

TIJDSCHRIFT VAN DE WETENSCHAPPELIJKE RAAD

bpost
PB-PP |
BELGIËN - BELGIQUE

ZoLarium

Jaargang 22 nr. 90 • januari - februari - maart 2024



**DIENST ANESTHESIE VERHOOGT
DUURZAAMHEID VAN
OPERATIEKWARTIER**

**PARTNERSCHAP ZOL-
ZIEKENHUIS BOKONZI
BESTAAT 20 JAAR**

**HET BEVOLKINGSONDERZOEK
DARMKANKER WERKT:
DOE DE TEST!**

AI-ALGORITMES HELPEN RADIOLOGEN MET STELLEN VAN DIAGNOSES

De mens achter de patiënt

Beste collega,

In deze dagen van winter, kou en regen, waarin onze auto's meer weg hebben van modderschuiten dan van glanzende wagens, bevinden we ons in een tijd van reflectie en vooruitkijken. U kent het wel: de carwash bezoeken, wetende dat na één rit de modder weer triomfantelijk terugkeert. Het is een beetje zoals in de gezondheidszorg – hoe vaak we ook dingen schoonspoelen, nieuwe uitdagingen staan klaar om hun plaats in te nemen. Maar stoppen we daarom? Natuurlijk niet! We rijden door, met de moed van een kind dat zijn eerste fiets zonder zijwieltjes trotseert.

Naast de globale uitdagingen waarover we vaak weinig controle hebben, zijn er de persoonlijke uitdagingen die onze levens vormgeven. Ze herinneren ons aan wat we het liefste doen, en voor wie we het doen.

In ons ziekenhuis streven we ernaar om deze persoonlijke benadering te weerspiegelen in de zorg die we bieden. We willen een organisatie zijn die zich niet verliest in de complexiteit, maar die zich richt op de mens achter de patiënt. En ja, dat betekent soms onze mouwen opstropen en onze

handen vuil maken, maar is dat niet waar alles om draait?

Laten we 2024 ingaan met het voornemen om onze zorg nog meer af te stemmen op wat onze patiënten nodig hebben, en laten we daarbij de humor niet verliezen. Een glimlach in de gangen van ons ziekenhuis kan wonderen doen.

Wij wensen u allen een jaar vol kansen die uw harde werk belonen. Moge 2024 een jaar zijn van vruchtbare veranderingen, diepe tevredenheid, en natuurlijk... een paar bezoeken minder aan de carwash.

Onze beste wensen voor het nieuwe jaar!

Met collegiale groeten,

Dr. Martijn Grieten
medisch directeur

Prof. dr. Michiel Thomeer
adjunct medisch directeur



Inhoud

04 **Dossier: AI-algoritmes helpen**
radiologen om diagnoses te stellen

10 **Urologie: Evoluties**
in de behandeling van benigne
prostaathypertrofie

12 **Gastro-enterologie**
Stop darmkanker! Doe de test!

18 **20 jaar Ziekenhuis voor**
Ziekenhuis ZOL-Bokonzi

22 **Anesthesie: een duurzaam**
ziekenhuis voor een gezonde
toekomst

26 **Visie: van palliatieve sedatie**
naar palliatieve comfortzorg

30 **Interventionele cardiologie**
ZOL breidt Interventioneel Centrum uit

34 **Gastro-enterologie:**
prof. dr. Annemie Gevers neemt afscheid
van ZOL

36 **Anesthesie:**
dr. René Heylen neemt afscheid van ZOL

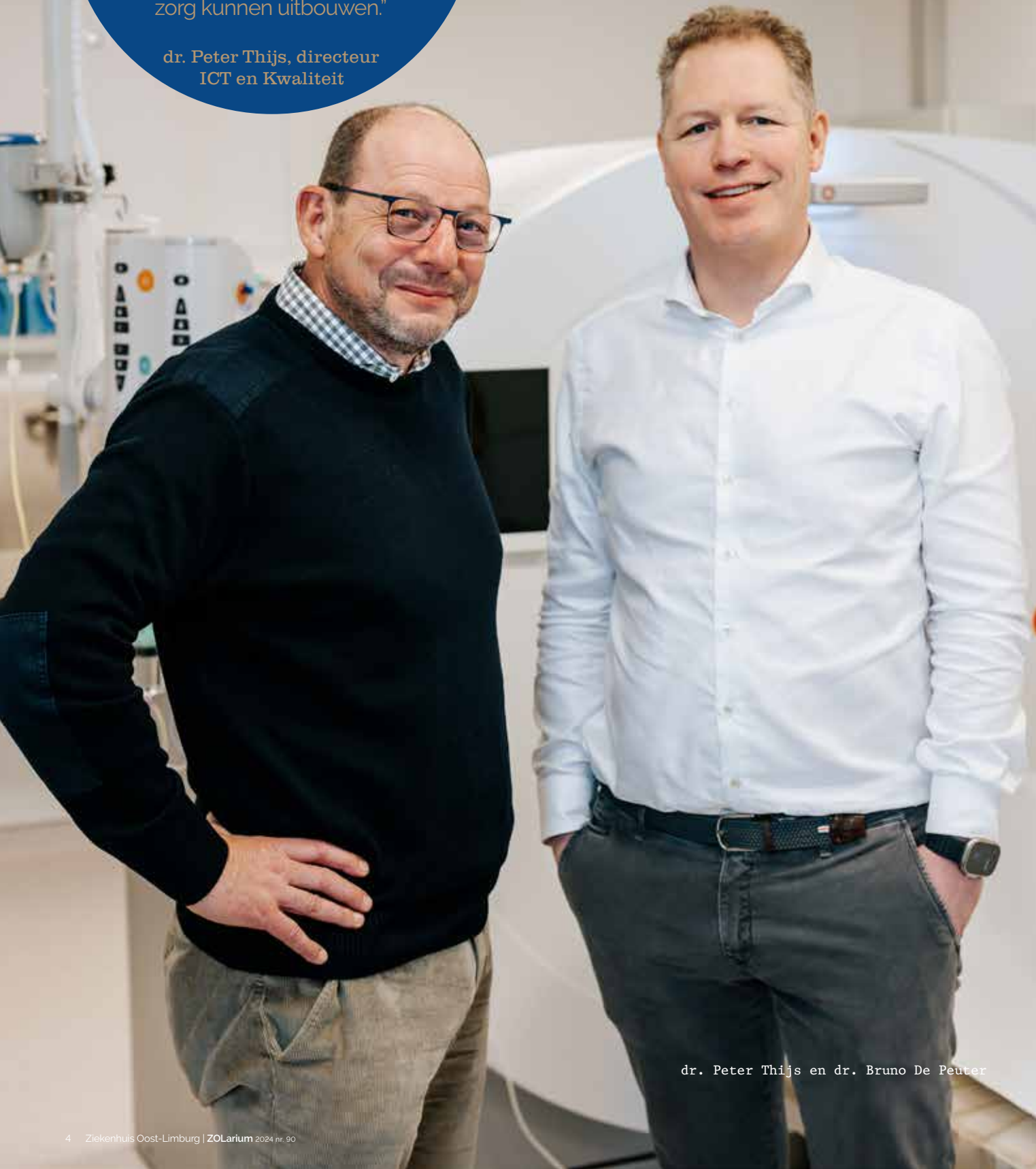
38 **Nieuwe artsen**



“

“AI-algoritmes zullen in de toekomst in staat zijn verschillende soorten data in het 'ZOL-data-lake' te combineren waardoor we bepaalde outcomes kunnen verbeteren, preventief kunnen werken en patiënt-georiënteerde zorg kunnen uitbouwen.”

dr. Peter Thijs, directeur
ICT en Kwaliteit



dr. Peter Thijs en dr. Bruno De Peuter

"De applicaties worden almaar meer performant en sensitief"

AI-algoritmes helpen radiologen met stellen van diagnoses

Artificial Intelligence (AI) verovert de zorg razendsnel. Op de dienst Medische Beeldvorming worden dagelijks al verschillende AI-applicaties gebruikt die de radioloog helpen bij het stellen van een diagnose. Daarnaast worden nieuwe AI-algoritmes uitgetest. En dit is nog maar een begin. Bedoeling is om in de toekomst alle medische beelden uit het ziekenhuis op één geïntegreerd, neutraal platform op te slaan. Op deze beelden kunnen AI-algoritmes hun werk doen zodat, met behulp van deze nieuwe technologie, de diagnostiek en de zorg voor onze patiënten nog kunnen verbeteren.

Aan het woord zijn dr. Bruno De Peuter, medisch diensthoofd Medische Beeldvorming en dr. Peter Thijs, directeur ICT en Kwaliteit.

Dr. Bruno De Peuter: "De systemen en toepassingen die wij gebruiken voor onze beeldvorming maken al langer gebruik van AI. Door AI in te zetten kunnen we meer en zelfs beter werk leveren op een kortere tijd."

"Nieuw momenteel is dat we AI-algoritmes gebruiken die patronen herkennen in scans en zo helpen bij het stellen van diagnoses. Deze algoritmes zijn zo performant geworden dat ze meer en meer hun intrede vinden in de praktijk. Ze zullen ons werk in de toekomst zeer ingrijpend veranderen zodat we efficiënter kunnen werken, zonder dat dit kwaliteitsverlies met zich meebrengt."

Waarom hebben jullie AI nodig?

Dr. Bruno De Peuter: "Elk jaar produceren radiologen wereldwijd een pak meer beelden dan vroeger. Een CT-scan die 15 jaar geleden 30 coupes bij één patiënt maakte, maakt er nu duizend. Wij moeten die allemaal bekijken. Niet alleen het aantal beelden neemt toe maar ook het aantal onderzoeken. Dus ja, wij moeten AI omarmen want onze 'workload' neemt erg toe. Dit terwijl het aantal radiologen op de markt daalt."

"Waardevol bovendien is de functie 'AI-worklist prioritization' waarbij de beeldenflow geordend wordt en de beelden met bloedingen of letsels bijvoorbeeld bovenaan komen te zitten en dus eerst kunnen gezien worden door de arts zodat er geen tijd verloren gaat voor de patiënt."

"De laatste jaren kregen we regelmatig vragen van bedrijven om AI-applicaties te testen. We zijn op een aantal vragen ingegaan maar tot 3 à 4 jaar geleden vonden wij die resultaten niet goed genoeg. Bovendien kostten de algoritmes in verhouding zeer veel geld."

Kan je hier een voorbeeld van geven?

Dr. Bruno De Peuter: "Het eerste dat we ooit getest hebben, is een algoritme dat bloedingen in een CT-schedel detecteert. Dit kon zeer snel opgezet worden en was erg gemakkelijk te implementeren in onze workflow. Het algoritme draaide op een lokale server. Op het vlak van beveiliging en GDPR waren er dus weinig problemen. Het systeem bleek uiteindelijk heel erg duur en de AI-ondersteuning, die onvoldoende performant was, was geen meerwaarde. Bij ons is er immers 24/24 een radioloog aanwezig in het ziekenhuis."

Intussen zijn we enkele jaren verder. Wat is er veranderd?

Dr. Bruno De Peuter: "Er zijn intussen honderden bedrijven op de markt gekomen die dergelijke AI-applica-

ties ontwikkelen. Het aanbod is zeer divers, gaande van kleinere startups tot de vertrouwde, grotere partners. Ik volg deze markt al een aantal jaren op en zie plots de sensitiviteit en de specificiteit van AI-applicaties heel sterk stijgen. Dat geeft ons heel wat nieuwe opportuniteiten."

Wat maakt een algoritme interessant?

Dr. Bruno De Peuter: "Om te bepalen of een toepassing interessant is voor ons kijken we naar de kwaliteitsverbetering voor de zorg, of het een mature oplossing betreft die ook op een correcte manier met de privacy vereisten omgaat en of de oplossing kosten/baten betaalbaar is. We hebben op onze dienst een AI-budget voorzien waarmee we omzichtig willen omgaan. Het belangrijkste is dat het algoritme een aantoonbare meerwaarde brengt, voor de patiënt en voor de radioloog."

Welke samenwerkingen zijn jullie intussen aangegaan?

Dr. Bruno De Peuter: "We zijn een samenwerking gestart met de firma 'Gleamer'. Hun 'BoneView' is een laagdrempelige AI-applicatie die RX-beelden analyseert en binnen de twee seconden aangeeft of er al dan niet een fractuur aanwezig is."

"We hebben er heel lang over nagedacht of deze AI-applicatie interessant kon zijn voor ons. We werken met een



dr. Bruno De Peuter

groot team van 30 gespecialiseerde radiologen die allen zeer ervaren zijn in hun gebied. Maar menselijke fouten kunnen spijtig genoeg gebeuren. Zo bestaat in de radiologie het begrip 'satisfaction of search'. Dit betekent dat een radioloog een tweede afwijking niet ziet na het identificeren van een eerste afwijking. Ook vermoeidheid kan soms aanleiding geven tot fouten. Van dit alles heeft een AI-algoritme geen last."

Kunnen jullie nu alle breuken zonder fouten detecteren?

Dr. Bruno De Peuter: "Het algoritme heeft een sensitiviteit van 97 tot 98 percent, waarbij het algoritme ook voortdurend bijleert en verbetert. Hier waren we in het begin wat teleurgesteld over maar het AI-algoritme is getraind op wat men kan detecteren op het beeld. En sommige fracturen zie je niet op een RX, dus zal het algoritme deze ook niet detecteren. In dat geval is een CT-scan nodig."

"Het leuke aan dit verhaal is dat we na 18 maanden werken met BoneView geen klachten meer gehad hebben over 'gemiste' fracturen, behalve van één patiënt met verschillende breukjes die effectief niet zichtbaar waren op de RX. En ik merk ook dat onze radiologen BoneView helemaal geïntegreerd hebben in hun werkwijze. Ander voordeel van BoneView is dat er ook efficiënter kan gewerkt worden. De radioloog voelt zich comfortabel omdat het beeld ook bekeken is door de AI en de urgentiearts heeft een nog sneller resultaat. Dat komt de werking op de Spoedgevallendienst ten goede."

Het werken met AI-algoritmes vraagt ook een nauwe samenwerking met de dienst ICT in het ziekenhuis?

Dr. Peter Thijs, directeur ICT: "Deze algoritmes vragen enorm veel rekenkracht, veel meer dan we in onze eigen datacentra ter beschikking hebben. Vandaar dat we deze beelden eerst anonimiseren, zodat de privacy zeker gewaarborgd blijft, en dan doorsturen naar gespecialiseerde partijen in de cloud. Daar gebeurt de analyse met behulp van AI. Dan komen de resultaten terug en worden deze onmiddellijk

beschikbaar voor de radioloog, die ze kan verwerken in zijn bevindingen en die ook de eindverantwoordelijke is. De radioloog heeft altijd het laatste woord. Dit moet allemaal snel, betaalbaar, maar ook veilig gebeuren."

"Het bouwen van een dergelijke 'gateway' door onze ICT-mensen is technisch een hele uitdaging, en alle datastromen moeten ook systematisch gevalideerd worden door de Data Protection Officer van het ziekenhuis. Het vraagt veel samenwerking en specialistische kennis."

Hoe hebben jullie dit opgelost?

Dr. Bruno De Peuter: "In onze zoektocht naar partners zijn we bij Osimis uitgekomen, een Belgische start-up die ontstaan is vanuit een spin-off van de universiteit van Luik. Osimis werkt met een 'neutraal' platform en zij hadden ook al een aantal contracten, zoals met de firma Gleamer, waar ook wij mee samenwerken."

Dr. Peter Thijs: "Een neutraal platform heeft veel voordelen want eens de koppeling vanuit onze PACS-server

gemaakt is met het Osimis cloud-platform en onze juristen de gebouwde oplossingen en contracten hebben gevalideerd en goedgekeurd, moeten we niet voor elke applicatie opnieuw de hele procedure doorlopen. De koppeling bestaat immers al."

Met welke AI-algoritmes gaan jullie nu verder aan de slag?

Dr. Bruno De Peuter: "De volgende applicatie waarmee we gestart zijn, is 'Bone Measurement'. De orthopedisten vragen ons in bepaalde gevallen om de beenlengtes en bepaalde hoeken van een patiënt te meten. De meting kost ons 3 minuten per patiënt. Als je weet dat we 2.500 metingen per jaar doen, dan kunnen we hierop veel tijd besparen. Het algoritme doet de meting op 2 seconden en bovendien beter dan wij of de orthopedisten zelf. "

"Probleem waar we hier tegenaan liepen, was dat we het resultaat van de meting binnenkrijgen vanuit de AI maar dit zelf nog manueel in ons verslag moeten overtypen. Dat is het nadeel van het werken met een neutraal platform dat nog niet helemaal is geïnte-

greerd met onze lokale toepassingen. We willen een gestroomlijnde integratie van de AI-applicaties in onze workflows en verslagen, en een koppeling met ons elektronisch patiëntendossier HiX. Dit is de volgende stap die we in de toekomst verder willen uitwerken, samen met onze ICT-dienst".

Is het moeilijk om oplossingen te vinden in de huidige, gefragmenteerde markt?

Dr. Bruno De Peuter: "Het voordeel van het samenwerken met kleinere start-ups is dat je regelmatig en direct contact hebt, het nadeel is dat je tegen hun beperkingen aanloopt. Grotere bedrijven als Agfa, Sectra en Siemens bieden vergelijkbare algoritmes aan maar dan moet je werken met hun platformen en daar hangt natuurlijk een grote kost aan vast. Het beweegt allemaal erg snel, het komt erop aan de evoluties van dichtbij en ook voldoende kritisch te volgen."

"We zetten intussen ook al een volgende stap. Producenten als Bayer geloven dat AI kan gebruikt worden voor alles wat er gebeurt rond een patiënt in een ziekenhuis. Van plannen en



dr. Peter Thijs

dr. Bruno De Peuter
en dr. Peter Thijs

“

“Nieuw momenteel is dat we AI-algoritmes gebruiken die patronen herkennen in scans en zo helpen bij het stellen van diagnoses. Deze algoritmes zijn zo performant geworden dat ze meer en meer hun intrede vinden in de praktijk”.

dr. Bruno De Peuter,
radioloog

programmeren, tot toedienen van contraststof, interpreteren van beelden, stellen van diagnoses, maken van verslagen, rapporteren aan de patiënt... Nog niet alles staat op punt en veel moet nog getest worden, maar de beloftes zijn er.”

“Daarom willen we ook gaan koppelen met het Calantic-platform van Bayer. Hun cloud-gebaseerd platform, dat ook mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek bevat, zal worden geïntegreerd in onze workflow. Met hen gaan we het CT-thorax-detectieprogramma van Riverain Technologies voor de opsporing van longkanker testen gedurende 15 maanden.”

“Het systeem van Bayer is veel gevoeliger en specifiekere dan de tools die we nu gebruiken. Het algoritme telt niet alleen de letsels maar berekent ook het volume van het letsel, de graad van necrose, de evolutie ten opzichte van een vorige scan enz. Dit zijn belangrijke parameters voor de oncologische follow-up.”

En ook voor mammografieën zijn jullie al bezig met het uittesten van een AI-algoritme?

Dr. Bruno De Peuter: “We zijn inder-

daad ook bezig met de implementatie van AI-algoritmes voor mammografieën. Dit doen we dan weer met Agfa. Het algoritme zorgt voor een kwaliteitsverbetering en verkort de doorlooptijden. In de toekomst is het wellicht niet meer nodig om een tweede radioloog naar de beelden te laten kijken, zoals nu gebeurt. Uit Zweeds onderzoek blijkt immers dat het bevolkingsonderzoek met de inzet van AI ruim 40 procent efficiënter kan als je de tweede radioloog vervangt door AI. Dat is niet alleen goedkoper en tijdbesparend, ook vindt de AI 20 procent meer borstkankers zonder extra vals-positieven.”

Dit vraagt allemaal wel veel extra ICT-middelen. Hoe willen jullie dit opvangen?

Dr. Bruno De Peuter: “Ik geloof heel sterk in samenwerking over de diensten en zelfs instellingen heen. Want ook de andere disciplines uit het ziekenhuis zullen AI gebruiken voor de lezing van hun beelden. Ik denk hierbij aan cardiologie, dermatologie, oftalmologie, nucleaire geneeskunde, endoscopie, neurochirurgie... Velen van hen zijn nog niet met AI bezig of vinden het nog te duur, maar het zal er uiteindelijk toch van komen.”

Dr. Peter Thijs: “Het is niet betaalbaar als iedereen zijn eigen oplossingen gaat uitbouwen. We willen naar één leverancier-neutraal archiefsysteem waarop de beelden die geproduceerd worden in

het hele ziekenhuis gezet kunnen worden waarna verschillende AI-algoritmes hun werk kunnen doen. De artsen zullen samen met de directie een stuurgroep opzetten om dit ziekenhuisbreed te managen en implementeren.”

AI is kosten- en tijdbesparend zegt u. Kan u hier enkele voorbeelden van geven?

Dr. Bruno De Peuter: “Bij een mammografie wordt een beoordeling op een schaal toegekend en vanaf een bepaalde score zal de radioloog een punctie doen voor verder onderzoek. Hoe minder ervaren de radioloog, hoe vaker die een punctie zal nodig vinden, zeker op de grenswaarden. De AI daarentegen geeft steeds een duidelijke score met als gevolg dat er minder moet geprikt worden. Strikt genomen is dit kostenbesparend.”

“Hetzelfde met bijvoorbeeld de beoordeling van bruine huidvlekjes door een dermatoloog of het netvlies van een patiënt met diabetes door een oftalmoloog. Als het AI-resultaat negatief is, hoeft de patiënt strikt genomen niet bij de arts te komen. Waardoor deze arts enkel patiënten met positieve of randnormale AI-waardes moet zien. Onrechtstreeks zal AI in de gezondheidszorg mogelijks zo de schaarste op de arbeidsmarkt bij verpleegkundigen en artsen helpen opvangen.”

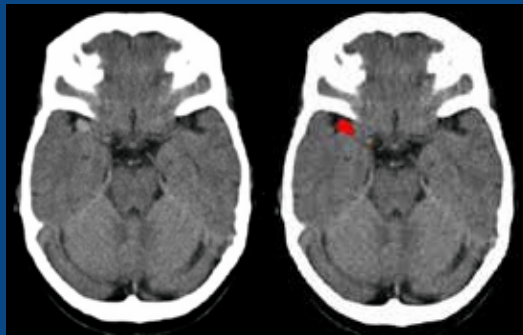
“Maar ik begrijp het standpunt van

collega's die hier nog niet voor open staan. Enkele jaren geleden dacht ik ook nog helemaal anders, zeker als ik de kosten hoorde die ermee gepaard gaan. Intussen is mijn standpunt veranderd. Systemen worden performanter en schaalvergroting, bvb. met collega's in andere ziekenhuizen, maakt het mogelijk om over de prijzen te onderhandelen. Bovendien hebben we als ZOL de ambitie om te innoveren in de zorg. Dat is vaak een lang traject met in de beginfase investeringen in tijd en middelen."

En de algoritmes bieden nog veel meer mogelijkheden, dit is slechts het begin?

Dr. Peter Thijs: "AI-algoritmes zullen in de toekomst in staat zijn verschillende soorten data in het 'ZOL-data-lake' te combineren waardoor we bepaalde outcomes kunnen verbeteren, preventief kunnen werken en patiënt-georiënteerde zorg kunnen uitbouwen."

"Dit wil zeggen dat bijkomende tools prognoses zullen kunnen maken voor de toekomst met behulp van informatie, data of beelden uit het elektronisch dossier van de patiënt. Rookt de patiënt, is er een voorgeschiedenis, is er sprake van erfelijke belasting... Op basis daarvan maakt de AI een risico-inschatting die helpt bepalen dat de ene patiënt binnen een half jaar moet terugkomen voor een controle en de andere pas na twee jaar." ■



Links is een CT beeld met een zichtbaar aneurysma. Het AI Algoritme duidt automatisch het aneurysma aan (rode kleur in het CT beeld rechts).

AI-programma voor opsporing van aneurysma's

Neuroradioloog prof. dr. Jan Vandevenne wil artificiële intelligentie (AI) inzetten om aneurysma's in de hersenen te detecteren. Op dit moment zit het project in de testfase, maar de resultaten zijn alvast bemoedigend. De AI-technologie werd ontwikkeld samen met de Belgische AI-pionier Robovision.

Tikkende tijdbom in de hersenen

"Een aneurysma is eigenlijk een tikkende tijdbom in de hersenen", legt prof. dr. Vandevenne uit. "Een bloeding uit een gescheurd aneurysma in de hersenen is in een derde van de gevallen dodelijk. Bij een ander derde houdt de patiënt er een blijvende handicap aan over."

"Een aneurysma kan opgespoord worden vooraleer het scheurt en door een interventionele radioloog of een neurochirurg onschadelijk gemaakt worden. Maar een bevolkingsonderzoek gebeurt er echter niet omdat de nodige medische beeldvorming complex en duur is en aneurysma's relatief weinig voorkomen."

Maar na een standaard CT-onderzoek omwille van bvb. een val wordt soms 'toevallig' ook een aneurysma ontdekt. Uit een studie met Universiteit Hasselt blijkt dat de helft van de aneurysma's zo door de radiologen ontdekt worden, wat levensreddend is voor veel, vaak jonge patiënten. Maar de andere aneurysma's worden dus niet opgepikt door het oog van de radioloog. Zo ontstond ons idee om een AI-toepassing te ontwikkelen in samenwerking met Robovision."

AI-algoritme getraind met bestaande beelden

De nieuwe software blijkt maar liefst 77% van alle aneurysma's op te sporen, en meer dan 90% van de grotere aneurysma's, die het hoogste risico op een scheur met bloeding inhouden. De verwachting is dat die scores nog hoger zullen liggen wanneer de technologie wordt getraind met meer gegevens.

"Tot nu toe hebben we uit een set van 750 aneurysma-patiënten ongeveer 120 bestaande CT-scans gebruikt, wat een te beperkte gegevensset is om de oplossing klinisch te valideren", verklaart prof. dr. Vandevenne. "De volgende stap is een groot aantal scans te verzamelen, samen met verschillende ziekenhuizen. Zo kunnen we het AI-algoritme optimaal trainen en concreet met de technologie aan de slag gaan."

Positieve impact

De bedoeling is om op termijn alle CT-scans op de achtergrond te laten checken door het algoritme. "Zo kan de radioloog een screening uitvoeren zonder dat patiënten een extra onderzoek moeten ondergaan en kunnen vele aneurysma's ontdekt worden voor ze schade aanrichten aan de patiënt."

Evoluties in de behandeling van benigne prostaathypertrofie

Benigne prostaathypertrofie (BPH) komt frequent voor. Naast de klassieke bipolaire transurethrale resectie van de prostaat (TURP) worden in ZOL sinds enige tijd nu ook de laser-enucleatie van de prostaat en de Rezum stoombehandeling aangeboden. Op de Wetenschappelijke Raad van 22 februari kan u terecht voor een uitgebreid en gedetailleerd overzicht van de behandeling van benigne prostaathypertrofie.

Benigne prostaathypertrofie (BPH) komt frequent voor. Het gemiddelde prostaatvolume neemt toe van ongeveer 25 gram op 50-jarige leeftijd tot een kleine 40 gram op 80-jarige leeftijd. Maar bij gelegenheid kan de prostaat fors grotere volumes aannemen. Hierbij kunnen plasklachten optreden, gaande van een slappere straalkracht en startproblemen, naar frequenter plassen overdag alsook 's nachts, tot urinaire retentie.

Als medicamenteuze behandelingen onvoldoende blijken, kan overgegaan worden tot een heelkundige behandeling. Historisch gezien was de transurethrale resectie van de prostaat de gouden standaard voor prostaatvolumes tot 100-120 gram. De grotere prostaatvolumes vormen nog steeds een

uitdaging waarbij vaak overgegaan werd (en nog steeds wordt) tot een open suprapubische prostatectomie. Hierbij wordt de prostaatklier via onderbuiksincisie ingesneden. Het adenoom wordt met de vinger losgemaakt en verwijderd, al dan niet via een blaasincisie.

Deze procedures kennen verschillende mogelijke complicaties, zoals hematurie, klonterretentie, urineweginfectie, urethrastrictuur of blaashalsclerose en zelden urinaire incontinentie. Er is bovendien steeds een droge zaadlozing als definitief gevolg van de procedure (zowel TURP als open prostatectomie) en ook erectiestoornissen worden soms gezien. Het is ook evident dat een open prostatectomie significant meer pijnklachten en wondproblemen geeft omwille van de grote incisie.

Met het oogpunt op het verminderen van deze complicatieratio's is, zeker de laatste decade, het spectrum van behandelingen voor BPH fors uitgebreid en veranderd. Gaande van laservaporisatie, naar laserenucleaties, stoominjectie, ...

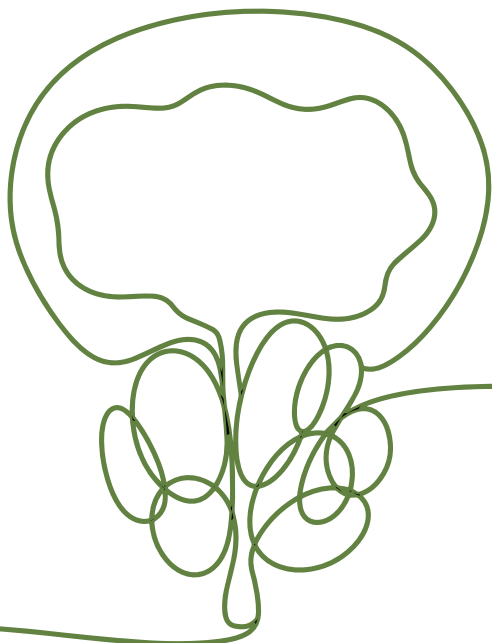
Naast de klassieke bipolaire TURP worden in ZOL nu ook de laser-enucleatie

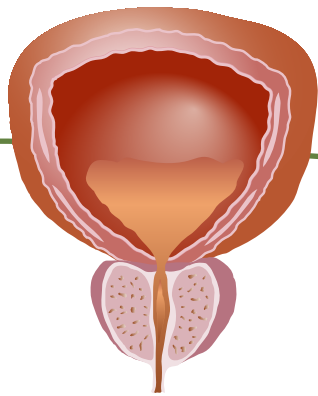
van de prostaat en de Rezum stoombehandeling aangeboden.

Sedert ruim een jaar voeren we de laser-enucleatie uit (Thulium Fiber Laser Enucleatie van de prostaat ofwel THUFLEP). De THUFLEP-behandeling kan de open prostatectomie quasi volledig vervangen. Hierbij wordt, via transurethrale weg, de prostaat met de laser ingesneden en worden de prostaatkwabben in één stuk van het kapsel losgemaakt. Deze kwabben komen in de blaas terecht en worden vervolgens versnipperd (gemorceleerd). Op deze manier kunnen prostaatvolumes tot 200 gram behandeld worden via transurethrale weg. Meestal (afhankelijk van de kleur van de urine) kan de blaassonde daags nadien al verwijderd worden en kan de patiënt diezelfde dag nog op ontslag. Een merkkelijk verschil met de open prostatectomie.

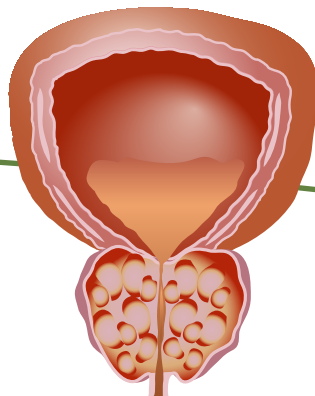
Deze procedure werd tot op heden meer dan 120 maal uitgevoerd.

Bovendien werd in oktober voor het eerst een Rezum stoombehandeling van de prostaat uitgevoerd. Het betreft een transurethrale minimaal inva-





normaal



prostaat met BPH



sieve behandeling, zeer kort van duur, waarbij in het prostaatadenoom stoom wordt geïnjecteerd met als doel de prostaatkwabben te doen krimpen en de straalkracht te verbeteren. Deze procedure zal op mictioneel vlak iets minder efficiënt zijn dan de TURP (het weefsel verschrompelt, maar wordt niet verwijderd zoals bij TURP). Er zijn echter grote voordelen, zo blijft de zaadlozing in 80% van de gevallen bewaard, is de kans op erectiestoornissen uiterst klein en is de kans op bloeding en klontretentie minimaal, waardoor onder meer eventuele bloedverdunners sneller herstard kunnen worden. Nadeel is dan weer dat de sonde gedurende minimaal een kleine week ter plaatse dient te blijven (ten gevolge van oedeem van de prostaatkwabben) en dat de eerste weken frequent een forse blaaspijking gezien wordt. Er is ook een significante meerkost voor de patiënt indien hij voor Rezum kiest.

Met het aanbieden van de laserenucleatie en de Rezum stoombehandeling kunnen we voor quasi alle patiënten een geschikte heelkundige behandeling voor BPH aanbieden. Zo is het transurethraal te behandelen

prostaatvolume nu beduidend groter dan voorheen. Anderzijds kunnen we aan goed geselecteerde en geïnformeerde patiënten, een minimaal invasieve en meer seksueel sparende procedure aanbieden. ■

Dr. Thomas de Sutter
Urologie



Voor een uitgebreid en gedetailleerd overzicht in de behandeling van benigne prostaathypertrofie heten wij u graag welkom op onze Wetenschappelijke Raad over BPH op 22/02/2023. Inschrijven kan via onderstaande QR-code.



“

“Met het aanbieden van de laserenucleatie en de Rezum stoombehandeling kunnen we voor quasi alle patiënten een geschikte heelkundige behandeling voor benigne prostaathypertrofie aanbieden.”

dr. Thomas De Sutter

“

“Ik droom van een ‘wereld zonder darmkanker’, maar met de vergrijzing van de bevolking en de ‘verjonging’ van darmkanker komt er een lawine van darmkankers op ons af. De klok tikt, het is eigenlijk al vijf na twaalf, er is geen tijd te verliezen.”

dr. Luc Colemont, vzw Stop
Darmkanker



dr. Luc Colemont
en dr. Christophe Severi

Stop darmkanker! Doe De Test!

Met de vergrijzing van de bevolking en de ‘verjonging’ van darmkanker komt er een lawine van darmkankers op ons af, zegt dr. Luc Colemont, maagdarmspecialist en Managing Director van de vzw Stop Darmkanker. Dr. Christophe Severi, gastro-enteroloog in ZOL, bevestigt dit. We zien het aantal darmkankers stijgen, zeker nu ook steeds meer jongere mensen de ziekte blijken te hebben. Hun boodschap is duidelijk: Het bevolkingsonderzoek werkt: Doe de Test!

“Dagelijks krijgen 25 Belgen te horen dat ze darmkanker hebben. Iedere dag sterven er in ons land 9 mensen aan de ziekte, dat zijn er bijna 300 per maand. En dat terwijl de overlevingskansen bij darmkanker, als de ziekte tenminste vroeg genoeg ontdekt wordt, méér dan 90 procent is”, zegt dr. Luc Colemont. Minister Hilde Crevits maakte zopas de cijfers van het Vlaams bevolkingsonderzoek voor de opsporing van darmkanker bekend. De teleurstelling was groot?

Dr. Colemont: “Voor de 2de maal sedert de start van het bevolkingsonderzoek 10 jaar geleden duikt het ‘deelname’-percentage onder de 50%. Dat wil dus zeggen dat méér mensen de test niet doen dan wel doen. Hopelijk krijgen ze er later geen spijt van. Het glas is zelfs niet meer halfvol. Op school betekent dat ‘gebuisd’. Doodjammer. Van 52,5 in 2021 naar 48,3% in 2022... dat is een daling met 10%! Dit is het laagste percentage ooit!

Waarom moeten we nog altijd campagne voeren tegen darmkanker?

Dr. Colemont: “Voorlichting speelt een cruciale rol bij de bestrijding van deze ziekte. Als je er op tijd bij bent, heb je nog 90 procent kans op genezing. Maar liefst 45% van de mensen bevindt zich bij diagnose al in stadium 3 of 4. Zij hebben al klieraantasting en uitzaai-

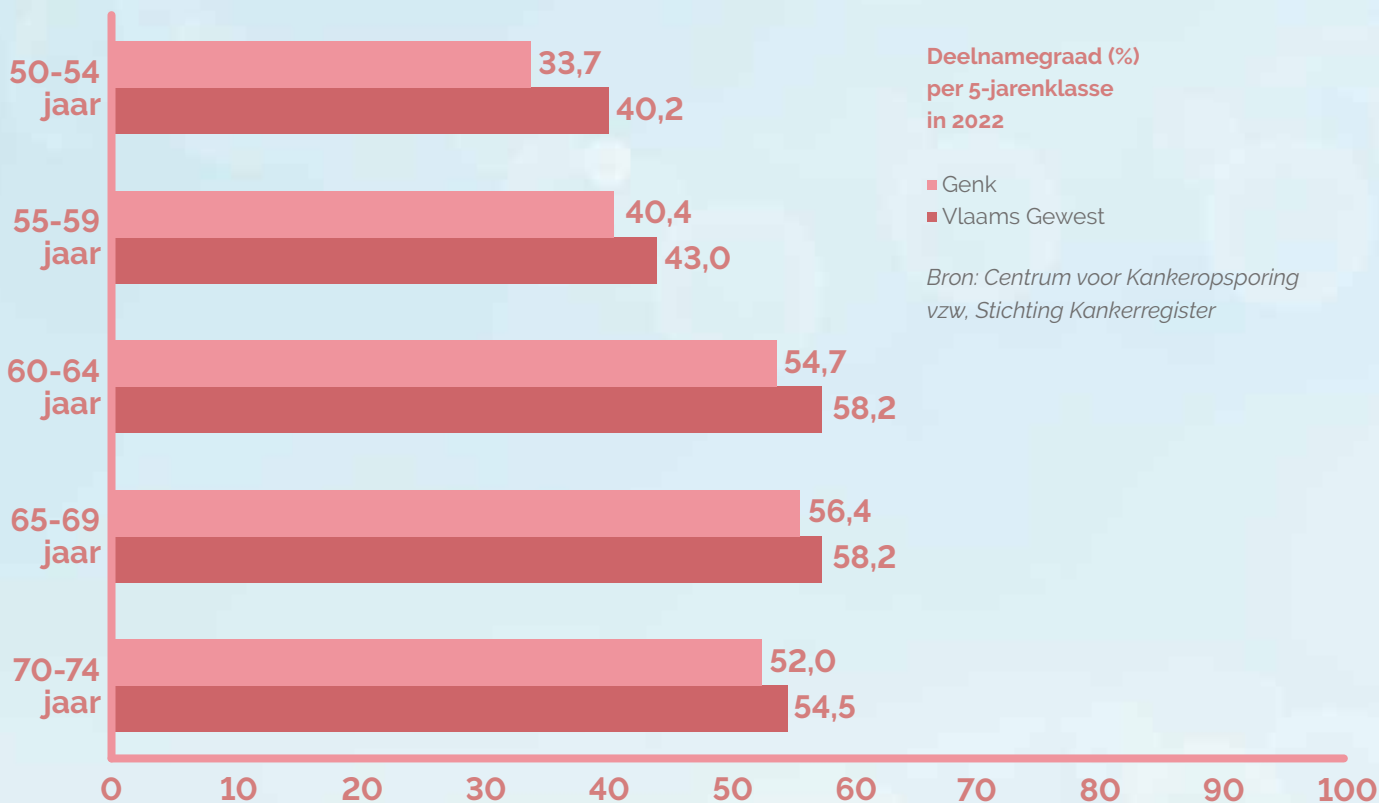
ingen en moeten een zware en dure behandeling ondergaan. Ze hebben minder kans op overleven, en ongetwijfeld veel meer leed voor hunzelf en hun familie”.

“Het bevolkingsonderzoek bestaat nu 10 jaar in Vlaanderen. Sinds de start is er ongeveer 30% minder darmkanker dan voorheen. Wat fantastisch nieuws is. We zien nu ook dat bijna 85% in de vroege fase ontdekt wordt. Het is duidelijk, het bevolkingsonderzoek werkt. Maar we moeten nog meer mensen in de vroege fase vinden.”

Het zijn Vlamingen van 50 tot 74 jaar die uitgenodigd worden voor het onderzoek. U pleit voor een verruiming van deze groep?

Dr. Colemont: “We mogen de oudere mensen ook niet in de kou laten staan. We mogen niet vergeten dat één derde van de mensen op het ogenblik van de diagnose ouder is dan 74.”

“We zien jammer genoeg ook meer jongeren met darmkanker. We weten nog altijd niet waarom. Dit is een heel complex, multifactorieel fenomeen. Ik pleit ervoor om iedereen vanaf 45 te laten screenen, zoals in de VS en zeer recent ook in Australië gebeurt. De Vlaamse overheid zegt dat ze de trend nog niet ziet in de cijfers van het Belgisch kankerregister. Maar waarom



Deelnamegraad (%)
per 5-jarenklasse
in 2022

■ Genk
■ Vlaams Gewest

Bron: Centrum voor Kankeropsporing
vzw, Stichting Kankerregister

daarop wachten? Het is een kwestie van tijd vooraleer we ook bij ons die cijfers zullen zien."

Zijn die cijfers dan echt zo onheilspellend?

Dr. Colemont: "Veel collega's-artsen maken zich zorgen en zien patiënten met darmkanker op hun dertigste of veertigste jaar. Dat wordt bevestigd door de talrijke reacties op sociale media als er jongere mensen met darmkanker in het nieuws komen. En als wij zelf iets posten over screening vanaf de leeftijd van 50, dan zit onze mailbox vol met reacties van mensen met darm-

kanker die zeggen dat ze jonger zijn."

Hoeveel levens kan het bevolkingsonderzoek vandaag redden?

Dr. Colemont: "Meer dan levens redden gaat het over de winst van gezonde levensjaren. We gaan allemaal dood. Maar ik sterf veel liever op mijn 88ste aan een hartinfarct dan op mijn 64ste aan een vermijdbare darmkanker. De winst in gezonde levensjaren kun je berekenen. En die is groot. Ook de kosten die bespaard worden zijn enorm. Van de drie bevolkingsonderzoeken is darmkankeronderzoek veruit het meest kosten-efficiënt ten opzichte van baarmoederhalskanker en borstkanker."

"Maar in België zit je met de typische problematiek. Preventie is een Vlaamse materie. En de winst - minder dure behandelingen en ingrepen bij vroegtijdige opsporing - is een cadeau voor de federale overheid. In Vlaanderen krijgen mensen thuis de test rechtstreeks opgestuurd. Dat geschenk van de overheid moet je met beide handen aannemen: doe-de-test!"

Preventie is het ordewoord?

Dr. Colemont: "Darmkanker komt in het nieuws als een Bekende Vlaming darmkanker heeft. Of als er nieuwe medicamenten op de markt

komen, zoals met immuuntherapie of bij heel gerichte therapiestudies. Maar die zijn vaak alleen bruikbaar bij een beperkt aantal patiënten. De beste behandeling is nog steeds vroegtijdige opsporing. Darmkanker kan enkel genezen worden met tijdig operatief ingrijpen."

"Ik ben blij dat de jongere generatie er meer en meer zo over denkt. Dat merken we in de reacties die we krijgen. Want ik heb een periode alleen in de woestijn gepreekt."

Wat zie u als jonge arts in de kliniek?

Dr. Severi: "Wij zien inderdaad de resultaten van het bevolkingsonderzoek. We nemen veel poliepen weg, die daardoor geen kans krijgen om tot darmkanker uit te groeien. Maar we zien jammer genoeg ook nog altijd veel darmkanker."

"Door de vergrijzing stijgt het aantal ouderen met darmkanker, maar we zien ook steeds meer jongere gevallen. Waar vroeger een 50-jarige als een zeldzame casus werd gezien, is dat nu niet meer zo uitzonderlijk. Het aantal dertigers en veertigers met darmkanker begint te stijgen."

Vindt u ook dat het bevolkingsonderzoek moet uitgebreid worden?

Dr. Severi: "Het is vreemd dat het bevol-

“

"Wij zien inderdaad de resultaten van het bevolkingsonderzoek. We nemen veel poliepen weg, die daardoor geen kans krijgen om tot darmkanker uit te groeien. Maar we zien jammer genoeg ook nog altijd veel darmkanker."

dr. Christoph Severi,
gastro-enteroloog

kingsonderzoek op 74 jaar stopt omdat de rest van de geneeskunde daar niet stopt. Bevolkingsonderzoek tussen de leeftijden van 50 tot 74 moet absoluut aangemoedigd worden. We weten namelijk dat fitte ouderen zeker baat hebben bij heelkundige of andere behandelingen, zelfs chemotherapie. Wij verwijzen zeker nog mensen van 85 jaar naar de chirurg, omdat we hen zo een kwalitatief langer leven kunnen geven."

Dr. Colemont: "Iemand van 77 jaar kan nog een hele actieve senior zijn. Met een stoelgangonderzoek bij de huisarts, een zelftest bij de apotheker, een coloscopie bij de collega's, kan deze persoon misschien op 81 jaar die kanker vermijden. Bij jongeren weten we niet goed wat de rol is van levensstijl of van darmflora. Maar we moeten niet wachten tot we die cijfers zien, we moeten nu ingrijpen."

Waar gebeurt dat al?

Dr. Colemont: "Ik ken bedrijven die hun personeel vanaf 45 jaar een test aanbieden. Dat is de 'way to go'. Ik overtuigde bijvoorbeeld Audi 7 jaar geleden om hun personeel vanaf 45 jaar een gratis test aan te bieden. Na drie weken meldde de bedrijfsarts me dat ze een 48-jarige werknemer naar de kliniek hadden gestuurd voor een coloscopie. Bleek dat hij in stadium 1 zat. Na vijf dagen was hij terug thuis, en een paar weken later ging hij opnieuw aan het werk. Iedereen blij. Intussen heb ik veel van die Audi-verhalen gehoord. Daarom raad ik de overheid aan om de richtlijnen te veranderen."

Zijn de mensen slecht geïnformeerd?

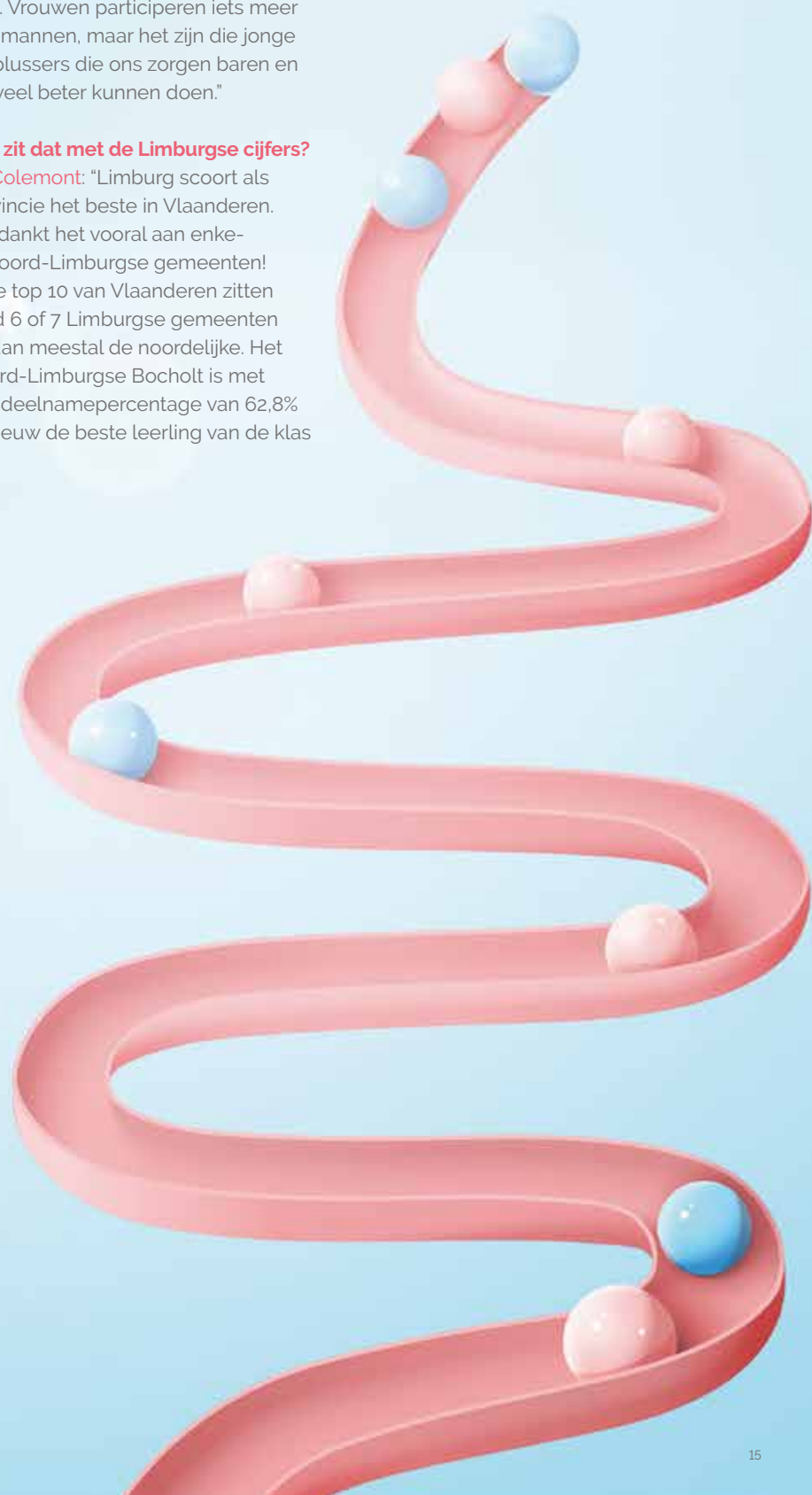
Dr. Severi: "De test is gekend. Mensen beseffen het nut ervan. Maar er bestaat een zekere terughoudendheid. Niet bij mensen die iemand met darmkanker kennen. Wel bij mensen zonder medische problemen. Zij zeggen: ik heb geen klachten, ik ben gezond, ik neem geen medicatie, mijn bloedonderzoek is normaal... Ze beseffen niet dat darmkanker een stille ziekte is, een sluipmoordenaar. De klachten komen vaak pas in een gevorderd stadium."

Over welke groep gaat het?

Dr. Colemont: "Uit de gegevens die we hebben - op Vlaams of gemeentelijk niveau - blijkt de groep die het minst screent die tussen 50 en 54 jaar te zijn. In Vlaanderen gaat het om amper 40% participatie. Bij de gepensioneerden, 65-69'ers, gaat het om bijna 60%. Vrouwen participeren iets meer dan mannen, maar het zijn die jonge 50-plussers die ons zorgen baren en die veel beter kunnen doen."

Hoe zit dat met de Limburgse cijfers?

Dr. Colemont: "Limburg scoort als provincie het beste in Vlaanderen. Dat dankt het vooral aan enkele Noord-Limburgse gemeenten! In de top 10 van Vlaanderen zitten altijd 6 of 7 Limburgse gemeenten en dan meestal de noordelijke. Het Noord-Limburgse Bocholt is met een deelnamepercentage van 62,8% opnieuw de beste leerling van de klas"





in Vlaanderen. Zij bewijzen, samen met Pelt, Retie, Oud-Turnhout en Kasterlee dat de kaap van 60% deelname wel te overschrijden is. Minder goed is de situatie in grotere steden als Genk, Hasselt en zeker Antwerpen. Dat heeft met het multiculturele karakter te maken. Want taal speelt hierbij een heel belangrijke rol. De uitleg bij de test is enkel in het Nederlands."

Speelt ook de schrik voor het onderzoek na een positieve test een rol?

Dr. Severi: "Mensen hebben vaak een verkeerd beeld van een coloscopie. Ze vrezen dat het heel pijnlijk of gênant is omdat er een camera via de poep in de darm gaat. Het is geen plezant onderzoek, maar het is zeker ook niet erg. De toestellen van nu zijn veel meer flexibel en patiëntvriendelijker dan vroeger. De meeste gehoorde reactie achteraf is vaak: 'oh, was dit het maar?'"

“

"De klassieke coloscopie blijft de gouden standaard voor het opsporen en behandelen van darmkanker en poliepen omdat je een diagnostisch en een therapeutisch onderzoek tegelijk hebt."

dr. Christoph Severi

"Ons advies: als het vermoeden bestaat dat er een poliep is, dan moet er een coloscopie gebeuren. De klassieke coloscopie blijft de gouden standaard voor het opsporen en behandelen van darmkanker en poliepen omdat je een diagnostisch en een therapeutisch onderzoek tegelijk hebt."

Het lijkt haast een fluitje van een cent?

Dr. Colemont: "Amerikaanse collega's zeggen dat het moeilijkste aan een coloscopie dit is: een taxi vinden om je terug naar huis te brengen. Ik heb vaak patiënten gehad, die me na het onderzoek vroegen wanneer ik eraan ging beginnen? Het was voorbij voor ze het wisten."

"En ja, soms zijn er complicaties. Er kan een bloeding zijn bij het wegnemen van een poliep. Maar die kunnen we bijna altijd stoppen tijdens het onderzoek. Perforaties komen gelukkig zelden voor. Ernstige complicaties zijn uiterst uitzonderlijk. We hebben immers zeer goede gastro-enterologen, en toppers van endoscopisten. De potentiële voordelen wegen enorm op tegen de mogelijke nadelen. Laat daar geen twijfel over bestaan. Talrijke studies hebben dit ondertussen ook duidelijk aangetoond."

Met dank aan een Limburger zegt u?

Dr. Colemont: "Toenmalig Vlaams minister Jo Vandeurzen heeft inderdaad het bevolkingsonderzoek gelanceerd. Hij bevestigde in onze podcast dat dit de beste investering is die hij ooit heeft gedaan op vlak van gezondheidszorg. Hij vertelde me nog niet zo lang geleden dat er in Genk een koppel naar hem toekwam om hem te bedanken. Ze zeiden dat hij hun leven had gered. Beiden hadden ze zo'n test gedaan. En bij beiden was er een beginnende darmkanker gevonden. Mensen die je op straat bedanken, dat gebeurt niet vaak, zeker in deze tijden." ■



HET HAVIKSOOG

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

Patiënten met een beroerte kunnen in aanmerking komen voor een trombectomie, indien ze aan bepaalde voorwaarden voldoen. Tijdens een trombectomie wordt de bloedklonter die het herseninfarct veroorzaakt, via een katheter vanuit de lies verwijderd door de interventioneel radioloog. Patiënten worden tijdens deze procedure volledig in slaap gebracht. Het correcte anesthesiologisch beleid tijdens trombectomies blijft nog een punt van discussie. In deze studie onderzochten we de invloed van de bloeddruk en het type anestheticum tijdens trombectomies op de functionele uitkomst en mortaliteit van patiënten met een beroerte na 3 maanden in het ZOL Genk.

Het percentage patiënten met een goed functioneel resultaat na 3 maanden (mRS 0-2) was hoger bij patiënten die geen lage bloeddruk hadden, in vergelijking met patiënten die dit wel hadden (44% (n=27) versus 24% (n=8), p<0,05) en dit na correctie voor leeftijd, ernst van beroerte en functionele status vóór het beroerte. Ook de mortaliteit na 90 dagen is lager bij patiënten met een adequate bloeddruk tijdens de trombectomie, in vergelijking met patiënten die een lage bloeddruk hadden (21% (n=13) versus 43% (n=15), (p=0,02).

Besluit

Patiënten die op enig moment een lage bloeddruk hebben tijdens de trombectomie onder algemene anesthesie, hebben een slechtere neurologische functionaliteit in vergelijking met patiënten die geen lage bloeddruk hebben tijdens de ingreep. Het optimale anestheticum voor mechanische trombectomies wordt best prospectief onderzocht in multicentrisch onderzoek.

Deze studie was de start van verdere internationale wetenschappelijke samenwerking. ZOL Genk is, onder leiding van prof. dr. Dieter Mesotten, het nationaal coördinerend centrum van de ARCTIC-I, een Europese, multicentrische studie met oog op verdere optimalisatie van anesthesiologische zorg tijdens beroertes. ■

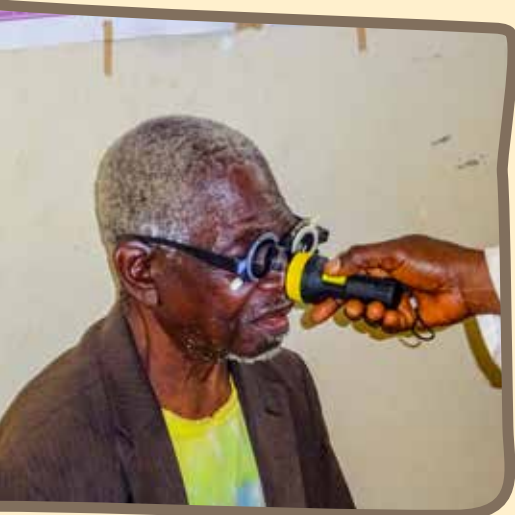
Dr. Sofie Ordies
Anesthesist, Fellow
Urgentiegeneeskunde

Prof. Dr. Dieter Mesotten
Anesthesist, Intensivist, Urgentist



Oktober 2023, Acta neurologica Belgica, DOI: 10.1007/s13760-023-02399-4

VOOR EEN BEREIKBARE EN KWALITEITSVOLLE GEZONDHEIDSZORG



ZOL levert sinds 2003 structurele hulp aan haar partnerziekenhuis in Bokonzi, Congo. Op deze manier wil ZOL een steentje bijdragen om de gezondheidszorg voor mensen in ontwikkelingsgebied mee te helpen uitbouwen. De ondersteuning is opgezet in samenwerking met de ngo Memisa binnen het programma 'Ziekenhuis voor Ziekenhuis'.

De streek van Bokonzi ligt in het midden van het Evenaarswoud in het Noordwesten van de Democratische Republiek Congo. De plaatselijke bevolking blijft er nog steeds verstoken van basisinfrastructuur zoals berijdbare wegen, drinkbaar water, elektriciteit. Zij leeft van landbouw, visvangst en kleinhandel.

Voor basisgezondheidszorg kan de bevolking terecht in het ziekenhuis van Bokonzi en de bijhorende gezondheidscentra die verspreid zijn over het hele gebied. Het ziekenhuis werd opgericht in 1982 door de Missionarissen van Scheut met gewezen ZOL-arts Guy Coppens als eerste arts ooit in een streek vergelijkbaar qua oppervlakte met twee Belgische provincies. In het laatste decennium van de vorige eeuw, waarin Congo geteisterd werd door oorlogen en geweld, raakte de medische infrastructuur in Bokonzi ernstig ontwricht en woedde er een epidemie van de dodelijke slaapziekte. Kinder- en moedersterfte scheerden hoge toppen. Memisa België bood noodhulp. Om de heropbouw van structurele gezondheidszorg te ondersteunen namen de lokale bestuurders opnieuw contact op met dr. Guy Coppens, die intussen werkte als klinisch microbioloog in ZOL. In overleg met Memisa ontstond het idee om een partnerschap op te starten tussen ZOL Genk en Ziekenhuis Bokonzi.

Een delegatie reisde in november 2003 naar Bokonzi om de noden te identificeren van zowel het "Hôpital Général de Référence" als de 'Zone de Santé'. Met lokale bestuurders, de medische ploeg en de bevolking werd overlegd hoe ZOL zich in de toekomst kan engageren. Memisa vormde hierbij de brug tussen Zuid en Noord. Het eerste initiatief 'Ziekenhuis voor Ziekenhuis' werd geboren.

Het partnerschap werd concreet dankzij de jaarlijkse structurele financiële bijdrage van ZOL en de talrijke steunactiviteiten gestuurd door een enthousiaste werkgroep. Ondertussen werden in Bokonzi bergen verzet om de gezondheidsinfrastructuur in moeilijke omstandigheden uit te bouwen en kwalitatief te verbeteren.

Lieve P, Hilde B., Karla B., Hilde P. en Ellen M., die allen in ZOL werken, bezochten Bokonzi op inleefreis. Zij werden er warm en gastvrij onthaald, smeedden er vriendschapsbanden maar werden ook geconfronteerd met schrijnende toestanden. Zij blijven zich inzetten in de werkgroep en hebben zich in al die jaren geprofileerd als echte ambassadeurs van het project.

In november 2023 bestond het partnerschap 20 jaar. We kunnen terugblikken



op een geslaagd engagement van ZOL om basisgezondheidszorg voor meer dan 280.000 mensen in Bokonzi te helpen realiseren.

Meerjarenprogramma's

Tijdens de voorbije 20 jaar werden 5 meerjarenprogramma's gerealiseerd. Het zesde is nu aan de gang. Een meerjarenprogramma wordt beheerd door Memisa. Hierbij voorziet ZOL circa 20% van het budget, de overige 80% wordt gefinancierd door de Belgische overheid via de Directie-Generaal Ontwikkelingssamenwerking (DGD) (in cijfers: 1.427.985 euro DGD + 358.550 euro ZOL = 1.786.535 euro).

Daarnaast financierde ZOL ook projecten die buiten het meerjarenprogramma vielen voor een bedrag van 386.605 euro. Ook Memisa droeg bij met eigen financiering voor een bedrag van 18.865 euro.

In totaal werd dankzij het partnerschap Bokonzi-ZOL in de voorbije 20 jaar 2.192.005 euro financiering voorzien, waarvan 745.155 euro ZOL-bijdrage (34%).

Deze fondsen beogen bij te dragen tot een bereikbare (geografisch en financieel) en kwaliteitsvolle gezondheidszorg voor iedereen in de gezondheidszone van Bokonzi.



Meer beelden over het partnerschap ZOL-Bokonzi kan u zien op de reizende tentoonstelling 20 jaar Bokonzi

"ONS PROJECT IS EEN ECHT SUCCESVERHAAL"

Hoe kijkt u terug op de voorbije 20 jaar?

Dr. Guy Coppens: "Vaak wordt mij gevraagd of onze inspanningen niet vergeefs waren, een druppel op een hete plaat. In de praktijk zie je dat er een fundamenteel verschil is tussen 'iets' en 'niets'. Onze samenwerking heeft in de gezondheidszone Bokonzi een impact gerealiseerd. We hebben basisgezondheidszorg toegankelijk gemaakt voor 280.000 mensen in een gebied dat zelfs naar Congolese maatstaven als onbereikbaar wordt beschouwd. We konden niet alleen een ziekenhuis, maar ook verschillende gezondheidscentra oprichten. Waar de bevolking vroeger 80 tot 120 kilometer in moeilijke omstandigheden moest afleggen om een arts of een verpleegkundige te zien, is dat nu nog 10 tot 20 kilometer. We hebben de kwaliteit van de zorg kunnen verbeteren met betere scholing, betere

infrastructuur en met hygiënemaatregelen. De beschikbare middelen voor gezondheidszorg zijn erg gering vergeleken met Belgische standaarden, maar het belang ervan is groot in gebied waar de medische uitdagingen heel andere proporties aannemen dan bij ons."

Hoe evalueert u de gerealiseerde projecten in de afgelopen 20 jaar?

Dr. Guy Coppens: "Als je oplist wat er in die twintig jaar allemaal gerealiseerd is, ja, dan noem ik dat een echt succesverhaal. Ook omdat ik de context heel goed ken en weet van waar we komen. Ons doel was altijd om een zelfvoorzienend systeem voor gezondheidszorg in de regio te ontwikkelen dat onafhankelijk kan functioneren van externe hulp. Dit is een bron van frustratie, aangezien zo'n systeem ook sterk afhankelijk is van de structuren binnen de landsorgani-

satie. Het is cruciaal dat de Congolese overheid stappen zet naar zelfstandige financiering van hun gezondheidszorg, zodat het merendeel van de fondsen nationaal gegenereerd wordt en er slechts een fractie van internationale donoren moet komen. De lokale overheid regelt weliswaar de zorg en benoemt zorgverleners, maar als deze mensen moeten betaald worden, blijven ze achter. We zijn vragende partij voor een efficiënt personeelsbeleid maar zijn misschien ook wel het slachtoffer van ons eigen succes. De overheid ziet dat het in Bokonzi goed draait."

Wat is de impact geweest op de lokale bevolking?

Dr. Guy Coppens: "Neem Bonyange, een afgelegen gebied waar we een gezondheidscentrum hebben opgezet. Hier worden levensreddende operaties,

DE BELANGRIJKSTE GEBEURTENISSEN IN BOKONZI IN DE AFGELOPEN 20 JAAR

2005:

Partnerschap werpt eerste vruchten af met uitrusting medische diensten in Bokonzi



2007:

Grondige renovatie ziekenhuis Bokonzi



2009:

Inleefreis collega's Lieve Pulinx en Hilde Boyen



2009:

Een lokale militie zaait dood en vernieling in het westen van de gezondheidszone. Het ziekenhuis van Bokonzi vangt duizenden gewonden en zieken op



2012:

Medische goederen uit eerste ZOL-container komen toe



2003:

ZOL delegatie reist naar Bokonzi en start partnerschap Bokonzi-ZOL op in overleg met ziekenhuisdirectie Bokonzi, plaatselijke vertegenwoordiger MEMISA en het Bisdom



2006:

Opstart 'ziekenfonds' door plaatselijke vzw IPR + opstart samenwerking met lokale vzw voor technisch onderhoud ziekenhuis

2010:

MEMISA biedt noodhulp voor Bokonzi



2012:

Inleefreis collega's Karla Briers en Lieve Pulinx



zoals keizersnedes, uitgevoerd. Vroeger moest een zwangere zich hiervoor verplaatsen naar het ziekenhuis, één dagreis verder. Dit was natuurlijk niet mogelijk, met alle gevolgen van dien. Met een beperkt budget hebben we aanzienlijk bijgedragen aan de lokale gezondheidszorg. Dit is ook te danken aan de langdurige steun van ZOL. Vaccinaties toedienen, de distributie ervan via koelboxen en fietsen, en de inzet van gekwalificeerd personeel zijn slechts enkele voorbeelden van onze inspanningen. De kwaliteit van de opleiding blijft een punt van aandacht in heel Congo. We bevorderen zowel lokale trainingen als studiebeurzen voor onderwijs ver weg van huis."

Wat is de rol van ZOL geweest in dit proces?

Dr. Guy Coppens: "De bijdrage van ZOL

en de ruim 630 donateurs in de afgelopen twee decennia is van onschatbare waarde. Ook de acties van onze zeer geëngageerde werkgroep in de loop der jaren hebben heel wat opgeleverd. Denk aan de tweedehandsboekenbeurs die we twee keer per jaar in ZOL organiseren. Dankzij de inzet van talloze vrijwilligers en sympathisanten is de beurs een enorm succes en een belangrijke bron van inkomsten voor onze projecten. Dit jaar brachten ze 10.000 euro op die we konden investeren in infrastructuur voor de kinderafdeling. We hebben in de afgelopen jaren heel wat acties opgezet, dingen verkocht, lezingen georganiseerd, samenwerkingen gerealiseerd... Ik bedank iedere donateur en sympathisant dan ook van harte."



“
 “We hebben basisgezondheidszorg toegankelijk gemaakt voor 280.000 mensen in een gebied dat zelfs naar Congolese maatstaven als onbereikbaar wordt beschouwd.”
 dr. Guy Coppens

<p>2013: Opstarten grootschalige campagne tegen moedersterfte</p> 	<p>2015-2017: Herinrichting en herstructurering van ziekenhuis Bokonzi</p> 	<p>2019: Overstromingen teisteren het westen van gezondheidszone Bokonzi</p> 	<p>2020: Aankomst goederen uit tweede ZOL-container</p> 	<p>2020: Inleefreis Ellen Meers en Hilde Peters</p> 	<p>2023: Aandacht kindzorg met nieuwbouw kinderafdeling en ondervoedingsprogramma</p> 
<p>2014: opstand in Bokonzi: een deel van het ziekenhuis wordt geplunderd</p> 	<p>2017: Start grondige renovaties van gezondheidscentra in gezondheidszone Bokonzi tegen moedersterfte</p> 	<p>2020-2022: COVID-19 pandemie: Bokonzi blijft gespaard maar ondervindt negatieve effecten van de maatregelen (ondervoeding, ondergebruik van medische voorzieningen)</p> 			



V.l.n.r. Dirk Houben, Peter
Lambrechts, dr. Isabelle Remels,
dr. Xavier Willaert, Chantal
Desticker, Immanuel Peters



Een duurzaam ziekenhuis voor een gezonde toekomst

De impact van de gezondheidszorg op klimaatopwarming is groot. Zeker vanuit het operatiekwartier kunnen we onze duurzaamheid verbeteren, dacht anesthesist in opleiding dr. Isabelle Remels. Ze lanceerde het idee en vond medestanders bij haar collega's maar ook bij de ondersteunende diensten en het management. In onze aanpak richten we ons in eerste instantie op het verminderen van de afvalproductie, het verminderen van schadelijke anesthesiegassen en op energievoorziening.



“

“Per dag sorteren we nu 12 tot 15 kilogram aan PMD, voor die vier operatiezalen alleen. Dit is echt wel een significante hoeveelheid en een enorm volume, als je weet dat PMD een licht product is.”

dr. Isabelle Remels



“

“We zijn op zoek naar afvalophalers of afvalverwerkende bedrijven die onze afvalstromen verder kunnen sorteren, maar we merken dat de markt hier nog niet helemaal klaar voor is.”

Dirk Houben

Hoe zijn jullie van start gegaan?

Dr. Isabelle Remels: “We zijn ons piloot-project gestart met het verbeteren van de afvalsortering in de vier operatiezalen van orthopedie in Genk, waar veel patiënten in de voorbereiding al in het operatiekwartier gezien worden en waar veel loco-regionale anesthesie gebeurt. Dit in samenwerking met de medewerkers van Afvalbeheer Dirk Houben en Immanuel Peters die ons hier zeer goed in begeleid hebben.”

Dr. Xavier Willaert, anesthesist: “Het gedeelte afval dat in de nieuwe aanpak gesorteerd wordt, is toch wel substantieel veranderd. Het resultaat was zeer succesvol, temeer omdat de verpleegkundigen, die hier al lang vragende partij voor waren, echt wel de inspanning leveren.”

Dr. Isabelle Remels: “Vroeger ging alles wat risicohoudend was in een gele ton en alles wat niet-ri-sicohoudend was in een blauwe zak. Dit alles werd verbrand op een hoge temperatuur, wat heel schadelijk is voor het milieu. De wetgeving legt ziekenhuizen op om het risico-houdend medisch afval te verbranden maar in de andere stroom kunnen het PMD-afval, het papier en het karton perfect uitgesorteerd worden. Hier hebben we in de operatiezalen een aparte afvalstroom voor gecreëerd.”

“Per dag sorteren we nu 12 tot 15 kilogram aan PMD, voor die vier operatiezalen alleen. Dit is echt wel een significante hoeveelheid en een enorm volume, als je weet dat PMD een licht product is.”

Immanuel Peters: “De medewerkers van afvalverwijdering en schoonmaak hebben veel inspanningen geleverd om al het ingezamelde afval te wegen. Er werd eerst een nulmeting gedaan van het ingezamelde afval in de vier zalen om de gewichten per afvalstroom in kaart te brengen. Nadat het sorteren van start ging, zijn er nog verschillende meetmomenten geweest. Op deze manier kregen we een goed beeld van het verschil dat er gecreëerd is door de omschakeling.”

“Hoofdverpleegkundige Peter Lambigts heeft ook een essentiële rol gespeeld in dit project. Mede dankzij Peter kon er kort op de bal gespeeld worden en werden kinderziektes snel

verholpen. Indien er stoffen tussen het PMD-afval zaten, deed hij het nodige om de juiste mensen te sensibiliseren.”

Hoe ging dat praktisch in zijn werk?

Dr. Isabelle Remels: “Het was een beetje zoeken in het begin. Door de mensen van Afvalbeheer werden hier extra recipiënten voor geplaatst in de zalen. Dit was niet altijd evident in de beschikbare ruimte. Er werd ook opleiding voorzien vanuit de dienst Preventie. Welk afval moet in welke recipiënt? Daarbij bestaan veel verpakkingen uit karton en plastic samen en deze op de juiste manier van elkaar scheiden is belangrijk.”

Wat is de verdere planning?

Dr. Xavier Willaert: “We willen dit project doortrekken naar alle diensten waar anesthesisten komen. Inmiddels zijn we ook gestart met het sorteren van de verschillende afvalstromen binnen onze dienst Intensieve Zorgen. We plannen in een volgende fase de verdere uitrol naar de andere kritieke diensten zoals de Spoedgevallen en het Multidisciplinair Pijncentrum, maar eerst willen we de andere operatiezalen in het operatiekwartier van campus Sint-Jan verder aanpakken. Want als vier operatiezalen ongeveer 12 kg PMD op één dag opleveren, dan zijn we benieuwd naar de opbrengst van de overige 14 zalen.”

Zal dit project nog verder uitgerold worden in het ziekenhuis?

Immanuel Peters, werkcoördinator Schoonmaak: “We hopen dat we tegen afzienbare tijd ook andere afvalmaterialen uit het operatiekwartier kunnen uitsorteren. Voor afval zoals PMD is sorteren geen probleem. Maar voor bijvoorbeeld de afdekmaterialen en steriele sets uit het operatiekwartier zijn er nog geen oplossingen.”

Dirk Houben, diensthoofd Hoteldiensten: “We zijn inderdaad op zoek naar afvalophalers of afvalverwerkende bedrijven die onze afvalstromen verder kunnen sorteren, maar we merken dat de markt hier nog niet helemaal klaar voor is. In die context is dit tot nu toe wel een project met bepaalde moeilijkheidsgraad. Maar we geloven hier zelf heel hard in. We hopen met onze partners tot goede oplossingen te komen zodat we de gescheiden op-haling verder kunnen uitrollen in heel het ziekenhuis.”

Gaat er ook een ander aankoopbeleid komen? Rond disposables bijvoorbeeld, die voor een groot deel van het afval uit een operatiekwartier zorgen?

Dr. Xavier Willaert: "Dat is in deze fase nog niet mogelijk. De reden daarvoor is dat de industrie nauwelijks alternatieven aanbiedt of een grote meerprijs vraagt voor op maat gemaakte sets. Bovendien worden materialen op grote schaal met andere ziekenhuizen samen aangekocht om betere prijzen te kunnen bedingen, dus op korte termijn en op ons niveau is het moeilijk om hier het tij te keren. Ook de overheid heeft hier een rol in te spelen. Vanuit de overheid wordt er eigenlijk geen enkele incentive gegeven om groener te gaan werken."

"Sinds de COVID-pandemie zijn er bovendien veel disposables extra bijgekomen. Mede hierdoor viel ons op hoeveel afval we dagdagelijks produceren."

Jullie hebben nog meer initiatieven genomen?

Dr. Isabelle Remels: "Er zijn in het operatiekwartier echt heel veel mensen die elke dag een mutsje nodig hebben. En dat moet om hygiënische redenen elke dag een nieuw mutsje zijn. Daarom hebben we aan de directie voorgesteld om stoffen mutsen aan te kopen. Uit studies blijkt dat die mutsen niet alleen milieuvriendelijker zijn maar ze bieden ook een betere bescherming tegen transmissie van de bacteriën en virussen van zorgverlener naar patiënt."

"Het is nodig dat de mutsen in het ziekenhuis gewassen worden, om de CO₂-uitstoot maximaal te beperken. Anders creëer je via het transport weer een extra belasting. We zijn bijna rond met de praktische dingen om dit mogelijk te maken. Binnenkort zullen de mutsen in gebruik genomen worden."

"Intussen zijn we ook aan het zoeken naar alternatieven voor de wegwerpjasjes die nu in de operatiezalen gedragen worden."

Ook in het medisch beleid hebben jullie wat aanpassingen doorgevoerd?

Dr. Isabelle Remels: "Tweede onderdeel van ons initiatief is het verminderen van de inhalatiegassen die we gebruiken voor onze anesthesie. Dat zijn de gassen die we de patiënten laten inademen om in slaap te blijven.

Die gassen zijn belastend voor het milieu en voornamelijk lachgas, een oud medisch gas, is erg vervuwend."

"We hebben daarom in een aantal operatiezalen de lachgaskraan dichtgedraaid. En dan zagen we dat we er wel zonder kunnen. Er is nu recent beslist om het gebruik van lachgas in alle zalen stop te zetten. Lachgas is een goedkoop en heel gemakkelijk product dat heel snel in- en uitwast en ook pijnstillende effecten heeft. Maar het is zo belastend voor het milieu dat het gebruik eigenlijk niet meer te verantwoorden is. Zeker omdat er ook goede alternatieven bestaan."

"Daarnaast zijn we overgestapt op low-flow anesthesie. Vroeger werd een groot deel van het gas dat we aan een patiënt gaven direct opnieuw uitgeademd. Door onze techniek aan te passen en het uitgeademde gas op te vangen en opnieuw te laten inademen kunnen we de flow die in en uit de patiënt gaat lager maken, zonder dat dit enig nadeel heeft voor de anesthesie. We bekomen dus met een mindere hoeveelheid gas hetzelfde effect door spaarzamer te zijn."

Ook om de energievoorziening in het operatiekwartier duurzamer te maken, hebben jullie wel wat ambities?

Dr. Xavier Willaert: "Ik denk dat we in het afgelopen jaar toch al heel wat in beweging hebben kunnen brengen. En we hopen dat we hiermee ook anderen kunnen inspireren. Maar we hebben nog verdere dromen. Inderdaad vooral ook op het vlak van energievoorziening omdat we daar een groot verschil kunnen maken. Idealiter plaatsen we het dak van het ziekenhuis vol zonnepanelen maar deze investering is immens. Het plaatsen van een windmolen in de achtertuin van het ZOL zou ook een goede optie zijn, doch de stad Genk is hier geen grote fan van."

Dr. Isabelle Remels: "Vandaar dat we gevraagd hebben om mee betrokken te worden bij de bouw van het nieuwe operatiekwartier. Het is echt wel fijn dat de directie de noodzaak inziet van duurzaam werken en onze initiatieven wil steunen. Ook Immanuel Peters en Dirk Houben hebben hier fantastisch werk geleverd om dit project te doen slagen. En laat ons bovenal de verpleegkundigen die goed sorteren niet vergeten!" ■



“

"Sinds de COVID-pandemie zijn er veel disposables extra bijgekomen. Mede hierdoor viel ons op hoeveel afval we dagdagelijks produceren."

dr. Xavier Willaert



“

"We hopen dat we tegen afzienbare tijd ook andere afvalmaterialen uit het operatiekwartier kunnen uitsorteren."

Immanuel Peters

Visie: van palliatieve sedatie naar palliatieve comfortzorg

Het begrip ‘palliatieve sedatie’ is een goed ingeburgerd begrip. Het wordt omschreven als het opzettelijk verlagen van het bewustzijn in de laatste levensfase, met als doel het lijden van de patiënt te verlichten, wanneer andere maatregelen niet of onvoldoende helpen.

Er is echter een discrepantie tussen het gebruik van het woord sedatie, wat enkel bewustzijnsverlaging beoogt en geen pijnstilling en anderzijds de klachten waarvoor palliatieve sedatie wordt gestart (kortademigheid, pijn, agitatie, delirium...). Krachtige pijnstillers zoals morfine kunnen ook het bewustzijn verlagen. Maar is bewustzijnsdaling door morfine palliatieve sedatie?

Ervaring leert dat zowel in ziekenhuizen als in huisartsenpraktijken, als in woonzorgcentra, het begrip ‘laatste levensfase’ leidt tot onzekerheid over wanneer welke medicatie mag gestart worden en in welke dosering. Artsen voelen zich soms onzeker en hebben angst voor discussies met de familie en in het ergste geval eventuele juridische gevolgen bij blijvende onenigheid. Dit kan leiden tot onderdosering van medicatie zoals pijnmedicatie, het niet afbouwen of niet stopzetten van zinloze behandelingen of het te laat starten van een palliatief sedatieprotocol.

Om ervoor te zorgen dat elke patiënt tijdig en voldoende comfortmedicatie toegediend krijgt, wordt in deze visietekst ‘palliatieve sedatie’ een onderdeel van een bredere kijk op palliatieve comfortzorg. Deze tekst legt zich toe op het aspect medicatie. Dit betekent niet dat niet-medicamenteuze comfortzorgen niet belangrijk zijn of niet moeten gegeven worden. Deze zorgen vallen echter buiten het bestek van deze tekst.

Definitie van palliatieve comfortzorg

In 2002 formuleerde de Wereldgezondheidsorganisatie de volgende

definitie: “Palliatieve zorg is een benadering die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard.”

Tot nu toe werd palliatieve zorg vooral omschreven als de zorg voor mensen die ongeneeslijk ziek zijn en nog een beperkte levensverwachting hebben. In België stelde het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) in 2009 een nieuwe omschrijving voor van de palliatieve patiënt: “Een patiënt die lijdt aan een ongeneeslijke, progressieve, levensbedreigende ziekte, zonder enige mogelijkheid tot remissie, stabilisatie of beheersing van deze ziekte”. Met deze omschrijving wordt de zo moeilijk te bepalen ‘periode van levensverwachting’ buiten beschouwing gelaten. Als men de definitie van het KCE hanteert, dan is het gebruik van comfortmedicatie niet gebonden aan de terminale levensfase.

In België werd bij wet van 21 juli 2016 de definitie van de palliatieve zorg verruimd. “Onder palliatieve zorg wordt verstaan: alle zorg die wordt verstrekt aan de patiënt die zich, ongeacht zijn levensverwachting, bevindt in een vergevorderd of terminaal stadium van een ernstige evolutieve en levensbedreigende ziekte. Palliatieve zorg kan reeds ingezet worden wanneer er nog ziektebehandeling plaatsvindt tot en

met de zorg voor naasten en mantelzorgers tot na het overlijden. De inzet van palliatieve zorg verloopt idealiter progressief in functie van de zorgnoden en -wensen, onafhankelijk van de levensverwachting.”

“Palliatieve sedatie wordt een onderdeel van een bredere kijk op palliatieve comfortzorg.”

dr. Patrick Noyens

De vorige definitie, die dateert van 14 juni 2002, beperkte de palliatieve fase van drie tot zes levensmaanden voor overlijden. Deze oude definitie wordt vandaag echter nog steeds gebruikt als basis voor de toegang tot palliatieve status en uitkeringen in het kader van de verplichte ziektekostenverzekering. Dit is één van de redenen waarvoor het gebruik van medicatie in de comfortzorg eerder beperkt blijft tot deze periode van drie tot 6 maanden. Een Koninklijk Besluit gebaseerd op de wet van 2016, waardoor de ziekteverzekering palliatieve zorg breder moet bekijken/vergoeden, kan een nuttige stap zijn om de drempel naar comfortverhogende medicatie te verlagen.

Palliatieve comfortzorg

Palliatieve zorg dekt een brede lading. Bestrijding van pijn en lichamelijke ongemakken is essentieel. Maar ook emotionele, sociale en spirituele ondersteuning hebben een belangrijke plaats, zowel voor de patiënt als de

omgeving. Een gesprek over het te voeren beleid gebeurt dan ook liefst met zoveel mogelijk betrokkenen (patiënt, familie, zorgverstrekkers...). Een belangrijk onderdeel in dit gesprek is de omschrijving van het DNR-order. Net zoals de toestand van een patiënt kan evolueren, kan ook het DNR-order evolueren. Aan het begin van een trage, ongeneeslijke, progressieve, levensbedreigende ziekte kan de patiënt nog kiezen om gereanimeerd te worden. Bij verder verlies van comfort, lichaamsfunctie, kan hij eerder voor het beperken van bepaalde vormen van zorg kiezen. Deze keuze wordt besproken met de arts en leidt tot een DNR-order. Een gedateerde DNR-code met omschrijving moet in het dossier worden opgenomen, en periodisch geherevalueerd worden.

Dit document bespreekt enkel het onderdeel 'bestrijden van lichamelijke en psychische ongemakken', met de nadruk op medicatie.

Concrete stappen

De eerste stap binnen comfortzorg is meestal de behandeling van pijn. Hiervoor kan medicatie gebruikt worden. Voor het omgaan met en het lijden door pijn kunnen bepaalde behandelingen (oa psychotherapie, bewustzijnsverhogende behandelingen, stimuleren van de nervus vagus) overwogen worden. De pijnkliniek kan hier een belangrijke rol spelen. Welke medicatie/behandeling gebruikt wordt, en in welke dosering, hangt in de eerste plaats af van de symptomen, en de ernst van deze symptomen. Het bereiken van optimaal comfort

(volgens de wensen van de patiënt) staat hierbij op de voorgrond. Het is de symptoomcontrole die de leidraad is, dus het verminderen van de symptomen tot een niveau waarop ze niet belastend zijn voor de patiënt (proportionaliteit). Om het optimale comfort te bereiken kan het gebruik van hogere dan normale dosissen, met de begeleidende nevenwerkingen, aanvaard worden als goede medische praktijk. Zo kan comfortmedicatie, met als hoofdbedoeling optimaal comfort voor de patiënt, een levensverkortend effect hebben. Dit laatste is een niet-bedoeld neveneffect.

De notie van 'proportionaliteit' is hier cruciaal. De doseringen en combinaties van medicatie die worden toegediend, moeten in verhouding staan (proportioneel zijn) tot de ernst van de symptomen. Het bereiken van een optimaal comfort van de patiënt is hierbij het uiteindelijke doel. Door het insluiten van de notie van proportionaliteit vermijdt men te vervallen in gestandaardiseerde medicatierecepten, in misbruik of het onrechtmatig toedienen van medicatie in hoge doseringen zonder dat daarvoor indicaties zijn. Het zal ook vermijden dat medicatie ondergedoseerd wordt.

De notie van proportionaliteit is ook essentieel om het onderscheid tussen palliatieve sedatie en levensbeëindigend handelen, al dan niet op verzoek, duidelijk te maken. Iemand die intentioneel meer medicatie toedient dan nodig om een refractair symptoom adequaat te behandelen, past geen palliatieve sedatie toe, maar een



“De inzet van palliatieve zorg verloopt idealiter progressief in functie van de zorgnoden en -wensen, onafhankelijk van de levensverwachting.”

dr. Patrick Noyens
cardioloog



vorm van levensbeëindigend handelen. Het proportioneel karakter van de medicatietoediening bij pijn bepaalt de ethische aanvaardbaarheid van het medische handelen.

Goede medische praktijk is een continu evoluerend begrip. We definiëren dit als de kennis op een bepaald moment die iemand heeft met de opleiding van datzelfde moment. Hieruit volgt dat het gebruik van medicatie kan variëren in functie van nieuwe inzichten in bijvoorbeeld het palliatief proces. Een medicatierichtlijn, op een bepaald moment opgesteld, moet op geregelde tijdstippen opnieuw geëvalueerd worden. Een medicatierichtlijn is vooral een leidraad en hulpmiddel voor artsen, zeker voor hen die het minder gewoon zijn met deze medicaties en hun dosissen te werken. Dergelijke richtlijn wordt best opgesteld met alle actoren die zich met deze problematiek bezighouden.

Belangrijker nog dan een vaststaand medicamenteus schema, als verantwoording van een medisch handelen, zijn de notities in het dossier van de patiënt. Inderdaad, door het continuüm, hoger beschreven, is het veel belangrijker dat in het dossier de verantwoording genoteerd wordt: waarom wordt bepaalde medicatie gekozen, en waarom kiest men voor een bepaalde dosis waarvan men weet dat dit mogelijk belangrijke nevenwerkingen veroorzaakt (bvb. ademhalingsdepressie). Overleg met patiënt, familie, verplegenden en zo nodig een andere

arts, zowel over het medicatiebeleid als over een eventuele DNR-code wordt steeds genoteerd in het medisch dossier, als verantwoording voor correct medisch handelen.

Er kan een moment komen dat pijncontrole, controle van angst, ... niet meer volstaan. Meestal zal dit in de terminale fase van het ziekteproces zijn. Op dat moment kan het palliatief sedatieprotocol gestart worden. Dit protocol vult de reeds vroeger gestarte medicatie aan. Bewustzijnsverlaging door palliatieve sedatie mag pas als laatste noodzakelijke stap ingezet worden.

NB: In Ziekenhuis Oost-Limburg bestaat een medicatieschema voor palliatieve sedatie dat geraadpleegd kan worden via het intranet. Voor advies en ondersteuning kunnen zorgverstrekkers steeds een beroep doen op de oncocoaches, het palliatief supportteam (tel 089/325714 en 089/325717). Dag en nacht kan een beroep gedaan worden op de arts van wacht voor de palliatieve dienst. Dit is dezelfde als degene die de wachtfunctie algemeen inwendige geneeskunde – geriatrie vervult. Ook de pijnkliniek kent een 24/7 wachtfunctie, die bereikbaar is via de telefooncentrale.

Samengevat

1. Als leidraad hanteren we de definitie van een palliatieve patiënt van het KCE: “een patiënt die lijdt aan een ongeneeslijke, progressieve, levensbedreigende ziekte, zonder enige mogelijkheid tot remissie, stabilisatie

of beheersing van deze ziekte”.

2. Deze definitie laat toe om comfortmedicatie reeds vroeger dan in de terminale fase op te starten.
3. Optimale symptoomcontrole, dus het verminderen van de symptomen tot een niveau dat ze draaglijk of minder belastend zijn voor de patiënt, is het doel dat we nastreven.
4. Met het oog op optimale symptoomcontrole kan het gebruik van hogere dan normale dosissen, met de begeleidende nevenwerkingen, aanvaard worden als goede medische praktijk, zolang dit proportioneel gebeurt.
5. Palliatieve sedatie wordt enkel gebruikt nadat andere medicinale comfortopties zijn uitgeput – meestal is dit in de terminale levensfase.
6. Het patiëntendossier is de hoeksteen waarmee goede medische praktijk wordt aangetoond. Overleg met alle betrokken partijen is een essentieel deel van goede medische praktijk. ■

Dr. Patrick Noyens

Comité Medische Ethiek ZOL

November 2023

Download de ZOLapp

De ZOL-app 2.0 heeft heel wat functies voor artsen maar ook voor patiënten en bezoekers.

Het artsengedeelte van de app biedt, naast een up-to-date lijst van de artsen en hun contactgegevens, ook heel wat andere mogelijkheden. Zo kan u ook de subspecialisaties van onze artsen terugvinden. Verder vindt u nieuwtjes in de app, het aanbod van ZOL-symposia en een link naar ZOLarium.

Zoek meer info over ZOL-artsen
Raadpleeg het overzicht per specialisme
Gebruik een filter per campus
Zoek dieper per subspecialisme
Raadpleeg de nieuwsberichten

Patiënten en bezoekers kunnen met de app hun dossier raadplegen, een afspraak maken, een parkeerticket betalen en zelfs solliciteren in ZOL.

De app is beschikbaar voor Android en iOS. Geef 'ZOL' in de zoekfunctie in en download de app in de Google Play Store of in de App Store. Aanmelden kan met uw RIZIV-nummer en een wachtwoord. Als u de ZOL-app al op uw smartphone heeft staan, krijgt u automatisch de update. Als u nog geen wachtwoord heeft of u bent uw wachtwoord vergeten, dan kan u via de app na het ingeven van uw RIZIV-nummer een (nieuw) wachtwoord aanmaken. ■

Download de app
gratis via deze
QR-codes





ZOL breidt Interventioneel Centrum uit

In september 2023 startten de uitbreidingswerken aan de K-blok. Drie nieuwe interventieozalen met de modernste apparatuur, een aangename lounge voor patiënten en betere infrastructuur voor personeel. Dit zijn de ingrediënten van het nieuwe Interventioneel Centrum in ZOL Genk, campus Sint-Jan dat midden 2025 de deuren opent.



“

“Interventionele, cardiologische ingrepen zijn door betere materialen, efficiëntere technieken en een minimaal invasieve aanpak steeds minder ingrijpend.”

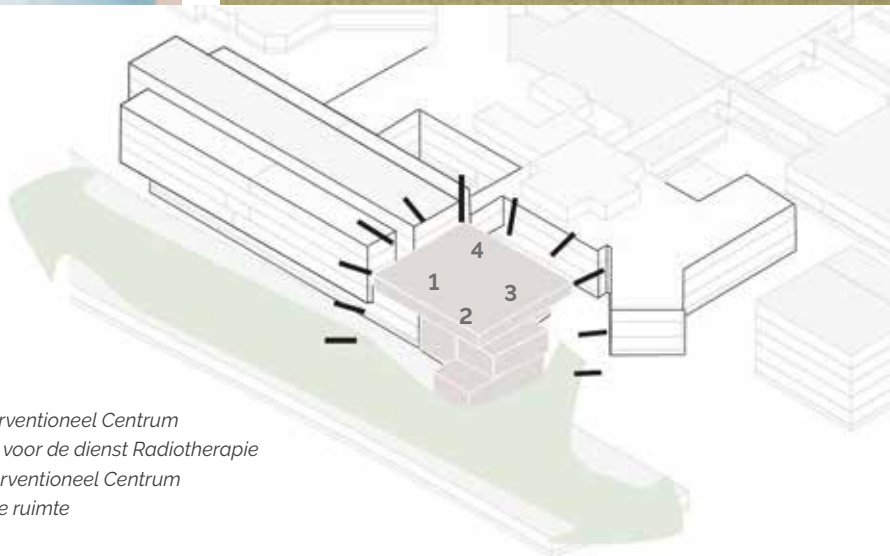
dr. Bert Ferdinande

Dr. Bert Ferdinande, interventioneel cardioloog en medisch diensthoofd is een van de bezielers van het project. “Deze uitbreiding zorgt ervoor dat we ook het volgende decennium een toonaangevend Interventioneel Centrum blijven.”

Na de splinternieuwe R-blok is de uitbouw van de K-blok op campus Sint-Jan de volgende stap in het Masterplan dat ZOL in 2022 voorstelde. Naast een derde bunker voor radiotherapie met extra raadplegingsruimtes wordt het nieuwe dagziekenhuis van het Interventioneel Centrum de blikvanger van de uitbreiding. Het is de plek waar de medische disciplines interventionele cardiologie, elektrofysiologie, interventionele radiologie, pneumologie en vaatheelkunde de handen in elkaar slaan.

Dr. Bert Ferdinande werkte samen met de betrokken diensten een plan uit. “Ieder jaar zien we een toename van het aantal dagklinische, interventionele ingrepen. Daarbij zijn de ingrepen door betere materialen, efficiëntere technieken en een minimaal invasieve aanpak steeds minder ingrijpend. Zo bereiken we het hart of een verstopte slagader via de bloedvaten in de pols. Dit brengt minder weefselbeschadiging met zich mee. Dat betekent dat de patiënt sneller herstelt en niet hoeft te overnachten in het ziekenhuis. Bovendien kunnen wij meer patiënten helpen binnen een korter tijdsbestek.”

In het nieuwe centrum zal ook meer aandacht zijn voor het comfort van de patiënt. Dr. Ferdinande: “We kiezen voor een huiselijke, warme omgeving waarbij



Legende

- 1. Uitbreiding Interventioneel Centrum
- 2. Nieuwe bunker voor de dienst Radiotherapie
- 3. Uitbreiding Interventioneel Centrum
- 4. Multifunctionele ruimte

patiënten niet langer in een afgesloten ziekenhuiskamertje wachten. Er komt een aangename lounge met 34 comfortabele, verstelbare zetels en de nodige aandacht voor privacy. Patiënten die dat wensen kunnen aan een tafel een koffie drinken. Sociaal contact met lotgenoten kan zeker helpen bij het herstel. Daarbij is er zo ook meer contact mogelijk met de verpleegkundigen, die steeds vlakbij zijn."

Drie nieuwe, hypermoderne interventiezalen

Het Interventioneel Centrum telt vandaag zeven zalen. Op de eerste verdieping, waar nu de wachtruimte is, komen drie nieuwe interventiezalen. Eentje wordt voorlopig niet in gebruik genomen maar wordt gebouwd met het oog op toekomstige uitbreidingen.

De huidige interventiezalen zijn 9 jaar oud. Dr. Ferdinande: "Intussen is de technologie voor interventionele ingrepen enorm geëvolueerd. De nieuwe zalen worden uitgerust met de nieuwste apparatuur. Dit zal het toelaten om verschillende technieken - zoals angiografie en een CT-scan - te combineren tijdens een ingreep. De nieuwe zalen worden ook een stuk dynamischer, de instrumenten hebben een groter bereik en je kan er als arts makkelijker en vrijer mee bewegen."

Wanneer gaat het nieuwe Interventioneel Centrum open? Dr. Ferdinande: "We mikken op midden 2025. Tijdens de werken verhuizen de wachtzalen tijdelijk naar de Medium Care-afdeling, een beetje verderop. Het is er wat kleiner en wat minder comfortabel, dat

beseffen we. Maar het was de beste oplossing. We vragen onze patiënten hier begrip voor te hebben."

Nieuwe bunker voor dienst Radiotherapie

Onder het Interventioneel Centrum op de gelijkvloerse verdieping van de nieuwbouw aan de K-blok is er extra ruimte voorzien voor uitbreidingen van de dienst Radiotherapie. Door het stijgend aantal patiënten in het Limburgs Oncologisch Centrum is er nood aan een derde bunker in ZOL Genk. Daarnaast zullen er bijkomende raadplegingsruimtes komen. ■



Binnenkijken in het nieuwe gedeelte van de K-blok? Scan de QR-code hiernaast.

MIC-NIC-symposium over de geboorte en extreme prematuriteit



dr. Marie-Rose
Van Hoesenberghe

In het najaar van 2023 bestond de Neonatale Intensive Care (NIC) in ZOL 35 jaar. Medische diensthoofd dr. Marie-Rose Van Hoestenberghé werkt er zelf al 30 jaar. Met het symposium 'Geboorte' op 28 februari wil ze opnieuw haar afdeling in de kijker zetten en mensen overtuigen van het belang van familiegerichte zorg voor de allerkleinsten.

U werkt nu dertig jaar op de dienst Neonatale Intensieve Zorgen. Hoe kijkt u daarop terug?

"Ik ben eigenlijk heel fier op wat we in al die jaren gepresteerd hebben, mede dankzij ons vorige medisch diensthoofd dr. Claire Theyskens. In die zin dat we steeds zeer goede zorg hebben kunnen leveren."

"Ondanks het feit dat dit werk altijd enorm veel van mij gevraagd heeft en altijd veel impact heeft gehad op mijn persoonlijk leven, zou ik het gewoon opnieuw doen."

Komt u nog elke dag met plezier werken?

"Dit is een dienst waar we allemaal met de neuzen in dezelfde richting staan. We zijn allemaal heel geëngageerd bezig met het zorgen voor kindjes die super kwetsbaar zijn. Dat maakt dat wij een heel hecht team zijn. Onze dienst voelt aan als één grote familie waar we lief en leed met elkaar kunnen delen."

"Een tijdje terug is er een bevalling geweest van een zwangerschap van 26 weken in een garage van het ziekenhuis. Ons team stond klaar met al het materiaal toen de ambulance binnenreed. En alles verliep heel vlot, net zoals het in het operatiekwartier of de verloskamer zou gebeuren. Dat lukt niet als je niet helemaal op elkaar ingespeeld bent of elkaar niet kan vertrouwen."

U bent ook zeer toegewijd als arts?

"Ik ben altijd heel erg geboeid geweest door de neurologische ontwikkeling van immature kinderen en door de impact die wij daarop kunnen hebben. Dit triggerde mij om steeds op zoek te gaan naar oplossingen die kinderen in hun neuro-motore ontwikkeling vooruit helpen. De grootste verbetering van de laatste jaren is de family centered care die ervan uitgaat dat een ziek kind en de familie een belangrijke rol spelen in de eigen zorg."



"Bij family centered care kijk je naar de baby. Wat zijn op dit moment de capaciteiten? Wat gaat moeilijk en hoe kunnen we ondersteunen? Dat kan gaan van heel simpele dingen zoals bijvoorbeeld het kindje goed induffelen en comfortabel maken wanneer je het manipuleert, draait of bij een behandeling. Belangrijk is ook de behandelingen af te stemmen op het ritme van het kind. In plaats van volgens vaste uurschema's te werken, voeren wij de taken van de dag uit op momenten dat de baby wakker is of er voor open staat."

Welke impact heeft dit op de zorg die jullie bieden?

"De zorg afstemmen op het ritme van de baby is uiteraard veel beter. We zoeken ook naar beademingsmethodes die meer comfort geven en ook kangoeroeën met de baby is zeer waardevol. We hebben steeds meer ouders die dat doen en je ziet dat gewoon aan de kinderen. Het bevordert de neurologische ontwikkeling, verbetert de vertering en de ademhaling wordt rustiger. Maar elke dag urenlang kangoeroeën vraagt natuurlijk een grote investering en legt veel druk op de gezinnen. Je zou het mogelijk moeten maken dat die gezinnen aanwezig kunnen zijn in het ziekenhuis en bij de baby kunnen verblijven."

"Dat is ook het hele idee rond de plannen die wij hebben ingediend bij Vipa voor onze nieuwe afdeling. Onze huidige afdeling is veel te klein, we kunnen de gezinnen niet de nodige ruimte en privacy geven. In het nieuwe moeder-kindplatform voorzien we moeder-kindkamers en familiekamers. We hopen dat ons dossier wordt goedgekeurd."

"Omdat je zo dat gezin veel beter in evenwicht houdt en het kind geeft wat het nodig heeft. Wat we nu al doen, naar het einde van de hospitalisatie, is de 'important ones' uitnodigen op de afdeling. Dit zijn grootouders, andere familieleden of goede vrienden die het gezin kunnen ondersteunen als er hulp nodig is. Ze mogen het kind mee verzorgen en het beter leren kennen. Want ouders kunnen soms in een zwart gat vallen als alle steun uit het ziekenhuis wegvalt en ze er thuis plots alleen voor staan."

Zijn er patiëntjes die je in de loop der jaren zijn bijgebleven?

"Het zijn er veel, maar er is er toch eentje die er echt uitsteekt. Hij woog bij zijn geboorte ongeveer 850 gram en heeft daar veel letsels aan overgehouden, ook een cerebrale dysfunctie. Ik heb die mensen in de herfst nog eens opgebeld want ik heb nog heel leuke foto's van de jongen die ik wilde gebruiken voor ons herfstsymposium. De moeder was heel blij me te horen. Haar zoon is nu 23 jaar en hij werkt als vrijwilliger in een woonzorgcentrum bij mensen met dementie. "Mensen vroegen zich af welke toekomst hij zou hebben", zei ze. Als je ziet wat die jongen nu kan betekenen voor anderen dan besef je hoe relatief alles is. Je mag nooit de moed opgeven om het goede eruit te halen, er zit zoveel potentieel in die kinderen. En je mag daar geen oordeel over hebben. Ik was blij dat die mama dat vertelde, want dat is toch een echt positief verhaal. Waarom streven wij altijd naar perfectie? In de loop der jaren leerde mijn werk me veel meer relativiseren."

Extreme prematuriteit is al jaren een

moeilijke discussie. Op jullie volgend symposium zal dit aan bod komen?

"Ons MIC-NIC symposium gaat dit keer over de à terme bevalling maar we hebben inderdaad ook prof. dr. Filip Cools, hoofdarts Neonatologie in UZ Brussel, uitgenodigd. De Belgische Vereniging van Neonatologen zoekt naar een consensus rond extreme prematuriteit en prof. Cools trekt dat hele dossier. Wanneer kom je wel of niet meer tussen?"

"We voeren deze gesprekken met de ouders op de Maternele Intensive Care. Vanaf welke leeftijd voeren we een actief beleid. En tot welke leeftijd doen we dit niet? Met de tijd is daar een verschuiving van 2-3 weken naar beneden gekomen."

Bent u daar voorstander van?

"Wel, ik ben daar genuanceerd voor, met de voeten op de grond. We zullen niet agressief tussenkomen bij die allerkleinsten, maar hen wel ondersteunen. En als ze het volhouden met ondersteuning, dan gaan we verder mee. Dat is vandaag het standpunt van de meeste artsen. Er zijn op onze afdeling trouwens verschillende van die kindjes aanwezig die het nu heel goed doen. Zij laten zien dat je ze zo snel niet mag opgeven." ■

Het MIC-NIC symposium vindt plaats op 28 februari om 19 uur.

Meer info en inschrijven:





De evolutie van de dienst Gastro-Enterologie tijdens de carrière van **prof. dr. Annemie Gevers**

Op dinsdag 14 november 2023 vierden we met zijn allen het afscheid van prof. dr. Annemie Gevers van onze dienst Maag-, Darm- en Leverziekten (MDL). Het was een mooi feest vol warme terugblikken op de carrière van Annemie.

Het feest vond plaats in een aangename industriële loft op het industrieterrein naast C-Mine. Iedereen blij present: Annemie zelf natuurlijk, haar man, zoons en dochters, een deel van haar familie, de verpleegkundigen van afdeling M15 met hoofdverpleegkundige Hans Plusquin, de verpleegkundigen van de Dagkliniek en de verpleegkundigen/logisticien/secretariaatsmedewerkers van onze dienst Endoscopie, de MDL-artsen van ZOL Maas en Kempen, een groot aantal collega's uit ZOL met ook onze nieuwe medische directeurs, een uitgebreide delegatie van UZ Leuven met endoscopieverpleegkundigen en gastro-enterologie professoren. Tot slot ook wijzelf, al die jaren collega's van Annemie.

Het eten was overheerlijk, de muziek aangenaam. Er waren de wijze woorden van oud-endoscopie verpleegkundigen zoals Dirk Zajc (de vader van de

vernieuwde ZOL-Endoscopie eenheid). Prof. dr. Jan Tack van UZ Leuven sprak vol lof over wat Annemie op eenvoudige maar onnavolgbare manier realiseerde op de dienst Endoscopie in het UZ Leuven. Annemie werd daarna door haar jongste, jonge en oudere collega's uitgebreid bedankt voor al die jaren van toffe samenwerking.

“Van 2001 tot nu, bij het afscheid van prof. dr. Annemie Gevers, kunnen we terugkijken op de enorme evolutie die onze MDL-dienst heeft doorgemaakt.”

prof. dr. Philip Caenepeel

Bij het afscheid van Annemie kunnen we even stilstaan bij de enorme evolutie die onze MDL-dienst doormaakte in de periode dat zij bij ons werkte. In 2001 waren we nog een kleine dienst met diensthoofd dr. Geert Robaeyts, dr. Wim Peeters, dr. Annemie Gevers en mezelf. We evolueerden in 2023 naar een MDL-dienst met 12 MDL-artsen, verspreid over ZOL Genk en ZOL Maas en Kempen. Van een dienst zonder computers evolueerden we naar een dienst zonder papier. We bouwden een

prachtige, nieuwe dienst in Genk met een efficiënt secretariaat, aangename (maar ondertussen al te kleine) wachtzalen, rustgevendende raadplegingen, efficiënte en professionele endoscopieruimtes, een uitzonderlijke desinfectieruimte en een discrete en veilige dagkliniek. Elke dag wordt een stroom van patiënten door onze afdeling

geholpen en ondertussen voorzien we ook raadplegingen in de wat kalmere raadplegingsruimten van Medisch Centrum André Dumont in Waterschei.

Ook de dagkliniek Oncologie-Inwendige Geneeskunde werd herbouwd en de organisatie ervan herdacht. Deze dagkliniek wordt steeds belangrijker door het groeiend aantal patiënten dat dagklinisch wordt behandeld. Deze dagklinische behandeling verloopt snel en vereist een buitengewone flexibiliteit.



Waar rond de jaren negentig de algemene internist verdween, verdwijnt, door de groeiende kennis en behandelingsmogelijkheden in de gastro-enterologie, ook langzaam de algemene MDL-arts. Er ontstonden ook bij ons superspecialisaties in de verschillende domeinen van de gastroenterologie: neurogastroenterologie en motiliteit, inflammatoire darmziekten (IBD), hepatologie, proctologie, therapeutische endoscopie en digestieve oncologie (DIO). Vele van deze superspecialisaties zijn gebaseerd op jarenlange consulentenschappen in het UZ Leuven.

Dankzij de organisatie van de ZOL Clinical Trial Unit lopen er in onze MDL-dienst steeds meer studies, heel veel hepato-studies maar ook studies in de domeinen van neurogastro/motiliteit, IBD en DIO. Deze studies vormen een win-win voor arts en patiënt. Arts en patiënt krijgen meer inzicht in moeilijk behandelbare ziektes en toegang tot de nieuwste behandelmethoden. Een deel van deze studies verloopt samen met Universiteit Hasselt. Onze contacten met UHasselt waren, via lesopdrachten, altijd al prima maar worden hierdoor nog inniger. Een wetenschappelijk geïnteresseerde dienst zorgt voor een betere patiëntenzorg.

Meer en meer laten we ons in de patiëntenzorg bijstaan door gespecialiseerde verpleegkundigen. Dit is al volop het geval met onze IBD-verpleegkundige en onze oncocoaches. Zij staan de patiënten bij in hun dagdagelijkse problemen en vormen een toegankelijke brug met de behandelende artsen. In het algemeen specialiseerde ook de verpleging zich verder in moeilijke deeldomeinen, zoals het uitvoeren van motiliteitstesten, van moeilijke therapeutische endoscopie zoals het Endoscopisch Retrograde Cholangio- en Pancreaticografie-onderzoek en uitgebreide endoscopische resecties, van hepato-onderzoeken zoals de fibroscan.

Prof. dr. Geert Robaeyts startte lang geleden met het multidisciplinair overleg over patiënten met de diensten Medische Beeldvorming, Oncologie-Radiotherapie, Nucleaire Geneeskunde, Anatomopathologie en Abdominale Heelkunde en legde daarmee de basis van het Multidisciplinair Oncologisch Consult. De groei van onze MDL-afdeling is zonder twijfel te danken aan de samenwerking met al deze diensten. We mogen in het ZOL dankbaar zijn dat deze diensten allemaal zo uitzonderlijk professioneel en toegankelijk functio-

neren. Ondertussen veroorzaakte de superspecialisatie in de inflammatoire darmziekten (Crohn en colitis ulcerosa) het ontstaan van een aangenaam en interessant multidisciplinair overleg voor IBD-patiënten.

Dankzij een uitstekende samenwerking met de dienst Anesthesie, konden we een activiteit van therapeutische endoscopies in het operatiekwartier uitbouwen. Deze samenwerking verloopt prima en we kijken uit naar de bouw van een nieuwe therapeutische endoscopiezaal om deze veeleisende activiteit verder uit te bouwen.

Om te eindigen past een woord van dank voor allen die aan het MDL-succes meewerkten. Ik mag hierbij zeker endoscopie-hoofdverpleegkundige Hagar Tanane en divisie manager Johan Cox niet vergeten, maar ook vele anderen die ik niet kon vermelden in deze korte tekst. ■

*Prof. Dr. Philip Caenepeel,
Medisch diensthoofd Gastro-enterologie
ZOL Genk*



dr. René Heylen neemt afscheid van ZOL

Op 9 december 2023 nam dr. René Heylen afscheid van ZOL, na een carrière van 35 jaar als medisch diensthoofd en 26 jaar als arts-coördinator van de Kritieke Diensten. Tijdens een afscheidsviering in C-mine – in de grote zaal die afgeladen vol zat – blikten verschillende collega's terug op de samenwerking met hun leermeester, mentor of collega.

René Heylen, startte in 1985 in het Sint-Jansziekenhuis in Genk. Naast anesthesist was hij bovendien jurist, met ook een master in ziekenhuisbeleid. Hij zetelde 31 jaar in de medische raad, was 33 jaar stagemeeester Anesthesie en maakte deel uit van de erkenningscommissie. Onder zijn leiding groeide de maatschap Kritieke Diensten uit van 5 naar 45 stafleden.

In 1988 werd dr. René Heylen diensthoofd van het operatiekwartier van het Sint-Jansziekenhuis. In het jaar 1992 associeert de maatschap Anesthesie met de collega's van het André Dumontziekenhuis in Waterschei. 1992 was ook een belangrijk jaar voor het ziekenhuis met de opstart van de dienst Cardiochirurgie in Genk, maar ook Interventio-

nele Cardiologie en Nefrologie.

Collega dr. Pieter De Vooght lichtte enkele belangrijke verwezenlijkingen toe: "René heeft zich destijds heel hard ingezet voor de komst van de nieuwe disciplines naar het ziekenhuis. Hij heeft een paar jaar later ook het Pijncentrum in Genk opgestart. Een jaar later, op 31 december 1995 werden Genk, Waterschei en Lanaken één groot ziekenhuis. Ook in deze fusie speelde hij, vanuit de Medische Raad, een grote rol."

Dr. De Vooght: "René bracht al snel de diensten Anesthesie, Intensieve en Spoedgevallen en later ook het Pijncentrum samen als één dienst. Wat revolutionair was in die tijd en wat onze maatschap tot een heel grote, stabiele dienst maakte met heel veel mogelijkheden, nu nog steeds".

"Ook het belang van wetenschap heeft René vanaf het begin ingezien. Al heel snel werden de eerste medische studies opgestart. Hij heeft er ook altijd op gehamerd dat we collega's moesten aannemen met een wetenschappelijk CV, met een PhD. Eigenlijk om het wetenschappelijk gewicht van

onze maatschap zo groot mogelijk te houden en de stagedienst een goede ruggensteun te geven. René heeft er ook altijd voor geijverd om goede chirurgen naar ZOL te krijgen."

De Vooght: "René was degene die ook steeds voor iedereen bereikbaar was. Op ziekenhuisniveau, op nationaal niveau, ... En ook heel belangrijk: hij heeft het investeringsfonds mee gelanceerd in het ziekenhuis. Dat investeringsfonds was iets unieks, het bestaat nog steeds en is een hefboom om in ons ziekenhuis innovatieve projecten te realiseren."

"We kijken naar een indrukwekkend verhaal met grote realisaties, te danken aan de enorme gedrevenheid, het organisatietalent en de leiderschapskwaliteiten van René," aldus Jo Vandeurzen, jeugdvriend van dr. Heylen en beheerder van het ziekenhuis in de jaren voor en na de fusie.

Vandeurzen: "Het is niet zonder slag of stoot gegaan, met René kan je enorme ruzies hebben. Maar we hielden beiden wel altijd hetzelfde doel voor ogen: de uitbouw van het ziekenhuis en het ver-



hogen van de kwaliteit van de gezondheidszorg voor de regio."

Ook de andere collega's die de revue passeerden op de twee uur durende afscheidszitting, gebruikten mythische bewoordingen voor hun "krachtvolle leider" en "mentor", die ze gelijk ook benoemden als een "'true gentlemen' wiens deur altijd openstond", die hen adviseerde om altijd waakzaam te zijn, voor problemen maar ook voor opportuniteiten. Die hen vroeg risico's te nemen en eiste om actief te zijn

op ziekenhuisniveau en in de beroepsorganisatie. En die het mantra praktiseerde dat "alleen crisis leidt tot oplossingen" en zelf vaak bezig was met "het blussen van brandjes die hij zelf had aangestoken".

Tot slot kwamen er nog twee collega's aan het woord, met wie dr. René Heylen altijd veel heeft samengewerkt. Prof. dr. Hugo Van Aken ging dieper in de op de rol die dr. René Heylen speelde op het vlak van onderzoek met betrekking tot anesthesie en

patiëntveiligheid. Mr. Filip Dewallens omschreef dr. René Heylen als iemand die ontzettend belangrijk is geweest voor het Belgisch gezondheidsrecht, en die dat vandaag nog steeds is. "Hij is de enige, zowel arts als jurist, die de brug kan slaan tussen twee volkomen verschillende disciplines. Beide wetenschappen hebben hun eigen taal, hun eigen methodiek, hun eigen concepten, maar ook hun eigen praktijk. Het is op het snijvlak dat René zijn unieke rol heeft kunnen spelen."

Wat brengt de toekomst?

"We gaan uw DNA, dat je in ons hebt geïnstalleerd, niet verraden en edel en krachtig blijven", verzekerde prof. dr. Dieter Mesotten die dr. René Heylen is opgevolgd als medisch diensthoofd van het operatiekwartier en als stage-meester. Dr. Pieter de Vooght volgde hem op als divisiecoördinator van de Kritieke Diensten.

Dr. René Heylen bedankte tot slot zijn vrienden, collega's, familie en iedereen met wie hij mocht samenwerken. Zijn werk als raadsarts in heel wat ziekenhuizen zal hij in de komende jaren verderzetten. ■

“René bracht al snel de diensten Anesthesie, Intensieve en Spoedgevallen en later ook het Pijncentrum samen als één dienst. Wat revolutionair was in die tijd en wat onze maatschap tot een heel grote, stabiele dienst maakte met heel veel mogelijkheden, nu nog steeds.” dr. Peter De Vooght



dr. Eline Beckers
Keel- Neus- en Oorziekten

Dr. Eline Beckers is actief op de dienst KNO. Ze legt zich voornamelijk toe op algemene en pediatrische KNO-ziekten, snurken en slaapapneu en allergie (oa. allergeenspecifieke immunotherapie).

Dr. Eline Beckers behaalde haar artsdiploma in 2018 aan de KU Leuven met grote onderscheiding. Haar specialistenopleiding KNO volgde ze in UZ Leuven onder leiding van prof. dr. Mark Jorissen. Ze liep stage in Cliniques de l'Europe, Brussel; Zuyderland Medisch centrum Heerlen-Sittard, Nederland en UZ Leuven.

Ze bekwaamde zich verder in de aanpak van snurken en slaapapneu in het Humanitas San Pio X ziekenhuis in Milaan onder leiding van prof. F. Salamanca. Daarnaast volgt ze een postgraduaat 'Allergy' aan Imperial College London.

Dr. Beckers is ook actief in AZ Vesalius, Tongeren en Bilzen.



dr. Anne Geurden
Pediatrie

Dr. Anne Geurden werkt op de dienst pediatrie als algemeen kinderarts.

Ze behaalde haar artsdiploma aan Universiteit Antwerpen in 2018. Ze volgde haar specialisatie pediatrie in UAntwerpen en deed stage in H. Hartziekenhuis Mol, ZOL Genk, UZ Antwerpen en Koningin Paola Kinderziekenhuis Antwerpen.



dr. Joris Heyligen
Reumatologie

Zopas is dr. Joris Heyligen gestart op de dienst Reumatologie van ZOL.

Dr. Heyligen behaalde zijn artsdiploma cum laude aan de Universiteit Maastricht in 2014. Zijn specialisatieopleiding interne geneeskunde en vooropleiding reumatologie volgde hij in Zuyderland Medisch Centrum Sittard-Geleen en Heerlen. De vervolgoopleiding reumatologie volgde hij in Maastricht UMC onder leiding van dr. Debby Vosse.

Dr. Heyligen behaalde in 2008 ook het bachelordiploma Biomedische Wetenschappen aan Universiteit Hasselt.



dr. Céline Jorissen
Gastro-enterologie

Dr. Céline Jorissen is actief op de dienst Gastro-enterologie en legt zich voornamelijk toe op therapeutische endoscopie.

Dr. Jorissen behaalde haar artsdiploma met grote onderscheiding aan de KU Leuven in 2016. Haar specialisatieopleiding gastro-enterologie behaalde ze in UZ Leuven onder leiding van prof. dr. Jan Tack. Ze liep stage in het Jessa Ziekenhuis Hasselt, Imelda Bonheiden en UZ Leuven.

Ze legde zich verder toe op therapeutische endoluminale therapie bij prof. dr. David Tate in UZ Gent en op Endoscopisch Retrograde Cholangio- en Pancreaticografie (ERCP) bij prof. Lemmens in het Erasmusziekenhuis Brussel.

Eén dag per week werkt ze ook in UZ Leuven bij prof. dr. Bisschops voor het uitvoeren van interventionele endoscopische procedures.

Nieuwe Artsen



dr. Katrien Martens

Dermatologie

Dr. Katrien Martens legt zich toe op algemene dermatologie en voornamelijk op oncologische dermatologie en chirurgie, waaronder Mohs-chirurgie en andere micrografische chirurgie.

Dr. Martens behaalde haar artsdiploma aan de Universiteit Maastricht in 2015. Haar specialisatie dermatologie volgde ze via de Ärztekammer Nordrhein in Duitsland.

Daarnaast behaalde ze de bachelor Biomedische Wetenschappen (UHasselt) en de master Arts-Klinisch onderzoeker (Universiteit Maastricht).



dr. Laurens Van Melkebeke

Orthopedie

Dr. Laurens Van Melkebeke werkt op de dienst Orthopedie. Hij legt zich voornamelijk toe op hand-, pols, en elleboogchirurgie.

Dr. Laurens Van Melkebeke behaalde zijn artsdiploma met grote onderscheiding aan de KU Leuven in 2016. Zijn specialisatie Orthopedie volgde hij in AZ Zeno Knokke, AZ Nikolaas Sint-Niklaas, UZ Gasthuisberg Leuven en ZOL Genk onder leiding van prof. dr. Guy Molenaers en prof. dr. Lieven Moke.

Dr. Van Melkebeke werkt aan een PhD: Complications after trapeziometacarpal total joint arthroplasty: etiology, diagnosis, treatment and prevention.

Hij was eerder actief in SOS Mains Champagne-Ardenne, Reims en in AZ Monica, Antwerpen.



dr. Pieter Martens

Cardiologie

Dr. Pieter Martens werkt op de dienst Cardiologie en legt zich voornamelijk toe op hartfalen, gevorderd hartfalen (assist devices) en invasieve hemodynamische evaluatie van hartfalen.

Dr. Martens behaalde zijn diploma geneeskunde in 2013 aan de KU Leuven met grote onderscheiding. Zijn specialistenopleiding volgde hij aan UZ Leuven.

In 2019 behaalde hij een PhD binnen het Limburg Clinical Research Program UHasselt-ZOL-Jessa met als titel 'Novel and mechanistic insights into established heart failure therapies' met als promotor prof. dr. Wilfried Mullens.

Van 2021 tot 2023 volgde dr. Martens de subspecialisatie Advanced Heart Failure and Mechanical Circulatory Support in The Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio, USA.

Dr. Martens behaalde bovendien een Master in Clinical Trials and Trial statistics aan Oxford University, UK en is auteur van >135 internationale peer reviewed artikels in gerenommeerde tijdschriften waarvan meerdere in The New England Journal of Medicine.

Dr. Martens behaalde verschillende prijzen en beurzen:

- 2016 Young Cardiologist in training award
- 2017, 2018 Best Poster award - Belgian Society of Cardiology
- 2018 Young investigator award - Belgium working group non-invasive imaging
- 2019 Young Author Award: Journal of the American College of Cardiology Heart Failure
- 2021 Jacqueline Bernheim prize for best PhD-thesis
- 2021 Laureaat Frans Van der Werf Fonds
- 2022 Laureaat Belgian American Education Foundation (BAEF-fellow)
- 2022-2023 Research grants from: European Society of Cardiology, Vifor Pharma en Cardiovascular clinical trialists forum

*Uitgeverij
De Persgroep
Artsen*



In memoriam **dr. Walter De Queker**

Bedroefd melden we u het overlijden van dr. Walter De Queker, ZOL-psychiater op rust. Dr. De Queker werkte in ZOL van 1984 tot 2018. Hij was medisch diensthoofd Psychiatrie vanaf 2007. Dr. De Queker werd 71 jaar.

Zijn vroegere collega's herinneren zich dr. De Queker als een belezen psychiater en een kunstliefhebber. Hij was zeer betrokken bij zijn patiënten en het multidisciplinair team.

We wensen de familie en vrienden van dr. De Queker veel sterkte toe. ■



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

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

Donderdag 22 februari 2024	Mictieklachten bij de man: altijd de prostaat? Gerichte medicatie en nieuwe minimaal invasieve therapieën <i>Inhoudelijk coördinator: dr. Hans Goethuys (urologie)</i>
Woensdag 28 februari 2024	MIC-NIC Symposium <i>Inhoudelijk coördinatoren: dr. Tine Mesens (Gynaecologie - Verloskunde ZOL) en dr. Marie-Rose Van Hoestenbergh (Neonatologie) van 19 tot 21.30u</i>
Donderdag 28 maart 2024	Multidisciplinaire endometriosekliniek <i>Inhoudelijk coördinator: dr. Eric de Jonge (gynaecologie)</i>
Donderdag 18 april 2024	Symposium Cardiologie 2024 <i>Inhoudelijk coördinator: dr. Hugo Van Herendael (cardiologie)</i>
Donderdag 25 april 2024	Endocrino@zol 2024: synergie 1+1=3 <i>Inhoudelijk coördinator: dr. Yves Kockaert (Endocrinologie)</i> <i>Locatie: Thorpark Genk</i>
Donderdag 23 mei 2024	Spine Unit: Quo Vadis. Wegwijzer voor de huisarts <i>Inhoudelijk coördinator: dr. Koen Van Boxem (Multidisciplinair Pijncentrum)</i>
Donderdag 27 juni 2024	Multidisciplinaire Fracture Liaison Service: samen breken we een lans voor fractuurpreventie <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:** dr. Thomas De Sutter, Michiel Malchair, dr. Guy Coppens, dr. Sofie Ordies, dr. Philip Caenepeel, dr. Patrick Noyens ■ **Redactieadviesraad:** dr. Marc Daenen, dr. Thomas De Sutter, dr. Eline Macken, dr. Pieter Jan Van Asbroeck, dr. Jan De Koster ■ **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 ■ www.zol.be ■ Niets uit deze uitgave mag overgenomen of vereenvoudigd worden zonder schriftelijke toelating van de uitgever. ■ Jaargang 22 nr. 90 • januari • februari • maart • 2024

Partners in zorg



dr. Marie-Rose Van Hoestenbergh
Fil en zijn mama

"Fil werd geboren op 24 weken en 2 dagen", vertelt zijn mama. "Ik ben twee keer kort opgenomen op de Maternal Intensive Care, maar Fil was er toch veel sneller dan verwacht. En hij woog 700 gram, ik had nog nooit zo'n klein babytje gezien. We hebben nog snel moeten zoek naar een naam, want die hadden we nog niet."

Intussen is Fil 10 weken oud en weegt hij 1,9 kilo. "Hij doet het goed. Het is ongelooflijk om te zien hoe zo'n klein kindje toch zijn weg maakt. Hij zou eind februari naar huis mogen als alles goed

verloopt, op het moment dus dat hij normaal gezien moest geboren worden."

"Dit is voor ons een heel intensieve periode. Mijn man en ik zorgen ervoor dat we om beurt elke dag enkele uren met Fil kunnen kangoeroeën. Dat is het enige dat we echt voor hem kunnen doen nu. Meestal wordt hij er heel rustig van. Het doet hem echt deugd, en ons ook!"

"Dat Fil nu nog opgenomen is, vraagt toch wel een hele organisatie. Mijn man is intussen weer begonnen met werken, dus het is opnieuw weer een beetje zoeken om alles geregeld te krijgen.

Gelukkig vangen ze ons hier goed op en maken ze het ons zo aangenaam mogelijk. Ze zorgen heel goed voor Fil maar hebben tegelijkertijd veel aandacht voor ons als ouders."

"Als er iets speciaals gebeurt met Fil, sturen ze ons daar een fotootje van. Ze houden ons constant op de hoogte. We mogen ook 24/7 bellen, geen telefoontje of vraag is de artsen of verpleegkundigen te veel. Dat maakt het allemaal draaglijker voor ons. Want dit is het meest heftige dat we ooit hebben meegemaakt." ■