chronische ouderdomsziekten. Hieraan wordt nu een stijgende nood toegevoegd aan uitbreiding van de prenatale zorg naar de preconceptionele fase bij jong-volwassenen. Deze strategieën van preventieve geneeskunde blijken bovendien niet enkel van belang voor de huidige populatie, maar zeker en vooral ook voor de toekomstige

ge generaties. Wil men een goede gezondheid vrijwaren voor het nageslacht in de nabije en in de verre toekomst, is het belangrijk om zich nu in te spannen voor een zo optimaal mogelijk verloop van de levensbelangrijke sleutelperiode van de eerste duizend dagen. Dit is echter een proces waarin niet enkel de obstetrick, neonatologen of kinderartsen een rol te vervullen hebben. Dit gaat ons immers allemaal aan: medici, paramedici, wetenschappers en beleidsvoerders, kortom iedereen die met een open geest en blik naar de toekomst durft en wil kijken. ■

*Prof. dr. Wilfried Gyselaers  
Gynaecoloog*

*Lezing 27 oktober 2023 op ZOL NICU-symposium "The changing face of the NICU".*

*Referenties verkrijgbaar op aanvraag via [zolarium@zol.be](mailto:zolarium@zol.be)*

# Boek: Zwangerschapsvergiftiging begrijpen en voorkomen

Het Limburgs Pre-eclampsie Onderzoeksproject (LimPrOn) heeft sinds 2005 geleid tot een beter begrip van de werking van het lichaam van de vrouw. De fout die in het verleden gemaakt is – en meteen de reden waarom een ziekte als bvb. pre-eclampsie zo lang onbegrepen is gebleven – is dat de werking van het vrouwenlichaam op dezelfde manier werd geïnterpreteerd als dat van de man, zowel buiten als tijdens de zwangerschap. Het gaat hierbij o.a. om de werking van de aders en de lichaamsvolumes.

Deze kennis is ook vereist voor een correcte diagnose en behandeling van hart- en vaatziekten bij de vrouw. "Nieuwe vrouw-specifieke onderzoeken en therapieën dienen op punt gesteld te worden. Dit is waar LimPrOn op dit moment naar streeft en ook waar de medische wereld nood aan heeft", aldus gynaecoloog en onderzoeker prof. dr. Gyselaers.

Hij schreef het boek 'Jouw gezond lichaam, jouw gezonde baby' waarmee hij zich in eerste instantie richt tot diegenen die het proces van zwangerschapsvergiftiging en andere zwangerschapsproblemen ten gronde willen begrijpen: studenten, vroedvrouwen, verpleegkundigen, artsen...

Met de opbrengst van het boek hopen de onderzoekers zwangere vrouwen met ernstige problemen verder te

kunnen ondersteunen en de research verder te zetten. ■

*'Jouw gezond lichaam, jouw gezonde baby', prof. dr. Wilfried Gyselaers. Paperback, € 30,00. Te bestellen via [Limpron@uhasselt.be](mailto:Limpron@uhasselt.be)*



## Verlenging samenwerking Limburg Clinical Research Center

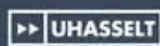
Als ziekenhuis blijven we ook de komende periode inzetten op onze succesvolle academisch-klinische samenwerking via het Limburg Clinical Research Center (LCRC). Recent werd de vervolgfianciering voor de komende 4 jaar goedgekeurd. Samen met Universiteit Hasselt en het Jessa Ziekenhuis, zal ZOL blijven investeren in klinisch onderzoek en het streven naar innovatie.

Via het LCRC krijgen onze arts-professoren ook de kans om sterke PhD kandidaten aan te trekken. Door de brug te slaan tussen academisch onderzoek en de klinische praktijk willen we via patiëntgericht, medisch-wetenschappelijk onderzoek bijdragen aan een betere gezondheidszorg van de toekomst. ■

*Binnen ZOL is Christophe Smeets van Future Health het centrale aanspreekpunt voor LCRC gerelateerde zaken.*



Limburg Clinical Research Center





V.l.n.r. Jan Van Hoecke, Katrien Severens, Kristof Geladé, Rina Pirlotte, Daimy Roebroek en Patrick Stijven. Ontbreken op de foto: Anne Jans en Inge Thijs.

# BeweegSaam: een co-creatie tussen verschillende zorgverleners in samenspraak met patiënten

Vroegtijdige fysieke activiteit bij oncologische patiënten draagt bij aan een effectievere behandeling en een beter herstel, zo blijkt uit wetenschappelijke studies. In de praktijk echter, is slechts een minderheid van de patiënten fysiek actief. Hier wilt BeweegSaam met een online platform verandering in brengen, door patiënten virtueel te coachen en aan te moedigen om fysiek actief te zijn.

In 2019 kreeg ZOL 100.000 euro van de Stichting tegen Kanker om een beweegproject uit te werken. Hieruit ontstond BeweegSaam, een online platform met als doel oncologische patiënten te stimuleren tot fysieke activiteit. Door te werken met het persoonlijke Mijn ZOL-portaal van de patiënt, worden alle gegevens ook geïncorporeerd in het elektronisch patiëntendossier. Hierdoor zijn de zorgverleners meteen op de hoogte van de recente toestand van de patiënt en kunnen ze kort op de bal spelen.

## Bestaande drempels verkleinen

Slechts een minderheid van patiënten met een oncologische problematiek beweegt voldoende. De oncologische revalidatie die verschillende ziekenhuizen organiseren, heeft bovendien verschillende nadelen zoals een beperkt en weinig flexibel aanbod, waardoor slechts een fractie van de patiënten bereikt wordt. Verder blijken de aangeboden therapie-momenten niet voor elke patiënt haalbaar te zijn in combinatie met werk of gezin en vormt de afstand tot het ziekenhuis ook een barrière voor deelname aan de oncologische revalidatie. Bovendien starten de meeste trajecten pas na behandeling, terwijl het belangrijk is om zo vroeg mogelijk al fysiek actief te zijn. Door in te spelen op bovengenoemde drempels en barrières hopen we met BeweegSaam een groter bereik te realiseren, op maat van de mogelijkheden van de patiënt.

## Co-creatie met de patiënt

Een van de sterktes van BeweegSaam is dat het ontwikkeld is in samenspraak met patiënten. Aan de hand van focusgroepen werd er gebrainstormd en een eerste aanzet voor het platform ontwikkeld. Daarnaast werd de eerste versie begin dit jaar uitgebreid getest door een tiental patiënten om zo het gebruiksgemak te verhogen en verbeteringen uit te werken voor de tweede versie.

Met BeweegSaam biedt ZOL patiënten een traject dat aansluit op hun individuele noden.

**Daimy Roebroek,**  
wetenschappelijk medewerker  
Future Health

## Gepersonaliseerd traject

Met BeweegSaam biedt ZOL patiënten een traject dat aansluit op hun individuele noden. We nemen afscheid van het 'one-size-fits-all-model' en komen tot een meer geïndividualiseerde benadering waarbij we gebruik maken van een digitaal platform.

Vlak na de diagnose krijgt de patiënt de mogelijkheid om zich aan te melden op het platform. Na het invullen van

een health monitor - een vragenlijst die peilt naar de algemene gezondheid - en een vragenlijst over de fysieke fitheid, maken we een programma op maat van de patiënt. Dit kunnen individuele fysieke thuisoefeningen zijn tot oefeningen in groep of samen met de mantelzorger/familie,... . Deze oefeningen zijn ook gefilmd zodat de patiënt perfect weet hoe een bepaalde oefening uitgevoerd moet worden. Na de oefensessie vult de patiënt een evaluatie in zodat de oefeningen indien nodig aangepast kunnen worden voor de dagen nadien.

De focus van het online platform ligt op bewegen, maar daarnaast biedt het platform ook informatiebrochures over verschillende soorten kanker, over voeding en over levensstijl en ontvangt de patiënt tips over hoe om te gaan met pijn en vermoeidheid. Ook ontspanningsoefeningen worden aangeboden.

Momenteel wordt er met de ICT-dienst van ZOL aan een tweede versie gewerkt, die eind dit jaar gelanceerd wordt. BeweegSaam is een methodiek ontwikkeld voor patiënten met een oncologische problematiek, maar hopelijk kan het in de toekomst ook dienen voor andere doelgroepen. ■

*Meer info: zie partners in zorg op pagina 44.*



“

“Als een patiënt progressief is, wordt bekeken wat de beste behandeling is op dat moment tijdens het multidisciplinair oncologisch consult (MOC)”

dr. Stijn Van Hecke,  
nuclearist

V.l.n.r. Albrecht Houben, Valerie De Boel, dr. Wendy De Rook,  
dr. Yannic Raskin, dr. Stijn Van Hecke, Laura Deckers

# PSMA-radionuclide therapie voor patiënten met gevorderde prostaatkanker

Vanaf december kunnen patiënten met vergevorderde, gemetastaseerde prostaatkanker terecht in ZOL voor Prostate-Specific Membrane Antigen (PSMA)-radionuclide therapie. Omdat het om een radioactief product gaat, dient de patiënt 24 uur te verblijven in een met lood afgescheiden kamer in het ziekenhuis.

"Het gaat om een derdelijns behandeling voor patiënten met uitgebreide prostaatkanker die niet (meer) reageren op hormoontherapie en chemotherapie. De patiënten die naar ons komen hebben dus al een heel traject achter de rug", verduidelijkt nuclearist dr. Stijn Van Hecke.

"Als een patiënt progressieve ziekte vertoont, wordt bekeken wat de beste behandeling is op dat moment tijdens het multidisciplinair oncologisch consult (MOC) met o.a. de urologen, de radiotherapeuten, de oncologen en wij (de dienst nucleaire geneeskunde). Verschillende parameters bepalen of een patiënt in aanmerking komt voor Lutetium-177-PSMA-therapie."

## Van de patiënten die naar jullie doorverwezen worden: wie komt voor de PSMA-radionuclide therapie in aanmerking?

"Als eerste doen we een PET-scan (Positron Emissie Tomografie) met F18-PSMA om na te gaan of er voldoende PSMA aanwezig is op de kankercellen en een PET-scan met FDG (Fluorodeoxyglucose) om te bekijken of er kankercellen zijn die geen PSMA vertonen. Op deze manier kunnen we bepalen welke patiënten baat hebben bij de behandeling."

"Om veilig Lutetium-177-PSMA-therapie op te starten doen we eerst enkele voorbereidende onderzoeken. Deze bestaan enerzijds uit een uitgebreid bloedonderzoek waarmee we de nier-, lever- en beenmergfunctie nagaan. Daarnaast voeren we een MAG3-scan of renogram uit. Dit is een nucleair onderzoek dat de nierfunctie en eventuele obstructies in beeld brengt. Lutetium-177-PSMA wordt voornamelijk uitgescheiden via de nieren en een obstructie zou voor problemen zorgen."

## Hoe gaat dit in zijn werk?

"Door het toedienen van Luteti-

um-177-PSMA aan een patiënt met prostaatkanker is het mogelijk om de tumoren met precisie te behandelen, met minimale schade aan de omliggende gezonde cellen. Bij de behandeling hechten de peptiden zich immers specifiek aan de kankercellen, en door de radioactieve straling worden deze cellen vernietigd of wordt de groei ervan geremd."

## Hoe ziet de behandeling er uit?

"We nemen de patiënt op in een met lood afgescheiden kamer omdat we voor de behandeling Lu-177-PSMA een hoge dosis zullen toedienen. Een gedeelte van het radioactief product wordt voornamelijk gedurende de eerste 24 uur uitgescheiden via de urine. In een aangepast toilet vangen we de urine van de patiënt op, zodat die niet in het afvalwater terecht komt."

"De patiënt krijgt medicatie tegen misselijkheid en om te vermijden dat de speekselklieren te veel van het product opnemen wordt een koelmasker aangelegd. De eigenlijke toediening neemt slechts een 10-tal minuten in beslag. Na 24 uur doen we een controleonderzoek, waarbij we kijken hoeveel product er is opgenomen en meten we hoeveel straling de patiënt nog afgeeft."

"De therapie bestaat in principe uit 4 behandelingen maar na 2 behandelingen is er reeds een herevaluatie om te bekijken of de therapie effectief is. Hierna wordt beslist om nog 2 bijkomende therapieën te geven of niet."

## Wat zijn de uitkomsten van de behandeling?

"Studies tonen aan dat de behandeling een positief effect heeft op de mediane progressievrije overleving van ongeveer 5 maanden ten opzichte van de huidige 'standard of care' bij uitgebreid voorbehandelde patiënten en verlengt

de mediane levensduur met ongeveer 4 maanden ten opzichte van de huidige 'standard of care' bij deze patiënten. Hierbij kunnen we ook nog noteren dat er een verbetering van de levenskwaliteit is ten opzichte van 'standard of care'."

"Ruwweg kunnen we stellen dat één derde van de patiënten goed reageert op de behandeling en verbetert. Eén derde van de patiënten vertoont geen verdere progressie, wat ook een goed resultaat is. Eén derde van de patiënten tot slot blijft progressief achteruit gaan."

"Momenteel zijn er ook nog verschillende studies lopende die nagaan of de behandeling met Lu-177-PSMA eerder kan worden ingezet in de behandeling van prostaatcarcinomen of in combinatie met andere therapieën kan worden gestart. Doch deze resultaten zijn nog niet gekend"

## Welke uitbreiding voorzien jullie nog in de toekomst?

"In een nieuwe blok die binnen een aantal jaren op campus Sint-Jan zal gebouwd worden, worden 4 therapiekamers voorzien. Maar zo lang wilden we niet wachten. Vandaar deze tussenoplossing, met één kamer voor de behandeling van voornamelijk prostaatkanker in de B-blok in Genk."

"Momenteel schatten we in dat we een 30-tal patiënten zullen kunnen behandelen per jaar in deze ene therapiekamer. Als de behandelkamers op de nieuwe locatie klaar zijn, kunnen we verder uitbreiden met therapieën voor neuro-endocriene tumoren en schildklierkarcinomen. Voor deze laatste indicatie van schildklierkarcinomen hebben de therapiekamers eveneens iets meer afscherming nodig. Deze patiënten dienen ook voor meerdere dagen opgenomen te worden." ■

# Thoracale hernia's: een onderschatte ziekte op zoek naar een chirurgische remedie

## Probleemstelling

Thoracale hernia's zijn veel minder bekend dan hun cervicale en lumbale tegenhangers. Met een incidentie van 37% op MRI-scans bij asymptomatische individuen zijn ze echter niet zo zeldzaam als doorgaans wordt aangenomen. Hoewel kinesisten, huisartsen en pijnspecialisten regelmatig patiënten over de vloer krijgen met dorsale pijnproblematiek wordt een mogelijke link met een of meerdere thoracale hernia's vaak niet of laattijdig gemaakt. Ook wanneer de hernia klachten in één of beide benen geeft of een echte myelopathie veroorzaakt wordt vaak in eerste instantie cervicaal of (bij ontbreken van overtuigende pyramidale tekenen) lumbaal gekeken en niet zelden zelfs behandeld.

Eenmaal de hernia gediagnosticeerd blijft de interpretatie van kliniek en beeldvorming moeilijk aangezien de thoracale hernia weinig of geen aandacht krijgt in opleiding en literatuur, vaak op meerdere niveaus voorkomt en al naargelang afmetingen, lateralisatie, niveau, en relatie tot de thoracale kyfose een zeer uiteenlopende symptomatologie kan veroorzaken die makkelijk verward wordt met een cervicaal, lumbaal,



"Sommige thoracale hernia's vullen nagenoeg het hele wervelkanaal waarbij er nauwelijks iets overblijft van het onderliggende ruggenmerg. Dergelijke hernia's vormen een enorme chirurgische uitdaging maar werden in de literatuur nooit separaat geanalyseerd."

dr. Erwin Cornips,  
neurochirurgie

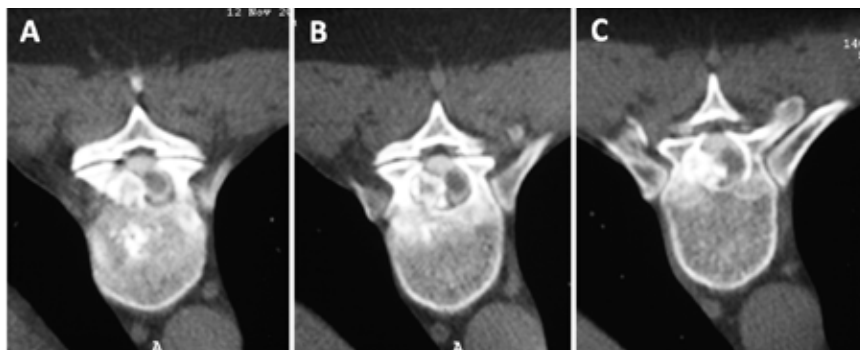


fig 1: acute volledig verkalkte hernia

of zelfs internistisch probleem. De anamnese gaat vaak over een langere termijn met een langzaam progressieve myelopathie en/of een zeer hardnekkige pijn met hoge lijdensdruk.

Ook voor de behandeling van symptomatische thoracale hernia's bestaat er maar weinig houvast. Hoewel over het natuurlijke verloop weinig bekend is, zijn thoracale hernia's vaak (partieel) verkalkt en vertonen ze niet de neiging tot spontane resorptie die we kennen van (verse) cervicale en lumbale hernia's. Het zijn chronisch compressieve laesies die soms minder goed reageren op medicatie en gerichte infiltraties. Wanneer enkel nog chirurgie overblijft in geval van neurologische achteruitgang (myelopathie) of als 'last resort'-behandeling bij refractaire pijn, staat de chirurg voor een grote uitdaging. Thoracale herniachirurgie heeft immers van oudsher een slechte reputatie, vooral dan de posterieure benadering, terwijl de anterieure benadering minder bekend is, als invasief beschouwd wordt, speciale instrumenten en ook een speciale opleiding vereist. Zeker bij patiënten die zich enkel met pijn (hoe invaliderend ook) presenteren, blijft dan de angst om het probleem erger te maken of zelfs neurologische schade (paraparese) te veroorzaken. Om deze reden stellen veel chirurgen zich eerder terughoudend op en blijft de patiënt onbehandeld.

## Onderzoeksstelling - hypothese

Met dit PhD-onderzoek beoogde ik de thoracale hernia meer bekendheid te geven, een aantal misverstanden uit de weg te ruimen, de klinische en radiologische presentatie van een aantal subgroepen te verduidelijken en de chirurgische behandeling te optimaliseren.

## Methode, aanpak en resultaten

In 2000 introduceerde ik de zgn. thoracoscopische microdissectomie-techniek, ontwikkeld door Daniel Rosenthal in Duitsland. Toen ik enkele jaren later een 30-tal patiënten geopereerd had, stelde mijn promotor me voor om over dit unieke cohort een doctoraatsthesis te schrijven. Het aantal patiënten, verwezen uit binnen- en buitenland, groeide echter gestaag met meer dan 600 operaties tot op heden. Gaandeweg kwamen een toenemend aantal onderzoeksvragen naar voren die ik met mijn prospectieve database kon beantwoorden. Een selectie daarvan werd in deze doctoraatsthesis gebundeld.

Na een algemene inleiding en literatuuroverzicht over de thoracale hernia (Hoofdstuk 1) beschrijf ik een aantal subgroepen en neem ik een aantal aspecten van de anterieure chirurgische benadering onder de loep, resulterend in mijn eigen doorontwikkeling (TMD-R) van de originele thoracoscopische microdissectomie-techniek. Hoofdstuk 2 (fig.1) beschrijft de thoracale hernia gerelateerde acute myelopathie waarbij patiënten zich presenteren met een acute dorsalgie, gevolgd door



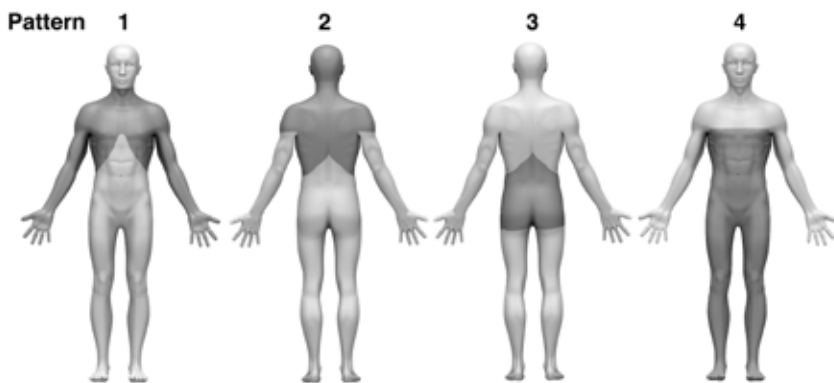


fig 2.: meest voorkomende pijnpatronen 30 dagen na verkeersongeval

een snel progressieve (<24h) paraparese. De anterieure benadering vermijdt elke manipulatie van het noodlijdende ruggenmerg met een uitstekende prognose zelfs na een delay van enkele dagen. Een urgente maar suboptimale (posterieure) benadering is niet meer te verantwoorden.

Hoofdstuk 3 (fig.2) beschrijft typische thoracale hernia-gerelateerde klachten die plots ontstaan na een (verkeers)ongeval. Het blijkt dat thoracale hernia's latent aanwezig kunnen zijn waarbij het (verkeers)ongeval een cascade triggert waardoor een vooraf bestaande, asymptomatische hernia plots symptomatisch wordt. Deze symptomen kunnen jaren aanslepen, ondanks conservatieve therapie, en verdwijnen in de regel na gerichte decompressie, ondanks het chronische karakter van de pijn.

Hoofdstuk 4 (fig.3) beschrijft een aantal patiënten met een T3-T4 hernia en vrij diffuse klachten waaronder pijn ter hoogte van oksel(s), schouder(s), zelfs arm(en) die men ten onrechte zou kunnen toeschrijven aan een cervicaal probleem. Ondanks de geringe afmetingen van deze hernia's presenteerde de meerderheid zich met een klinische en/of radiologische myelopathie, wellicht het gevolg van een grotere kwetsbaarheid van het hoogthoracale ruggenmerg. Het niveau T3-T4 vereist een zgn. transaxillaire benadering die in dit paper in detail beschreven wordt.

Hoofdstuk 5 (fig.4) beschrijft onze ervaring met potentieel levensbedreigende duradefecten na thoroscopische microdissectomie. Hoewel massieve verkalkte thoracale hernia's de dura wel degelijk eroderen (zgn. transdurale hernia's) zijn een groot aantal duradefecten iatrogeen en dus vermijdbaar (learning curve). Zelfs grotere duradefecten kunnen op eenvoudige wijze succesvol endoscopisch gereconstrueerd worden waarbij het optimale zicht, de beperkte beenderige toegang, en het beperkte weefsel trauma eigen aan de endoscopische techniek een snelle genezing bevorderen.

Hoofdstuk 6 (fig.5) beschrijft de grootste serie hoog-risico thoracale hernia's tot op heden (n=77). Sommige thoracale hernia's vullen nage-



fig 3.: transaxillaire benadering niveau T3-T4

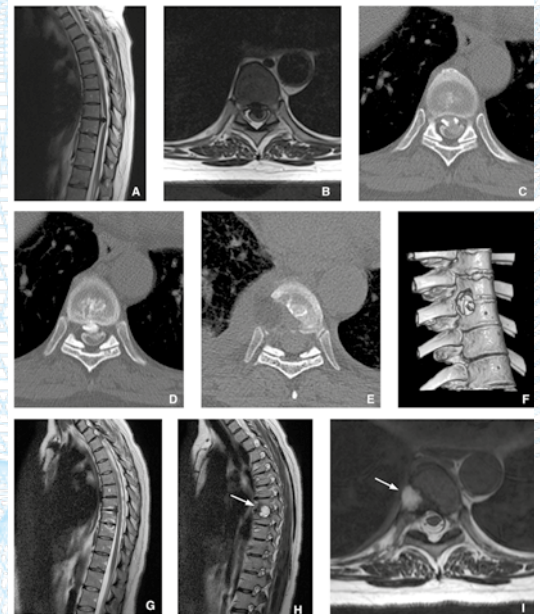


fig 4.: transdurale hernia pre- en postoperatief



fig 5.: hoog-risico hernia (>1cm, verkalkt)

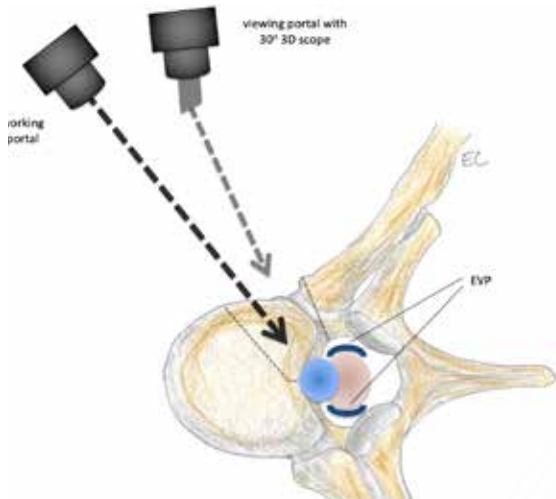


fig 6: TMD-R techniek

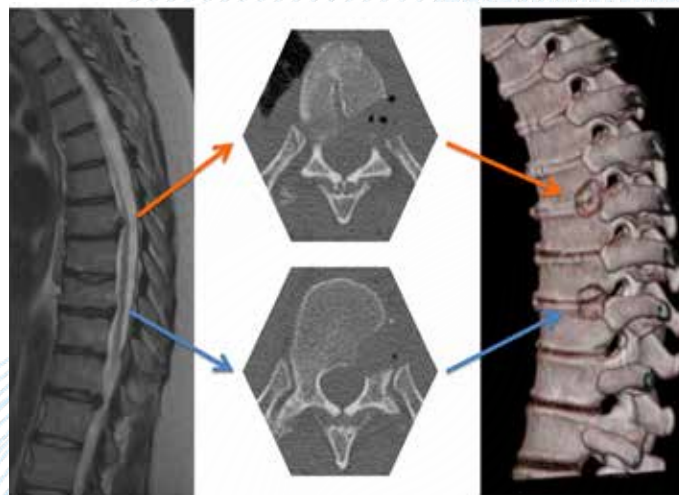


fig 7: TMD-R op 2 niveaus (incl 3D reconstructie)

noeg het hele wervelkanaal waarbij er nauwelijks iets overblijft van het onderliggende ruggenmerg. Dergelijke hernia's vormen een enorme chirurgische uitdaging maar werden in de literatuur nooit separaat geanalyseerd. Dit paper definieert het concept hoog-risico hernia, beschrijft mijn thoroscopische techniek, en analyseert mijn resultaten alsmede de waarde en beperkingen van motorisch geëvokeerde potentia- len (MEP) monitoring in deze subgroep. Onze uitstekende resultaten weerleg- gen diverse argumenten uit de (Ame- rikaanse) literatuur tegen een minder invasieve endoscopische benadering voor dergelijke hernia's.

Hoofdstuk 7 (fig.6 en 7) beschrijft mijn rib-sparende evolutie van de oorspronkelijke thoroscopische microdiscotomie-techniek die ik TMD-R genoemd heb.

De rationale achter deze techniek en de preliminaire resultaten (inmiddels al bij meer dan 240 patiënten toegepast) worden in dit paper beschreven. Zelfs hoog-risico hernia's kunnen veilig met TMD-R benaderd worden met beduidend minder 'collateral damage', hetgeen voordelig is voor elke thoracale herniapatiënt en de deur opent naar een ruimer gebruik van de techniek, ook bij patiënten die zich enkel met refractaire pijn presenteren.

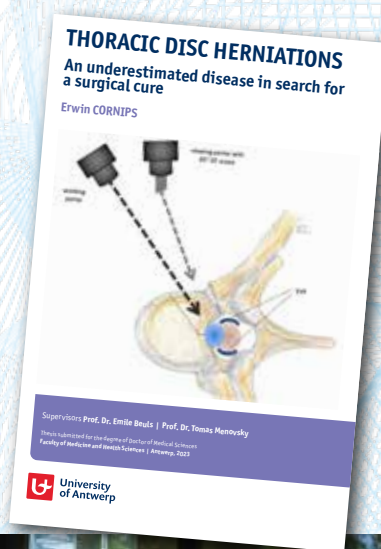
### Conclusie(s)

Thoracale hernia's zijn een zeer intri- gerende entiteit. Ze verdienen meer aandacht in opleiding en onderzoek. De combinatie van pijn en/of myelopathie is vaak zeer invaliderend en niet zelden

resistent aan conservatieve therapie. Voor deze patiënten kan chirurgie een uitkomst bieden op voorwaarde dat de gebruikte techniek veilig en efficiënt is en minimale collateral damage veroorzaakt. Onze TMD-R techniek voldoet aan deze voorwaarden. Een beter begrip van de klinische en radiologische presentatie,

meer onderzoek naar de pathofysiologie, en een groter aantal chirurgen vertrouwd met de anterieure thorascopi- sche benadering zal de prognose voor deze patiënten aanzienlijk verbeteren. ■

*Dr. Erwin Cornips, neurochirurg*



Doctoraat dr. Erwin Cornips, neurochirurgie

26 mei 2023, Universiteit Antwerpen

Promotoren:

Prof. dr. Tomas Menovsky,  
Prof. dr. Emile Beuls



Promovendus met beide promotoren (prof. Menovsky links en prof. Beuls rechts)

# NIEUWE ZOL-ARTSEN

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



**DR. HOUDA ABASBASSI**  
*urgentiegeneeskunde*

Dr. Houda Abasbassi startte op de dienst Spoedgevallen. Haar interesses zijn pre- en interhospitaal geneeskunde en resuscitatie.

Dr. Abasbassi behaalde haar diploma geneeskunde met grote onderscheiding aan KU Leuven in 2012. Haar specialisatie anesthesie volgde ze aan UZ Leuven. Ze behaalde haar beroepstitel urgentiegeneeskunde na een residentschap in ZOL.

Dr. Abasbassi is eveneens staflid urgentiegeneeskunde in het Sint-Franciscusziekenhuis Heusden-Zolder.



**NICK ADRIAENS**  
*urgentiegeneeskunde*

Dr. Nick Adriaens is actief op de dienst Spoedgevallen in ZOL Maas en Kempen

Hij behaalde zijn diploma geneeskunde aan de KU Leuven in 2017. Zijn specialistenopleiding urgentiegeneeskunde volgde hij in UZ Antwerpen onder leiding van prof. dr. Koen Monsieurs.

Hij bekwaamde zich verder in Point-of-care Ultrasound Course (Level 1 en 2). Vervolgens werkte hij in 2021 en 2022 gedurende een jaar als senior registrar Spoedgevallen – Intensieve Zorgen in het level 1 traumacentrum van Queen Elizabeth Hospital Birmingham.

Aankondiging



**PROF. DR. HERBERT DECALUWÉ**  
*vaat- en thoraxheelkunde*

Prof. dr. Herbert Decaluwé is actief op de dienst Vaat- en Thoraxheelkunde. Hij legt zich toe op algemene thoracovasculaire heelkunde, met een focus op longchirurgie, de behandeling van longkanker via minimaal invasieve (uniportal) longresecties, longweefselsparende resecties en chirurgie na immuno-, chemo- en/of radiotherapie.

Prof. dr. Herbert Decaluwé behaalde zijn artsdiploma aan de KU Leuven in 2001 cum laude. Hij volgde zijn opleiding algemene chirurgie te UZ Leuven, Imelda Ziekenhuis Bonheiden en Royal D&E Hospital, Devon, UK. Hij vervolmaakte zijn opleiding in de thoracale heelkunde met een fellowship te Leuven en stages in kinderchirurgie te Philadelphia en Denver en in thoraxheelkunde te USC, Los Angeles en Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York.

Vanaf 2015 werd hij ondersteund door UZ Leuven met een pre-doctoral clinical research fonds en in

2017 door een FWO-beurs. Hij ontving de Cliff Mountain Lectureship Award tijdens de '18th World Conference on Lung Cancer', Yokohoma, Japan, 2017. In 2018 verdedigde hij zijn PhD 'Surgical Mediastinal Staging and Minimally Invasive Resection in the Treatment of Non-Small Cell Lung Cancer'. In 2019 volgde hij succesvol de opleiding 'Management and Leadership for MD' bij Zorgbeleid.be.

Prof. dr. Herbert Decaluwé maakte 15 jaar deel uit van de dienst Thoracale Heelkunde in UZ Leuven waar hij verantwoordelijk was voor de uitbouw van de minimaal invasieve longchirurgie. Binnen de Benelux bouwde hij de grootste persoonlijke ervaring (1500+) op in VATS (video-assisted thorax chirurgie) voor longkanker. Hij is proctor voor Intuitive Robot Chirurgie. Tevens was hij betrokken in meer dan 200 longtransplantaties en verantwoordelijk voor longchirurgie bij kinderen.



**DR. KRISTOF COURSIER**  
*medische beeldvorming*

Dr. Coursier is actief op de dienst Medische Beeldvorming. Hij legt zich voornamelijk toe op abdominale beeldvorming.

Dr. Coursier behaalde zijn diploma geneeskunde met grootste onderscheiding aan de KU Leuven in 2018. Zijn specialistenopleiding radiologie volgde hij in UZ Leuven en ZOL Genk onder leiding van prof. dr. Oyen en prof. dr. Demaerel.



**DR. ELISABETH COX**  
*anesthesie*

Dr. Elisabeth Cox werkt op de dienst Anesthesie.

Ze behaalde haar diploma geneeskunde met onderscheiding aan de KU Leuven in 2012. Haar specialisatienopleiding anesthesie volgde ze in UZ Leuven en ZOL Genk onder leiding van prof. dr. Marc Van de Velde.

Dr. Cox volgde een bijkomende opleiding algologie aan het Leuvens Algologisch Centrum in 2017-2018.

Ze blijft ook actief op de dienst Anesthesie van AZ Heilig Hart Mol waar ze sedert 2018 werkt.



**DR. RUBEN HEREMANS**  
*gynaecologie*

Zopas startte dr. Ruben Heremans op de dienst Gynaecologie-Verloskunde in ZOL Maas en Kempen. Hij legt zich toe op algemene gynaecologie en verloskunde, met bijzondere interesse in gynaecologische echografie en colposcopie.

Dr. Ruben Heremans behaalde zijn diploma geneeskunde aan de KU Leuven Magna Cum Laude in 2016. Zijn specialisatienopleiding bracht hem naar UZ Leuven, AZ Turnhout en Flinders Medical Centre, Australië, onder leiding van prof. dr. Ignace Vergote en prof. dr. Dirk Timmerman.

Weldra verdedigt dr. Heremans zijn doctoraatsonderzoek aan de KU Leuven, waarvoor hij zowel klinisch als translationeel onderzoek deed. Het translationele luik vond plaats aan het Stem Cell Institute Leuven (SCIL) onder prof. dr. Hugo Vankelecom, waar hij op endometriose- en endometriumkankerorganoiden werkte. Zijn klinisch-wetenschappelijke activiteiten maakten deel uit van de International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) en International Endometrial Tumor Analysis (IETA) studies, respectievelijk voorgezeten door prof. dr. Dirk Timmerman en prof. dr. Thierry Van den Bosch.



**DR. RICCARDO LETO**  
*urgentiegeneskunde*

Dr. Riccardo Leto is actief op de dienst Spoedgevallen.

Hij behaalde zijn diploma geneeskunde met onderscheiding aan de KU Leuven in 2010. Zijn specialistenopleiding urgentiegeneskunde volgde hij in UZ Leuven.

Van 2017 tot 2020 was dr. Leto medisch diensthoofd spoedgevallen in het Noorderhart ziekenhuis in Pelt.



**DR. KATRIEN NULENS**  
*gynaecologie*

Zopas startte dr. Katrien Nulens op de dienst Gynaecologie-Verloskunde in ZOL Genk. Ze legt zich toe op algemene gynaecologie en verloskunde en meer specifiek op perinatologie en verloskundige echografie.

Dr. Katrien Nulens behaalde haar diploma geneeskunde aan de KU Leuven in 2017. Haar specialistenopleiding gynaecologie volgde ze in ZOL Genk, Jessa Ziekenhuis Hasselt, Imeldaziekenhuis Bonheiden en UZ Leuven.

Na haar specialistenopleiding volbracht dr. Nulens een fellowship aan de University of Toronto in Mount Sinai Hospital, Canada, voor verdere specialisatie in hoog-risico zwangerschappen, foetale en maternale geneeskunde.

Daarnaast onderzoekt dr. Nulens in haar doctoraatsonderzoek de rol van het vaginaal microbioom in spontane vroeggeboorte.



### **DR. SIMON SCHIETTEKATTE**

*cardiochirurgie*

Zopas startte dr. Simon Schiettekatte op de dienst Cardiochirurgie van ZOL. Hij legt zich toe op algemene cardiochirurgie en meer specifiek op off-pump coronaire chirurgie, minimaal invasieve mitralisklepchirurgie en epicardiale devices als pacemakers en defibrillatoren.

Dr. Simon Schiettekatte behaalde zijn diploma geneeskunde in 2012 aan Universiteit Gent.

Zijn specialistenopleiding algemene heelkunde volgde hij in UZ Brussel en ASZ Aalst onder leiding van prof. dr. Jan Lamote, prof. dr. Mark La Meir en prof. dr. Georges Delvaux (VU Brussel).

Hij specialiseerde zich verder in de cardiale heelkunde in UZ Leuven en vervolmaakte een fellowship ritmechirurgie in Spedali Civili di Brescia (Italië) bij prof. dr. Stefano Benussi.

In 2020 was dr. Schiettekatte actief als cardiochirurg in UZ Brussel en van 2021 tot 2023 in Kliniek Sint-Jan Brussel. Van 2022 tot 2023 was hij ook consulent cardiochirurgie in UCL St.-Luc Brussel.



### **DR. TINE SMETS**

*keel-, neus-, oorziekten*

Dr. Tine Smets is actief op de dienst KNO. Ze legt zich toe op algemene KNO-pathologieën en meer specifiek op otologie, vestibulogie, otoplastieën en middenoorchirurgie.

Dr. Tine Smets behaalde haar diploma geneeskunde met grote onderscheiding aan de VU Brussel in 2017. Haar specialisatie KNO volgde ze in UZ Brussel en AZ Middelares in Gent onder leiding van prof. dr. F. Gordts en prof. dr. V. Topsakal.

Na haar specialistenopleiding volbracht dr. Smets een fellowship otologie-neurotologie in CHU Lille, onder leiding van prof. dr. C. Vincent. Ze specialiseerde zich hier in gehoor- en evenwichtsstoornissen, middenoorchirurgie, cochleaire implantatie en implantatie van botverankerde hoortoestellen.



### **DR. BAPTISTE VANDE BERG**

*medische beeldvorming*

Dr. Baptiste Vande Berg behaalde zijn diploma geneeskunde met grootste onderscheiding aan de KU Leuven in 2018. Zijn specialistenopleiding volgde hij in het Jessa ziekenhuis Hasselt, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois in Lausanne en in het UZ Leuven onder leiding van prof. dr. P. Demaerel.

In ZOL werkt dr. Vande Berg op de dienst Medische Beeldvorming. Hij legt zich voornamelijk toe op neuro-radiologie en hoofd-halsradiologie.



### **DR. TOM VANDEWALLE**

*urologie*

Zopas startte dr. Tom Vandewalle op de dienst Urologie in ZOL Maas en Kempen. Hij legt zich toe op algemene urologie met een focus op endoscopische percutane steenbehandelingen en laserchirurgie van de prostaat.

Dr. Tom Vandewalle behaalde zijn diploma geneeskunde met grote onderscheiding aan de KU Leuven in 2016.

Hij volgde zijn specialistenopleiding urologie in het Jessaziekenhuis Hasselt, UZ Leuven, AZ Sint-Blasius Dendermonde en Schwarzwald Baar Klinikum Villingen-Duitsland. Tijdens een bijkomend fellowship in UZ Gent onder leiding van dr. Thomas Tailly legde hij zich toe op endocopische percutane steenbehandelingen en op laserchirurgie van de prostaat.



# Dienst KNO neemt innovatief toestel voor snelle en betrouwbare allergietesten in gebruik

eHippo Dx heeft een innovatief toestel ontwikkeld dat een allergietest sneller, goedkoper en accurater kan uitvoeren. Het bedrijf haalde in totaal 4,4 miljoen euro op bij de Limburgse investeringsmaatschappij (LRM) en het Amerikaanse Allerfund Ventures (AllerFund) om verder te kunnen opschalen. ZOL is het eerste ziekenhuis in Limburg dat het toestel officieel in gebruik neemt. Andere Limburgse ziekenhuizen volgen later. Ook UZ Leuven, AZ Herentals en CHU Luik nemen deel.

Vandaag kampt één op drie van de bevolking wereldwijd met een allergie. Tegen 2025 zal zelfs de helft van alle Europeanen aan een allergie lijden, zo blijkt uit projecties van de European Academy of Allergy and Clinical Immunology. Denk daarbij aan pollen, voedingsstoffen, contactallergieën en insectenbeten. Oorzaak is de toenemende hygiëne in onze kindertijd, het hoge verbruik aan antibiotica en de blootstelling aan stoffen van uitheemse planten en dieren door de klimaatveranderingen.

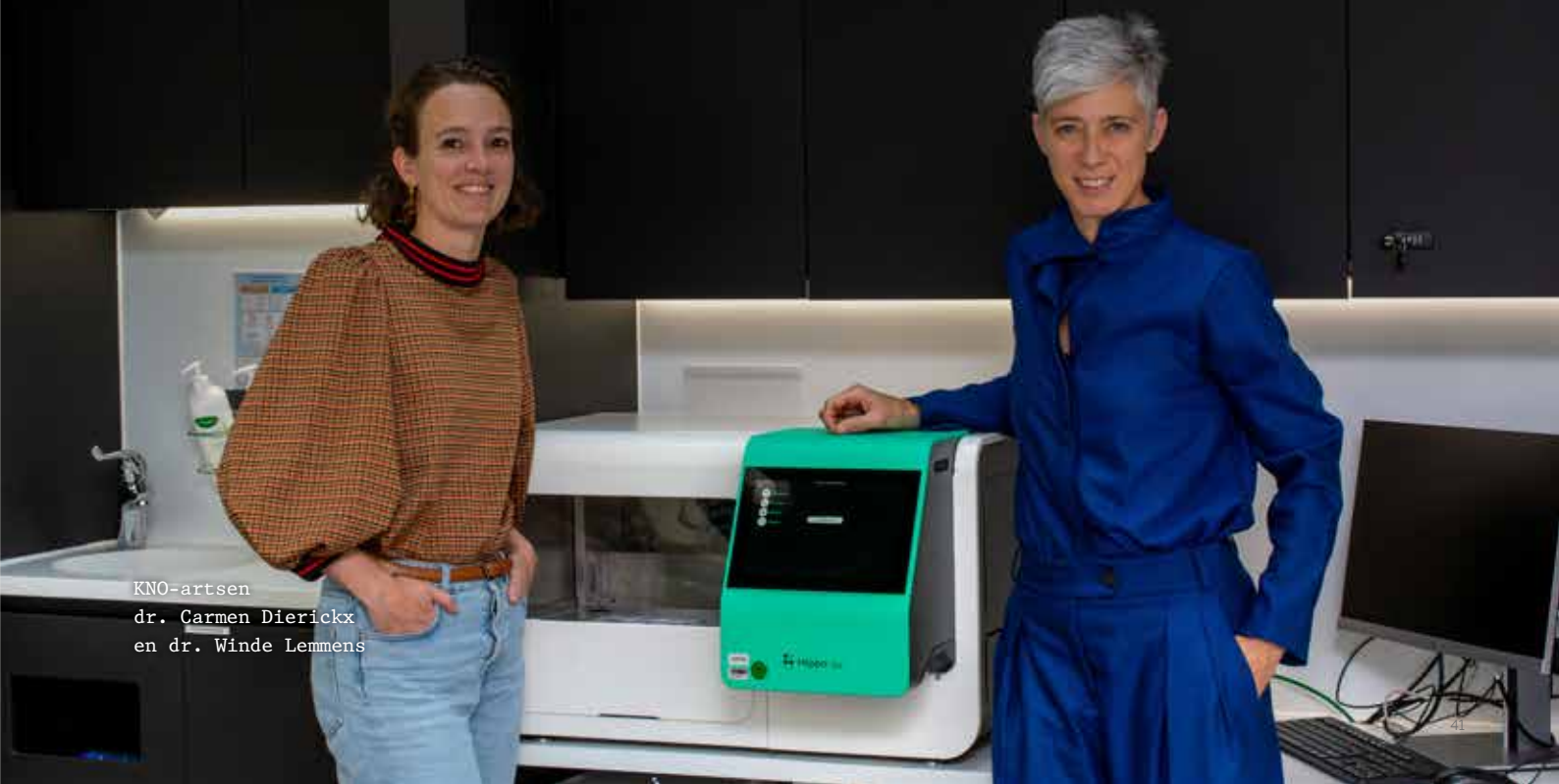
In 2020 werd het eerste prototype van de Skin Prick Automated Test, of kortweg SPAT ontwikkeld. Het SPAT

toestel van Hippo Dx werkt snel: in 10 seconden zet het liefst 12 testen op de voorarm en na 15 minuten kan je het resultaat door het toestel automatisch laten aflezen. De procedure is dus minder arbeidsintensief en de resultaten zijn veel meer betrouwbaar en bijgevolg makkelijk te reproduceren.

Bovendien ontwikkelt Hippo Dx momenteel een methode die met artificiële intelligentie (AI) de huidreacties op de SPAT-beelden zal kunnen opmeten en beoordelen in welke mate een patiënt reageert op een bepaald allergeen. Dat kan dan als diagnose-voorstel aan de arts voorgelegd worden.

KNO-arts dr. Winde Lemmens: "We zijn vereerd dat we mogen meewerken aan de SPAT AI-studie. Concreet zullen er 100 SPAT beelden beschikbaar gesteld worden voor de ontwikkeling van medische AI-software. Hierdoor zullen we in de toekomst op een snellere en meer uniforme manier betrouwbare allergietesten kunnen uitvoeren en zijn we niet meer afhankelijk van de ervaring en subjectieve beoordeling van de onderzoeker. Een correct testresultaat is immers van groot belang voor patiënten voor wie allergeenspecifieke immunotherapie overwogen wordt." ■

KNO-artsen  
dr. Carmen Dierickx  
en dr. Winde Lemmens





## Robotchirurg dr. Gaby Moawad op bezoek in ZOL

In oktober vond het European Society of gynaecological Endoscopy (ESGE) congres plaats in Brussel. Dr. Helena van Kerrebroeck van ZOL werd verkozen om deel uit te maken van het 'local scientific committee'. Ze organiseerde onder andere het 'YEP-exchange' programma (young endoscopy platform). Hierbij kregen 35 buitenlandse gynaecologen de kans om enkele dagen voorafgaand aan het congres in verschillende centra

trainingen te volgen. Hierbij verschillende operatiedagen maar ook labtrainingen in de avond. Naast ZOL namen UZ Leuven, UZ Gent, CHU Brugmann Brussel en CHU Luik deel.

Op donderdag 28 september kregen we in ZOL niet alleen bezoek van 3 buitenlandse gynaecologen, maar ook van dr. Gaby Moawad (3<sup>de</sup> van links op de foto). Dr. Moawad komt uit de

VS, werkt in Miami en Washington, en wordt wereldwijd beschouwd als een autoriteit in gynaecologische robotchirurgie. Er werd gewerkt rond enkele interessante endometriosecasussen waarbij dr. Moawad het ZOL-centrum bezocht en adviezen gaf aan dr. Schobbens en dr. Faes, beiden ook gespecialiseerd in gynaecologische endoscopie en robotchirurgie. ■

V.l.n.r.: dr. Jean-Christophe Schobbens, dr. Julie Faes, dr. Gaby Moawad, dr. Helena Van Kerrebroeck, dr. Hira Fatima, dr. Michael Michna en dr. Naomi Harvey.

Save the dates

WETENSCHAPPELIJKE RAAD  
PROGRAMMA  
2023 24

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

Opgelet, alle lezingen worden enkel live aangeboden en niet meer online via Zoom.

Om de onderlinge interactie tussen de deelnemers en de sprekers te vergroten zullen (voor de lezingen die in ZOL doorgaan) de aanwezigen opgedeeld worden in subgroepen. De sprekers zullen vervolgens met iedere subgroep in debat gaan.

Meer info: [www.zol.be/professionals/wetenschappelijke-raad](http://www.zol.be/professionals/wetenschappelijke-raad)

Donderdag 23 november 2023	<b>Congres Gerizol: evoluties in geriatrische zorg, nieuwe inzichten</b> <i>Inhoudelijk coördinator: dr. Hugo Daniels (geriatrie)</i>
Donderdag 21 december 2023	<b>Pneumologische urgenties voor de huisarts</b> <i>Inhoudelijk coördinator: dr. David Ruttens (pneumologie)</i>
Donderdag 25 januari 2024	<b>Psychiatrie in het algemeen ziekenhuis</b> <i>Inhoudelijk coördinator: dr. Jef De Bie (psychiatrie)</i>
Donderdag 22 februari 2024	<b>Mictieklachten bij de man: altijd de prostaat? Gerichte medicatie en nieuwe minimaal invasieve therapieën</b> <i>Inhoudelijk coördinator: dr. Hans Goethuys (urologie)</i>
Woensdag 28 februari 2024	<b>MIC-NIC Symposium</b> <i>Inhoudelijk coördinatoren: dr. Tine Mesens (Gynaecologie - Verloskunde ZOL) en dr. Marie-Rose Van Hoestenbergh (Neonatalogie)</i> van 19 tot 21.30u
Donderdag 28 maart 2024	<b>Multidisciplinaire endometriosekliniek</b> <i>Inhoudelijk coördinator: dr. Eric de Jonge (gynaecologie)</i>
Donderdag 18 april 2024	<b>Symposium Cardiologie 2024</b> <i>Inhoudelijk coördinator: dr. Hugo Van Herendael (cardiologie)</i>
Donderdag 25 april 2024	<b>Endocrino@zol 2024: synergie 1+1=3</b> <i>Inhoudelijk coördinator: dr. Yves Kockaert (Endocrinologie)</i> Locatie: Thorpark Genk
Donderdag 23 mei 2024	<b>Spine Unit: Quo Vadis. Wegwijzer voor de huisarts</b> <i>Inhoudelijk coördinator: dr. Koen Van Boxem (Multidisciplinair Pijncentrum)</i>
Donderdag 27 juni 2024	<b>Multidisciplinaire Fracture Liaison Service: samen breken we een lans voor fractuurpreventie</b> <i>Inhoudelijk coördinator: dr. Joris Meeuwissen (geriatrie) en dr. Kristof Thevissen (reumatologie)</i>

## COLOFON

**Verantwoordelijke uitgever:** Dr. Martijn Grieten, medisch directeur ZOL en dr. Michiel Thomeer, adjunct-medisch directeur ■ **Redactie en samenstelling:** Grete Bollen ■ **Werken mee:** Dorien Evens, dr. Harrie Dewitte, dr. Thibaut Vanneste, prof. dr. Wilfried Gyselaers, Katrien Tartaglia, Daimy Roebroek, dr. Erwin Cornips, Sandra Verheyen, Kathleen De Sutter ■ **Redactieadviesraad:** dr. Marc Daenen, dr. Eline Macken, prof. dr. Willem Ombet, dr. Pieter Jan Van Asbroeck ■ **Foto's:** Boumediene Belbachir, Imapictures, Karel Hemerijckx, 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](mailto:zolarium@zol.be) ■ [www.zol.be](http://www.zol.be) ■ Niets uit deze uitgave mag overgenomen of vereenvoudigd worden zonder schriftelijke toelating van de uitgever. ■ Jaargang 21 nr. 89 ■ oktober · november · december · 2023

# Partners in zorg



Tijdens een controleonderzoek werd in november vorig jaar een tumor ontdekt bij Sandra Verheyen. "Ik ben onmiddellijk gestart met chemo. De oncocoach vroeg me of ik testpersoon wilde worden van BeweegSaam, een portaal dat ze ontwikkelden voor oncologische patiënten om fysiek actief te blijven. Ik heb toegezegd omdat ik niet zo sportief ben en wel een stimulans kon gebruiken om te blijven bewegen.

## Future Health

Daimy Roebroek: "Als medewerker van Future Health stond ik in voor de wetenschappelijke ondersteuning van BeweegSaam. We hadden nood aan een aantal patiënten die voor ons het portaal wilden uittesten. Tijdens die testperiode werden op verschillende momenten 'interviews' afgenomen om te kijken wat de patiënten ervan vonden en of het portaal goed werkte. Sandra was heel enthousiast, en had ook veel nuttige feedback. Tijdens die

interviews leer je de persoon beter kennen, mensen vertellen vaak hun persoonlijke verhalen en de eventuele problemen waar ze tegenaan lopen. Wat dan ook weer nuttige informatie is voor ons, aangezien we zo BeweegSaam ook beter kunnen aanpassen aan de noden en behoeften van onze patiënten en hen in de toekomst hopelijk nog beter kunnen bijstaan."

Sandra Verheyen: "Ik wilde altijd heel plichtsbewust mijn volledig programma afwerken, ik was immers testpersoon. Maar als ik bijvoorbeeld net mijn chemo had gehad, viel dat me zwaar. Daimy stelde me dan gerust. Ze zei dat het programma er was om me te helpen, niet om het mij nog moeilijker te maken. Het was leuk om mijn ervaringen met haar te delen."

"Het programma heeft me zeker geholpen. Het bestond uit een tiental grond oefeningen met duidelijke instruc-

tiefilmpjes. Elke avond vulde ik via het portaal in wat ik die dag gedaan had en hoe ik de oefeningen had ervaren. Hierop kreeg ik de planning voor de volgende dag."

## Nieuw programma

Ik ben nu een maand of drie geleden gestopt met de oefeningen. Het was immers vakantie, de kinderen waren thuis... Dat ik minder bewogen heb, heeft zijn weerslag gehad. Toen ik sportte, voelde ik me beter. Daarom heb ik gevraagd of ik opnieuw met BeweegSaam kon starten. En de volgende dag stond er een nieuw programma voor mij klaar!

Vandaag mag ik ook starten met groepsrevalidatie. Hier heb ik erg naar uitgekeken. Als de euforie die je voelt na je laatste behandeling voorbij is, valt alles stil. Dan mis je nazorg en vraag je je af of alles wel oké is. Samen dingen doen met anderen voor hetzelfde doel is dan erg stimulerend. ■