

ZOLZINE

**Aangepast
isolatiebeleid**
menselijker
en duurzamer

**Behandeling
glaucoom**
dicht bij huis

**Nieuwe
parkeertoren**
voor campus
Sint-Jan

In de bres voor dialysepatiënten

Prof. dr. Line Heylen richt het Fonds Nierziekten op

Nieuwe kijkoperatietechniek voor rug- en nekaandoeningen

Een mooie mijlpaal voor de dienst Neurochirurgie: als eerste ziekenhuis in Vlaanderen en derde in België is ZOL gestart met biportale spinale endoscopie. Deze innovatieve, minimaal invasieve kijkoperatietechniek wordt onder meer gebruikt voor de behandeling van hernia's en vernauwingen van het wervelkanaal. Jaarlijks worden in ZOL ongeveer 1.500 wervelkolomingrepen uitgevoerd, waarvan een deel met deze techniek.

Bij een biportale endoscopische operatie werkt de chirurg via twee kleine incisies van amper 8 millimeter. Eén opening wordt gebruikt voor de camera, de andere voor de chirurgische instrumenten. In vergelijking met de klassieke techniek, waarbij doorgaans een incisie van ongeveer 3-4 centimeter nodig is, kan zo de schade aan spieren en omliggende weefsels worden beperkt. Dit kan leiden tot minder pijn na de operatie, een sneller herstel en een vlottere hervatting van de dagelijkse activiteiten.

De biportale techniek werd ontwikkeld in Zuid-Korea en wordt daar al meer dan twintig jaar toegepast. Neurochirurg dr. Abdulhamid Çiçek volgde gespecialiseerde opleidingen in Zuid-Korea, Spanje, Portugal en Zwitserland om deze expertise naar ZOL te brengen. ■

WAAR NAARTOE NA SEKSUEEL GEWELD?

“BIJ ONS KAN JE IN ALLE SERENITEIT
JE VERHAAL DOEN”

ELIEN, PSYCHOLOOG ZOL

Er is altijd een Zorgcentrum na Seksueel Geweld (ZSG) in de buurt. Slachtoffers kunnen er dag en nacht terecht voor psychologische zorg, medische hulp en onderzoek naar sporen van geweld. Wie dat wenst, kan er ook aangifte doen.



Scan mij voor
meer info.

BIJ ONS KAN JE TERECHT.
zsg.belgium.be



ZOLZINE

PATIËNT &
GEZONDHEID





Dr. Peter Thijs en Tom Arts

Van twee magazines naar één: less is more

Dr. Peter Thijs
Algemeen directeur

Tom Arts
Voorzitter

COLOFON

ZOLzine is een gratis magazine van Ziekenhuis Oost-Limburg. **Uitgever** Ziekenhuis Oost-Limburg **Verantwoordelijke uitgever** Tom Arts **Hoofdredacteur** Jurgen Ritzen **Fotografie** Boumediene Belbachir, Michiel Malchair, Shutterstock, ZOL **Lay-out** Liesbeth Grondelaers, Lien Vuylsteke **Drukker** Drukkerij Hendrix **Redactie** Grete Bollen, Janne Majori, Michiel Malchair, Jurgen Ritzen - Synaps Park 1, 3600 Genk - Tel. 089 80 36 21

Beste lezer,

Voor u ligt de eerste editie van ZOLzine, het nieuwe tijdschrift van ZOL dat drie keer per jaar verschijnt. ZOLzine is het resultaat van een denkoefening om het aanbod van onze magazines te verbeteren. 'Less is more' luidde de eindconclusie en daarom beslisten we om de twee bestaande ZOL-magazines te laten samensmelten tot één blad, boordevol informatie over alle facetten van ons ziekenhuis.

Dit betekent dat we afscheid nemen van twee sterke merken. Van ZOLarium dat oorspronkelijk gericht was op de medische wereld in Limburg en van gezondheid!, ons breed gewaardeerde patiëntenblad. Wat we vaststelden was dat de kruisbestuiving tussen beide magazines groot geworden was. Bij de artikelen en topics die de bladen behandelden maar vooral bij ons lezerspubliek. De interesse van patiënten en bezoekers in wetenschappelijke en medische topics neemt steeds toe en anderzijds toont de medische wereld veel interesse in het reilen en zeilen van ons ziekenhuis, zowel zorggerelateerd als organisatorisch.

En dus bundelen beide tijdschriften voortaan de krachten in dit ZOLzine. Zodat u nog beter en vollediger geïnformeerd wordt over wat we als ZOL te bieden hebben. U zal ontdekken dat de inhoud opgedeeld is in drie katernen: Patiënt & Gezondheid, Geneeskunde & Wetenschap en Organisatie & Beleid. We informeren u over ons medisch aanbod en laten u kennismaken met onze nieuwe artsen. Maar evenzeer vertellen we u hoe we aan onze infrastructuur werken en waar u - in de ruime regio waarin we actief zijn - terecht kan voor zorgverlening dicht bij de mensen.

We hopen van harte dat u even enthousiast bent over dit tijdschrift als wij dat zijn. Het werd met veel passie gemaakt en zal telkens opnieuw trachten u te verrassen met boeiende artikelen en reportages. Wil u graag uw mening of een suggestie kwijt? Dan kan dit via het e-mailadres communicatie@zol.be.

Veel leesplezier!

PATIËNT & GEZONDHEID



16

10 vragen over gezond leven
aan cardioloog dr. Ameloot

19

Korte berichten

20

Cardioloog prof. dr. Vander-
voort gaat met pensioen

25

In de wachtzaal:
Lieselot en Paulien bij
kinderarts dr. De Schaetzen

26

AYA-zorg: In de bloei van je
leven, en dan plots kanker

30

Stefanie op consult
bij pijnarts dr. Peene

33

Korte berichten

34

5 tips voor
een gezonde mond



08 Orthopedisch chirurg dr. Koç over
standsafwijkingen van de knieën



12 Inloophuis de Zonnebloem voor mensen met kanker



36 Obesitascentrum levert zorg op maat



Dr. Baris Koç, Orthopedie

Een rechte lijn naar pijnvrij bewegen

Ieders knie is wel een beetje anders, en een lichte afwijking in de stand van je benen is heel normaal en merk je vaak niet eens op. Maar zodra die standsafwijking aanhoudende kniepijn veroorzaakt en je belemmert in het bewegen, is het tijd voor actie. Gelukkig is een prothese lang niet altijd nodig. Voor wie graag actief door het leven gaat, is een standscorrectie een krachtige en gewrichtssparende oplossing. Orthopedisch chirurg dr. Baris Koç legt uit hoe deze techniek de natuurlijke balans van de knie herstelt.

Wanneer de benen niet helemaal recht staan, bestaat de kans dat er een schadelijke disbalans in het gewricht ontstaat. "Denk maar aan een O- of X-stand van de benen. Bij O-benen wordt voornamelijk de binnenkant van de knie belast, terwijl bij X-benen de druk juist op de buitenkant ligt," legt dr. Koç uit. "Met een standcorrectie zorgen we ervoor dat de belasting weer exact door het centrum van het gewricht loopt en gelijkmatig verdeeld wordt."

Pijnklachten

De oorzaak van zo'n afwijking is vaak genetisch bepaald, maar kan ook het gevolg zijn van een eerder letsel of een breuk. Toch betekent een afwijkende stand niet automatisch dat een operatie nodig is. "Zolang iemand geen pijn

heeft, grijpen we niet in," benadrukt dr. Koç. "Uitsluitend wanneer er pijnklachten ontstaan die het dagelijks leven belemmeren, kijken we of een correctie nodig is."

Een hardnekkig misverstand

Over standcorrecties bestaan nog altijd hardnekkige misverstanden. Zo denken velen dat het bot bewust wordt gebroken en dat het herstel langdurig en pijnlijk is. Dr. Koç helpt die mythe graag de wereld uit. "Dat is een opvatting uit het verleden," verduidelijkt hij. "Vroeger werd het bot inderdaad gebroken en werd de stand op het oog gecorrigeerd. Vandaag de dag werken we heel anders. We breken het bot niet, maar maken een uiterst nauwkeurige zaagsnede en correctie. Vervolgens zetten we het bot

in de gecorrigeerde stand vast met plaat en schroeven. Het gewricht zelf, inclusief het eigen kraakbeen, de meniscus en de kruisbanden, laten we helemaal intact."

Dr. Koç vergelijkt de ingreep met een tafel: "Als een tafelpoot scheef staat, functioneert de tafel niet meer zoals het hoort. Je kunt een nieuwe tafel kopen, maar je kunt ook gewoon de poot rechtzetten. Dan behoud je je vertrouwde tafel én staat hij weer rotsvast."

Hightech maatwerk dankzij het 3D-Lab

Om de ingreep zo nauwkeurig en minimaal invasief mogelijk uit te voeren, maakt de dienst Orthopedie gebruik van de nieuwste technologieën. In samenwerking met het eigen 3D-Lab

"Omdat het eigen gewricht behouden blijft, ervaren patiënten na hun herstel geen fysieke beperkingen."

van ZOL, 3Dimensions, wordt gewerkt met patiëntspecifiek instrumentarium. "Voorafgaand aan de ingreep maken we een CT-scan van het been," vertelt dr. Koç. "Op basis daarvan wordt een op maat gemaakte mal geprint met een 3D-printer. Deze mal past perfect op de anatomie van de patiënt en geeft tot op de millimeter nauwkeurig aan waar de zaagsnede en de schroeven moeten komen."

De kennis en internationale expertise voor deze gewrichtssparende chirurgie bracht dr. Koç mee uit gerenommeerde orthopedische centra in onder meer Qatar, de Verenigde Staten en Turkije. "Dankzij de steun van het Orthopedisch Centrum Limburg hier in ZOL kunnen we deze hoog-

gespecialiseerde zorg nu op grote schaal aanbieden aan onze patiënten."

Snel weer op de been

Omdat de ingreep zo gecontroleerd verloopt, herstellen patiënten vaak opvallend snel. Onder begeleiding van de kinesitherapeut komt de patiënt vrijwel meteen weer in beweging. "Het is een investering in je eigen knie," besluit dr. Koç. "Omdat het eigen gewricht behouden blijft, ervaren patiënten na hun herstel geen fysieke beperkingen, en kunnen ze opnieuw sporten, werken en bewegen zonder pijn. Het geeft veel voldoening om te zien hoe we met een ingreep iemands levenskwaliteit zo sterk kunnen verbeteren." ♥

Voordelen van een standscorrectie

- Behoud van het eigen gewricht, eigen kraakbeen, meniscus en kruisbanden.
- Geen bewegingsbeperkingen: diep buigen of hurken blijft na herstel gewoon mogelijk.
- Actief leven hervatten: (sport)activiteiten kunnen op termijn weer opgepakt worden.
- Rem op slijtage: de gelijkmatige belasting remt verdere slijtage af en stelt een prothese uit.

dr. Baris Koç, orthopedisch chirurg



➤ Ontslagen uit het ziekenhuis?

MAAK KENNIS MET KORIAN HOME CARE THUISZORG EN THUISVERPLEGING

➤ Gezinszorg

(snelle acute zorg is mogelijk)

Onze verzorgenden ondersteunen je bij je persoonlijke verzorging, dagelijkse taken als wassen en koken en licht huishoudelijk werk. Voor wie op leeftijd is, ziek of herstellende is of tijdelijk extra hulp nodig heeft thuis.

➤ Poetshulp

Lukt het niet meer goed om je woning zelf schoon en netjes te houden?

Onze poetshulpen nemen graag de poetstaken van je over.

➤ Thuisverpleging

Verpleegkundige zorgen aan huis nodig na een ziekenhuisopname, herstel je thuis van een ongeval of ziekte? Dan kan je rekenen op ons team van professionele en ervaren verpleegkundigen voor je regio.

➤ Kraamzorg

Na de bevalling kan je rekenen op hulp voor je baby, het huishouden en je gezin.

Ook bij prenatale rust zijn we er voor jou.



078 15 20 12
info@korianhomecare.be
korian.be/zorg-aan-huis



Om jou geven, is onze zorg.



(v.l.n.r.) Mieke Sybers, Dominique Bergmans en Bart Hiemeleers

Inloop- en belevingshuis De Zonnebloem biedt een warme thuis

Achter de uitnodigende voordeur schuilt een unieke vzw met een doordacht, tweedelig concept. Voorzitters Bart Hiemeleers en Dominique Bergmans en ondervoorzitter Mieke Sybers vonden elkaar door hun jarenlange engagement bij Levensloop Genk. In november 2025 openden ze officieel de deuren van De Zonnebloem Genk vzw aan de Hengelhofstraat. Van dinsdag tot en met donderdag fungeert het pand als inloophuis voor mensen met kanker en hun naasten. Op maandag en vrijdag krijgt de locatie een andere invulling als belevingshuis voor groepen mensen met een verstandelijke beperking.

Verlengstuk van de zorg

Voor wie de diagnose kanker krijgt, staat de wereld plots helemaal stil. Juist op dat moment wil De Zonnebloem er zijn als een warm verlengstuk van de zorg in het ziekenhuis. Zonder dat je vooraf moet bellen of een afspraak moet maken, mag je hier gewoon binnenstappen. "In een klein jaar hebben we al zo'n tweehonderdvijftig gasten verwelkomd in het inloophuis," vertelt Mieke enthousiast. Bart benadrukt dat iedereen die met kanker te maken krijgt vrijblijvend kan binnenwandelen voor een kop koffie of een activiteit. "Gasten verplichten we tot niets. Je moet je verhaal niet meteen ver-

tellen, maar de ruimte is er als daar nood aan is. Het is een plek waar je simpelweg jezelf mag zijn. Je verhaal vertellen komt wel als je er klaar voor bent."

Die laagdrempeligheid is een bewuste keuze, want de stap om binnen te wandelen is soms groot. Mieke merkt op dat mensen met de diagnose zichzelf soms onbewust wegcijferen. Tegenover hun familie houden ze zich sterk, waardoor de klap des te heftiger is wanneer ze alleen zijn. "Wij zijn er om die muur een klein stukje af te breken," legt Mieke uit. "Hier mag de focus weer even volledig op de patiënt zelf liggen, in een omge-

De geur van verse koffie, gelach en het zacht gekletter van penselen. Aan de grote tafel in de woonkamer leggen enkele bezoekers de laatste hand aan een reeks keramieken zonnebloemen. Wie binnenstapt bij De Zonnebloem in Genk, voelt meteen de geborgenheid van een warme huiskamer. Sinds november 2025 biedt dit inloop- en belevingshuis een waardevolle plek aan mensen met kanker en personen met een verstandelijke beperking. De oncocoaches van ZOL organiseren er ook infosessies voor patiënten met kanker.

"De oncocoaches van ZOL fungeren als vaste gidsen en vertrouwenspersonen voor de mensen in het inloophuis."

ving die kan zorgen voor ontspanning onder lotgenoten."

De brug tussen ZOL en De Zonnebloem vzw

De warme sfeer van De Zonnebloem staat niet los van de medische wereld, maar wil er een waardevolle aanvulling op zijn. De dagelijkse werking van de vzw draait op maar liefst 52 gedreven vrijwilligers, van wie 14 met medische expertise.

Een waardevolle schakel binnen dit netwerk zijn de oncocoaches van ZOL. In het inloophuis fungeren zij als vaste gidsen en vertrouwenspersonen. Mieke legt uit hoe belangrijk hun betrokkenheid is: "Oncocoaches staan in het ziekenhuis in voor de begeleiding van mensen die tegen kanker behandeld worden. Ze bevinden zich midden in de medische werkelijkheid van de patiënt. Zij voelen als geen ander aan wanneer iemand

nood heeft aan een veilige plek buiten de ziekenhuismuren, los van de noodzakelijke bestralingen of chemotherapie."

Het inloophuis biedt een gevarieerd aanbod van lichaams- en gelaatsverzorgingen, voetreflexologie, creatieve workshops, of samen gaan wandelen, zwemmen of petanquen. De grootste troef? De spontane ontmoetingen tussen lotgenoten waaruit hechte vriendschappen ontstaan. Naast lichamelijke ontspanning is er ook ruimte om emotionele rust te vinden. Het team van geschoolde vrijwilligers staat steeds klaar voor een luisterend oor en een goed gesprek. Mieke: "We helpen onze gasten om te kijken wat er in hun mentale rugzak zit. Welke inzichten geven kracht en mogen aan boord blijven? En wat laat je beter achter omdat het te zwaar weegt? Bezoekers geven aan dat dit hen enorm veel ademruimte geeft."

Een dagje uitbreken in het belevingshuis

Op maandag en vrijdag verandert De Zonnebloem in een belevingshuis voor zorginstellingen van leefgroepen met een verstandelijke beperking en hun begeleiders.

Dit initiatief ligt Bart na aan het hart. Zijn oudste zoon Roel (39) werd geboren met een diepe verstandelijke beperking. Inclusiviteit staat in het belevingshuis centraal. "Als een gebouw goed is voor de aller-kwetsbaarsten, dan is het voor iedereen goed," licht Bart toe. De deuren zijn breder, er is vloerverwarming voor het comfort van rolstoelgebruikers en de parking is drempelvrij en extra diep aangelegd, zodat busjes van instellingen de passagiers veilig kunnen laten in- en uitstappen."

Het gaat specifiek om gasten die een dagje in een heel andere omgeving

terecht komen en voor wie de mogelijkheden elders beperkt zijn. "Sommige groepen lopen vast als het gaat om daguitstappen omdat de zorgbehoefte te intensief is. Bij De Zonnebloem kijken we naar wat wél kan," aldus Bart.

Hoewel de twee doelgroepen elkaar in het huis niet ontmoeten, versterken de werkingen elkaar achter de schermen enorm. Dominique: "Door infrastructuur en materialen slim te delen, versterken onze twee doelgroepen elkaar. Als er op donderdag wafels worden gebakken in het inloophuis, genieten de gasten van het belevingshuis de dag erna mee. En bezoekers uit beide doelgroepen die de kracht missen om zelf te trappen? Die kunnen dankzij onze aangepaste duofietsen alsnog genieten van een ritje."

Een hechte gemeenschap

Met De Zonnebloem krijgt de oncologi-

sche zorg in Genk een warm en menselijk gezicht buiten de ziekenhuismuren. Het project toont hoe een gemeenschap van lokale partners en vrijwilligers de handen in elkaar slaan om mensen doorheen een moeilijke fase in hun leven te helpen.

Het is die onvoorwaardelijke gastvrijheid die van dit huis een unieke plek maakt. "Hier ben je in de eerste plaats mens en pas daarna patiënt. Onze voordeur staat wagenwijd open voor iedereen die even wil ademen," verwoorden Mieke, Bart en Dominique de filosofie achter hun initiatief. ♥



Het inloophuis en belevingshuis in de Hengelhofstraat in Genk



"De huiselijke sfeer maakt een wereld van verschil."

Oncocoach Christel Vangompel organiseert samen met haar collega's infosessies voor patiënten in De Zonnebloem Genk vzw.

"Patiënten moeten voor hun behandeling al zo vaak naar het ziekenhuis. We merkten dat de drempel om daar nog eens naartoe te gaan voor een infosessie best hoog lag. Sinds we deze sessies in De Zonnebloem organiseren, zien we het aantal inschrijvingen stijgen.

De sfeer is er warm, huiselijk en heel uitnodigend. Het is voor patiënten een ideale en laagdrempelige manier om kennis te maken met het inloophuis en om op een rustige plek nuttige inzichten mee te krijgen.

Bezoek de website van De Zonnebloem





10 vragen over gezond leven aan cardioloog dr. Koen Ameloot

"Sport is onmisbaar voor mij"

Onze artsen moedigen hun patiënten elke dag aan om gezond te leven. Ze benadrukken het belang van voldoende beweging, evenwichtige voeding, een gezonde levensstijl en preventieve controles. Maar passen zij die adviezen ook zelf toe? Hoe combineert een arts een drukke agenda en onregelmatige werkuren met een gezonde levensstijl? Wij stelden tien vragen aan dr. Koen Ameloot, over de voortdurende zoektocht naar een balans tussen beweging, voeding en slaap.

Bent u als arts bezig met uw eigen gezondheid?

"Ja, het maakt deel uit van hoe ik in het leven sta. Het fascineert me wanneer ik een patiënt van 90 jaar over de vloer krijg die nog zeer fit is. Dan keer ik de rollen om en vraag ik zelf raad: 'Wat is het geheim om op uw 90ste zo fit te zijn?' Het antwoord is bijna altijd hetzelfde. Het zijn mensen die hun hele leven fysiek actief zijn gebleven. Die altijd zijn blijven fietsen of wandelen. En die hun brein jong houden met denkoefeningen. Ik vind dat een van de grootste troeven van mijn job. Het houdt je een spiegel voor en laat zien welke keuzes je vandaag kunt maken om later hetzelfde te bereiken."

Bent u altijd zo bezig geweest met een gezonde levensstijl?

"Ja, eigenlijk wel. Als tiener heb ik het geluk gehad om op een redelijk hoog niveau te voetballen. Dan ben je natuurlijk heel gefocust op je lichaam en op presteren. Nu ik de veertig gepasseerd ben, is dat wel veranderd. Ik sport nog veel maar tijden verbeteren of persoonlijke records neerzetten, dat hoeft niet meer. Ik wil vooral op een hele goede manier fysiek bezig zijn om mijn lichaam te verzorgen."

"Ik raad iedereen aan om de cholesterolwaarde al op relatief jonge leeftijd te laten controleren"

Vindt u het belangrijk dat u als arts gezond leeft?

"Het klinkt misschien vreemd, maar ik vergelijk ons werk als arts soms met topsport. Het gebeurt wel eens dat ik om twee uur 's nachts een ingreep uitvoer bij een patiënt met een hartinfarct. Daarna slaap ik nog een paar uur om vervolgens om acht uur aan een raadpleging te beginnen die tot de middag duurt en soms zelfs gewoon doorgaat tot 's avonds. Ik ben ervan overtuigd dat je zo'n levensstijl alleen kunt volhouden als je fysiek in goede conditie bent en goed voor je lichaam zorgt. Sport is daarom onmisbaar voor mij."

Heeft u tijd om te sporten?

"Ik maak daar bewust tijd voor. Elk jaar probeer ik deel te nemen aan twee halve Ironmans. Een volledige zal ik nooit doen, omdat het de balans tussen werk, gezin en vrije tijd zou verstoren. Ik probeer altijd dingen te combineren. Zo kijk ik met de kinderen naar voetbal op televisie terwijl ik met mijn fiets op de rollen train. Ik loop ook vaak op de loopband omdat dat ook makkelijk kan wanneer het donker is. Daarnaast zwem ik tussendoor wanneer het past."

Let u daarnaast ook op uw voeding?

"Ik word gelukkig van lekker eten, maar ik probeer die balans ook hierbij te behouden. Thuis eten we, zoals de meeste goede Belgen (lacht), één keer per week frieten en ook een stukje vlees. We zijn daar vrij nuchter in: genieten mag, zolang er een goede balans is. Er is een periode geweest waarin ik

na een nachtelijke ingreep in het ziekenhuis wel eens langs de McDonald's reed. Dat doe ik nu niet meer. Ik kan misschien nog wat meer op mijn voeding letten, maar ik wil er ook niet ongelukkig van worden. Moest bijvoorbeeld mijn cholesterol te hoog zijn, dan zou ik daar zeker werk van maken."

Welke rol speelt gezondheid binnen uw gezin?

"Mijn kinderen zijn acht, elf en veertien jaar oud. Op die leeftijd voelen ze zich natuurlijk nog onkwetsbaar, en dat is heel normaal. Wel kijken we er als ouders op toe dat ze gezond opgroeien en bijvoorbeeld niet te zwaar worden, want kindero obesitas kan verschillende gezondheidsrisico's met zich meebrengen. Waar we ook bewust mee omgaan is de factor veiligheid. Als we met de kinderen gaan fietsen, zetten we allemaal onze helm op. Mijn dochter zit op het middelbaar en zij beseft dat vallen met de fiets zonder helm ernstige gevolgen kan hebben. Een trampoline in de tuin heb ik bijvoorbeeld ook lang tegengehouden. Omdat ik in het ziekenhuis veel ongevallen met trampolines heb gezien. Uiteindelijk zijn we toch overstag gegaan. Voorlopig nog zonder ongelukken (lacht)."

Besteedt u als cardioloog aandacht aan uw hart?

"Hoewel ik nog relatief jong ben om hartproblemen te krijgen, ben ik wel al preventief bezig met de gezondheid van mijn hart. Als cardioloog zorg ik voor de bloedvaten van het hart, voor de benzineleidingen van de motor als het ware. Bij een patiënt met een hartinfarct is er bijna altijd een duidelijke oorzaak of een combinatie van risicofactoren die daartoe heeft geleid. Daarom ken ik ook mijn eigen cholesterolwaarden. Ik zou iedereen aanraden om zijn of haar cholesterolwaarden al op relatief jonge leeftijd te laten controleren."

Een gezond hart gaat hand in hand met voldoende slaap. Hoe zit het met die nachtrust bij u als arts?

"Mijn nachtrust wordt voor een groot stuk bepaald door omstandigheden. Wanneer ik veel vergaderingen heb of 's nachts een ingreep moet uitvoeren, voel ik nog wel enkele dagen dat ik weinig geslapen heb. Het lukt me zelden om op tijd in bed te kruipen, maar in de mate van het mogelijke probeer ik voldoende te slapen, al heb ik dat niet altijd zelf in de hand."

Hoe kijkt u naar alcoholgebruik als arts?

"Het klinkt waarschijnlijk saai, maar ik drink geen alcohol. In de eerste plaats omdat ik het gewoon niet lekker vind. Daarnaast hebben we als arts regelmatig wachtdienst, dan is alcohol drinken sowieso geen optie. En ten slotte sport ik bijna elke dag en ik zie het niet zitten om dat met alcohol te combineren."

Welke gezondheidsadviezen geeft u mee aan uw patiënten?

"Voor mij is de belangrijkste boodschap: begin op tijd met preventie. Dat betekent voldoende bewegen, letten op je voeding en niet roken. Dat zijn keuzes die je op relatief jonge leeftijd maakt, zodat je tussen je 50ste en 60ste minder risico loopt op ernstige cardiovasculaire problemen." ♥

**ZOL ZIT IN JE.
EN DAT UIT ZICH.**



Tinne? Die werkt bij ZOL als gynaecoloog. Dat merk je meteen. Geeft het beste van zichzelf. In werk- en sportschoenen. Altijd paraat om dat extra rondje te lopen voor collega of patiënt. Met een ongezien doorzettingsvermogen en mentale kracht om haar doel te bereiken. Gedreven door zorg en gebeten door vooruitgang. Daarom koos ze voor ZOL. Een kwestie van gezond verstand. Met moderne infrastructuur, een familiale werksfeer en een constante honger naar innovatie. Midden in de groene Limburgse bossen. Een gedreven koploper die altijd op zoek is naar die volgende runner's high. En daarmee anderen inspireert. Logisch, want ZOL zit in haar. Waar ze ook is, wat ze ook doet. Ook alles uit je halen wat in je zit? Check www.zoljobs.be



Kort

Zorgcentrum na Seksueel Geweld op Pukkelpop

Ook dit jaar waren medewerkers van het Zorgcentrum na Seksueel Geweld (ZSG Limburg) aanwezig op Pukkelpop. Binnen het initiatief We Care a Lot stonden zij mee in voor de opvang en ondersteuning van slachtoffers van seksueel geweld op het festivalterrein.

We Care a Lot zet zich in voor het welzijn en de veiligheid van festivalgangers. Het initiatief biedt festivalgangers een laagdrempelig aanspreekpunt voor vragen en ondersteuning rond thema's zoals grensoverschrijdend gedrag, veilig vrijen, alcohol- en druggebruik en gehoorschade.

We Care a Lot is een samenwerking van Pukkelpop en UCLL met partners zoals Plan International, Safe 'n Sound, het Vias Institute, Integra, Punt vzw en verschillende hulp- en veiligheidsdiensten. Meer info: www.wecarealot.be



DIGihulp in ZOL: hulp bij digitale zorgen

Heb je moeite met Itsme, mijnzol.be of het gebruik van je smartphone, tablet of computer? De medewerkers van DIGihulp helpen je graag verder! Elke dinsdag staan ze in de inkomhal van ZOL Genk, campus Sint-Jan klaar om je gratis te helpen met al je digitale vragen. Of het nu gaat om een app installeren, inloggen op een website of het bekijken van je medisch dossier. DIGihulp neemt de tijd om het samen met jou stap voor stap te overlopen. Meer weten? Surf naar www.digihulp.be, mail naar digihulp@genk.be of bel 089 65 43 77.

Waar? Inkomhal ZOL Genk, campus Sint-Jan
Wanneer? Elke dinsdag van 9–11 uur en van 13–15 uur
Voor wie? Patiënten en bezoekers
Prijs? Helemaal gratis



DBS voortaan ook onder algemene verdoving

ZOL zet een nieuwe stap binnen de functionele neurochirurgie. Voor het eerst werd een DBS-operatie (deep brain stimulation) volledig onder algemene verdoving uitgevoerd. DBS is een behandeling waarbij elektroden uiterst nauwkeurig in specifieke hersenkernen worden geplaatst. De techniek wordt onder meer gebruikt voor de behandeling van de ziekte van Parkinson, essentiële tremor en dystonie.

Traditioneel gebeurt een deel van de ingreep terwijl de patiënt wakker is, zodat de neurochirurg de hersenactiviteit kan registreren en het effect van stimulatie kan testen. In ZOL kan dit nu ook zonder dat de patiënt wakker hoeft te worden.

De DBS-behandeling is een nauwe samenwerking tussen de diensten Neurologie en Neurochirurgie, met dr. An Driesen, dr. Evelien Tuerlinckx en dr. Abdulhamid Çiçek.





Cardiologie in beweging

Het verhaal van prof. dr. Vandervoort die *met pensioen gaat*

Toen echocardiografie eind jaren 80 zijn intrede deed in de klinische praktijk, stond de discipline nog in haar kinderschoenen. Vandaag is beeldvorming onmisbaar in de cardiologie. Prof. dr. Pieter Vandervoort stond mee aan de wieg van deze evolutie in ZOL. Na een carrière van meer dan dertig jaar blikt hij terug op pionierswerk, technologische vooruitgang en de toekomst van gepersonaliseerde zorg.



Prof. Pieter Vandervoort: "Niet-invasieve beeldvorming is intussen de standaard geworden."

Het echolabo van ZOL bestaat 30 jaar. U heeft dit uitgebouwd vanaf de start?

Ik ben destijds naar ZOL gekomen om een echolabo uit te bouwen. Echocardiografie is een relatief jonge discipline. Dit onderzoek maakt gebruik van geluidsgolven om de structuur en werking van het hart in beeld te brengen. De technologie werd ontwikkeld in de jaren 70 en 80, maar vond pas eind jaren 80 haar weg naar de cardiologische kliniek, aanvankelijk enkel voor diagnostiek. Cardiologen waren toen nog niet opgeleid om hier het maximale uit te halen.

"De beeldkwaliteit blijft verbeteren en we staan voor de integratie van artificiële intelligentie."

Na mijn opleiding aan de KU Leuven heb ik mij in de VS verder bekwaamd. Eerst tijdens een fellowship van twee jaar in Boston, in het Massachusetts General Hospital, en daarna in de Cleveland Clinic. Daar bouwde mijn mentor, diensthoofd Echografie, een echolab uit.

Ook belangrijk in die periode was de evolutie in de operatieve technieken voor hartkleplijden. Waar een hartklep vroeger enkel vervangen kon worden, werden nieuwe technieken ontwikkeld

om kleppen te herstellen. Beeldvorming, en dus echocardiografie, was daarbij cruciaal voor de chirurg.

Maar ook in de cardiologie veranderde er veel?

In alle grote ziekenhuizen in België was er op dat moment een duidelijke trend naar invasieve cardiologie: coronarografie, ballondilatatie en het plaatsen van stents. Ook in ZOL, toen nog het Sint-Jansziekenhuis. In 1992 werd het cathlab opgericht en ontstond er nood aan meer expertise in niet-invasieve beeldvorming.

Zo ben ik in Genk terechtgekomen. Dr. Van Lierde, een jaargenoot van mij, bouwde samen met dr. Vrolix het cathlab uit en contacteerde mij. Zij namen het interventionele luik op zich, ik de beeldvorming.

En zo is echocardiografie in Genk begonnen?

Het was mijn ambitie om in Genk iets gelijkaardigs op te zetten als in de Cleveland Clinic. Maar er waren wel wat hordes te nemen.

In Cleveland beschikte men over de beste apparatuur en goed opgeleide verpleegkundigen en technici. Daarnaast waren er sterke rapporteringsmodules en databases, ook voor wetenschappelijk onderzoek. Dat hadden we in Genk niet.

Apparatuur konden we aankopen. Een database opzetten en implementeren lukte ook, al was dat dertig jaar geleden veel arbeidsintensiever dan vandaag. De grootste uitdaging was echter het vinden van opgeleid personeel. Er was geen kennis en ervaring, en er bestond nog geen opleiding.

Prof. Van Mieghem, toen diensthoofd Cardiologie, vroeg verpleegkundige Rozette Reyskens om mee te werken. Zij was bereid en via on-the-job training heb ik haar kunnen opleiden.

Vrij snel konden we uitbreiden met een tweede en derde medewerker, parallel met de ontwikkeling van het chirurgisch luik voor klephersteloperaties met cardiochirurg dr. Franssen en later ook dr. Van Kerrebroeck.

Welke vernieuwingen zijn er nog op komst?

Niet-invasieve beeldvorming is intussen de standaard geworden. Cardiologen worden vandaag opgeleid in beeldvormingstechnieken en ook de

opleiding voor verpleegkundigen en technici is intussen mainstream.

Maar de technologische evolutie staat niet stil. De beeldkwaliteit blijft verbeteren en we staan voor de integratie van artificiële intelligentie. Die software bestaat al, maar is momenteel nog zeer duur en daardoor nog niet in gebruik in ons land voor cardiologische beeldvorming.

Ook computermodellen om ingrepen voor te bereiden worden steeds beter. Naarmate procedures minimaal invasiever worden—via een naald, de pols of de lies—wordt voorbereiding met dergelijke modellen steeds belangrijker. Daar ligt zeker nog een belangrijke evolutie.

Wetenschappelijk onderzoek was voor u een late roeping?

De combinatie van klinisch werk en onderzoek heb ik pas echt ontdekt tijdens mijn periode in Boston en Cleveland. Niet tijdens mijn opleiding in Leuven omdat men daar vooral met fundamenteel onderzoek bezig was.

Van zodra we in Genk klinisch-wetenschappelijk onderzoek konden doen, onder meer via de samenwerking met UHasselt, ben ik daarin gestapt. Dat is ondertussen meer dan vijftien jaar geleden.

We mogen ons in Limburg gelukkig prijzen met UHasselt: een vooruitstrevende en breeddenkende universiteit. Er zijn vandaag niet veel plaatsen waar je bedside klinisch wetenschappelijk onderzoek op hoog niveau kan uitvoeren. Dat blijkt uit de vele doctoraten, presentaties en publicaties aan UHasselt, die internationaal hoog gewaardeerd worden.

U heeft ook wat telemonitoring betreft, baanbrekend werk gedaan. Zonder u was de succesvolle app van Fibrichек voor het meten van hartritmestatoornissen er nooit geweest.

Ik heb altijd een fascinatie gehad voor digitale technologie en hoe die kan worden toegepast in de klinische praktijk.

Vandaag kan een wielertoerist met apps zijn hartritme en calorieverbruik meten en delen. Maar die relevante medische

"In ZOL werken we in een geprivilegieerde context. We beschikken over een patiëntendossier met achterliggend een heel mooie databasestructuur."

informatie delen met een arts of ziekenhuis, is niet vanzelfsprekend.

Wij willen dat klinisch relevante informatie ook buiten het ziekenhuis verzameld kan worden: thuis, op het werk of op vakantie. Helaas volgt het Belgische terugbetalingssysteem hierin nog onvoldoende. Toch proberen we binnen ZOL, en zeker op onze dienst, een evenwicht te vinden en deze evolutie te faciliteren.

Door gegevens buiten het ziekenhuis te verzamelen, kunnen diagnoses sneller gesteld worden, behandelingen sneller opgestart en bijgestuurd worden. Dat leidt tot efficiëntiewinsten en een betere kwaliteit van zorg.

Bovendien maakt dit 'personalized medicine' mogelijk. Dit wil zeggen een behandeling op maat van de patiënt opstarten, opvolgen en aanpassen in de loop van de ziekte. Voor een hartziekte is dat vaak levenslang.

Ook op het vlak van data-onderzoek heeft u, samen met de datacel van ZOL onder leiding van Noëlla Pierlet, belangrijke stappen gezet?

Tijdens mijn fellowship in de VS heb ik geleerd hoe belangrijk goede dataverzameling is. Als je klinisch werkt, moet je voldoende kwalitatieve data verzamelen om kritisch te kunnen evalueren of je de gewenste zorg levert. Daarnaast vormen data een enorme bron voor onderzoek. Het belang van goede datacollectie kan niet onderschat worden.

In ZOL werken we in een geprivilegieerde context. We beschikken over een patiëntendossier met achterliggend een heel mooie databasestructuur. Dat zal ons in de toekomst nog veel kennis en inzichten opleveren.

Samen met Noëlla Pierlet en het Data Science Team hebben we al innovatief werk verricht, onder meer met het testen van AI-modellen op onze eigen data. Dat is relatief uniek en wordt ons benijd. Het is het resultaat van de constellatie van mogelijkheden en mindset in ons ziekenhuis.

Dit alles draagt bij aan een bedrijfscultuur die klinisch onderzoek en technologische innovatie stimuleert. Niet omwille van financiële redenen, maar omwille van de meerwaarde voor de kliniek, de kennis en wetenschappelijk onderzoek.

Wat heeft u in al die jaren geïnspireerd om dit werk te doen?

Ik heb altijd een sterke interesse gehad in wiskunde en fysica, en in de combinatie daarvan met de kliniek. Vooruitgang ontstaat vaak wanneer mensen met verschillende achtergronden samen naar een probleem kijken: ingenieurs, wiskundigen, computerwetenschappers en klinici. Dat idee heeft mij altijd gedreven en ligt ook aan de basis van Future Health, de onderzoekscel van ons ziekenhuis.

Blijft u actief na uw pensioen?

Jonge collega's nemen mijn taken over, dat is de normale gang van zaken. Dr. Bertrand neemt de beeldvorming over, dr. Nijst het overige van het luik niet-invasieve cardiologie.

Maar ik zal nog verder werken. Ik blijf klinisch en wetenschappelijk actief en zal mij blijven engageren waar ik nuttig kan zijn voor onze jonge mensen - klinisch, wetenschappelijk, administratief of strategisch.

Ook blijf ik mijn drie doctoraatsstudenten opvolgen, zij het als gastprofessor. Mijn aanstelling als hoofddocent aan UHasselt stopt sowieso met mijn pensioen. ♥



“Gisteren lag ik nog in het ziekenhuis, vandaag word ik **thuis verzorgd**.”

Wij zijn **24 uur op 24 bereikbaar** en starten, indien nodig, binnen enkele uren op.



Zorg die met jou meebeweegt.
Alweer een zorg minder.

TAXI PETERS GENK

**UW VERVOER,
ONZE ZORG.**

Comfortabel, veilig en met respect
waar u ook naartoe moet.



ROLSTOELVERVOER
Aangepaste voertuigen
en ervaren chauffeurs.



ZIEKENVERVOER
Zittend en rolstoelvervoer
voor alle medische afspraken.



PERSOONLIJKE AANPAK
Wij nemen de tijd en staan
voor u klaar.



BETROUWBAAR EN VEILIG
Stipt, discreet en met zorg
voor u onderweg.

RESERVEER UW VERVOER
04 75 30 62 91

info@taxipeters.be www.taxipeters.be



**ACTIEF IN LIMBURG
EN RUIME OMGEVING**
Voor ritten naar ziekenhuizen,
privepraktijken, revalidatiecentra
en andere zorginstellingen.

Meer dan vervoer.
Wij brengen u met zorg.



In de wachtzaal

Naam: Lieselot (11), Paulien (9) en Mieke (39)

Woonplaats: Hamont-Achel

Wachtzaal: Pediatrie

“Om de drie maanden komen we naar ZOL Maas en Kempen voor een controle bij het diabetesteam”, zegt mama Mieke. “Vandaag staan een afspraak bij de verpleegkundigen en een consultatie bij dr. De Schaetzen op het programma.”

“Beide meisjes hebben diabetes type 1. Bij Paulien werd de diagnose gesteld toen ze amper anderhalf jaar oud was. Haar grote zus Lieselot kreeg de diagnose op achtjarige leeftijd. Ook hun papa leeft sinds z'n veertiende met diabetes type 1”

“Tijdens zo'n controle worden de meisjes gewogen en gemeten, bekijken we hun glucosegegevens en wordt nagegaan of de instellingen van hun insulinepomp nog goed afgestemd zijn. Daarnaast krijgen we het materiaal mee dat we de komende maanden nodig hebben, zoals sensoren en katheters.”

“Het diabetesteam betekent enorm veel voor ons. In het begin hadden we bijna dagelijks contact met dr. Dooms. Vandaag

worden we opgevolgd door dr. Kirsten De Schaetzen. Zij neemt altijd de tijd om te luisteren en stelt de meisjes op hun gemak. Ook de diëtisten verdienen een pluim. Toen Lieselot voor het eerst op chirokamp ging, kwam diëtiste Veerle zelfs bij ons thuis langs om samen het menu te overlopen.”

“Diabetes vraagt elke dag aandacht. Koolhydraten tellen, een pomp bedienen en rekening houden met sport, uitstapjes en verjaardagsfeestjes: het hoort erbij. Toch probeer ik niet toe te laten dat diabetes ons leven beheerst. De meisjes gaan naar school, sporten, zitten in de Chiro en spreken af met vriendinnen. Die weten ondertussen perfect wat een sensor is en waarom een druivensuikertje soms nodig is.”

“En we blijven hoopvol. De technologie staat niet stil. Ik hoop dat leven met diabetes voor Paulien en Lieselot in de toekomst alleen maar gemakkelijker wordt.”



AYA-zorg in ZOL

In de bloei van je leven, en dan plots kanker

Jaarlijks krijgen zo'n vijftig jongvolwassenen tussen 16 en 35 jaar in ZOL de diagnose kanker. Een ingrijpende gebeurtenis op een moment waarop het leven normaal gezien volop in beweging is. Plots komt alles op losse schroeven te staan. Gelukkig staan AYA-patiënten er niet alleen voor. Verpleegkundig consulenten oncologische en hematologische zorg Christophe Eerlings, Charlotte Oben en Lotte Creemers begeleiden hen tijdens het hele traject, met aandacht voor veel meer dan alleen de behandeling.

Wat is AYA-zorg precies?

Charlotte: "AYA staat voor Adolescents & Young Adults, jongvolwassenen tussen 16 en 35 jaar. We merkten dat deze groep andere noden heeft dan de gemiddelde oncologische patiënt. Daarom bieden we extra begeleiding bovenop de standaardzorg. We kijken niet alleen naar de behandeling, maar ook naar zaken zoals studie, werk, relaties, gezin en toekomstplannen."

Lotte: "De medische behandeling blijft uiteraard centraal staan, maar bij jonge mensen speelt er zoveel meer. Hun leven staat vaak nog maar aan het begin. Wanneer kanker dan plots opduikt, valt veel stil."

Christophe: "AYA-zorg is echt maatwerk. Iedere patiënt bevindt zich in een andere levensfase en heeft andere zorgen. Daarom vertrekken we altijd vanuit de individuele behoeften van de patiënt."

Waarom is kanker op jonge leeftijd zo anders?

Christophe: "Een diagnose op 18-jarige leeftijd is totaal anders dan op 35-jarige leeftijd. De ene patiënt maakt zich zorgen over studies of een eerste relatie, terwijl de andere een jong gezin heeft en zich afvraagt hoe hij of zij de rol als ouder kan blijven opnemen."

Charlotte: "We ontmoeten jongeren die net aan een opleiding willen beginnen of hun eerste stappen zetten op de arbeidsmarkt. Plots moeten ze belangrijke plannen uitstellen. Dat heeft een enorme impact."

Lotte: "Ook thema's zoals kinderwens en fertiliteit komen veel vroeger op tafel dan patiënten ooit hadden verwacht. Dat zijn gesprekken waar veel leeftijdsgenoten nog helemaal niet mee bezig zijn."

Welke vragen krijgen jullie het vaakst?

Lotte: "Veel patiënten vragen zich af: waarom ik? Heb ik iets verkeerd gedaan? Had ik dit kunnen voorkomen? Dat zijn heel menselijke reacties."

Charlotte: "Het moeilijke is dat we daar vaak geen duidelijk antwoord op kunnen geven. Zeker bij veel kankers die

we bij jongvolwassenen zien, is er geen aanwijsbare oorzaak. We proberen daar eerlijk over te zijn."

Christophe: "Mensen verwachten ook niet altijd een oplossing. Vaak willen ze gewoon hun verhaal kwijt kunnen. Soms is luisteren belangrijker dan antwoorden geven."

Wat houdt jullie begeleiding concreet in?

Charlotte: "We volgen patiënten actief op tijdens hun hele traject. Dat kan tijdens een opname zijn, in het dagziekenhuis, telefonisch of via mail. We zijn een vast aanspreekpunt."

"Mensen zoeken niet altijd een antwoord. Soms willen ze gewoon kunnen vertellen dat het moeilijk is."

Lotte: "We helpen patiënten bij heel praktische vragen. Denk aan werkhervatting, studies, administratie, verzekeringen of fertiliteitsbegeleiding. We kennen de weg binnen het ziekenhuis en verwijzen door naar de juiste zorgverlener."

Christophe: "Je kunt ons zien als een soort spelverdeler. We bekijken samen welke ondersteuning iemand nodig heeft en brengen de juiste mensen rond de patiënt samen."

Hoe belangrijk zijn familie, vrienden en lotgenoten?

Lotte: "We zien vaak dat relaties veranderen. Sommige mensen waarvan je het niet verwacht, blijken een enorme steun te zijn. Tegelijk nemen anderen soms afstand omdat ze niet weten hoe ze moeten reageren."

Charlotte: "Het belangrijkste advies aan familie en vrienden? Je hoeft niet altijd een oplossing te hebben. Gewoon

aanwezig zijn, luisteren en laten merken dat iemand op je kan rekenen, betekent vaak al heel veel."

Christophe: "AYA-patiënten geven ook vaak aan dat ze niet voortdurend herinnerd willen worden aan hun ziekte. Een gewoon gesprek, samen iets gaan drinken of een activiteit doen zoals vroeger, kan ontzettend waardevol zijn."

Werken jullie samen met andere disciplines?

Charlotte: "Absoluut. AYA-zorg is multidisciplinair. We werken onder andere samen met psychologen, maatschappelijk werkers, kinesitherapeuten, diëtisten, seksuologen en fertiliteitsexperts."

Lotte: "Wanneer we voelen dat iemand extra ondersteuning nodig heeft, schakelen we die expertise in. Zo zorgen we ervoor dat de patiënt niet alles alleen hoeft uit te zoeken."

Christophe: "Iedere patiënt is anders. Daarom is het belangrijk dat we zorg op maat kunnen aanbieden en verschillende disciplines betrekken wanneer dat nodig is."

Welke plannen hebben jullie voor de toekomst?

Christophe: "We willen het zorgpad verder verfijnen en de samenwerking met alle betrokken disciplines nog beter structureren. Zo kunnen we patiënten nog gericht ondersteunen."

Charlotte: "Daarnaast willen we meer inzetten op beleving. We dromen van een aangename AYA-ruimte waar jongvolwassenen zich meer thuis voelen en waar afleiding mogelijk is tijdens behandelingen."

Lotte: "Ons doel blijft hetzelfde: ervoor zorgen dat jonge mensen zich gezien en gehoord voelen tijdens een bijzonder moeilijke periode in hun leven." ♥

Patiënte Gwenny: “Mijn leven ziet er anders uit, maar het gaat verder.”

Begin dit jaar kreeg Gwenny (28) onverwacht de diagnose chronische myeloïde leukemie (CML), een vorm van bloedkanker. Wat begon met een routinecontrole bij de huisarts, zette haar leven op zijn kop.

"Ik voelde me eigenlijk perfect gezond", vertelt ze. "Toen ik hoorde dat ik op oncologie verwacht werd, viel mijn wereld even stil." De periode tussen de eerste onderzoeken en de diagnose omschrijft ze als eenzame en onzekere weken. Toen uiteindelijk duidelijk werd wat er aan de hand was, volgden dubbele gevoelens. "Er was opluchting omdat ik eindelijk antwoorden kreeg. Maar tegelijk besepte ik dat mijn leven niet meer hetzelfde zou zijn."

Kinderwens

Voor haar kinderwens werd plots een groot vraagteken. Ook haar dagelijkse leven veranderde ingrijpend. "Vroeger combineerde ik een voltijdse job met een opleiding, een bijberoep en een druk sociaal leven. Nu moet ik veel bewuster omgaan met mijn energie."

Tijdens dat traject vond Gwenny steun in haar omgeving, maar ook bij het AYA-team van ZOL. "Het is fijn om te weten dat er altijd iemand is bij wie je terecht kunt", zegt ze. "Dat geeft rust. Je hoeft niet alles alleen uit te zoeken."

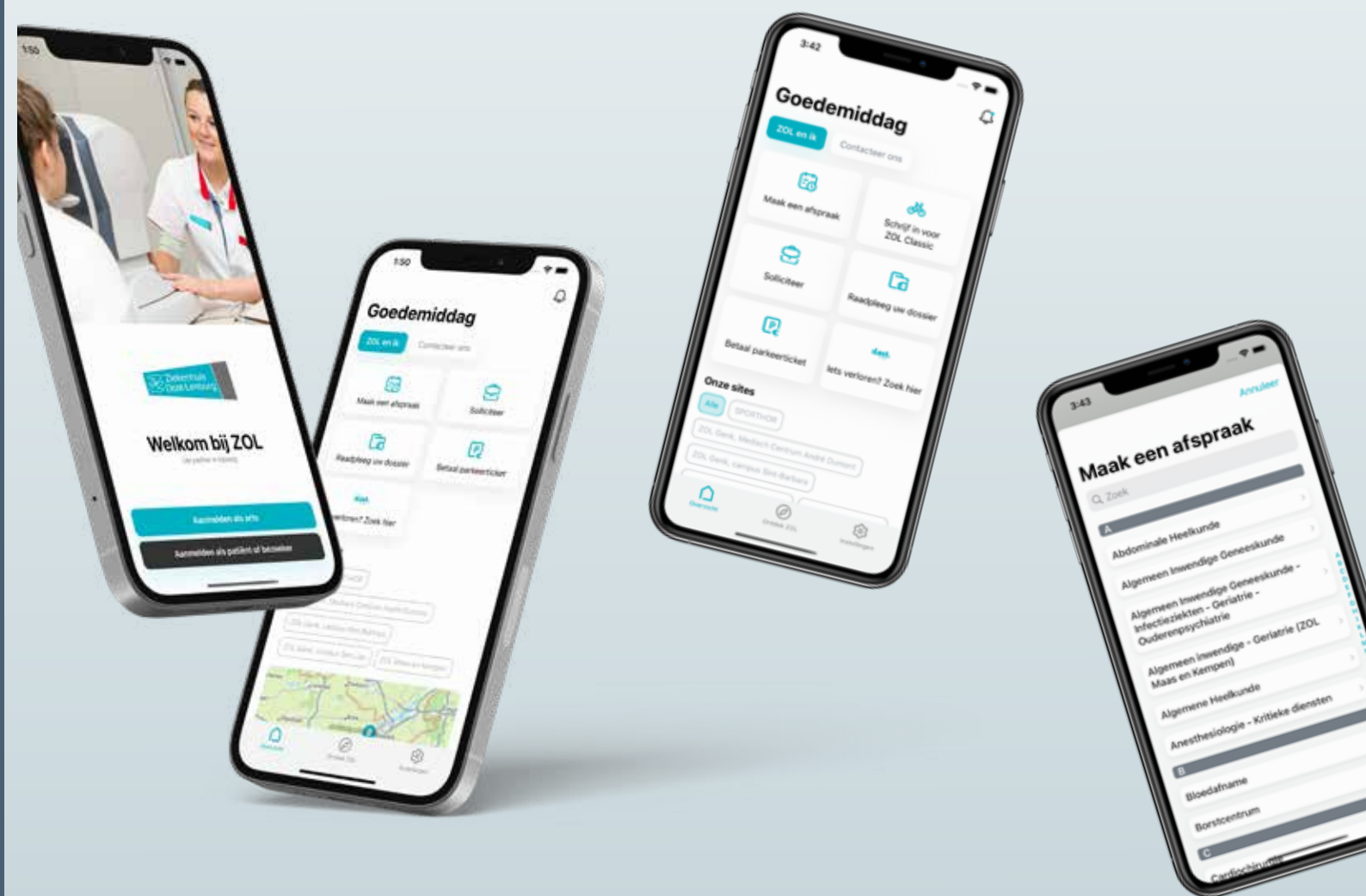
Genieten van de kleine dingen

Vandaag probeert Gwenny vooral vooruit te kijken. "Ik geniet meer van kleine dingen dan vroeger. Een wandeling met mijn hond voelt soms als een overwinning." Hoewel niet alle onzekerheden verdwenen zijn, blijft ze hoopvol. "Mijn toekomstplannen zien er misschien anders uit dan ik had gedacht, maar ik geef ze niet op." ♥



Download de **ZOLapp!**

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





Het consult

"Een marathon lopen hoeft voor mij niet meer"

Voor Stefanie Haumont (32) uit Oudsbergen was lopen jarenlang een ideale uitlaatklep. Toen ze na intensieve trainingen last kreeg van haar heup, leek dat eerst een gewone sportblessure. De klachten namen echter toe en onderzoek bracht een aangeboren afwijking aan het licht. Uiteindelijk kreeg ze een heupprothese. Haar lichaam zoekt nu naar een nieuw evenwicht na jaren van compensatie. De pijn is minder, maar nog niet volledig verdwenen. Een maand na een infiltratie ging ze op controle bij pijnarts dr. Laurens Peene in het Multidisciplinair Pijncentrum op campus Sint-Barbara in Lanaken.

"Voor mij is vijftig procent minder pijn ervaren een succes", begint dr. Laurens Peene in de consultatieruimte van het Multidisciplinair Pijncentrum. "Niet alleen omdat de pijn afneemt, maar vooral omdat Stefanie opnieuw beter kan functioneren in het dagelijks leven."

Stefanie kreeg een infiltratie in het sacro-iliacaal gewricht, tussen bekken en heiligbeen. En die blijkt effect te hebben. "Het ging de voorbije weken beter. Al heb ik af en toe nog last van uitstralende pijn in mijn bovenbeen", zegt Stefanie. Dr. Peene knikt. "Blijf kinesithérapie volgen en werk verder aan het versterken van de rug- en bekenspieren. Als de vooruitgang stilvalt, bekijken we de situatie opnieuw."

Van marathon naar operatie

Ironisch genoeg begon Stefanie haar verhaal met een gezonde gewoonte. Ze liep jarenlang en werkte zelfs de marathon van New York af. "Ik had de loopmicrobe echt te pakken", vertelt ze. "Ik combineer-

de werken met studeren en lopen was mijn uitlaatklep. Bijna elke dag trok ik mijn loopschoenen aan om mijn hoofd leeg te maken na een zware dag."

Wat eerst op een overbelastingsblessure leek, bleek later het gevolg van een aangeboren afwijking aan de heup. Een kijkoperatie, gevolgd door enkele infiltraties, brachten geen definitieve oplossing. Na wikken en wegen kreeg Stefanie in maart een heupprothese. "Toen ik wakker werd na de operatie, zei orthopedisch chirurg prof. dr. Kristoff Corten meteen dat een nieuwe heup de enige juiste beslissing was geweest", vertelt ze. "Mijn heupgewricht bleek nog veel meer versleten dan verwacht."

Ook mentaal zwaar

Drie jaar leven met pijn liet onvermijdelijk sporen na. Naar buiten toe bleef Stefanie doorgaan, maar achter de schermen woog de pijn zwaar. "Chronische pijn heeft altijd impact, niet alleen fysiek maar ook mentaal", zegt dr.

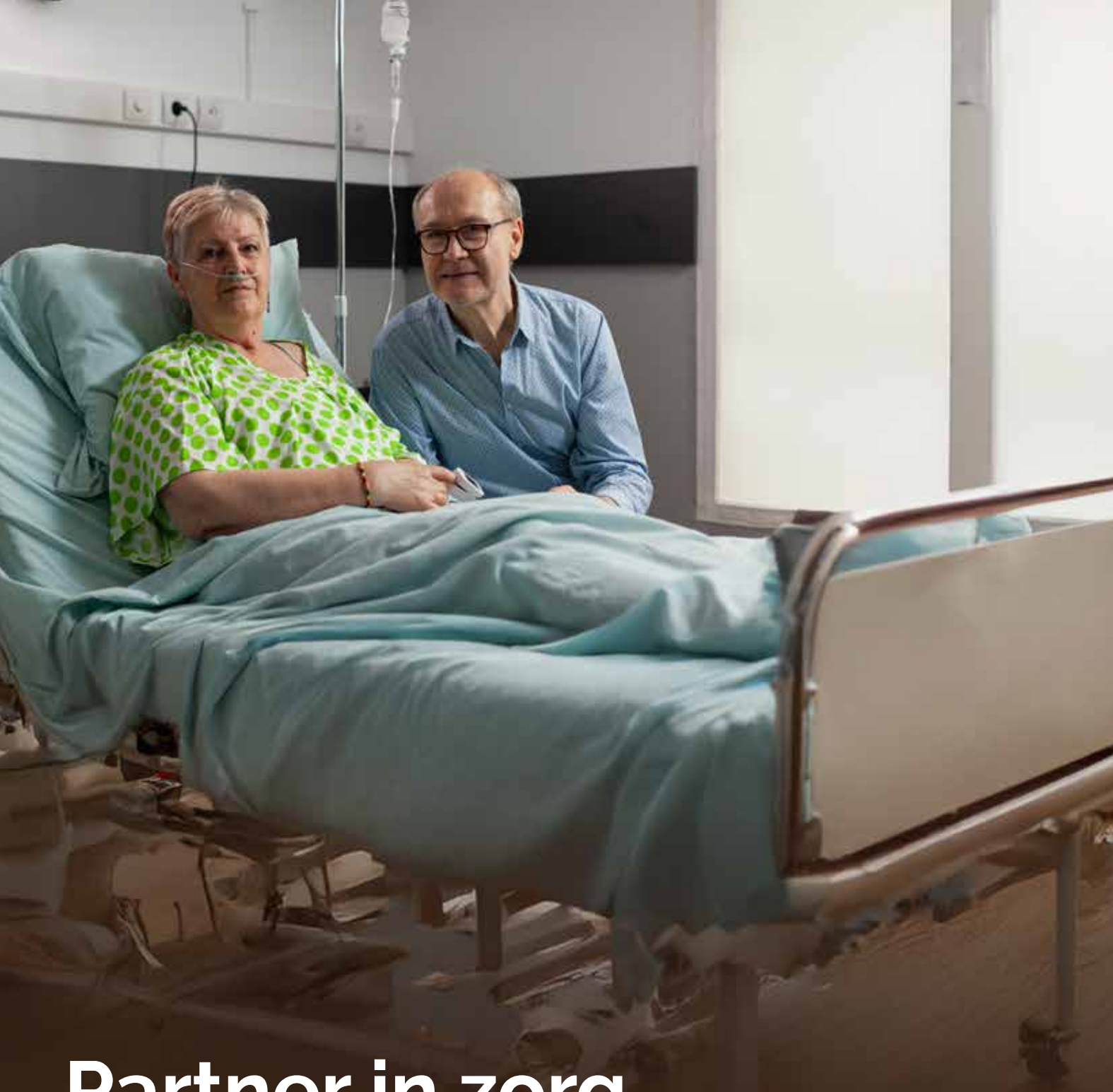
Peene. "Zeker jonge en actieve mensen blijven vaak lang doorgaan, waardoor ze onbewust over hun grenzen gaan."

"Gelukkig kon ik rekenen op mijn partner, familie en vrienden", zegt Stefanie. Hoe hard ik het ook probeerde te verbergen, zij zagen meteen aan mijn houding en gezicht wanneer ik pijn had."

Vooruitkijken

Vandaag is Stefanie nog niet pijnvrij, maar wel hoopvol. Wandelen, oefeningen en bewegen maken opnieuw deel uit van haar dagelijkse routine. En er is een duidelijk doel. "Ik wil opnieuw kunnen lopen", zegt ze. "Een marathon hoeft niet meer. Maar ik kijk wel echt uit naar mijn eerste vijf kilometer."

Dr. Peene deelt dat optimisme. "Stefanie is jong, actief en gemotiveerd. Dat stemt mij gunstig. We gaan duidelijk de goede richting uit." ♥



Partner in zorg

De kracht van een vertrouwd gezicht dichtbij

Tijdens een ziekenhuisopname kan de steun van een vertrouwd gezicht een groot verschil maken. Daarom kunnen patiënten op een hospitalisatieafdeling in ZOL voortaan één of meerdere partners in zorg aanduiden.

Een partner in zorg kan een partner, familielid, mantelzorger of goede vriend zijn. Deze vertrouwenspersoon mag, in overleg met het zorgteam, ook buiten de reguliere bezoeken aanwezig zijn

en zo bijdragen aan het comfort en welzijn van de patiënt.

Partners in zorg kunnen helpen bij eenvoudige zorgtaken, zoals ondersteuning bij maaltijden, persoonlijke verzorging of verplaatsingen. Daarnaast bieden zij een luisterend oor en helpen ze belangrijke informatie mee opvolgen.

Meer weten? Vraag ernaar bij je verpleegkundige of behandelend arts.



www.zol.be/patienten/partner-in-zorg

Kort

Huisartsenzoeker.be helpt je zoeken naar een huisarts

Een huisdokter vinden is niet meer vanzelfsprekend. Om inwoners van Genk, As, Zutendaal en Oudsbergen hierbij te helpen werkt de huisartsenkring Prometheus samen met het online platform www.huisartszoeker.be.

Als je op zoek bent naar een huisarts geef je je adres en de maximale zoekafstand in. Vervolgens krijg je een overzicht van de praktijken waar je nog terecht kan. Omdat de huisartsen zelf hun beschikbaarheid beheren, blijft de informatie actueel en betrouwbaar.

Vandaag is er al een acuut huisartsentekort in de regio Genk, As, Zutendaal en Oudsbergen. 83 procent van de huisartsen daar heeft vandaag al een patiëntenstop. Bovendien zullen er in de komende vijf jaar 35 van de 108 nu nog actieve huisartsen met pensioen gaan.



Nieuwe voorzitter voor Comité Medische Ethiek

Vanaf 1 oktober 2026 neemt dr. Sven Van Poucke (Anesthesie) het voorzitterschap van het Comité Medische Ethiek van ZOL op, met dr. Thibault Petit (Cardiologie) als ondervoorzitter. Dr. Van Poucke neemt het voorzitterschap over van dr. Patrick Noyens (Cardiologie) die zich jarenlang met grote toewijding heeft ingezet voor het comité. We danken hem van harte voor zijn engagement en wensen de nieuwe voorzitter en ondervoorzitter veel succes in hun opdracht.

Het Comité Medische Ethiek waakt over de rechten en waardigheid van patiënten, ondersteunt zorgverleners bij complexe ethische vraagstukken en beoordeelt wetenschappelijk onderzoek. Meer weten over de werking en rol van het comité? Surf naar www.zol.be/comite-medische-ethiek.

Onderzoek in ZOL bij studie naar NIPT-test

Het bloedstaal dat zwangere vrouwen laten afnemen voor een niet-invasieve prenatale test (NIPT) kan in de toekomst mogelijk ook voorspellen welke vrouwen met een auto-immuunziekte ernstige zwangerschapscomplicaties zullen ontwikkelen. Dat hebben onderzoekers van UZ Leuven en KU Leuven ontdekt.

De studie is gepubliceerd in het wetenschappelijke tijdschrift 'Science Translational Medicine'. De resultaten werden vervolgens bevestigd in een onafhankelijke patiëntengroep van het Ziekenhuis Oost-Limburg.



Stanley KE, Lannoo L, Souche E, et al. Cell-free DNA fragmentome analysis informs pregnancy outcome in patients with immune-mediated disease. *Science Translational Medicine*. 2026; DOI: 10.1126/scitranslmed.adz8846.



Een stralende glimlach
voor het hele gezin

5 tips voor een gezonde mond

Een gezond gebit is zoveel meer dan alleen een mooi wit rijtje tanden. Het is de basis van onze algemene gezondheid. Maar hoe verzorg je de tanden van jezelf en je kinderen het best? Ruth Uten, kindertandarts en teamlid van het narcodontieteam van de dienst Mond-, Kaak- en Aangezichtsheelkunde (MKA), deelt haar belangrijkste inzichten en praktische tips voor het hele gezin.



1

Fluoride is je beste vriend

Tandpasta zonder fluoride? Dat kun je vergelijken met je wassen zonder zeep. Het reinigt wel, maar het versterkt de tanden niet. In ons huidige, suikerrijke voedingspatroon hebben onze tanden die extra bescherming van fluoride hard nodig om sterk te blijven. Fluoride helpt het tandglazuur te versterken en vermindert het risico op gaatjes. Wees wel voorzichtig met commerciële whitening tandpasta, paarse tandpasta of houtskooltandpasta. Deze producten kunnen te schurend zijn waardoor de glazuurlaag wegslijt met gelere tanden tot gevolg.

3

Stap over op elektrisch vanaf de eerste tand

Een elektrische tandenborstel verwijdert meer tandplak dan een manuele tandenborstel en helpt het tandvlees gezond te houden. Kies bij voorkeur voor een model met een ronde borstelkop en een poetsdruksensor. Zo poets je efficiënter én veiliger. Laat de borstel het werk doen en vermijd hard schrobben. Te veel druk kan het tandvlees beschadigen, waardoor tandwortels bloot komen te liggen en tanden gevoeliger worden voor koude, warmte of aanraking.

2

Twee keer per dag (en help de kids een handje)

Poets je tanden minstens twee keer per dag, waarbij de poetsbeurt voor het slapengaan het belangrijkste is. Zo krijgen bacteriën en voedselresten geen kans om 's nachts schade aan te richten. Kinderen beschikken tot ongeveer hun tiende levensjaar nog niet over voldoende motoriek om grondig te poetsen. Daarom is napoetsen door een ouder essentieel. Vanaf de puberteit is het bovendien belangrijk om dagelijks tussen de tanden te reinigen met flosdraad of een klein borsteltje om tandvleesproblemen en botafbraak te voorkomen.

4

Spugen, niet spoelen!

Veel mensen spoelen hun mond meteen na het tandenpoetsen met water. Toch doe je dat beter niet. Spuug de overtollige tandpasta uit, maar laat een dun laagje achter op de tanden. Zo blijven de actieve bestanddelen langer aanwezig en kunnen ze het tandglazuur beter beschermen en versterken. Ook kinderen spoelen na het poetsen best niet met water. Op die manier halen zij het maximale voordeel uit de fluoride en blijft hun gebit beter beschermd tegen gaatjes.

"Tandpasta zonder fluoride? Dat kun je vergelijken met wassen zonder zeep. Het reinigt wel, maar het versterkt de tanden niet."

5

Ga op tijd naar de tandarts

Wacht niet tot je pijn krijgt om een afspraak bij de tandarts te maken. Een jaarlijkse controle helpt om gaatjes, tandvleesproblemen en botverlies tijdig op te sporen. Veel van deze problemen veroorzaken in het begin namelijk geen klachten. Bovendien behoud je door je jaarlijkse controle het recht op de maximale tussenkomst van de ziekteverzekering wanneer behandeling nodig is. Voor kinderen zijn twee controles per jaar aanbevolen, omdat melktanden gevoeliger zijn voor tandbederf dan het definitieve gebit. ♥



Dr. Robin Glorieux, Abdominale heelkunde

Obesitaszorg op maat: "We behandelen *de hele mens*, niet alleen het gewicht."

Overgewicht en obesitas hebben vaak een grote impact op de gezondheid én de levenskwaliteit. In het Obesitascentrum van ZOL staat daarom niet alleen de weegschaal centraal, maar vooral de mens achter de cijfers. Sinds oktober 2025 versterkt abdominaal chirurg dr. Robin Glorieux het team. Als opvolger van dr. Wim Bouckaert legt hij zich vooral toe op bariatrische heelkunde. Samen met een multidisciplinair team zoekt hij voor elke patiënt naar de behandeling die het beste past.

Waarom is obesitas zoveel meer dan te veel eten?

"Obesitas is een complexe, chronische aandoening. Sommige mensen hebben een genetische aanleg en komen veel sneller bij dan anderen. Daarnaast leven we in een maatschappij waarin ongezonde voeding overal aanwezig is en suikerrijke producten ons voortdurend verleiden. Het is daarom veel te eenvoudig om te zeggen: 'eet gewoon wat minder'. De meeste patiënten die wij zien, proberen al jarenlang af te vallen. Ze bewegen, sporten en doen inspanningen, maar raken toch niet uit die vicieuze cirkel."

Welke gezondheidsproblemen kan obesitas veroorzaken?

"Obesitas verhoogt het risico op heel wat aandoeningen, zoals diabetes type 2, hoge bloeddruk, slaapapneu en het metabool syndroom. Ook het risico op bepaalde vormen van kanker neemt toe. Daarnaast mogen we de impact op het dagelijkse leven niet onderschatten. Veel mensen kampen met vermoeidheid, fysieke beperkingen of een verminderd zelfvertrouwen. Wanneer iemand succesvol gewicht verliest, zien we vaak dat de levenskwaliteit sterk verbetert."

Wat maakt het Obesitascentrum van ZOL bijzonder?

"Wij zijn bewust een obesitascentrum en geen puur bariatrisch centrum. Dat betekent dat chirurgie niet automatisch de oplossing is. We bekijken samen met de patiënt welke behandeling het meest aangewezen is. Dat kan een leefstijl-traject zijn, medicatie of een operatie. Met de patiënt die altijd centraal staat."

"We bekijken samen met de patiënt welke behandeling het meest aangewezen is. Dat kan een leefstijltraject zijn, medicatie of een operatie."

Hoe verloopt het traject van de obesitaspatiënt?

"Alles begint met een intakegesprek bij onze coördinator. Daar brengen we de situatie van de patiënt in kaart en bekijken we welke behandelmogelijkheden volgens de medische richtlijnen in aanmerking komen. Daarna volgen gesprekken en onderzoeken bij verschillende zorgverleners, zoals de arts, diëtist, psycholoog en kinesitherapeut. Pas wanneer alle informatie verzameld is, bespreekt het multidisciplinaire team samen welk traject het meest geschikt is. Dat advies wordt vervolgens uitgebreid met de patiënt besproken."

Waarom is die multidisciplinaire aanpak zo belangrijk?

"Ik vergelijk het graag met het bouwen van een huis. De fundering en de verdiepingen zijn de levensstijl: gezonde voeding, voldoende beweging en het mentaal welzijn. Het dak is de operatie of de conservatieve behandeling. Je kunt niet beginnen met het dak als de basis ontbreekt. Daarom investeren we eerst in een stevige fundering. Alleen zo kunnen we op lange termijn een duurzaam resultaat boeken."

Wanneer is een operatie de beste keuze?

"Uit wetenschappelijk onderzoek weten we dat bariatrische chirurgie de meest duurzame resultaten geeft bij mensen met een BMI boven 35, en zeker boven 40. Bij deze patiënten is de kans op blijvend succes met alleen een niet-chirurgische behandeling veel kleiner. Uiteraard bekijken we altijd de volledige situatie van de patiënt voordat we een operatie voorstellen."

Welke operaties worden het vaakst uitgevoerd?

"De twee meest voorkomende ingrepen zijn een gastric sleeve en een gastric bypass. Bij een sleeve verwijderen we een groot deel van de maag, waardoor de patiënt sneller verzadigd is en kleinere porties eet. Bij een bypass maken we de maag eveneens kleiner, maar leiden we ook een deel van de dunne darm om. Daardoor eet de patiënt minder én worden minder voedingsstoffen opgenomen. Welke ingreep het meest geschikt is, verschilt van patiënt tot patiënt."

Is een bariatrische ingreep een gemakzuchtige oplossing?

"Nee. Een operatie blijft een ingrijpende behandeling en vraagt een blijvende aanpassing van de levensstijl. We bereiden patiënten daarom zeer goed voor. Ze weten vooraf wat er zal veranderen en welke inspanningen nodig blijven. Wie zich daarin kan vinden, krijgt er vaak veel voor terug: een betere gezondheid, meer energie en een hogere levenskwaliteit."

Worden patiënten ook na de behandeling opgevolgd?

"Zeker. Obesitas is een chronische aandoening en kan opnieuw de kop opsteken. Daarom volgen we patiënten tot twee jaar na een operatie intensief op. Ook daarna blijven ze welkom voor een jaarlijkse controle. Die langdurige begeleiding is essentieel om het resultaat te behouden."

Welke rol spelen nieuwe afslankmedicijnen?

"De opkomst van nieuwe geneesmiddelen zorgt ervoor dat we vandaag minder operaties uitvoeren dan enkele jaren geleden. Maar wij zien medicatie niet als een concurrent van chirurgie. Het zijn twee mogelijke behandelingen binnen hetzelfde zorgaanbod. Voor sommige patiënten zijn geneesmiddelen een goede keuze, voor anderen blijft een operatie de beste oplossing."

Hoe ziet de toekomst van het Obesitascentrum eruit?

"We willen onze begeleiding nog persoonlijker maken. Elk traject zal nog meer afgestemd worden op de noden van de individuele patiënt. Ook binnen de niet-chirurgische behandeling zullen we nog sterker inzetten op gezonde leefgewoonten, voedingsadvies, beweging en psychologische ondersteuning. Want uiteindelijk draait obesitaszorg niet alleen om gewicht verliezen, maar vooral om mensen helpen om opnieuw gezonder en beter te leven." ♥



Team Obesitaszorg ZOL Genk (v.l.n.r. Eline Jeunen, diëtist; Filique Martens, diëtist; dr. Yves Kockaerts, endocrinoloog; dr. Robin Glorieux, abdominaal chirurg; Sofie Maes, kinesist; Leen Van Lierop, coördinator; Celina Vandebroek, psycholoog. Ontbreken op de foto: Raoul Grothauzen, psycholoog; Sophie Breemans, coördinator)

Obesitaszorg 3.0 bij conservatieve behandeling

Een gezonde levensstijl blijft de basis van elke behandeling voor obesitas. Maar de medische mogelijkheden evolueren snel. Daarom kiest de dienst Endocrinologie bij de conservatieve aanpak van obesitas voor een vernieuwde strategie, waarbij begeleiding, levensstijl én medicatie hand in hand gaan. Het doel? Elke patiënt een behandeling op maat aanbieden.

"Obesitas is een chronische aandoening die vaak meer vraagt dan alleen gezonder eten en meer bewegen", zegt dr. Yves Kockaerts, endocrinoloog in ZOL Genk. "We weten vandaag dat bepaalde geneesmiddelen een belangrijke meerwaarde kunnen bieden. Daarom integreren we die, waar nodig, vroeger in het behandeltraject."

Tot voor kort lag de nadruk vooral op het aanpassen van de levensstijl. Medicatie werd vaak pas opgestart wanneer andere inspanningen onvoldoende resultaat opleverden. Die visie wordt nu bijgestuurd. "Nieuwe geneesmiddelen zoals Wegovy en Mounjaro hebben hun werkzaamheid overtuigend bewezen", legt dr. Kockaerts uit. "Ze worden intussen niet alleen ingezet binnen de endocrinologie, maar ook door andere specialismen, bijvoorbeeld bij hart- en vaatziekten, nierproblemen of leververvetting."

Dat betekent echter niet dat medicatie een wondermiddel is. "Het is geen keuze tussen levensstijl of medicatie, maar een

combinatie van beide", verduidelijkt dr. Philippe Marcq, endocrinoloog in ZOL Maas en Kempen. "Patiënten moeten bereid blijven zelf een actieve rol te spelen in hun behandeling. Juist die samenwerking zorgt voor de beste resultaten."

Iedere patiënt blijft trouwens een uitgebreid intakeprogramma doorlopen. Gesprekken met de arts, diëtist, kinesist en psycholoog maken nog steeds deel uit van het traject. Die multidisciplinaire begeleiding blijft een belangrijke pijler van de behandeling.

Toch wordt het traject flexibeler ingericht. Wie bijvoorbeeld al intensief begeleid wordt, hoeft die ondersteuning niet stop te zetten. "We willen patiënten niet uit hun goed functionerend eigen netwerk halen", besluiten dr. Kockaerts en dr. Marcq. "Integendeel, we bouwen daarop verder. Zo kunnen we onze expertise aanvullend inzetten en het behandelplan afstemmen op de individuele noden van elke patiënt." ♥

dr. Yves Kockaerts



dr. Phillippe Marcq



ZOLZINE

GENEESKUNDE & WETENSCHAP





Dr. Martijn Grieten en
prof. dr. Michiel Thomeer

Als het klimaat verandert, verandert ook onze zorg

Prof. dr. Michiel Thomeer
medisch directeur

Dr. Martijn Grieten
adjunct-medisch directeur

Gezondheid ontstaat niet alleen in een ziekenhuis. Ze wordt ook bepaald door de lucht die we inademen, de omgeving waarin we leven en het klimaat dat steeds voelbaarder verandert. Dat merken we in ZOL elke dag: bij kwetsbare ouderen tijdens warme zomerdagen en bij patiënten met hart-, long- of nierproblemen voor wie hitte en luchtvervuiling extra belastend zijn.

Klimaatverandering klinkt soms abstract, maar in de zorg wordt ze snel concreet. Het recente 2026 Europe Report van de Lancet Countdown on Health and Climate Change toont hoe een opwarmend klimaat vandaag al gevolgen heeft voor de volksgezondheid. Ook in onze regio zullen hittegolven, droogte, luchtvervuiling en nieuwe infectierisico's, steeds vaker meebepalen welke klachten mensen ontwikkelen en welke zorg zij nodig hebben.

Op Spoed, Geriatrie, Pneumologie, Cardiologie en Nefrologie zien we nu al hoe warmte, uitdroging en slechte luchtkwaliteit bestaande kwetsbaarheden kunnen versterken. Ook infecties die door muggen of teken worden overgedragen, vragen meer aandacht.

Daarom bereiden we ons in ZOL voor op een veranderende zorgvraag. Tijdens hitteperiodes betekent dat extra aandacht voor hydratatie en kwetsbare patiënten. Ook onze gebouwen en processen moeten daarin mee evolueren: met koelere wachtruimtes en kamers, en met gezondheids- en weerswaarschuwingen die we omzetten in concrete zorg. Wat vroeger uitzonderlijk leek, wordt zo steeds meer onderdeel van veilige zorg.

Ook wij kijken kritisch naar hoe we als ziekenhuis werken. Dagelijkse keuzes maken het verschil: slimmer omgaan met energie en water, bewuster kiezen in materiaal- en medicatiegebruik, verspilling verminderen, duurzaam aankopen en samen zoeken naar haalbare mobiliteitsoplossingen voor medewerkers, patiënten en bezoekers.

Klimaatbeleid is dus ook gezondheidsbeleid. Door vandaag te investeren in duurzame zorg, beschermen we de patiënten van morgen én dragen we nu al bij aan een gezondere leefomgeving. Zo werken we samen aan een gezonde omgeving waarin mensen ook morgen goed kunnen leven.

GENEESKUNDE & WETENSCHAP



48

Vaatchirurg dr. Exelmans over
endoprothesen op maat

52

VITAL monitort patiënten
met longkanker

58

Nieuwe behandeling voor
kleplijden bij hartfalen

62

Hoe data de beroertezorg
in ZOL versterken

66

Nieuw: adaptieve radiotherapie

68

Dr. Noyens neemt afscheid van
Comité Medische Ethiek

70

Column door urgentiearts
dr. Van Asbroeck

72

Nieuw: oogarts prof. dr. Lemmens
behandelt complexe glaucoom

76

Nieuwe ZOL-artsen



44 Prof. dr. Heylen richt het Fonds Nierziekten op



54 Kindercardioloog dr. Boshoff over
hartafwijkingen bij kinderen



60 Tool voor opvolging pasgeborenen
tijdens eerste 5 dagen

Prof. dr. Line Heylen richt *het Fonds* *Nierziekten op*

Nefroloog prof. dr. Line Heylen werd vorig jaar aangesteld als docent aan de UHasselt. Ze richtte recent het Fonds Nierziekten op, in samenwerking met het Jessa Ziekenhuis en Universiteit Hasselt. “Omdat zorginnovatie voor mensen met nierziekten hoognodig is en financiële middelen achterblijven. Door te investeren in vernieuwende studies, willen we de levensverwachting en de levenskwaliteit van dialysepatiënten verbeteren”, aldus prof. dr. Heylen.





Onze nieren werken als een fijn filtersysteem dat ons bloed zuivert en onze vochtbalans regelt, ons lichaam beschermt tegen schadelijke stoffen en onze bloeddruk en zoutbalans in evenwicht houdt. "Nierziekten worden erg onderschat", zegt prof. dr. Heylen. "Nierfalen verloopt geleidelijk en geeft weinig klachten, totdat het helemaal fout loopt, met een zware impact op gezondheid en levenskwaliteit. Want op dat moment is de schade al geschied. Daarom noemt men het feit dat nierziekten toenemen ook een stille epidemie."

Hoe vaak komt nierfalen voor?

"Maar liefst 1 op 10 mensen heeft een verminderde nierfunctie. In België betekent dit meer dan een miljoen mensen, wereldwijd ongeveer 850 miljoen. Nierziekten zijn op dit moment de negende doodsoorzaak wereldwijd. Men verwacht dat dit in 2040 de vijfde belangrijkste oorzaak zal worden. Op dit moment worden er ongeveer 9000 Belgen behandeld met nierdialyse."

Hoe wordt nierfalen vastgesteld?

"Een dalende nierfunctie geeft weinig symptomen. Nierfalen geeft vage klachten – zoals vermoeidheid, misselijkheid, minder eetlust, moeilijkheden met concentreren, jeuk ... – die mensen niet associëren met hun nieren. Nierlijden wordt meestal via bloedafnames of urinetesten opgemerkt bij preventieve onderzoeken. Sinds 1 september is de albuminurietest op urine terugbetaald, eenmaal per jaar bij risicogroepen, waarmee vroege opsporing van nierproblemen mogelijk is. Door deze vroege detectie en behandeling kunnen we nierfalen voorkomen."

Hoe komt het dat nierziekten op wereldschaal zo drastisch toenemen?

Dat is een samenspel van factoren. Enerzijds nemen de ziektes toe die nierproblemen veroorzaken, zoals suikerziekte, obesitas, hart- en vaatziekten, hoge bloeddruk... Anderzijds worden mensen ouder en veroudering gaat gepaard met minder nierreserve. Factoren die de nieren schaden zullen dus vooral bij ouderen tot problemen leiden.

U bent van mening dat er te weinig wordt ingezet op innovatie en wetenschappelijk onderzoek voor deze populatie?

Als arts stoort het mij dat er weinig wordt geïnvesteerd in het beter helpen van deze groeiende patiëntenpopulatie. Voor onderzoek naar ziekten als kanker en diabetes of de aanpak van hart- en vaatziekten zijn er veel fondsen beschikbaar. Dit heeft al voor grote doorbraken gezorgd. Ten opzichte van nierziekten wordt veel te snel een fatalistische houding aangenomen.

Omdat ik in de maatschappij en in wetenschapscommunities vaak tegen muren bots, heb ik het heft in eigen handen genomen en een fonds opgericht om via goede doelen onderzoek mogelijk te maken. Maar om dit van de grond te krijgen, is een maatschappelijke bewustwording heel belangrijk. Mensen moeten weten wat nierlijden is en inhoudt, waar de lacunes liggen en waarom innovatie belangrijk is. Om het Nierfonds weerklank te geven en onder de aandacht te brengen, ga ik her en der voordrachten geven.

"Ik wil eigenlijk tot een meer gepersonaliseerde, zachtere dialyse komen, waarbij we beter kunnen volgen hoe de organen de therapie verdragen, zodat we op tijd kunnen ingrijpen."

U zegt dat er nog heel wat vraagstukken zijn wat betreft goede zorg voor nierpatiënten?

De basisprincipes van nierdialyse zijn al decennialang grotendeels dezelfde. Toch lopen we dagelijks tegen problemen aan die nog steeds niet goed opgehelderd zijn, met een grote impact op de overleving van onze patiënten.

Om die reden is transplantatie trouwens de voorkeursbehandeling voor nierfalen. Maar er is een wachttijd wat betreft de beschikbaarheid van organen en transplantatie is ook niet voor iedereen mogelijk. Intussen moeten we proberen om de zorg binnen de dialyse zo optimaal mogelijk te maken."

Met uw onderzoek wilt u de lacunes bij dialysetherapie opvullen?

"Dialysepatiënten lopen 10 tot 20 keer meer kans om te overlijden aan hart- en vaatziekten dan de algemene bevolking. Waarom is dat risico zo hoog? Met steun van het fonds onderzoeken we hoe stollingstoonissen precies leiden tot hartinfarcten, beroertes en andere complicaties. Door deze mechanismen beter te doorgronden, kunnen we nieuwe therapieën ontwikkelen die het hart en bloedvaten van dialysepatiënten beter beschermen en hun overlevingskansen verhogen.

We doen dit door hun stolling in kaart te brengen. Bij de dialysepatiënten nemen we nu om de drie maanden bloed af om te kijken welke factoren correleren met hun hart- en vaatproblemen en met bloedingen. Omdat we zien dat ze zowel een risico hebben op stollingen als op bloedingen. In de klassieke geneeskunde zijn dat twee tegengestelde fenomenen. We willen weten waarom dit bij onze patiënten anders is, omdat je pas kan behandelen als je het begrijpt.

Verder onderzoeken jullie de orgaanfunctie van dialysepatiënten?

We doen dit met bepaalde, nieuwe bloedtesten. Bedoeling is te onderzoeken hoe we dialyse beter kunnen afstemmen op de unieke behoeften van elke patiënt. En hoe we sneller de eerste signalen van orgaanschade kunnen opsporen. We ontwikkelen

nieuwe biomarkers die beginnende schade aan vitale organen kunnen aantonen. Zo kunnen we tijdig ingrijpen en de behandeling veiliger, minder belastend en effectiever maken.

Ik wil eigenlijk tot een meer gepersonaliseerde, zachtere dialyse komen, waarbij we beter kunnen volgen hoe de organen de therapie verdragen, zodat we op tijd ingrijpen."

Een derde onderzoek heeft betrekking op het diagnosticeren van nierziekten?

"Voor veel nierziekten is een nierbiopsie de enige manier om tot een definitieve diagnose te komen. Maar dat is natuurlijk een invasief onderzoek. Daarom nemen we nu ook bloed en urine op het moment van een nierbiopsie, om in de toekomst voor die zeldzame nierziekten merkers te vinden. Maar dat is meer een soort biobankconcept.

Gezien de zeldzaamheid van veel nierziekten, is een dergelijke biobank zeer waardevol en vraagt dit langdurige collectie om het repertorium van zeldzame nieraandoeningen te weerspiegelen en een merker te kunnen vinden."

Wat kunnen mensen preventief doen om nierfalen tegen te gaan?

"Preventie, vóór dialyse noodzakelijk wordt, staat natuurlijk voorop. En er is wel wat progressie gemaakt om de evolutie naar nierfalen te vertragen. Er zijn nu betere medicamenten die inwerken op de nieren en die de nierfilters beschermen, de achteruitgang tegengaan en dus ook het hart beschermen.

Mensen die aan de dialyse zijn, zijn al in een vergevorderd stadium van nierfalen. De gemiddelde dialysepatiënt, en dat is ook in studies aangetoond, is een patiënt met heel veel comorbiditeiten, dus andere ziektes die allemaal de gezondheid bedreigen. Daarom is een heel nauwe opvolging nodig. Want wij doen meer dan de dialyse alleen. Het is vaak infecties bestrijden, voetwondes nakijken, afwijkingen in het bloed corrigeren, en diëten en zoutregeling voorschrijven."

Wat zou u in de komende 10 jaar graag gerealiseerd zien?

"Ik denk wel dat we door betere zorg voor nierpreventie een daling zullen zien in nierfalen.

En ik hoop dat we de patiënten die in nierfalen zijn niet loslaten. We moeten er alles voor doen om hun uitkomst te verbeteren. En ik denk dat we daar echt nog heel veel te winnen hebben. Ik ben er zeker van overtuigd dat daar in de toekomst belangrijke bevindingen gaan gebeuren.

We werken samen met een breed netwerk van toponderzoekers in binnen- en buitenland. Daarnaast kunnen we in Genk en Hasselt, omdat we zo'n grote nierpopulatie hebben, zeker een groot verschil maken. ✚

Op maat gemaakte endoprotheses voor complexe aneurysma's

Een vaatchirurg behandelt een brede waaier aan aandoeningen: van spataders en vernauwde slagaders tot trombozes en aneurysma's. Dr. Ward Exelmans vervoegt het vaatchirurgisch team van ZOL. Hij subspecialiseerde zich in de behandeling van aneurysma's, met bijzondere aandacht voor complexe endovasculaire ingrepen met op maat gemaakte en vertakte endoprotheses.

Dr. Ward Exelmans: "Als vaatchirurg begeleiden we patiënten doorheen het hele traject: van de diagnose en behandeling tot de verdere nazorg en opvolging. Dat vind ik aantrekkelijk aan het vak. Ik heb voor chirurgie gekozen omdat je mensen heel concreet en onmiddellijk kunt helpen. Iemand die door een slechte doorbloeding nauwelijks nog kan stappen en na een ingreep weer mobiel wordt, dat geeft veel voldoening."

Twee manieren om een aneurysma te behandelen

Bij een aneurysma is een deel van een slagader plaatselijk verwijd. Een aneurysma van de buikslagader komt het vaakst voor. Wanneer een aneurysma te groot wordt, neemt het risico op een scheur toe en die kan levensbedreigend zijn.

Traditioneel wordt een aneurysma behandeld via een open operatie. Daarbij wordt de buik of borstkas geopend en wordt het aangetaste deel van de slagader vervangen. "Voor een jonge, fitte patiënt blijft een open ingreep vaak een heel duurzame oplossing. Het herstel duurt enkele maanden, maar de oplossing kan nog tientallen jaren meegaan", verduidelijkt dr. Exelmans.

Bij oudere of kwetsbare patiënten kan een minder ingrijpende endovasculaire behandeling een alternatief zijn. Daarbij wordt de prothese via de bloedvaten in

de lies naar binnen gebracht. "Iemand van bijvoorbeeld 80 jaar die al hart- of longproblemen heeft, opereren we liever via de lies omdat dit veel minder zwaar is voor de patiënt. Vaak kunnen patiënten na één of twee dagen het ziekenhuis verlaten en moeten ze nauwelijks revalideren. Het nadeel is dat deze patiënten jaarlijks beeldvorming moeten krijgen voor verdere opvolging. Bij een beperkt aantal patiënten kan er na verloop van tijd immers een lek ontstaan onderaan of bovenaan de prothese waardoor het aneurysma opnieuw begint te groeien."

Een prothese op maat

Wanneer een aneurysma van de buikslagader zich dicht bij de slagaders naar de nieren of andere belangrijke organen bevindt, wordt de behandeling technisch complexer.

Dr. Exelmans: "Je moet een endoprothese altijd kunnen verankeren tussen gezonde stukken van een slagader. Bij een aneurysma onder de nierslagaders is dat relatief eenvoudig. Maar wanneer het aneurysma hoger zit, is er vaak onvoldoende gezond bloedvat om een standaardprothese te plaatsen."

"In die gevallen zijn op maat gemaakte endoprotheses een oplossing. Deze protheses bevatten openingen of vertakkingen voor de bloedvaten naar bijvoorbeeld de nieren en de darmen.

Zo kan de doorbloeding van deze organen behouden blijven, terwijl de aneurysmazak zelf niet langer onder spanning staat."

"Tijdens mijn bijkomende opleidingen heb ik me verder gespecialiseerd in het plaatsen van dergelijke protheses. Het gaat niet alleen om de technische uitvoering. Een groot deel zit ook in de voorbereiding en planning. Samen met de collega-vaatchirurgen bekijken we op basis van beeldvorming hoe we een patiënt het best kunnen helpen."

De patiënt bepaalt de behandeling

De beste oplossing is niet voor iedereen dezelfde. Dr. Exelmans: "We kijken altijd naar wie de patiënt is. Hoe fit is iemand? Hoe groot zijn de risico's van een open operatie? Hoe ziet het aneurysma eruit? Is een endovasculaire oplossing technisch mogelijk? Op basis van al die factoren bepalen we samen welke behandeling het meest aangewezen is."

De grenzen van endovasculaire chirurgie verschuiven

De evolutie van de endovasculaire chirurgie staat niet stil. "Waar endoprotheses vroeger vooral werden gebruikt voor relatief eenvoudige aneurysma's, kunnen vandaag ook steeds complexere aneurysma's behandeld worden."

"De gewone endoprotheses bestaan al sinds de jaren 90. Sinds het begin

van de jaren 2000 zijn daar steeds meer op maat gemaakte protheses bij gekomen. De ervaring ermee neemt wereldwijd toe en de mogelijkheden breiden voortdurend uit."

"Ook voor aneurysma's van de aorta, vlak achter het hart, wordt wereldwijd steeds meer ervaring opgedaan met vertakte en op maat gemaakte protheses. De expertise hiervoor is momenteel nog beperkt tot een aantal centra in Europa. Maar ik denk dat we daar in de toekomst steeds verder naar toe zullen evolueren."

Technologische ontwikkelingen kunnen daarbij een belangrijke rol spelen. Bij sommige patiënten is het moeilijk te voorspellen hoe een prothese zich precies zal ontplooiën, bijvoorbeeld wanneer de aorta sterk gekronkeld verloopt. In bepaalde complexe gevallen kunnen simulaties helpen om vooraf te voorspellen hoe de prothese zich zal positioneren.

Preventie blijft cruciaal

Technologie mag dan steeds meer mogelijkheden bieden, voorkomen blijft beter dan behandelen. Roken, hoge cholesterol, hoge bloeddruk en diabetes zijn belangrijke risicofactoren voor vaatlijden. Tevens speelt erfelijkheid een rol.

Dr. Exelmans: "Opvallend is dat het aantal aneurysma's van de buikslagader lijkt af te nemen, vermoedelijk mede dankzij een betere cardiovasculaire preventie en dalende rookprevalentie. Het aantal patiënten met vaatlijden ten gevolge van diabetes zien we dan weer toenemen."

"Bij diabetes worden zowel de zenuwen als de kleine bloedvaten aangetast. Daardoor kunnen mensen wondjes aan de voeten krijgen zonder die goed te voelen. Als zo'n wondje niet geneest, kan de schade snel toenemen. Soms is een amputatie uiteindelijk onvermijdelijk."

"Goede opvolging van risicopatiënten is daarom essentieel. Samenwerking met de huisarts, de endocrinologen en andere disciplines speelt daarin een belangrijke rol."

Blijven evolueren

Naast de dagelijkse patiëntenzorg neemt het vaatchirurgisch team ook deel aan klinische studies naar nieuwe materialen, stents en ballonnen. "Er lopen continu verschillende studies. We blijven dus ook op die manier mee bouwen aan de ontwikkelingen binnen de vaatchirurgie."

De grens tussen open en endovasculaire chirurgie zal de komende jaren verder verschuiven volgens dr. Exelmans. "We zullen nog meer complexe problemen endovasculair kunnen oplossen maar tegelijk zal er altijd een plaats blijven voor klassieke open chirurgie. Dat is een combinatie die ik bijzonder interessant vind." +



Op maat gemaakte endoprotheses bevatten openingen of vertakkingen voor de bloedvaten naar bijvoorbeeld de nieren en de darmen. Zo kan de doorbloeding van deze organen behouden blijven, terwijl de aneurysmazak zelf niet langer onder spanning staat.

ZOL-facturen digitaal ontvangen?

1 Via **doccle**

Ontvang, betaal en bewaar je ZOL-facturen digitaal.



Scan deze QR-code



2 Via e-mail (beveiligd met itsme®)

Stap 1 Ga naar **mijnzol.be**

Stap 2 Meld je aan

Stap 3 Selecteer de vragenlijst
'keuze voor digitale facturen'



v.l.n.r.: Jelle Schils, dr. Femke Wouters en prof. dr. Maarten Criel

VITAL telemonitort patiënten met longkanker

Tussen twee behandelingen verdwijnt een longkankerpatiënt vandaag voor een stuk uit het zicht van zijn zorgteam. Met het nieuwe Interreg-project VITAL willen de UHasselt samen met de ziekenhuizen ZOL en Jessa (Mobile Health Unit, Limburg Clinical Research Center) en onderzoekspartners uit Nederland en Duitsland, daar verandering in brengen.

Continue digitale monitoring moet signalen van achteruitgang sneller zichtbaar maken, zodat zorgverleners vroeger kunnen ingrijpen en ernstige complicaties, spoedbezoeken en ziekenhuisopnames kunnen voorkomen.

"Je start een therapie, maakt een plan, de patiënt gaat naar huis – en dan weet je het eigenlijk even niet." Voor longarts prof. dr. Maarten Criel blijft de tijd tussen twee consultaties vandaag te vaak een zwart gat. "Oncocoaches leveren fantastisch werk. Zij proberen vooral kwetsbare patiënten tussendoor op te volgen, maar ernstige bijwerkingen kunnen erg plots ontstaan.

Ook voor de patiënt zelf zijn alarmsignalen niet altijd eenvoudig te herkennen. Ze kunnen zich wat vermoeider voelen, of eten minder goed, zonder echt te beseffen hoe ernstig de situatie is." Eén op tien belandt tijdens de behandeling tussendoor op de spoedafdeling en dat baart prof. dr. Criel zorgen. "Je wil hen eigenlijk niet uit het oog verliezen zodra ze de ziekenhuisdeur achter zich dichttrekken."

Extra ogen thuis

Precies dat blinde stuk tussen twee consultaties wil VITAL kleiner maken. VITAL staat voor 'Vital-sign Monitoring

for Personalized Lung Cancer Care'. Patiënten dragen thuis een slimme ring die onder meer hartslag, zuurstofwaarden en activiteit opvolgt. Die data geven het zorgteam extra ogen wanneer de patiënt thuis is.

"We bepalen vóór de behandeling eerst wat voor iedere patiënt individueel normaal is", verduidelijkt dr. Femke Wouters van de Mobile Health Unit (MHU) van UHasselt, ZOL en Jessa ziekenhuis (Limburg Clinical Research Center (LCRC)). "Daarna volgt het systeem continu zijn persoonlijke patroon. Begint dat betekenisvol af te wijken, dan ontstaat er een alarmsignaal."

Net daar ligt ook de wetenschappelijke uitdaging: welke verandering betekent echt dat iemand achteruitgaat, en wat is een gewone dagelijkse schommeling? "Je wil natuurlijk niet bij elke afwijking de patiënt nodeloos ongerust maken. In een eerste studie verzamelen we daarom gegevens om het algoritme nog verder te verfijnen", zegt Jelle Schils, eveneens actief binnen MHU en LCRC.

Dr. Femke Wouters: "Na de kleinere testfase volgt een gerandomiseerde studie met ongeveer 240 patiënten waarbij de dienst Future Health ons zal ondersteunen. De belangrijkste vraag is: leidt tele-

monitoring effectief tot minder spoedbezoeken en ziekenhuisopnames?"

Tegelijkertijd onderzoeken de partners hoe patiënten de opvolging ervaren, wat ze betekent voor de werkbelasting van oncocoaches en of ze kosteneffectief is. Door die haalbaarheid meteen mee te onderzoeken, wil VITAL de stap van succesvolle studie naar betaalbare, inzetbare zorg zo klein mogelijk maken.

Minder bezig zijn met ziek zijn

"Uiteindelijk draait het vooral om de patiënt" besluit prof. dr. Criel. "Die moet betere zorg krijgen, met zo weinig mogelijk extra belasting. Geen eindeloze vragenlijsten, niet voortdurend zelf elke klacht of verandering moeten inschatten, maar kunnen vertrouwen op monitoring die zoveel mogelijk op de achtergrond meeloopt. Als we de tijd kunnen verminderen waarin een patiënt actief met zijn ziekte bezig moet zijn, dan is dat voor mij pure winst." +

Interreg

Maas – Rijn (NL – BE – DE)



Medegefinancierd door de Europese Unie

VITAL loopt van 1 september 2026 tot 31 augustus 2029. UHasselt werkt binnen het project samen met Ziekenhuis Oost-Limburg, Jessa Ziekenhuis, het Universitair Ziekenhuis van Luik, Maastricht UMC+, Maastricht University, Laurentius Ziekenhuis Roermond, Universitätsklinikum RWTH Aachen en Docs in Clouds TeleCare GmbH. Het project heeft een totaalbudget van 3,77 miljoen euro, waarvan 2,26 miljoen euro gefinancierd is door het Interreg Maas-Rijn (NL-BE-DE) programma van de Europese Unie.



Ernstige hartafwijkingen worden meestal al *vóór de geboorte* opgespoord

In België worden ongeveer 8 op de 1000 kinderen geboren met een hartafwijking. Vaak gaat het om een abnormale ontwikkeling van de hartkamers, de hartkleppen, de grote bloedvaten of een combinatie hiervan. Sinds 2007 volgt kindercardioloog dr. Derize Boshoff kinderen met een aangeboren hartafwijking op in ZOL.

Dr. Derize Boshoff: "Ik ben opgeleid als pediater in Zuid-Afrika. Ik wou verdergaan in de kindercardiologie, maar in het ziekenhuis van Pretoria was geen opleidingsplaats vrij. In UZ Leuven kon ik wel terecht. Bovendien kon ik nadien in Leuven blijven werken. Intussen ben ik al 26 jaar in België."

Wat is de oorzaak van congenitaal hartlijden?

"Congenitale hartafwijkingen ontstaan door een abnormale ontwikkeling van het hart in de baarmoeder. Sommige aangeboren hartaandoeningen zijn gelinkt aan genetische of chromosomale afwijkingen. Andere kunnen ontstaan wanneer de foetus wordt blootgesteld aan schadelijke omgevingsfactoren, zoals alcohol, roken of bepaalde medicatie die de

mama neemt tijdens de zwangerschap. In de meeste gevallen wordt er echter geen aantoonbare oorzaak voor de hartafwijking gevonden."

"Aangeboren hartafwijkingen kunnen variëren van heel kleine letsels die geen behandeling vragen, tot complexe letsels waarvoor het kind op jonge leeftijd vaak één of meerdere chirurgische ingrepen moet ondergaan. Er is ook een kleine groep die een harttransplantatie nodig heeft. Zij worden opgevolgd in UZ Leuven."

Weten toekomstige ouders vaak al vóór de geboorte dat hun kindje een hartafwijking heeft?

"Ernstige of complexe hartafwijkingen worden vaak al tijdens de zwangerschap gedetecteerd, meestal bij de 18-20-weken-echografie. In ZOL is

gynaecoloog dr. Ingrid Witters gespecialiseerd in prenatale echografieën bij risicozwangerschappen. Als zij een afwijking van het hart vermoedt, word ik mee in consult gevraagd. Zo kunnen we de bevalling en de eerste zorg voor de pasgeborene met een hartaandoening optimaal voorbereiden. Als er verwacht wordt dat er na de geboorte een snelle interventie bij het kindje noodzakelijk is, wordt de bevalling meestal in UZ Leuven gepland."

"Maar minder ernstige hartafwijkingen kunnen onopgemerkt blijven op de prenatale echografieën en veroorzaken vaak ook geen symptomen tijdens de eerste levensdecennia. Het gebeurt dat volwassen patiënten pas op 30- of 40-jarige leeftijd klachten ontwikkelen omwille van een hartafwijking en een behandeling nodig hebben."

Ik zag net een grote familie met een baby vertrekken op uw raadpleging. Gebeurt het vaker dat u zoveel mensen ontvangt?

"Dat gebeurt inderdaad wel vaker bij pasgeborenen. Ik heb daar ook geen probleem mee. Sommige ouders brengen een zus, broer, oma, opa, nicht of vriendin mee. Dat zorgt voor een grotere betrokkenheid en omkadering van de ouders en daarom laat ik dit ook altijd toe."

Worden er vaak kinderen naar u doorverwezen vanuit de eerste lijn?

"Kindjes met hartruis worden in België meestal doorgestuurd voor een cardiale screening. In 9 keer op de 10 is hartruis onschuldig, maar die ene keer vinden we wel een oorzaak. Bijvoorbeeld een kleine opening tussen de voorkamers of een lichte klepafwijking. Dat zijn relatief onschuldige dingen,

maar wel belangrijk om te weten als het kind bijvoorbeeld intensief aan sport wil doen."

Het gebeurt soms dat een jonge sporter tijdens het sporten overlijdt. Is dit omwille van een aangeboren hartafwijking?

"Meestal niet. Een kleine opening in een hartkamer leidt normaal niet tot plotse dood bij een inspanning. Dat is eerder een onderliggende genetische aanleg die zich pas manifesteert rond de puberteit en leidt tot hartritmestoornissen of een hartspier-aandoening."

"Ik volg nu een kind dat is flauwgevalen bij een inspanning en zich heeft gepresenteerd met enkele hartoverlagen. Het kind blijkt drager te zijn van een gen dat dit verklaart, maar dat zich pas later ontwikkelde en dus bij de geboorte niet te zien was. We zijn nu de hele familie van het kind aan het screenen. De vraag is of hij de eerste in zijn familie is die dit heeft, of dat hij dit van zijn ouders heeft overgeërfd."

Bent u voorstander van screening bij jonge sporters?

"Je kan topsporters best screenen vóór hun puberteit om te weten of ze een structureel normaal hart hebben. En dan nog een keer rond de puberteit, om na te gaan of er zich afwijkingen hebben ontwikkeld die pas tot uiting komen. Maar je kunt natuurlijk nooit alles uitsluiten met een screeningsonderzoek. En uiteraard moet je screenen en opvolgen als er een familiale geschiedenis is van hartafwijkingen."

Werkt u in ZOL vaak samen met cardiogeneticus prof. dr. Nuyens?

"Ik zie vaak kinderen die hij naar mij ver-

wijst omdat bij een van de ouders een erfelijke hartafwijking wordt vastgesteld. Kinderen kunnen ook drager zijn van dat gen, zonder dat ze er klinisch last van hebben. Ik volg ze verder op tijdens hun groei. Bij sommigen zeggen we dat ze niet mogen sporten, voor anderen is dat geen probleem."

Wat is de rol van de huisarts en de pediater in de behandeling van kinderen met hartproblemen?

"Ik zie heel veel kinderen die naar mij doorgestuurd worden, hoewel dat niet altijd nodig is. Het gaat hierbij meestal om flauwvallen, pijn op de borst of hartkloppingen."

"Een goede anamnese en klinisch onderzoek zijn belangrijk om te bepalen of die symptomen alarmerend zijn. Ik merk dat artsen vaak erg ongerust zijn om iets te missen. Maar alle kinderen doorverwijzen die flauwvallen of pijn op de borst hebben is geen goede geneeskunde. Artsen moeten meer durven terugvallen op hun eigen klinische expertise. En als er twijfel is, ben ik altijd beschikbaar voor advies of hulp."

Welke doorbraken verwacht u binnen de komende tien jaar op het vlak van kindercardiologie?

"We verwachten vooral op het gebied van minimaal invasieve technieken en weefseltechnologie grote stappen. Ten eerste zien we een enorme evolutie in katheterinterventies bij premature baby's. Vroeger moesten extreem vroeggeboren kindjes met een open ductus arteriosus vaak een zware heelkundige ingreep ondergaan als medicatie faalde. Tegenwoordig kunnen we via hartkatheterisatie, zelfs bij baby's onder de 1.000 gram, via de bloedvaten een minuscule 'parapluutje' plaatsen om de ductus veilig te sluiten. De katheters en sluitingsdevices worden steeds kleiner en preciezer."

"Een andere grote sprong voorwaarts is de ontwikkeling van nieuwe stenttechnologieën. Traditionele metalen stents groeien niet mee met een kind, waardoor vaten na verloop van tijd opnieuw vernauwen en herhaalde ingrepen nodig zijn. Vandaag wordt er volop ingezet op zogenaamde 'growing' stents en bioresorbeerbare (oplosbare) stents.

Deze innovatieve stents kunnen lateraal mee uitzetten naarmate het bloedvat groeit, of lossen na verloop van tijd geleidelijk op zodra het bloedvat zichzelf structureel hersteld heeft. Dit verkleint het aantal invasieve heringrepen op latere leeftijd aanzienlijk."

"Daarnaast is er veelbelovend onderzoek naar stamceltechnologie en weefselkweek (tissue engineering) voor hartkleppen. Het grote probleem bij jonge kinderen is dat kunstkleppen niet meegroeien, waardoor ze tijdens hun jeugd herhaaldelijk geopereerd moeten worden. Onderzoekers werken aan 'levende' hartkleppen die opgebouwd zijn uit lichaamseigen stamcellen en bio-afbreekbare matrices. Zulke kleppen zouden met het kind kunnen meegroeien en regenereren."

"Het grote probleem bij jonge kinderen is dat kunstkleppen niet meegroeien, waardoor ze tijdens hun jeugd herhaaldelijk geopereerd moeten worden."

"Tot slot verwachten we veel van cardiogenetica — waardoor we sneller de precieze oorzaak van afwijkingen kunnen achterhalen — en van nieuwe medicamenteuze behandelingen voor secundair hartfalen bij kinderen."

Wanneer neemt de volwassencardioloog het over van de kindercardioloog?

"Rond de leeftijd van 16-18 jaar geef ik

de zorg voor mijn patiënten door aan dr. Petit, die gespecialiseerd is in congenitale hartaandoeningen bij volwassenen. Maar we passen ons aan het tempo en de wensen van de patiënt aan. Initieel kunnen de ouders van de patiënt nog aanwezig zijn bij de opvolgraadpleging, maar uiteindelijk is het de bedoeling dat de patiënt vanaf dan zelfstandig leert om te gaan met zijn gezondheid." ✦

Aangeboren hartafwijkingen vragen een levenslange opvolging

In de jaren '50 van de vorige eeuw was de overlevingskans van kinderen met een hartaandoening slechts 20%. "Door de enorme vooruitgang in zowel diagnostiek, chirurgische technieken als perioperatieve zorg, overleven nu meer dan 90% van deze kinderen tot de volwassen leeftijd," zegt cardioloog dr. Thibault Petit.

Dr. Thibault Petit: "Dit zorgt voor een alsmear groter wordende groep van volwassenen die bekend zijn met een aangeboren aandoening en verdere opvolging nodig hebben. In de jaren '90 ontstond daardoor een nieuwe subdiscipline binnen de volwassen cardiologie, die nu in de Angelsaksische literatuur bekendstaat als Adult Congenital Heart Disease (ACHD)."

Welke problemen kunnen zich voordoen bij de volwassen populatie?

Dr. Thibault Petit: "Patiënten die vroeger een operatie hebben ondergaan, mag je niet als 'gezezen' beschouwen, hun hartafwijking werd hoogstens gecorrigeerd. Er kunnen dan ook nog restlet-

sels aanwezig zijn, of er kunnen nieuwe problemen optreden zoals bijvoorbeeld een slecht werkende hartklep of hartritmestoornissen. We proberen dit vaak eerst met medicatie op te vangen, maar toch hebben deze patiënten vaak nog nood aan een nieuwe ingreep op volwassen leeftijd. Dit kan gebeuren via hartchirurgie, maar tegenwoordig kunnen meer en meer ingrepen via een prik in de lies plaatsvinden. Hiervoor werken wij zeer nauw samen met de diensten Hartchirurgie en Congenitale en Structurele Cardiologie voor Volwassenen van het UZ Leuven, waar ik ook als consulent werk." ✦



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



Dr. Philippe Bertrand

Internationale primeur Nieuwe behandeling voor kleplijden bij complexe vorm van hartfalen

Onderzoekers van het ZOL Hartcentrum stelden op het Heart Failure Congress in Barcelona (mei 2026) een nieuwe studie voor als Late Breaking Clinical Trial. De resultaten verschenen gelijktijdig in het gerenommeerde vaktijdschrift *Circulation*.

De PRAISE-MR studie richt zich op patiënten met hartfalen met behouden pompfunctie (HFpEF) die atriale functionele mitralisinsufficiëntie (AFMR) ontwikkelen. Bij deze aandoening raakt de hartspier verstijfd, wat de interne druk verhoogt en de mitralisklep uitrekt tot ze lekt. PRAISE-MR is wereldwijd de eerste gerandomiseerde trial die deze lekkage fysiologisch aanpakt met de ontlastende medicatie sacubitril/valsartan (ARNI).

Zes maanden behandeling versus standaardtherapie bij 84 patiënten toonde klinische voordelen ten opzichte van de standaard behandeling. Door de hartspier te ondersteunen en de hemodynamische druk te verlagen, nam het inspanningsvermogen (piek VO_2) én de levenskwaliteit van de patiënten significant toe. Ook daalden de NT-proBNP-bloedwaarden en nam het linkerboezemvolume af. Eén van de belangrijkste bevindingen was dat de dynamische toename van de kleplekkage tijdens inspanning aanzienlijk werd afgeremd.

Deze studie toont aan dat we bij deze patiënten eerst de onderliggende hartziekte moeten optimaliseren met doelgerichte medicatie, alvorens we een invasieve klepingreep overwegen. Daarnaast bevestigt PRAISE-MR dat atriale functionele mitralisinsufficiëntie geen loutere klepaandoening is, maar nauw samenhangt met de onderliggende hartfalenproblematiek. Door de

“Medicatie die de hartspier ontlast, geeft deze patiënten letterlijk ademruimte en bewijst dat we functioneel kleplijden vaak doeltreffend met medicatie kunnen aanpakken.”

Dr. Sebastiaan Dhont & Dr. Philippe Bertrand

druk in het hart te verlagen, wordt niet alleen de belasting van de hartspier verminderd, maar ook de werking van de mitralisklep gunstig beïnvloed. Dat biedt nieuwe perspectieven voor een patiëntengroep waarvoor tot nu toe weinig specifieke behandelopties beschikbaar waren.

De studie onderstreept bovendien het belang van een geïntegreerde aanpak, waarbij geavanceerde beeldvorming, inspanningstesten en gerichte medicamenteuze therapie hand in hand gaan. Daarmee levert het onderzoek een belangrijke bijdrage aan de verdere verfijning van de behandeling van hartfalen met behouden pompfunctie. ♦

Publicatie
Angiotensin Receptor Neprilysin Inhibitor in Heart Failure with Preserved Ejection Fraction and Secondary Mitral Regurgitation: the PRAISE-MR Randomized Trial.

Dhont S, Moura Ferreira S, Galloo X, Martens P, Meekers E, Tartaglia K, Deferm S, Herbots L, Mullens W, Verbrugge FH, Verwerft J, Bertrand PB. *Circulation*. 2026 May 9. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.126.080833. Epub ahead of print. PMID: 42104906.



Steffie Reijnders, vroedkundige

Newborn Early Symptom Tool: een veilige start voor pasgeborenen

Bij pasgeboren baby's zijn tekenen van een verslechterende gezondheid vaak moeilijk te herkennen. In tegenstelling tot andere patiëntengroepen worden bij gezonde, voldragen baby's immers geen standaardmetingen gedaan van bijvoorbeeld hartslag of bloeddruk. Nochtans is het van cruciaal belang om vroegtijdige achteruitgang tijdig op te merken om ernstige complicaties te voorkomen. Daarom werd de gestructureerde observatietool Newborn Early Symptom Tool (NEST) ontwikkeld.

Fig. 1

Parameter	3	2	1	0	1	2	3
Gedrag/ neurologisch	Niet wekbaar		Passief gedrag	Kalm / alert / troostbaar	Zenuwachtig / geïrriteerd, ontroostbaar huilen		Hypertonie, convulsies
Ademhalings- inspanning				Normaal	Neusvleugelen, intermitterend kreunen		Sternale, inter- of subcostale intrekkingen, continu kreunen
Kleur	Blauw/grauw/ petechiën	Bleek	Geel	Roze			
Temperatuur (°C)	≤ 35,4	35,5 - 35,9	36,0 - 36,4	36,5 - 37,4	37,5 - 37,9	38,0 - 38,4	> 38,4

Fig. 2

Score	Actie
0	Om de 8 uur controleren.
1	Herevaluatie binnen 1 uur: indien opnieuw score 1: parameters (HF, saturatie) meten en arts contacteren binnen het uur. Indien door gele kleur: volg de procedure Screening en therapie van hyperbilirubinemie bij de gezonde pasgeborene. Indien door lage temperatuur: controleer de glycemie en volg de procedure Neonatale hypoglycemie op verloskamer en materniteit. Warm de baby op met huid-op-huidcontact en controleer de temperatuur (T°) na 1 uur opnieuw. Indien de temperatuur nog te laag is: verwarmd bed en hercontrole van de temperatuur na 1 uur. Indien de temperatuur dan nog te laag is: arts contacteren.
2	Contactname met arts binnen het uur + parameters meten (HF, saturatie).
≥ 3	Dringende medische evaluatie door arts + parameters meten (HF, saturatie).

Baby's kunnen hun toestand zelf niet verbaal kenbaar maken en zo kunnen vitale parameters lang stabiel blijven terwijl de klinische toestand verslechtert. Subtiële signalen zoals veranderend gedrag of abnormale urineproductie kunnen belangrijke alarmsignalen zijn, maar zijn niet altijd evident om vast te stellen.

Bij kinderen hebben Early Warning Score-systemen voor het opmerken van vroege tekenen van klinische achteruitgang hun nut bewezen. Voor gezonde pasgeborenen tot 120 uur na de bevalling, bestond er echter nog geen aangepaste en wetenschappelijk onderbouwde observatieschaal.

Ontwikkeling van de NEST-tool
Om die leemte op te vullen, ontwikkelde Veerle Braeken (PXL Hogeschool) de Newborn Early Symptom Tool (NEST). Dit is een gestructureerde observatietool, specifiek voor de eerste 5 levensdagen van pasgeborenen, met een postmenstruele leeftijd (PML) van 37 weken of hoger.

De ontwikkeling verliep in vier fasen via een mixed-methods-aanpak:

1. Literatuurstudie
2. Ontwikkeling van prototype 1
3. Focusgroepen met vroedvrouwen en kinderartsen in 3 Limburgse ziekenhuizen
4. Ontwikkeling van een tweede, praktijkgerichte versie op basis van de feedback

De tool beoordeelt vier parameters: gedrag/neurologisch, ademhalingsinspanning, kleur en temperatuur. Elke parameter krijgt een score van 0, 1, 2 of 3. Een extra punt kan worden toegevoegd bij algemene ongerustheid, zoals afwijkend drinkgedrag, gewichtsverlies groter dan 10% en weinig uitscheiding (fig. 1). De totaalscore bepaalt of en welke actie dient ondernomen te worden (fig. 2).

Implementatie in ZOL
De kraamafdelingen van ZOL (campus Sint-Jan en ZOL Maas en Kempen) namen de NEST-tool formeel op in het zorgproces voor gezonde,

voldragen baby's. Een keer per shift wordt de NEST-score bepaald door de vroedvrouw, automatisch berekend en vastgelegd in het elektronisch patiëntendossier. Meteen worden ook opvolgacties en eventuele herevaluaties automatisch ingepland.

Resultaat en voorlopige conclusie
De NEST-tool biedt een gestructureerde en objectieve manier om subtiële signalen van klinische achteruitgang bij pasgeborenen vroegtijdig te detecteren. Door standaardisatie en digitale integratie verhoogt de tool de alertheid van zorgverleners en ondersteunt ze tijdige interventie.

De eerste bevindingen tonen aan dat NEST een waardevol hulpmiddel is in het verbeteren van een veilige start voor pasgeborenen. Verdere evaluatie is nodig, maar de implementatie in ZOL toont aan dat de tool praktisch toepasbaar is en gedragen wordt door het zorgteam. ♦

Hoe data *de* beroertezorg in ZOL versterken

Hoe weet je of je patiënten met een beroerte volgens de internationale kwaliteitsnormen behandelt? Door systematisch te meten. In ZOL gebeurt dat op een efficiënte manier: artsen, verpleegkundigen en paramedici registreren de data rechtstreeks in het patiëntendossier. Zo ontstaat tegelijk een volledig patiëntendossier én een schat aan kwaliteitsdata. De cel Centrale Data Coördinatie van ICT hielp bij de opbouw van de database.



“Data registreren wordt vaak gezien als iets wat je achteraf nog moet doen”

Dr. Ludovic Ernon, neuroloog

Bij een beroerte telt elke minuut. Time is brain is dan ook een belangrijk uitgangspunt binnen de beroertezorg. Hoe snel komt een patiënt op de CT-scan? Hoe snel krijgt de patiënt intraveneuze trombolyse en/of een trombectomie? Welke onderzoeken zijn uitgevoerd? Hoe verloopt de revalidatie? En worden alle stappen van het zorgtraject volgens de vastgelegde kwaliteitsnormen uitgevoerd? Hoe evolueert de uitval (uitgedrukt als NIHSS) na de behandeling en revalidatie? Hoe is de zelfredzaamheid na 3 maanden (modified Rankin Scale)?

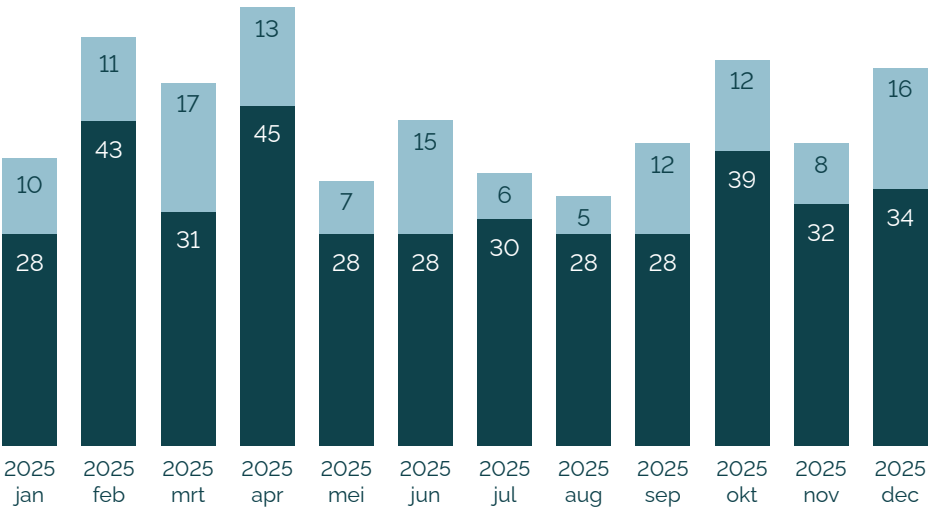
Om dat op te volgen, registreert ZOL de internationaal gehanteerde kwaliteitsparameters voor beroertezorg, gebaseerd op het normenkader van de European Stroke Organisation (ESO). Die registratie is ingebed in de dagelijkse werking. Dat maakt de aanpak bijzonder.

Minimale administratie achteraf
“Data registreren wordt vaak gezien als iets wat je achteraf nog moet doen”, aldus neuroloog dr. Ludovic Ernon. “Je doet je klinische werk en achteraf moet je nog allerlei gegevens uit de dossiers halen en in een bestand zetten. Wij proberen dat efficiënt te organiseren.”

Daarom werd samen met de cel Centrale Data Coördinatie van de dienst ICT een gestandaardiseerde template ontwikkeld. Die volgt de klinische flow van de patiënt. Op Spoedgevallen worden naast de voorgeschiedenis en medicatie, het begintijdstip van de symptomen, tijdstippen van inschrijving, onderzoeken en behandeling en de klinische bevindingen (uitgedrukt in NIHSS) geregistreerd.

Twee belangrijke indicatoren zijn de door-to-needle en door-to-groin tijden: de tijd tussen de inschrijving op Spoedgevallen en het moment waarop een patiënt intraveneuze bloedverdunding krijgt, respectievelijk de tijd tussen inschrijving op Spoedgevallen en het moment waarop de trombectomie start. Er wordt daarbij gestreefd naar een mediaan van minder dan 30, respectievelijk minder dan 60 minuten. Na een trombectomie worden bovendien de tijd tot revascularisatie en de reperfusiestatus gescoord.

Aantal beroerte-events per diagnose (Absoluut)
■ iCVA*** ■ TIA**



Afkortingen: **TOAST*** is een classificatiesysteem om ischemische beroertes (stroke) in te delen op basis van de oorzaak. / **TIA****: Transient Ischemic Attack (= een voorbijgaande beroerte). / **CVA*****: Cerebrovasculair Accident (= herseninfarct of hersenbloeding met blijvende hersenschade) / **Door-to-CT time**: aankomst in ziekenhuis tot CT-scan. / **Door-to-needle time**: aankomst in ziekenhuis tot start intraveneuze trombolyse. / **Door-to-groin time**: aankomst in ziekenhuis tot start van een trombectomie. / **Trombolyse**: het stolsel oplossen met medicatie. / **Trombectomie**: het stolsel weg nemen met een katheter. / **EVT******: Endovascular Treatment (= katheterbehandeling, meestal trombectomie).

Reperfusiestatus

Jaar/Maand	2025												totaal
	jan	feb	mrt	apr	mei	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	
0 - geen reperfusie							1		1			1	3
1 - trombose reductie zonder reperfusie			1		1			1					3
2A - reperfusie 1-49%									1	1			2
2B - 50-90% reperfusie	2		1	1							1	2	7
2C - reperfusie 90 - 99%	2	5	3	2	1	1	3		2	1	1		21
3 - volledige reperfusie	2	3	3	2	2	2	5	1	3	7	5	3	38
Totaal	6	8	8	5	4	3	9	2	7	9	7	6	74

Tijdens de opname wordt de informatie verder aangevuld met de resultaten van technische onderzoeken, paramedische gegevens, uiteindelijke diagnose (volgens TOAST* criteria), vermoedelijke oorzaak en bijhorende behandeling.

Het grote voordeel: de opbouw van het patiëntendossier en de dataregistratie gebeuren tegelijk. Er is dus geen afzonderlijk registratieproces meer nodig. Neuroloog dr. Wendeline Reniers: “Je noteert eigenlijk wat je sowieso moet bevragen en registreren, maar op zo’n manier dat de gegevens achteraf ook automatisch bruikbaar zijn voor kwaliteitsopvolging.”

Ook verpleegkundigen en paramedici vullen de gegevens aan. Zo worden onder meer vitale parameters en FESS (Fever, Sugar, Swallowing) opgevolgd. De logopedist staat in voor de slikscreening en de kinesitherapeut voor onder meer de

vroegtijdige mobilisatie. Iedereen werkt daarbij volgens dezelfde systematiek.

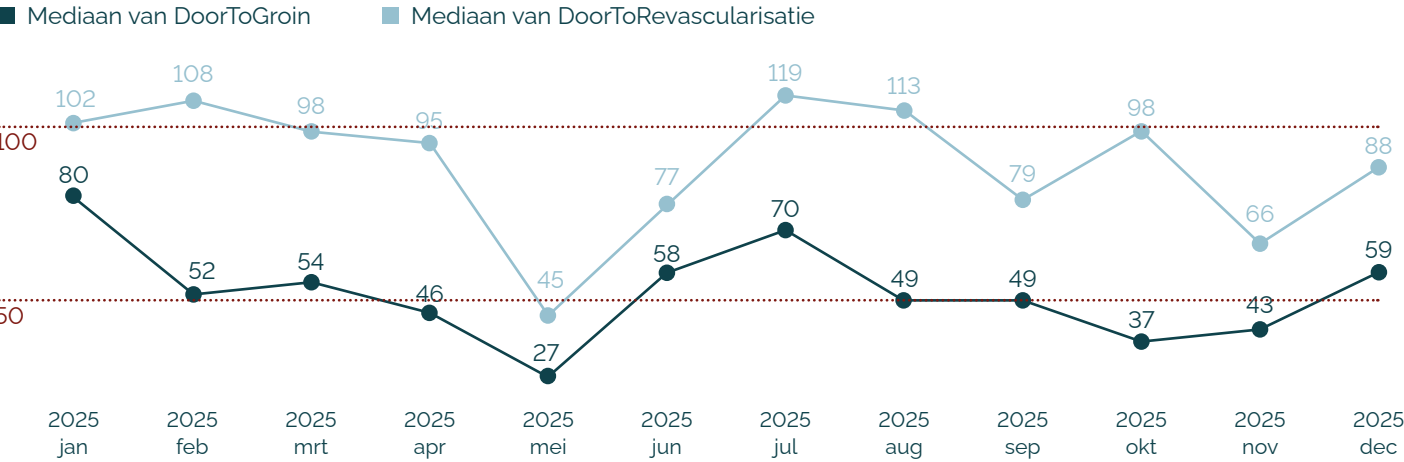
Van patiëntendossier naar dashboard
De gegevens uit de verschillende onderdelen van het zorgtraject komen samen in het ‘stroke dashboard’ van ZOL. Dat geeft een actueel overzicht van onder meer het aantal CVA’s***, TIA’s** en hersenbloedingen, de leeftijdsverdeling en de verschillende kwaliteitsindicatoren.

Een belangrijke indicator is de door-to-needle-tijd: de tijd tussen de inschrijving op Spoedgevallen en het moment waarop een patiënt intraveneuze bloedverdunding krijgt. Er wordt daarbij gestreefd naar een mediaan van minder dan 30 minuten. Met de geregistreerde cijfers kan continue opgevolgd worden of de doelstelling gehaald wordt, maar kan ook een

Kwaliteitsindicators Stroke Center

DOOR TO CT-TIME	
Overall	9 min
Mild stroke	14 min
Moderate stroke	9 min
Severe stroke	6 min
DOOR TO NEEDLE-TIME	
Overall	25 min
Mild stroke	30 min
Moderate stroke	23 min
Severe stroke	11 min
DOOR TO GROIN-TIME	
Overall	44 min
Mild stroke	81 min
Moderate stroke	38 min
Severe stroke	46 min

Evolutie van de mediaan DoorToGroin/DoorToRevascularisatie-indicatoren



vergelijking gemaakt worden met de andere ziekenhuizen van het Vlaams Ziekenhuisnetwerk via het benchmarkplatform.

Weten waar je staat

Dr. Reniers: "Wekelijks wordt gecontroleerd of alle gegevens volledig en kwalitatief correct zijn. Ontbrekende informatie wordt aangevuld. Zo blijven zowel het dashboard als de gegevens voor benchmarking betrouwbaar."

Dat vraagt uiteraard discipline van alle betrokken zorgverleners. Maar het levert ook iets op: een kwaliteitscyclus waarin registratie niet losstaat van de zorg en geen dubbel werk."

Multidisciplinair van begin tot einde

De multidisciplinaire samenwerking is essentieel voor goede beroertezorg. Dr. Ernon: "Een slikscreening door de logopedist kan bijvoorbeeld helpen om verslikking en een daaropvolgende longontsteking te voorkomen. Verpleegkundige parameters leveren belangrijke informatie over het klinische verloop en onderscheppen vroegtijdig eventuele complicaties."

De artsen registreren diagnose, juiste oorzaak en correcte, bijhorende behandeling. De cel Centrale Data Coördinatie zorgt ervoor dat al die informatie op een bruikbare manier wordt verzameld en gevisualiseerd."

Meer beroertes, ook bij jongere patiënten

De registratie brengt bovendien interessante evoluties aan het licht. Het aantal patiënten met een beroerte in ZOL is de voorbije jaren duidelijk toegenomen: van 541 patiënten in 2020 naar 724 in 2025. Die stijging kan onder meer samenhangen met de vergrijzing van de bevolking en een betere registratie en captatie van patiënten.

Dr. Ernon: "Opvallend is daarnaast dat een aanzienlijke groep patiënten relatief jong is. Dat onderstreept het belang van preventie. Bij elke patiënt met een beroerte wordt onder meer gekeken naar risicofactoren zoals hoge bloeddruk, cholesterol, diabetes, roken, alcoholgebruik, lichaamsbeweging en overgewicht. Zeker bij jongere patiënten kunnen dergelijke factoren belangrijke aanknopingspunten bieden voor verdere preventie."

"Daarmee brengt het dashboard niet alleen de kwaliteit van de acute zorg in beeld. Het maakt ook duidelijk waar preventie en opvolging nog winst kunnen opleveren." +



“Wekelijks wordt gecontroleerd of alle gegevens volledig en kwalitatief correct zijn.”

Dr. Wendeline Reniers, neuroloog

Multidisciplinair datateam beroertezorg (v.l.n.r.): Ahmed Elmahy, data scientist; Nathalie Weytjens, ergotherapeut; dr. Ludovic Ernon, neuroloog; Anke Verbruggen, hoofdverpleegkundige; Laura Franssen, logopedist; Iris Vandervoort, kinesitherapeut; dr. Wendeline Reniers, neuroloog



Types acute stroke

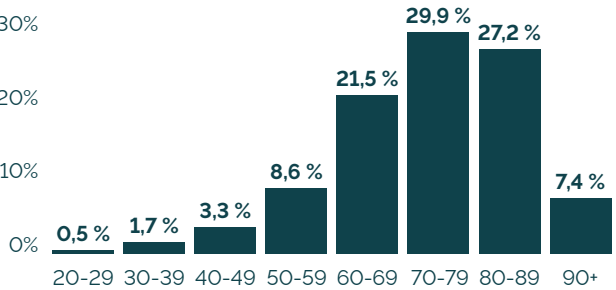
Cerebrovascular accident (CVA)	488
Transient Ischaemic Attack (TIA)	177
Intracerebral Haemorrhage (ICH)	57
Cerebral Venous Sinus Thrombosis (CVST)	2
Totaal	724

Acute behandeling

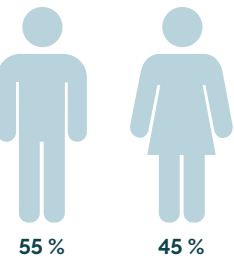
Thrombectomy	55
Thrombolysis	74
Thrombectomy and thrombolysis	30
Totaal	159

CVA & TIA demografie

Leeftijdsverdeling



Gender



Bekijk deze en andere cijfers in het jaarverslag van het Stroke Center via deze QR-code:





Hoogtechnologische kankerzorg met nieuw bestralingstoestel

Het Limburgs Oncologisch Centrum (LOC) - een samenwerkingsverband tussen ZOL en Jessa op vlak van radiotherapie - zet een belangrijke stap vooruit in de behandeling van kankerpatiënten. Op de LOC site in ZOL Genk werd voor het eerst een online adaptieve bestraling uitgevoerd met de Ethos van Siemens Healthineers, een van de nieuwe bestralingstoestellen van het LOC.

Bij online adaptieve radiotherapie wordt het bestralingsplan pas op het moment van de behandeling definitief afgestemd. Terwijl de patiënt op de bestralingstafel ligt, maakt de Ethos een snelle scan. Op basis van die beelden worden het doelgebied en de omliggende kritische organen met behulp van artificiële intelligentie in kaart gebracht. Daarna wordt ter plaatse een bestralingsplan berekend dat rekening houdt met de exacte houding en anatomie van de patiënt. Zo kan de behandeling zeer nauwkeurig worden uitgevoerd binnen een tijdsspanne van ongeveer 20 tot 25 minuten.

Minder belasting, meer comfort

De eerste toepassing binnen het LOC gebeurde bij een patiënt met een pijnlijke botmetastase, die behandeld kon worden met een eenmalige bestraling. Traditioneel vraagt zo'n behandeling vooraf een aparte voorbereiding, waaronder een CT-scan en het aanbrengen van markeringen op de huid. Dankzij de nieuwe techniek kan in bepaalde situaties een reeds beschikbare CT-scan gebruikt worden en is een extra verplaatsing voor de patiënt niet nodig. Voor patiënten betekent dit minder belasting en meer comfort, zonder in te boeten aan nauwkeurigheid.

Dat sluit nauw aan bij het doel van pijnstillende bestraling: een zo effectief mogelijke behandeling met een minimale impact op het dagelijks functioneren.

Nauwkeuriger en minder nevenwerkingen

Ook voor langere bestralingsreeksen zal het LOC de mogelijkheden van online adaptieve radiotherapie verder benutten. Zo wordt de software in ZOL Genk ingezet bij geselecteerde patiënten met prostaatkanker. Daardoor kunnen dagelijkse schommelingen in blaas- en endeldarmvulling beter worden opgevangen. Op die manier wil het LOC de nauwkeurigheid van de behandeling verder verhogen en mogelijke nevenwerkingen nog meer beperken. Omdat online adaptieve radiotherapie vandaag nog een tijdsintensief proces is, onderzoekt het LOC verder bij welke patiëntengroepen deze technologie de grootste meerwaarde kan bieden.

Vanaf 2027 zal online adaptieve radiotherapie ook op de LOC campus in het Jessa Ziekenhuis worden toegepast, zodra de bestralingstoestellen daar vernieuwd zijn. ✚

Dr. Patrick Noyens neemt afscheid

Een ethisch comité bewaakt meer dan regelgeving



Na vijftien jaar geeft dr. Patrick Noyens het voorzitterschap van het Comité Medische Ethiek van ZOL door. De zorg voor patiënten is tijdens de laatste decennia ingrijpend veranderd. De mogelijkheden die nieuwe technieken en behandelingen ons bieden roepen nieuwe ethische vragen op. In een snel evoluerende wereld probeert het ethisch comité tijd en ruimte te creëren om rustig te reflecteren over ethische vraagstukken, en op die manier breed gedragen adviezen te formuleren.

U werd voorzitter van het Comité Medische Ethiek van ZOL in 2011. Een bewuste keuze?

Dr. Patrick Noyens: Niet bepaald. Ik werd erin gesmeten. Ik was zelfs geen lid van het ethisch comité toen collega dr. Vrolix me vroeg om voorzitter te worden. Het was een sprong in het onbekende. Gelukkig kon ik rekenen op de hulp en ondersteuning van mijn voorganger, prof. dr. Erik De Jonge.

Zeker als het gaat over de beoordeling van wetenschappelijke studies is het verschil met vandaag enorm. Toen hadden we in essentie met één wetgeving te maken. Vandaag: Europese regelgeving, GDPR, medische hulpmiddelen, biobanken, AI... boeken vol regels.

Waar bent u het meest trots op?

Op de samenwerkingsverbanden die we gerealiseerd hebben. Eerst met Universiteit Hasselt. Toen ik voorzitter werd,

ben ik lid geworden van hun ethisch comité. Dat hielp hen om een erkenning te krijgen om wetenschappelijke studies goed te keuren. Ik blijf daar na het stopzetten van mijn voorzitterschap in ZOL actief.

Maar één project steekt erbovenuit: onze samenwerking met de huisartsen rond euthanasie. We hebben tweeënhalft jaar gewerkt aan een juridisch en praktisch sluitend protocol waardoor een huisarts euthanasie kan uitvoeren bij een eigen patiënt die in ons ziekenhuis is opgenomen. De huisarts wordt daarvoor tijdelijk arts van ZOL.

Waarom was dat belangrijk?

Omdat zorgzaamheid niet alleen over de patiënt gaat, maar ook over de mensen die de zorg uitvoeren. Bij euthanasie roepen we daarom altijd vooraf een ad-hoc vergadering samen, een soort time-out met alle betrokkenen. Niet omdat de wet dat voorschrijft, maar omdat we vinden dat zo'n ingrijpende beslissing samen gedragen moet worden.

Wat was de moeilijkste periode?

De Corona-pandemie, zonder twijfel. Er waren plots heel veel onbekende factoren waarmee we rekening moesten houden. Tegelijk zagen onderzoekers unieke kansen in wat er gebeurde.

Als ethisch comité moest je grenzen bewaken en tegelijk soepel genoeg zijn om belangrijk onderzoek mogelijk te maken. We werkten mee aan een studie naar het effect van vaccins bij personeel en ontwikkelden een toestemmingsprocedure in twee stappen. Leerrijk, en een les in hoe complex de regelgeving was geworden.

Wetenschappelijk onderzoek is wellicht het minst zichtbare deel van jullie werk.

Voor de buitenwereld toch, terwijl het ongeveer negentig procent uitmaakt van wat we doen. Een ethisch comité heeft drie wettelijke opdrachten: adviseren bij individuele casussen, beleidsadvies geven en het beoordelen van wetenschappelijke studies. Sinds vorig jaar beoordelen we in ZOL ook studies binnen de nieuwe Europese regelgeving, waarvoor je veel meer expertise nodig hebt. Waar

ik vroeger met de leden van het comité en een goede secretaresse het werk kon gedaan krijgen, zijn er nu ook drie wetenschappelijk medewerkers actief die mee het werk dragen.

Met ons werk dragen we bij aan kwaliteitsvol onderzoek. We werken vaak met jonge academici die precies weten wat ze willen onderzoeken, maar voor het eerst met de complexe regelgeving te maken krijgen. Zij focussen zich in de eerste plaats op hun onderzoeksvraag. Wij kijken kritisch naar de randvoorwaarden: hoe wordt de deelnemer beschermd, hoe wordt toestemming gevraagd, wat gebeurt er met de gegevens?

Zijn zorgverleners anders met ethiek bezig dan vijftien jaar geleden?

Bij jonge collega's zie ik méér aandacht voor ethische vragen. Ze zijn kritisch en stellen vragen. Tegelijk is het moeilijker geworden om artsen te overtuigen om daadwerkelijk in een ethisch comité te zetelen. Dat heeft vooral met tijd te maken: als je een voltijdse job hebt, gebeurt veel werk voor een ethisch comité 's avonds of in het weekend.

Is de zorg zelf ethisch complexer geworden?

Zeker, omdat we veel meer kunnen. Toen ik als cardioloog begon, werd iemand met een hartinfarct in bed gelegd en kreeg hij medicatie. Vandaag gaat die patiënt rechtstreeks naar het cathlab, wordt behandeld en kan soms een dag later al naar huis. Achter die vooruitgang zitten technologie, financiering, regelgeving en keuzes over wie welke behandeling krijgt.

Tegelijk moeten we opletten dat regelgeving de zorg niet gaat overheersen. We leven in een maatschappij die graag registreert. Wanneer de registratielast groter wordt dan de tijd die we aan patiënten kunnen besteden, hebben we een probleem. De menselijke benadering en het klinisch oordeel mogen niet naar de achtergrond verdwijnen.

Met welke vragen zal uw opvolger volgens u te maken krijgen?

Artificiële intelligentie is een belangrijke uitdaging. We kunnen steeds beter voorspellen wat met een patiënt zal

gebeuren. Maar welke algoritmes willen we gebruiken? En laten we een algoritme beslissen of blijft een mens uiteindelijk verantwoordelijk?

Daarnaast zijn er de schaarste aan personeel en middelen, de toenemende diversiteit van onze patiëntenpopulatie en de mondigheid van patiënten. Gepersonaliseerde geneeskunde brengt vragen over betaalbaarheid mee. En we verzamelen steeds meer medische en genetische data. Wie mag die gebruiken? Wat gebeurt ermee over twintig jaar?

Wat wilt u zelf meegeven voor de toekomst?

Instellingen mogen niet denken dat ze ethische vragen zelf kunnen oplossen. Overheden, ziekenhuizen en andere organisaties moeten de reflex behouden om onafhankelijk advies te vragen. Een ethisch comité moet de ruimte krijgen om rustig te reflecteren, zonder druk van buitenaf.

Ik ben optimistisch: het ethisch bewustzijn bij zorgverleners neemt toe. Maar precies omdat geneeskunde steeds meer kan, wordt die onafhankelijke reflectie belangrijker.

Heeft vijftien jaar voorzitterschap u zelf veranderd?

Dat heb ik thuis ook gevraagd. Mijn vrouw zegt van niet (lacht). Ik ben ouder geworden en heb minder haar. Ik ben wat diplomatischer geworden en heb geleerd hoe je mensen samenbrengt. Ik zag mezelf nooit echt als leider. Eerder als voorzitter: iemand die ervoor zorgt dat het werkt, dat mensen zich gehoord voelen en dat onderzoekers vooruit kunnen.

En dat heb ik vijftien jaar lang met heel veel plezier gedaan. ♣

Op zaterdag 14 november geeft dr. Patrick Noyens de voorzittersfakkel door aan dr. Sven Van Poucke, anesthesist. Dr. Thibault Petit, cardioloog, wordt ondervoorzitter.

Dit gebeurt tijdens het symposium: 'Wie beslist? AI, ethiek en zorg voor morgen', zaterdag 14 november, aula ZOL Genk, van 8.30 tot 12u. Info en inschrijven:



Nood aan verbinding?

Dr. Pieter Jan Van Asbroeck,
Medisch diensthoofd
Urgentiegeneeskunde (Spoedgevallen
& MUG) ZOL Genk //
Urgentiearts

We staan op een kantelpunt, ook in de zorg. Op onze dienst Spoedgevallen zien we de samenleving in versneld tempo veranderen: een bevolking die ouder wordt en langer zorg nodig heeft, een tekort aan huisartsen en een toenemende psychische nood. De druk op elke schakel van het systeem neemt toe.

Op hetzelfde moment blijft onze gezondheidszorg versnipperd georganiseerd, en versnippering is een luxe die we ons niet meer kunnen permitteren. Wanneer structuren, ego's of politieke keuzes belangrijker worden dan de patiënt, betalen patiënten daar uiteindelijk de prijs voor.

Goede zorg ontstaat zelden door één briljante arts of één bepaald ziekenhuis. Ze ontstaat wanneer expertise elkaar versterkt, wanneer zorgverleners elkaar vinden en wanneer zorg zo georganiseerd wordt dat kwaliteit voorrang krijgt op gewoontes, netwerken of lokale belangen.

Limburg is één, en de Limburgse patiënt verdient dat wij ook zo durven denken.

De toekomst ligt in samenwerking. Tussen ziekenhuizen. Tussen disciplines. Tussen eerste, tweede en derde lijn. Maar ook tussen psychische en somatische zorg. Want wie vandaag op Spoedgevallen komt met kortademigheid, pijn op de borst of buikpijn, brengt vaak meer mee dan enkel een somatisch probleem. Eenzaamheid, angst, armoede, verslaving, trauma of sociale kwetsbaarheid wandelen mee de Spoedgevallen binnen.

Voor hooggespecialiseerde zorg zijn we het aan de Limburgse patiënt verplicht om moed te tonen in hoe we zorg organiseren. Niet alles moet overal gebeuren. Soms betekent betere zorg: expertise bundelen, ervaring concentreren en duidelijke keuzes maken. Complexe zorg met laag volume vraagt om concentratie, terwijl basiszorg overal kwaliteitsvol en toegankelijk moet blijven.

Maar verbinding vraagt meer dan medische samenwerking alleen. Ze vraagt ook politieke moed. Niet langer denken in hokjes, partijen of korte-termijnwinsten, maar in verantwoordelijkheid nemen voor morgen. De patiënt van vandaag én de generaties die na ons komen, hebben weinig aan verdeeldheid die vooral zichzelf in stand houdt. Zij hebben nood aan keuzes die verder reiken dan een legislatuur, een partij of een lokaal belang.

Verbinding is de voorwaarde om veilige, betaalbare en menswaardige zorg overeind te houden. 🍀

Column



Aanbod bijscholing voor artsen en andere zorgverleners

Het 'Medisch Kennis- en Innovatieplatform' van ZOL richt bijscholingscycli in voor een ruim medisch publiek. Er wordt steeds naar gestreefd om via een multidisciplinaire benadering diverse, praktijkgerichte medische bijscholing aan te bieden.

Ook in het werkjaar 2026-2027 kan u opnieuw rekenen op een uitgebreid aanbod, en dit vanuit verschillende invalshoeken.

Hier vindt u het overzicht en de mogelijkheid om in te schrijven. ➔



v.l.n.r.: Eline Vandewaerde (kine) - Marlies Donne (diëtiëk) - Kim Govaerts (Arts) - Kristof Gelade (kine) - Katrien Severens (stafmedewerker).

Het eerste grote prehabilitatiecongres in België

"Prehabilitatie is een veelbelovende multidisciplinaire interventie om het risico bij complexe oncologische chirurgie te reduceren. Met onder andere high-intensity training en voedingsinterventies kunnen we het risico op complicaties significant reduceren," aldus Kristof Geladé, paramedisch consulent chronisch inwendige revalidatie ZOL.

Prehabilitation: The missing link in cancer surgery
Congres voor kinesisten en artsen met nationale en internationale sprekers.

Zaterdag 28 november,
aula ZOL Genk van 9-13u

Programma en registratie (tot 18/11):
<https://www.zol.be/professionals/medisch-kennis-en-innovatieplatform>





Prof. dr. Sophie Lemmens, oogarts

Glaucoom: *de stille* *dief van het zicht*

Glaucoom is een sluipende oogaandoening waarbij de oogzenuw langzaamaan beschadigd geraakt, meestal door te hoge oogdruk. Omdat de schade aan de oogzenuw onomkeerbaar is, zijn vroegtijdige opsporing, correcte opvolging en een behandeling op maat essentieel om het zicht zo lang mogelijk te behouden. Met de komst van prof. dr. Sophie Lemmens, glaucoomspecialist, krijgt ZOL Genk extra expertise en kunnen patiënten met glaucoom dichterbij huis gespecialiseerde zorg vinden.

Met haar aanstelling in ZOL Genk kiest prof. dr. Sophie Lemmens voor een sterke verankering in haar thuisregio. Gevormd door jarenlange ervaring binnen UZ Leuven, combineert ze vandaag haar klinische en chirurgische expertise op beide plekken. "Zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt organiseren maakt een wezenlijk verschil in de therapietrouw en levenskwaliteit", licht ze toe.

ZOL Genk was bovendien geen onbe-

kend terrein. "Tijdens mijn opleiding werkte ik hier als assistent en leerde ik de dienst Oogziekten goed kennen." Vandaag maakt dr. Lemmens deel uit van een sterk team dat Limburgse patiënten toegang biedt tot hooggespecialiseerde glaucoomzorg in eigen regio.

Toch blijft de link met UZ Leuven behouden. Enkele dagen per maand is ze er nog actief voor complexe glaucoomchirurgie bij volwassenen en

de behandeling van baby's en jonge kinderen met congenitaal glaucoom.

Is dat laatste een ver doorgedreven specialisatie die voornamelijk gecentraliseerd wordt in Leuven?

Ja, in België heb ik als chirurg op dit ogenblik de meeste expertise in de chirurgische behandeling van pediatrisch glaucoom. Dit is relatief zeldzaam en gespecialiseerd, dus je moet deze chirurgie toch regelmatig doen om het tot een

"Pas wanneer glaucoom vergevorderd is, ontstaan er klachten, maar dan is de schade vaak al onomkeerbaar."

goed einde te kunnen brengen. Vandaar dat deze kinderen in België bijna allemaal naar Leuven verwezen worden.

Welke patiënten ziet u in Genk?

Hier behandel ik vooral volwassen patiënten met primair glaucoom, meteen ook de grootste groep glaucoompatiënten.

Dat zijn patiënten met chronisch open-hoekglaucoom, patiënten met lage-drukglaucoom en ook patiënten met gesloten-hoekglaucoom.

Heel belangrijk bij glaucoom is de screening van eerstegraadsverwanten van mensen met bewezen glaucoom, omdat zij een verhoogd risico hebben. We raden hen aan om zich vanaf 40 à 45 jaar regelmatig te laten screenen.

De klassieke vormen van glaucoom zijn niet aangeboren. Ze ontstaan of manifesteren zich pas op latere leeftijd. De prevalentie stijgt bovendien exponentieel met de leeftijd. Vanaf 65 jaar neemt het aantal glaucoompatiënten fors toe. De patiëntenpopulatie die ik het vaakst zie, bestaat dan ook vooral uit 65-plussers, maar ook ouder.

Ongeveer 1 op de 10 glaucoompatiënten heeft uiteindelijk chirurgie nodig. Daarnaast bestaan er ook laserbehandelingen (SLT (Selectieve Laser Trabeculoplastie)). Het merendeel van de patiënten wordt opgevolgd met oogdruppels, maar de laserbehandeling komt meer en meer als evenwaardige eerstelijnsbehandeling naar voor.

Werden deze patiënten vroeger naar Leuven verwezen?

Heel vaak wel. Dat was voor de patiënt niet eenvoudig, want Leuven is ver. Zeker wanneer een chirurgische ingreep nodig is, volgt er een vrij intensieve opvolgperiode. Er zijn patiënten die een ingreep of de aanbevolen opvol-

gingsfrequentie niet zien zitten omdat dit voor hen praktisch niet haalbaar is. Daarom is het een duidelijke meerwaarde dat we deze zorg dichterbij huis kunnen aanbieden.

Waarom is glaucoom zo'n complexe aandoening?

Een reden is dat een van de belangrijkste testen voor glaucoom, het gezichtsveldonderzoek, een heel subjectieve test is. Je kunt die test goed of slecht uitvoeren, ongeacht of er iets mis is met de ogen. Dat maakt de interpretatie al meteen uitdagend.

Daarnaast zijn er nog andere parameters die een belangrijke rol spelen. De oogdruk is daarvan de bekendste en zeker een heel belangrijke parameter, maar ook de interpretatie ervan vraagt om voldoende expertise.

Ook de structuur en het uiterlijk van de oogzenuw zijn essentieel. Pas sinds een aantal jaren beschikken we over betrouwbare apparatuur om de oogzenuw goed in beeld te brengen. Vroeger was dat veel minder evident.

Je moet heel veel factoren samen beoordelen. Het gaat niet alleen om de oogdruk, het gezichtsveld of de oogzenuw afzonderlijk, maar om het samenspel van al die elementen.

Daarnaast speelt het profiel van de patiënt ook een belangrijke rol. Hoe oud is de patiënt? Wat is de algemene gezondheidstoestand? Is iemand bereid en in staat om dagelijks oogdruppels te gebruiken?

Hoe bepaalt u welke behandeling een patiënt krijgt?

Dat vraagt heel wat afweging. Oogdruppels hebben bij de meeste patiënten een goed effect, maar ze kunnen ook heel wat lokale nevenwerkingen veroorzaken, zoals allergie, intolerantie en

roodheid. Daardoor zijn ze niet altijd een oplossing op lange termijn.

Ze kunnen bovendien ook systemische nevenwerkingen veroorzaken. Sommige oogdruppels vertragen het hartritme, verlagen de bloeddruk, verergeren kortademigheid of veroorzaken een slechte smaak in de mond. In uitzonderlijke gevallen kunnen bepaalde bestanddelen zelfs depressieve klachten uitlokken.

Daarnaast hebben oogdruppels niet bij iedereen een voldoende drukverlagend effect. Ze zijn dus zeker niet altijd de ideale oplossing.

Hetzelfde geldt voor laserbehandelingen zoals de SLT. Die werken bij ongeveer 8 op de 10 patiënten, bij 2 op de 10 onvoldoende.

Na chirurgie daalt de oogdruk doorgaans wel. Bij een klassieke glaucoomoperatie, de trabeculectomie, maken we een klein gaatje in het oog. Dat is echter een wondje dat het lichaam spontaan opnieuw wil laten dichtgroeien. De grootste vijand van een glaucoomchirurg is daarom littekenvorming of het natuurlijke genezingsproces. We geven na de ingreep intensief cortisone- en antibioticadruppels om littekenvorming tegen te gaan en het kanaaltje of buisje dat wordt geplaatst goed open te houden.

Bij patiënten die veel littekenweefsel aanmaken, is dat jammer genoeg niet altijd voldoende en moet dit aanvullend behandeld worden.

Alles goed onder controle houden blijft dus een uitdaging, zowel voor ons als voor de patiënt. Elke patiënt is anders en elke behandeling is maatwerk. De patiënt moet kunnen en willen meewerken aan de therapie.

Hoe kan u de patiënt hiervan overtuigen?

Therapietrouw is een groot probleem bij glaucoompatiënten, onder meer omdat ze zich met oogdruppels niet beter voelen. Ook veroorzaakt vroege glaucoomschade meestal geen klachten. Dat is

iets wat je als arts goed moet toelichten. Pas wanneer glaucoom vergevorderd is, ontstaan er klachten, maar dan is de schade vaak al onomkeerbaar en zijn de behandel mogelijkheden beperkter.

Ook wanneer glaucoom in een vroeg stadium wordt vastgesteld, is het essentieel om de goede visuele functie zo lang mogelijk te behouden. Mensen worden steeds ouder, waardoor we hen soms tientallen jaren goed onder controle moeten houden. Daarbij moeten we onze volledige 'gereedschapskist' aanspreken om de behandeling bij te sturen wanneer zich bijvoorbeeld allergieën of andere problemen voordoen.

Wat zijn de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van chirurgie?

De trabeculectomie, waarbij een nieuwe afvoerweg voor het vocht uit de oogkamers wordt gecreëerd, geldt al jaren als de gouden standaard voor de chirurgische behandeling van glaucoom.

Het is een invasievere ingreep, die niet zonder risico is en ook voor de patiënt een vrij intensief traject met zich meebrengt. Alternatieven zijn implantaten of buisjes die in het oog worden geplaatst om de afvoer van vocht te verbeteren. Het is echter belangrijk om te weten dat de minder invasieve ingrepen (zoals gel stents of Minimally Invasive Glaucoma Surgery (MIGS)) doorgaans minder krachtig zijn in drukverlaging. Ze hebben zeker hun plaats bij milde tot matige vormen of in combinatie met cataractchirurgie, maar voor vergevorderd glaucoom blijft traditionele chirurgie de gouden standaard.

Maken jullie gebruik van artificiële intelligentie?

In de klinische praktijk nog niet zo veel, maar er loopt wel veel onderzoek naar de toepassing van artificiële intelligentie bij glaucoom.

In Leuven heb ik meegewerkt aan een aantal onderzoeksprojecten. Glaucoom is geen eenvoudige diagnose, omdat je heel veel verschillende parameters moet combineren. Net daarin ligt de kracht van AI: het kan grote hoeveelheden gegevens analyseren en bepaalde

"Een vergevorderd glaucoom is erg invaliderend. Deze patiënten zijn vaak wettelijk blind en hebben soms een witte stok nodig."

afwijkingen snel detecteren. Om een AI-model goed te trainen, zijn wel veel kwalitatieve data en verschillende parameters nodig.

Ook de combinatie van gezichtsveldonderzoek en de structurele beoordeling van de oogzenuw leent zich goed voor AI-toepassingen.

Op dit moment gebeurt er geen systematische screening bij de bevolking naar glaucoom?

Momenteel is het advies om enkel eerstegraadsverwanten van glaucoompatiënten te screenen. Een bevolkingsbrede screening is niet kosteneffectief, noch voor de maatschappij, noch voor de gezondheidszorg. Je moet immers heel veel mensen uit de algemene bevolking screenen om een relatief beperkt aantal glaucoompatiënten op te sporen. De prevalentie van glaucoom bedraagt 2 tot 5 procent.

Bovendien is het onderzoek vrij intensief. Als je de volledige bevolking zou screenen, zou dat de oogzorg sterk belasten.

Kunnen patiënten ook van thuis uit worden opgevolgd? Is er een vorm van monitoring?

Ook daar wordt onderzoek naar gedaan. Vooral de meting van de oogdruk speelt een belangrijke rol bij de opvolging van glaucoom. Momenteel bestaat er nog geen toestel dat voldoende betrouwbaar meet voor routineopvolging.

Van de iCare, het toestel dat wij ook regelmatig in de kliniek gebruiken, bestaat wel een thuisversie: de iCare Home. Daarmee zouden patiënten hun oogdruk thuis kunnen meten en de resultaten kunnen doorsturen naar het ziekenhuis. Het nadeel is dat die metingen niet altijd even betrouwbaar zijn. Bovendien kunnen afwijkende metingen ongerustheid veroorzaken, terwijl

de oogdruk, net zoals de bloeddruk, van nature kan schommelen.

Het is dus een verhaal met voor- en nadelen. Voor een aantal zorgvuldig geselecteerde patiënten kan thuismonitoren zeker een meerwaarde zijn, maar ik denk niet dat het voor iedereen de juiste oplossing is.

Welke impact heeft glaucoom in het algemeen op het leven van mensen?

Bij vroeg tot matig glaucoom blijft de impact op de levenskwaliteit en de kwaliteit van het zicht doorgaans beperkt. Voor veel patiënten is het wel belastend om elke dag oogdruppels te moeten gebruiken.

Maar een vergevorderd glaucoom is erg invaliderend. Deze patiënten zijn vaak wettelijk blind en hebben soms een witte stok nodig. Ze zijn door hun zichtverlies sterk hulpbehoevend. Glaucoom neemt immers geleidelijk aan het gezichtsveld weg.

Glaucoom wordt niet voor niets de 'silent thief of sight' genoemd. De aandoening evolueert heel traag, waardoor patiënten er in het begin meestal niets van merken. Dat komt doordat de hersenen gebruikmaken van een mechanisme dat filling in wordt genoemd. Beginnende scotomen, of blinde vlekken in het gezichtsveld, worden daarbij door de hersenen opgevuld met informatie uit de omgeving, waardoor het beeld normaal lijkt en de uitval niet opvalt.

Dat verklaart ook waarom veel patiënten pas naar de oogarts gaan wanneer het glaucoom al vergevorderd is. Dat zijn natuurlijk de meest spijtige situaties, want in veel gevallen had de verdere achteruitgang vaak 5 tot 10 jaar eerder kunnen worden afgeremd. Eens de diagnose gesteld is, kunnen we de verloren functie niet meer herstellen.

We kunnen de aandoening enkel proberen verder onder controle te houden. Het is moeilijk om patiënten te zeggen dat we hen niet meer beter kunnen maken. Ook de boodschap dat iemand niet langer met de auto mag rijden, is vaak bijzonder ingrijpend.

Zal glaucoom ooit genezen kunnen worden?

De oogzenuw is een hersenzenuw en kan vandaag de dag niet regenereren. Er wordt wel veel onderzoek gedaan naar neuroregeneratie, maar ik durf daar voorlopig niet al te optimistisch over te zijn. Ik denk eerlijk gezegd niet dat ik die evolutie nog zal meemaken.

Bent u nog altijd actief bezig met onderzoek?

Ik ben nog altijd betrokken bij verschillende onderzoeksprojecten die in het UZ Leuven werden opgestart. Op termijn hoop ik ook in Limburg aan klinisch onderzoek te kunnen doen. Momenteel ben ik vooral actief betrokken bij de European Glaucoma Society. We

hebben recent een nieuwe richtlijn voor glaucoomchirurgie gepubliceerd. Daarnaast zetel ik in verschillende comités binnen de vereniging.

Dat is bijzonder interessant, omdat het me toelaat om op de hoogte te blijven van de nieuwste ontwikkelingen, lezingen te geven op congressen en cursussen te verzorgen voor artsen in opleiding.

Hoe komt het dat u zo'n niet-traditioneel parcours hebt afgelegd op het gebied van studeren?

Ik heb eerst ingenieursstudies gedaan en heb ook een tijdje als ingenieur gewerkt.

Eigenlijk heb ik vroeger altijd getwijfeld tussen geneeskunde en ingenieurswetenschappen. Omdat ik onder andere een ernstige latexallergie heb, koos ik toen voor een opleiding tot ingenieur.

Toen mijn jongere zus aan een opleiding geneeskunde begon, had ik het gevoel dat ik die kans gemist had. Ik ben toen

op zoek gegaan naar ander werk dat ik kon combineren met de opleiding en ben opnieuw begonnen met studeren.

Het was een intensieve periode, maar ik ben wel heel blij dat ik die keuze heb gemaakt.

En de allergie?

Gelukkig is de OK-omgeving de afgelopen jaren enorm geëvolueerd. Waar vroeger latex handschoenen de standaard waren, zijn er nu vrijwel overal hoogwaardige synthetische, latexvrije alternatieven (zoals neopreen of polyisopreen) voorhanden. Zowel tijdens mijn opleiding als in de operatiezaal in het ziekenhuis is een latexvrije werkomgeving vandaag de dag heel goed te organiseren. Dat maakte het alsnog mogelijk om mijn droom na te jagen en chirurg te worden. ♦

Prof. dr. Sophie Lemmens



Nieuwe artsen



Naam: dr. Emma Bakelants

Specialisme: Pneumologie

Dr. Emma Bakelants is pneumoloog. Ze werkt op de dienst Pneumologie in ZOL Genk. Haar aandachtsgebieden zijn moeilijk behandelbaar astma, respiratoire problemen bij sporters en opvolging van patiënten na een longtransplantatie.

Dr. Bakelants volgde haar opleiding aan KU Leuven en liep stage in UZ Leuven, Jessa Ziekenhuis Hasselt en ZOL Genk. Ze behaalde ook het master-na-master diploma in de sportgeneeskunde.

Van september 2024 tot april 2026 werkte ze als chef de clinique in Hôpital de la Tour in Genève, Zwitserland.

Naam: dr. Abdulhamid Çiçek

Specialisme: Neurochirurgie

Dr. Abdulhamid Çiçek is neurochirurg op de dienst Neurochirurgie van ZOL. Naast algemene neurochirurgie legt hij zich toe op diepe hersenstimulatie en endoscopische neurochirurgie, met focus op spinale endoscopie. Op 26 juni jl. voerde hij als eerste in Limburg de biportale spinale endoscopie uit.

Dr. Çiçek volgde zijn opleiding aan Universiteit Hasselt, Universiteit Maastricht en Vrije Universiteit Brussel. Hij liep stage in AZ Delta Roeselaere, ZNA Middelheim, UZ Brussel en ZOL Genk. Hij volgde ook een fellowship functionele hersenchirurgie (diepe hersenstimulatie) en endoscopische neurochirurgie met focus op spinale endoscopie.

Samen met neuroloog dr. Tuerlinckx werkt hij aan de oprichting van een bewegingsstoornissenkliniek.

Naam: dr. Arnout Eyssen

Specialisme: Urgentiegeneeskunde

Dr. Arnout Eyssen is arts-specialist in de urgentiegeneeskunde. Hij werkt op de dienst Spoedgevallen in ZOL Genk waar hij actief is als urgentiearts en mee instaat voor de MUG-permanentie.

Hij volgde zijn opleiding aan de KU Leuven en UZ Leuven en deed stage in UZ Leuven, ZOL Genk en AZ Sint-Jan Brugge.

Na een jaar als basisarts op de dienst Spoedgevallen van het AZ Jan Portaels in Vilvoorde begon hij aan zijn opleiding anesthesie. Vervolgens behaalde hij zijn bijzondere beroepstitel urgentiegeneeskunde.

Dr. Eyssen is gecertificeerd als provider Advanced Life Support (ALS), Advanced Trauma Life Support (ATLS) en Advanced Pediatric Life Support (APLS). Dr. Eyssen is ook instructeur voor 'The Difficult Airway Course'.



Naam: dr. Robin Glorieux

Specialisme: Abdominale Heelkunde

Dr. Robin Glorieux is abdominaal chirurg. Hij werkt op de dienst Abdominale Heelkunde in ZOL Genk-Maas en Kempen. Naast algemene abdominale heelkunde legt hij zich toe op bariatrische en metabole heelkunde, antirefluxchirurgie en de heelkundige behandeling van maagcarcinomen.

Dr. Glorieux behaalde zijn diploma aan de KU Leuven. Hij liep stage in ZOL Genk, Noorderhart Pelt, Isala Zwolle en UZ Leuven.

In ZOL Genk-Maas en Kempen volgde hij een fellowship abdominale heelkunde, toegespitst op bariatrische, metabole en antirefluxchirurgie en de heelkundige behandeling van maagcarcinomen.

Naam: dr. Sam Peeperkorn

Specialisme: Keel-, Neus- en Oorzakten (KNO)

Dr. Sam Peeperkorn is keel-, neus- en oorarts en werkt op de dienst KNO. Zijn interessegebieden zijn algemene en pediatrie KNO-ziekten, allergieproblematiek, neus- en neusbijholtenpathologie en endoscopische voorste schedelbasischirurgie.

Dr. Peeperkorn volgde zijn opleiding aan KU Leuven. Hij liep stage in UZ Leuven, ZOL Genk en MC Zuyderland Heerlen (Nederland).

Hij volgde ook een fellowship rhinologie in MC Zuyderland en een fellowship rhinologie en voorste schedelbasischirurgie in UMC Amsterdam (Nederland).

Naam: dr. Jolien Quintiens

Specialisme: Reumatologie

Dr. Jolien Quintiens is reumatoloog en werkt op de dienst Reumatologie. Ze volgde haar opleiding aan Universiteit Hasselt en KU Leuven. Ze liep stage in UZ Leuven, het Jessa Ziekenhuis (Hasselt) alsook ZOL Genk en Reumacentrum Genk.

In 2023 behaalde ze haar PhD met als titel 'Het ontrafelen van de rol van ANP32A als een centrale spil bij osteoartrose' aan de KU Leuven. In 2025 volgde zij de echocursus 'Interuniversity Basic Musculoskeletal Ultrasound Course for the Rheumatologist' aan de Universiteit Gent en Luik. In 2023 behaalde zij het getuigschrift in radio-protectie voor botdensitometrie.



Naam: dr. Sander Swennen
Specialisme: Urgentiegeneeskunde

Dr. Sander Swennen is arts-specialist in de urgentiegeneeskunde. Hij werkt op de dienst Spoedgevallen in ZOL Genk.

Dr. Swennen volgde zijn opleiding aan de KU Leuven.

Hij werkte van 2024 tot juni 2026 als urgentiearts in het Heilig Hartziekenhuis in Tienen.

Naam: prof. dr. Nicolas Van Mieghem
Specialisme: Cardiologie

Prof. dr. Nicolas Van Mieghem werkt op de dienst Cardiologie. Zijn aandachtsgebieden zijn interventiecardiologie, coronaire interventies, structurele hartinterventies en percutaan klepherstellen en implantatie.

Prof. dr. Van Mieghem volgde zijn opleiding aan KU Leuven. Hij liep stage in AZ Sint-Maarten in Mechelen, het Stuivenbergziekenhuis in Antwerpen, ZOL Genk en KU Leuven.

In 2014 behaalde hij een PhD met als titel 'Transcatheter Aortic ValveTherapies from cutting edge to mainstream'. Hij volgde een fellowship interventiecardiologie in het Lennox Hill Hospital New York en de Erasmus Universiteit Rotterdam. Van 2014 tot 2025 was hij hoofd Interventiecardiologie in het Erasmus Medisch Centrum.

Prof. dr. Van Mieghem is director of advanced interventional therapies and digital education' at the Cardiovascular Research Foundation in New York.

Naam: dr. Viktor-Jan Vertessen
Specialisme: Gynaecologie

Dr. Viktor-Jan Vertessen is arts-specialist in de gynaecologie. Hij werkt op de dienst Gynaecologie-verloskunde in ZOL Genk.

Hij behaalde zijn diploma aan UHasselt en KU Leuven en liep stage in RZ Tienen, ZOL Genk, Jessa Hasselt en UZ Leuven. In 2025-2026 volgde hij een chirurgisch fellowship in de gemeenschappelijke ziekenhuizen van Luik (Citadelle, CHU Sart Tilman, CHU Bruyère).

Zijn interessegebieden liggen bij benigne chirurgie, zowel open (laparotomie) als minimaal invasief (laparoscopie, robot-geassisteerd en vNOTES (vaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery)), opvolging en behandeling van afwijkende uitstrijkjes met colposcopie en tot slot vaginale gynaecologische echografie.





Investeren om de toekomst veilig te stellen

Elke Panis
Financieel-administratief directeur

U bent aanbeland in het derde katern van dit magazine. Wat volgt zijn een aantal artikels die u een betere inkijk geven in hoe wij ons ziekenhuis als organisatie runnen. Met ruim 4.500 artsen en medewerkers, verspreid over 4 campussen en met jaarlijks meer dan 700.000 patiëntencontacten, zijn de uitdagingen groot en divers. Met steeds in het achterhoofd onze basisopdracht: u als patiënt de best mogelijke zorg aanbieden.

Dat doen we onder meer door onze infrastructuur voortdurend te moderniseren en te vernieuwen. Zo starten we dit jaar op campus Sint-Jan in Genk met het uitvoeren van een masterplan. We zullen de volgende 6 tot 7 jaar nieuwe gebouwen optrekken, medische diensten en verpleegafdelingen herschikken en ruimte creëren die tegemoet komt aan de omvang en noden van ons ziekenhuis. Het startschot geven we begin 2027 met de eerstesteenlegging van een ultramodern parkeergebouw. Wanneer u verder bladert krijgt u een eerste impressie van hoe de nieuwe parking er zal uitzien.

In tijden van besparingen zoals we die nu kennen, zijn de budgettaire uitdagingen groot. Om financieel gezond te blijven moeten we voortdurend keuzes maken en is het belangrijk van de beschikbare middelen als een goede huisvader te beheren. Daarom stellen we ons bij iedere investering twee vragen: wordt u er als patiënt beter van en bevordert het de werkomstandigheden van onze artsen en werknemers. Pas wanneer aan beide voorwaarden voldaan is, kan de investering verder in overweging genomen worden.

Ieder jaar publiceren we in de maand juni een jaarverslag met naast een overzicht van de verwezenlijkingen ook de activiteits- en financiële cijfers van het voorbije jaar. Indien u dit wenst kan u het Jaarverslag 2025 raadplegen via www.zol.be/nieuws/jaarverslag-zol-2025.

ORGANISATIE & BELEID



88

ZOL in cijfers

92

Juridische termen
in de zorg: meer dan
moeilijke woorden

97

Column door spiritueel
zorgverlener Caroline Vandewal

98

Perfusionisten: onmisbaar binnen
het cardiochirurgisch team

103

ZOL, trotse partner van
KRC Genk Foundation

104

Inleefreis naar partnerziekenhuis
in Bokonzi

107

Korte berichten

108

Fonds Zorgzaam ZOL opgericht

111

Word vrijwilliger in ZOL



82 Nieuwe parkeertoren voor campus Sint-Jan



84 Microbioloog apr. dr. Steensels over
nieuw isolatiebeleid



90 Boekhouder Jean Olaerts over zijn pensioen



Heldere rijroutes en duidelijke signalisatie

Nieuwe parkeertoren voor campus Sint-Jan

ZOL Genk bouwt verder aan een toegankelijke toekomst met een ruim en modern parkeercomplex. De nieuwe parkeertoren telt 8 verdiepingen, 1.700 ruime parkeerplaatsen en een fietsenstalling voor 200 fietsen. De werken starten begin volgend jaar, midden 2028 zou de parkeertoren klaar zijn voor gebruik.

Wie de afgelopen jaren onze campus Sint-Jan in Genk heeft bezocht, heeft het ongetwijfeld gemerkt: het ziekenhuis groeit, ons zorgaanbod breidt uit en de vraag naar voldoende parkeergelegenheid neemt toe. Om zowel de toegankelijkheid als de mobiliteit van ons ziekenhuis te garanderen, is het tijd voor vernieuwing. Begin volgend jaar start de bouw van een gloednieuwe parkeertoren tussen de scholencampus LiZa en het Kinderpsychiatrisch centrum (KPC).

Deze investering creëert een aanzienlijke verhoging van het comfort voor onze patiënten, bezoekers en medewerkers. Parkeren op campus Sint-Jan in Genk wordt eenvoudiger, sneller en stressvrij.

Duurzaamheid en future proof ontwerp

De nieuwe parkeertoren is ontworpen met het oog op de toekomst en duurzaamheid, die past binnen de groeiplannen van de gehele site van de campus in Genk. Er is gekozen voor een

modern, duurzaam en overzichtelijk ontwerp waarin functionaliteit en comfort centraal staan.

Vlotte bereikbaarheid en minimale overlast

Onze campus blijft bereikbaar gedurende alle fases van de werken. De voorbereidingen en de bouwwerkzaamheden worden zo gefaseerd dat hinder op de huidige parkeerterreinen en toegangswegen tot een absoluut minimum beperkt blijft. De huidige parking wordt pas afgebroken zodra de nieuwe toren klaar is voor gebruik.

Met de komst van deze parkeertoren zetten we opnieuw een belangrijke stap in de continue modernisering van onze campussen. Zo garanderen we dat uw bezoek aan ZOL van bij aankomst tot bij vertrek zo vlot en comfortabel mogelijk verloopt. 🚗

Parkeren 3.0

Toegankelijk voor iedereen: brede parkeervakken, heldere rijroutes en duidelijke signalisatie zorgen voor een makkelijke doorstroming, ook tijdens drukke momenten. Voor mindervaliden voorzien we 100 parkeerplaatsen en er zijn 25 ruimere familieplaatsen beschikbaar.

Duurzame mobiliteit: de toren wordt uitgerust met een ruim aanbod aan laadpalen voor elektrische voertuigen. Bezoekers met hybride of volledig elektrische wagen kunnen de batterij van hun voertuig eenvoudig opladen tijdens hun aanwezigheid op de campus.

Groene architectuur: het ontwerp combineert strakke bouwlijnen met groenvoorzieningen en energiezuinige technieken, waardoor de toren visueel én ecologisch past binnen de groene omgeving van Genk.

Optimale veiligheid: goede verlichting, een doordachte indeling en cameratoezicht zorgen voor een veilig gevoel op elk moment van de dag of nacht. Daarnaast wordt de toren voorzien van een intelligent parkeergeleidingssysteem met indicatielampjes. Zo ziet de bezoeker in één oogopslag waar vrije plaatsen beschikbaar zijn.



Ruimte voor 200 fietsen



Nieuw isolatiebeleid bij respiratoire virussen

Minder beschermings- materiaal, *meer* zorg voor de patiënt

Respiratoire virussen zoals SARS-CoV-2, influenzavirus en RSV verspreiden zich vooral via de lucht. Ons ziekenhuis koos 3 jaar geleden voor een vernieuwde, evidence-based aanpak met focus op luchtzuivering, handhygiëne en een eenvoudiger isolatiebeleid. “De resultaten zijn veelbelovend”, zegt microbioloog en medisch diensthoofd Infectiepreventie apr. dr. Deborah Steensels. “De drempel om een patiëntenkamer te betreden is aanzienlijk lager waardoor patiënten minder eenzaamheid ervaren. De veiligheid van het nieuwe beleid voor zowel zorgverleners als medepatiënten werd eveneens bevestigd, op afdelingen met patiënten in respiratoire virusisolatie. We zagen immers geen toename in overdracht of uitbraken. Wat ons écht omver heeft geblazen is de massieve afvalberg aan handschoenen en schorten die we hebben uitgespaard sinds deze koerswijziging”, aldus apr. dr. Steensels.

De voorbije jaren heeft wetenschappelijk onderzoek belangrijke nieuwe inzichten opgeleverd over de overdracht van respiratoire virussen. Uit talrijke studies blijkt dat deze zich voornamelijk via de lucht verspreiden. Naast grotere druppels die vrijkomen bij hoesten of niezen, worden ook tijdens het spreken en zelfs ademen kleine aerosolen gevormd. Deze kunnen zich over meerdere meters verspreiden en langere tijd in de lucht aanwezig blijven.

Drie basisprincipes

"Hoewel internationale en nationale richtlijnen deze nieuwe inzichten nog onvoldoende hadden verwerkt, wilde ons infectiepreventieteam niet wachten op een formele aanpassing van de aanbevelingen" verduidelijkt apr. dr. Steensels. "Daarbij vertrokken we vanuit drie principes: een eenvoudig en uniform beleid voor alle respiratoire virussen, maximale toepasbaarheid in de dagelijkse zorgpraktijk en een zo sterk mogelijke wetenschappelijke onderbouwing."

Op basis van deze analyse besloot ZOL om bij patiënten met respiratoire virussen af te stappen van het routinematig

"Studies tonen aan dat isolatiemaatregelen met schorten en handschoenen onbedoelde negatieve gevolgen kunnen hebben."

gebruik van schorten en handschoenen. Voor deze maatregelen bestaat immers nauwelijks wetenschappelijk bewijs dat ze de overdracht van respiratoire virussen verminderen. Tegelijk tonen studies aan dat isolatiemaatregelen met schorten en handschoenen onbedoelde nadelige effecten kunnen hebben. Zorgverleners blijken namelijk minder vaak een isolatiekamer binnen te gaan wanneer zij zich telkens volledig moeten beschermen. "Daardoor worden patiënten minder frequent gezien, worden

parameters minder vaak gecontroleerd en kunnen problemen later worden opgemerkt" legt apr. dr. Steensels uit.

"Bovendien hebben patiënten in isolatie een verhoogd risico op zorggerelateerde infecties, onder meer doordat tijdens één zorgmoment meerdere handelingen worden uitgevoerd met dezelfde handschoenen. Ook het sociale aspect speelt een belangrijke rol: patiënten ervaren vaker gevoelens van eenzaamheid wanneer minder zorgverleners of bezoekers de kamer betreden."

Luchtzuivering

Isolatie op een éénpersoonskamer blijft uiteraard noodzakelijk om andere patiënten te beschermen. Daarom werd deze wijziging – naast intensieve aandacht voor handhygiëne – gekoppeld aan een belangrijke investering in luchtkwaliteit. Op alle kamers van patiënten met een respiratoire virus worden luchtzuiveringstoestellen met HEPA-14-filter ingezet. Deze toestellen zuiveren de kamerlucht 10 tot 14 keer per uur en verwijderen virusdeeltjes, bacteriën en andere micro-organismen uit de lucht. De nieuwe aanpak werd nauwgezet



apr. dr. Deborah Steensels

Een conservatieve schatting gaf aan dat maar liefst 377.000 paar handschoenen en 319.000 wegwerpschorten niet gebruikt hoefden te worden sinds de invoering van het nieuwe beleid.



geëvalueerd en de resultaten ervan werden gepubliceerd in het wetenschappelijke journal *Viruses: Redesigning Isolation Practices: Evaluation of a Comprehensive Protocol for Respiratory Virus Control Including Cycle Threshold (Ct) Value Dynamics*.

Zorgverleners geven aan dat de drempel om een patiëntenkamer te betreden aanzienlijk lager is. "Patiënten ervaren minder eenzaamheid, merken dat verpleegkundigen en artsen vaker langskomen en beschrijven de luchtkwaliteit als aangenamer en frisser.

Ook vanuit infectiepreventief oogpunt zijn de resultaten geruststellend. Het totaal aantal patiënten dat een virusinfectie ontwikkelt tijdens ziekenhuisverblijf is niet bruikbaar als parameter om de impact van het nieuwe beleid te meten, gezien de wisselende epidemiologie van winter tot winter en gezien patiënten regelmatig infecties oplopen via contact met hun bezoekers. Maar op afdelingen met patiënten in respiratoire virusisolatie zagen

we geen toename in overdracht of uitbraken, hetgeen de veiligheid van ons nieuwe beleid voor zowel zorgverleners als medepatiënten bevestigt.

"De omvang van de besparing is vergelijkbaar met het gewicht van vier volwassen olifanten."

20 ton aan materiaal uitgespaard

"Naast de voordelen voor patiënten en zorgverleners heeft deze aanpak ook een belangrijke ecologische impact. Sinds de invoering van het nieuwe beleid werden ongeveer 32.000 isolatiedagen geregistreerd zonder routinematig gebruik van schorten en handschoenen. Op basis van een conservatieve schatting betekent dit

dat maar liefst 377.000 paar handschoenen en 319.000 wegwerpschorten niet gebruikt hoefden te worden.

De omvang van deze besparing is indrukwekkend, naar schatting bijna 20 ton ziekenhuisafval – vergelijkbaar met het gewicht van 4 volwassen olifanten. Hoewel kostenbesparing nooit de drijfveer was voor deze beleidswijziging, werd ondertussen reeds 244.000 euro uitgespaard aan beschermingsmateriaal. De investering in luchtzuiveringstoestellen heeft zich hierdoor inmiddels volledig terugverdiend.

De eerste ervaringen in andere ziekenhuizen zijn intussen eveneens positief. "Daarom wordt er gewerkt aan een bredere implementatie en aan een opname van deze aanpak in toekomstige nationale richtlijnen" besluit apr. dr. Steensels. 🧡

ZOL in cijfers

Met meer dan 4.000 medewerkers, bijna 500 artsen en vier sites in Genk, Lanaken en Maaseik behoort ZOL tot de grootste ziekenhuizen van België. In het jaarverslag 2025 blikken we terug op de belangrijkste realisaties, activiteiten en resultaten van 2025. Algemeen directeur dr. Peter Thijs en voorzitter van de raad van bestuur Tom Arts delen er hun visie op de uitdagingen en kansen binnen een snel veranderende zorgsector. Hieronder lichten we vijf opvallende cijfers uit het jaarverslag toe. Het volledige jaarverslag kunt u raadplegen via de QR-code onderaan deze pagina.

133.346 VERPLEEGDAGEN DAGZIEKENHUIS

Steeds meer ingrepen kunnen vandaag veilig in daghospitalisatie plaatsvinden. Dankzij nieuwe medische technologieën, verfijnde technieken en minimaal invasieve ingrepen verloopt het herstel vaak sneller en is een langdurige opname niet nodig. Die evolutie zien we duidelijk terug in de cijfers. In 2025 werden in de dagziekenhuizen van ZOL 133.346 verpleegdagen geregistreerd. Dat is opnieuw een stijging tegenover 130.150 in 2024 en 119.626 in 2023. De verschuiving van klassieke opname naar daghospitalisatie zet zich dus verder door.



59.239 CHIRURGISCHE INGREPEN

In 2025 voerde ZOL maar liefst 59.239 chirurgische ingrepen uit. Om aan de groeiende zorgvraag te voldoen, werd het operatiekwartier van ZOL Maas en Kempen uitgebreid met twee extra operatiezalen. Daarmee beschikt de site in Maaseik nu over acht operatiezalen, goed voor 14.718 ingrepen in 2025. Op campus Sint-Jan in Genk vonden 23.106 ingrepen plaats in de 18 operatiezalen en op campus Sint-Barbara nog eens 9.771 in 5 zalen. In het Interventioneel Centrum vonden dan weer 11.656 ingrepen plaats.



67.453 OPGENOMEN PATIËNTEN

In 2025 werden 67.453 patiënten opgenomen in ZOL (inclusief de interne transferten). Het grootste aandeel bestond uit chirurgische patiënten, met 33.831 opnames, inclusief patiënten die werden verzorgd op Intensieve Zorgen. Daarnaast werden 17.289 patiënten opgenomen met een inwendige aandoening zoals longziekten of oncologische aandoeningen. Verder werden 4.801 geriatrische patiënten en 2.764 kinderen opgenomen. Op de dienst Neuropsychiatrie waren er 899 opnames en op de dienst Palliatieve Zorgen werden 189 patiënten begeleid.



2.425 BEVALLINGEN

In 2025 vonden er in de verloskwartieren van campus Sint-Jan en ZOL Maas en Kempen 2.425 bevallingen plaats. De drukste maand in ZOL Maas en Kempen was maart, met 57 geboortes, op campus Sint-Jan was juli de drukste geboortemaand met 192 baby's. Daarnaast werden 412 pasgeborenen verzorgd op de afdeling Neonatale Intensieve Zorgen. Tien baby's uit ZOL Maas en Kempen werden hiervoor overgebracht naar de NICU van campus Sint-Jan. De bevallingen werden begeleid door een team van 111 vroedvrouwen en 21 gynaecologen.



764.970 RAADPLEGINGEN

Jaar na jaar vinden steeds meer patiënten de weg naar ZOL voor een consultatie. In 2025 telde het ziekenhuis 764.970 raadplegingen. Dat aantal stijgt al vijf jaar op rij: van 655.939 in 2021 naar 678.664 in 2022, 707.591 in 2023 en 758.614 in 2024. Die groei gaat hand in hand met een sterke medische omkadering. In 2025 waren 477 artsen actief binnen ZOL. De toenemende vraag naar gespecialiseerde zorg bevestigt het vertrouwen van patiënten in de expertise van ons ziekenhuis.



Lees het volledige
jaarverslag hier!



ZOLler met pensioen: Jean Olaerts

"Het kapitaal van een ziekenhuis zijn *de mensen*"

Meer dan veertig jaar werkte Jean Olaerts achter de schermen van ZOL. Eerst als boekhouder, later als diensthoofd boekhouding en stafmedewerker financiën. Hij zag het ziekenhuis groeien van een regionale organisatie tot een van de grootste zorginstellingen van België. En hoewel zijn carrière zich afspeelde tussen balansen, begrotingen en boekhoudsystemen, gaat zijn verhaal uiteindelijk vooral over mensen. "Ik deed wat ik graag deed. Dat is het mooiste wat ik over mijn loopbaan kan zeggen."

Jean, hoe voelt het pensioen?

"Eigenlijk was ik er klaar voor. Mijn vrouw is al negen jaar met pensioen, dus we hadden er allebei naar uitgekeken om meer dingen samen te doen. Ik verveel me geen moment."

Mis je het ziekenhuis?

"Vooral de mensen. Collega's met wie je jarenlang hebt samengewerkt, zie je niet meer elke dag. Dat is wel even wennen."

Hoe begon jouw verhaal bij het ziekenhuis?

"Ik ben gestart op 1 augustus 1984, na mijn legerdienst. Ik had boekhouding gestudeerd en wilde eigenlijk niets liever dan boekhouder worden. Dat was voor mij echt een droomjob."

Wat hield je werk toen in?

"We deden de boekhouding voor de verschillende Genkse OCMW-instellingen én voor het ziekenhuis. Facturen werden manueel verwerkt, computers waren beperkt en veel gebeurde nog op papier."

Je hebt heel wat veranderingen meegemaakt.

"Absoluut. Een van de belangrijkste momenten was de fusie in 1996. Toen smolten het Sint-Jansziekenhuis in Genk, het André Dumontziekenhuis in Waterschei en het Sint-Barbaraziekenhuis in Lanaken samen en moest er een volledig nieuwe financiële organisatie worden opgebouwd."

"Doorheen de jaren is alles veel professioneler geworden. Toen ik begon, registreerden we vooral cijfers. Later analyseerden we die ook, volgden we begrotingen op en leverden we managementinformatie aan."

Wat vond je het leukste aan je job?

"Dat ik voortdurend kon bijleren. Ik volgde opleidingen over financiën, fiscaliteit, pensioenen en ziekenhuisfinanciering. Als er iets nieuws kwam, wilde ik begrijpen hoe het werkte."

"Op het einde van mijn loopbaan kwam iedereen wel eens langs met een vraag."

"En ik werkte graag met mensen. Ik heb altijd geprobeerd collega's te helpen. Sommige dingen heb ik honderd keer uitgelegd. En als het nodig was, legde ik het een duizendste keer uit."

Je stond bekend als iemand met veel kennis van het ziekenhuis.

(lacht) "Dat komt waarschijnlijk omdat ik hier zo lang rondgelopen heb. Op het einde van mijn loopbaan kwam iedereen wel eens met een vraag langs. Dat vond ik wel fijn."

Is er een project waar je bijzonder trots op bent?

"De financiële integratie van Ziekenhuis Maas en Kempen in Maaseik bij de fusie met ZOL was een mooi hoofdstuk. We moesten systemen op elkaar afstemmen, mensen begeleiden en veel kennis delen. Daar heb ik veel voldoening uit gehaald."

Je was ook altijd erg geëngageerd.

"Ja, ik zat mee in de voetbalclub van het ziekenhuis en was actief in de personeelskring. We organiseerden uitstappen, sportactiviteiten, reizen en evenementen. In 2024 was ik nog prins carnaval van De Vrolijke Jantjes, de carnavalsvereniging van ZOL en OCMW Genk."

Waar ben je het meest trots op?

"Op de waardering die ik gekregen heb. Dat mensen vertrouwen in mij hadden en dat ik dingen mocht doen. Ik heb altijd het gevoel gehad dat ik hier mijn steentje kon bijdragen."

Wat wil je jonge collega's vandaag nog meegeven?

"Dat het uiteindelijk om mensen draait. Het kapitaal van een ziekenhuis zijn de mensen. Materiaal is nodig, maar daarmee maak je geen ziekenhuis. Het zijn de medewerkers die het verschil maken."

"Weet je, mensen zien soms vooral wat beter kan. Maar ZOL is een sterke werkgever die blijft investeren, vernieuwen en die kansen biedt. Dat is niet zo vanzelfsprekend."

Wat brengt het pensioen?

Tijd maken voor de kleinkinderen en veel wandelen. Dat is tijdens corona echt gegroeid. Samen met mijn vrouw wandelde ik naar Santiago de Compostella en delen van het Pieterpad. We trekken nog vaak de natuur in. Daar maak ik mijn hoofd leeg." 🌿



Dr. Martine Burin, ouderenpsychiater en Isabel Gieraerts, hoofd juridische dienst

Juridische termen in de zorg: meer dan moeilijke woorden

We denken er liever niet over na. Toch kan iedereen onverwacht in een situatie terecht komen waarin medische beslissingen moeten worden genomen. Wie mag er dan mee aan tafel zitten? Wie kent uw wensen? En hoe zorgt u ervoor dat zorgverleners weten wat voor u belangrijk is? Vanuit die vragen ontwikkelden ouderenpsychiater Martine Burin en juriste Isabel Gieraerts een praktische flyer over juridische begrippen in de zorg. "Je hoeft niet meteen naar de notaris te stappen. Een goed gesprek is vaak al een grote stap."

Mensen raken snel verward door al die juridische termen. Verrast jullie dat?

Isabel Gieraerts: "Eigenlijk niet. Veel begrippen lijken op elkaar, maar betekenen juridisch iets helemaal anders. Een contactpersoon is bijvoorbeeld niet hetzelfde als een vertegenwoordiger of een vertrouwenspersoon. Omdat die termen vaak door elkaar gebruikt worden, ontstaat er verwarring."

Dr. Martine Burin: "En dat is logisch. Wij werken dagelijks met patiënten en families, niet met juridische concepten. Toch zijn die begrippen belangrijk, omdat ze bepalen wie informatie mag krijgen en wie beslissingen mag nemen wanneer een patiënt dat zelf niet meer kan."

Waarom is dat zo'n belangrijk thema?

Dr. Martine Burin: "Omdat goede zorg meer is dan een medische behandeling alleen. We betrekken patiënten

vandaag veel meer bij keuzes over hun zorg dan vroeger. Dat verhoogt de kwaliteit van zorg."

Isabel Gieraerts: "De wet patiëntenrechten heeft daarin een belangrijke rol gespeeld. Die wet geeft iedereen dezelfde basisrechten: recht op kwaliteitsvolle zorg, duidelijke informatie en inspraak in beslissingen over de eigen gezondheid. Dat zijn eigenlijk fundamentele rechten waar elke patiënt op kan terugvallen."

Waar loopt het in de praktijk het vaakst mis?

Dr. Martine Burin: "Vaak gaat het over

familieleden die betrokken willen worden. Een dochter wil weten hoe het met haar moeder gaat of een zoon wil mee beslissen over een behandeling. Maar juridisch mogen we medische informatie niet zomaar met iedereen delen."

Isabel Gieraerts: "Daar ontstaan soms misverstanden. Mensen denken bijvoorbeeld dat ze automatisch het medische dossier mogen inkijken omdat ze de contactpersoon zijn. Maar dat is niet noodzakelijk zo. Daarom vinden we het belangrijk om die begrippen duidelijk uit te leggen."

"De wet patiëntenrechten geeft iedere patiënt dezelfde basisrechten. Dat maakt ze zo waardevol."

Jullie hebben het ook vaak over vooraf plannen. Waarom?

Dr. Martine Burin: "Omdat het veel makkelijker is om keuzes te maken wanneer er geen crisis is. Veel mensen denken pas na over een zorgvolmacht of een ver-
tegenwoordiger wanneer er al gezond-
heidsproblemen zijn. Eigenlijk is het beter om daar vroeger over na te denken."

Isabel Gieraerts: "Al hoeft dat niet ingewikkeld te zijn. Je hoeft niet meteen naar de notaris te stappen. Praat er eens over met je partner, je kinderen of je huisarts. Wat vind je belangrijk? Welke zorg wil je wel of niet? Dat gesprek is vaak al een grote stap."

"Wacht niet tot een crisissituatie om na te denken over wie voor jou beslissingen mag nemen."

Krijgen mensen daar voldoende informatie over?

Dr. Martine Burin: "Dat kan beter. Veel mensen hebben documenten opgesteld, maar weten achteraf niet meer precies wat erin staat. Of die documenten liggen thuis in een schuif terwijl zorgverleners er niet van op de hoogte zijn."

Isabel Gieraerts: "Dat is inderdaad een uitdaging. Als je belangrijke documen-
ten hebt, zorg er dan voor dat de juiste personen weten dat ze bestaan. Anders kunnen die wensen moeilijk meegenomen worden wanneer het nodig is."

Jullie spreken allebei met veel warmte over patiëntenrechten. Waarom?

Dr. Martine Burin: "Omdat die wet eigenlijk perfect aansluit bij hoe we vandaag zorg willen verlenen. De patiënt staat centraal. Dat lijkt vanzelfsprekend, maar er is een belangrijke evolutie aan vooraf gegaan."

Isabel Gieraerts: "Voor mij gaat het uiteindelijk over respect. Respect voor de keuzes, waarden en wensen van elke patiënt."

Dr. Martine Burin: "En het gaat verder dan grote beslissingen. Soms zit patiëntenrechten in kleine dingen. Een partner die mee naar de raadpleging komt. Even checken of iemand alles goed

begrepen heeft. Rekening houden met iemands situatie. Dat is dagelijkse zorg."

Wat willen jullie de lezer vooral meegeven?

Isabel Gieraerts: "Durf vragen te stellen. Als je iets niet begrijpt, vraag uitleg. Daar zijn zorgverleners voor."

Dr. Martine Burin: "En praat met je naasten over wat jij belangrijk vindt. Niemand denkt graag na over moeilijke scenario's, maar het geeft rust als zaken vooraf besproken zijn." ❄

Meer weten? Scan de QR-code en lees de flyer 'Uw zorg, uw (patiënten)rechten: een gids bij juridische termen in de zorg'.



Isabel Gieraerts

Vijf begrippen die vaak voor verwarring zorgen

CONTACTPERSOON

Ontvangt praktische informatie, maar mag niet automatisch medische informatie inkijken.

VERTROUWENSPERSOON

Ondersteunt een patiënt bij het uitoefenen van zijn of haar patiëntenrechten.

VERTEGENWOORDIGER

Kan beslissingen nemen wanneer een patiënt dat zelf niet meer kan.

ZORGVOLMACHT

Document waarmee je iemand bevoegdheden geeft wanneer je zelf niet meer kunt handelen.

NEGATIEVE WILSVERKLARING

Hierin leg je vast welke medische behandelingen je in bepaalde situaties niet wenst.

Praktische tips: wat kunt u zelf doen?

DUID EEN VERTROUWENSPERSOON EN/OF VERTEGENWOORDIGER AAN

Denk na over wie uw stem kan vertolken als u zelf geen beslissingen meer kunt nemen.

PRAAT OP TIJD OVER UW WENSEN

Bespreek met uw naasten of huisarts wat voor u belangrijk is op het vlak van zorg en behandeling.

BEWAAR BELANGRIJKE DOCUMENTEN NIET ALLEEN THUIS

Zorg ervoor dat uw huisarts, uw naasten en het ziekenhuis weten dat die documenten bestaan.

STEL VRAGEN

Begrijpt u iets niet tijdens een consultatie? Vraag gerust om extra uitleg.

BEKIJK UW AFSPRAKEN REGELMATIG OPNIEUW

Controleer af en toe of uw documenten en gemaakte keuzes nog aansluiten bij uw wensen.



dr. Martine Burin

Bij ZOG Genk kom je weer thuis

Toermalien en Mandana.

Verhuizen naar een woonzorgcentrum doe je niet zomaar. Bij ZOG kom je niet zomaar wonen - je komt thuis. Je richt je kamer in met je eigen spullen, je kiest zelf wanneer je opstaat, eet of bezoek ontvangt, en je vindt er een vertrouwd zorgteam dat je bijstaat op jouw manier. In onze kleine woongroepen voel je huiselijkheid en gezelligheid, samen met je medebewoners, en met familie en vrienden die altijd welkom zijn.

Jij geeft het ritme aan, wij volgen jouw tempo.



't Kosenhuisje

Nood aan gezelschap, zorg en een zinvolle dagbesteding? In dagverzorgingscentrum 't Kosenhuisje ben je van maandag tot vrijdag welkom. En jij als mantelzorger? Jij krijgt even de kans om op adem te komen, met een gerust hart.

Overdag in goede handen zodat je mantelzorger even op adem komt.



administratie@zoggenk.be
089 57 35 00

De tandenborstel uit Taipei

Caroline Vandewal, is één van de zes medewerkers van de dienst Pastorale Zorg en Zingeving in ZOL. Wil je graag een spiritueel zorgverlener spreken? Vraag ernaar bij een verpleegkundige of bel naar tel. 089 80 78 10.



Als spiritueel zorgverlener kom ik vaak binnen als mensen even niet meer weten hoe verder. Die ochtend was het Jean die me nodig had. Een verpleegkundige belde me: "Jean heeft een moeilijke dag. Zijn echtgenote is exact een jaar geleden overleden." Toen ik zijn kamer binnenstapte, zag ik het meteen: verdriet dat niet roept, maar stil in de hoek wacht tot iemand erbij komt zitten.

Jean kijkt op. Zijn ogen zijn rood, zijn handen rusteloos. Ik benoem voorzichtig dat het een beladen dag is. Hij knikt. "Nu ik hier zelf in het ziekenhuis lig, komen de herinneringen aan die moeilijke tijd nog sterker terug."

Wanneer ik naar zijn echtgenote vraag, vertelt hij vooral over het medische verloop. Feiten en tijdslijnen. Soms is dat de veiligste weg rond een verhaal dat nog te veel pijn doet. Tussen de regels door hoor ik zijn eenzaamheid. Jean vertelt dat hij nu bij zijn zoon woont, omdat alleen blijven niet meer lukte. Niet uit zwakte, maar uit nood aan nabijheid.

Dan vraag ik of hij een mooie herinnering aan haar met me wil delen. Hij kijkt me even aan, alsof hij aftast of dat wel mag en wijst dan naar zijn toilettafel. Ik geef hem die aan en tot mijn verbazing haalt hij er een eenvoudige tandenborstel uit, en er verschijnt een kleine, oprechte glimlach op zijn gezicht. "Deze komt uit een hotel in Taipei," zegt hij. "Meer dan twintig jaar geleden waren we daar op reis. Elke dag lag er een nieuwe tandenborstel op de kamer. Ik heb ze allemaal meegenomen, tot grote ergernis van mijn vrouw." Hij lacht zacht. "Maar dat was onze mooiste reis. Zoveel cultuur, warm weer... We hebben er vrienden gemaakt die ik nog altijd spreek." Hij draait de tandenborstel tussen zijn vingers, alsof het een klein relikwie is. "Telkens wanneer ik ergens overnacht, neem ik er zo één mee. Dan is ze weer even bij me."

Wat begon als een gesprek over verlies, wordt een warme stroom van herinneringen. Zijn vrouw verschijnt in elk verhaal; niet als een pijnlijke afwezigheid, maar als iemand met wie het leven groot en vol mocht zijn.

Bij het afscheid vertelt Jean dat hij opgelucht is. Dat het zo'n deugd deed om over haar te spreken. Hij begrijpt nu beter waarom het vandaag zo zwaar is: omdat het samen zo mooi geweest is.

Soms ligt troost niet in grote woorden, maar in iets kleins dat reist door de tijd. Zoals een tandenborstel uit Taipei, die in een ziekenhuiskamer ineens een heel leven openvouwt. ✎



Een blik op de dienst Perfusie

De *hartslag* van de operatiezaal

Ze zijn met amper zo'n honderd in heel België en wenigen weten wat ze exact doen: de perfusionisten. Margot Vandersteegen, Maarten Strauven, Dieter De Keyzer en Pieter Neven zijn onmisbaar binnen het cardiochirurgisch team van ZOL. Elke dag leveren ze een essentiële bijdrage aan de gespecialiseerde ondersteuning van de meest kritieke patiënten.

v.l.n.r.:

Margot Vandersteegen,
Dieter De Keyzer,
Pieter Neven en
Maarten Strauven

“Als perfusionisten zijn we een zelfstandige eenheid binnen het operatiekwartier.”

Wat is een perfusionist?

Margot: “Als perfusionisten maken we deel uit van het cardiochirurgisch team. Tijdens openhartoperaties bedienen we de hart-longmachine, die tijdelijk de functie van het hart en de longen overneemt.”

Wat doen jullie concreet tijdens zo'n openhartoperatie?

Maarten: “De chirurg opereert op een stilstaand hart, bijvoorbeeld om een bypass aan te leggen of een hartklep te herstellen. Wij nemen op dat moment met de hart-longmachine de volledige hart- en longfunctie over. Die machine zorgt ervoor dat het lichaam continu bloed en zuurstof krijgt, zodat alle vitale organen beschermd blijven.”

Werken jullie ook buiten de openhartchirurgie?

Dieter: “Zeker. Bij grote ingrepen met veel bloedverlies, zoals in de vaat-, buik-, neuro- of orthopedische chirurgie, vangen we het bloed van de patiënt op, zuiveren het en geven de eigen rode bloedcellen terug. Zo'n autologe transfusie zorgt voor een sneller herstel en minder risico's.

Maarten: Bovendien zijn we een zelfstandige eenheid binnen het operatiekwartier: we beheren onze dienst zelf, voeren dagelijks onderhoud uit aan de toestellen en volgen de nieuwste wetenschappelijke inzichten op.”

Pieter: “We werken ook met ECMO-machines. Die nemen bij ernstig zieke patiënten tijdelijk de functie van het hart of de longen over, soms dagen- of zelfs wekenlang. Ze worden ingezet in de operatiezaal, op Intensieve Zorgen of

op Spoed. En ook in het Interventioneel Centrum staan we standby bij risicovolle ingrepen.”

Flexibiliteit gaat ver, want een spoedgeval houdt geen rekening met het uur.

Dieter: “Klopt. Mensen vragen me soms: 'Is het niet vervelend, die onzekere uren?' Eerlijk gezegd vind ik het helemaal niet erg om 's nachts opgebeld te worden. Dat zijn vaak kritische situaties waarin je écht het verschil kunt maken.”

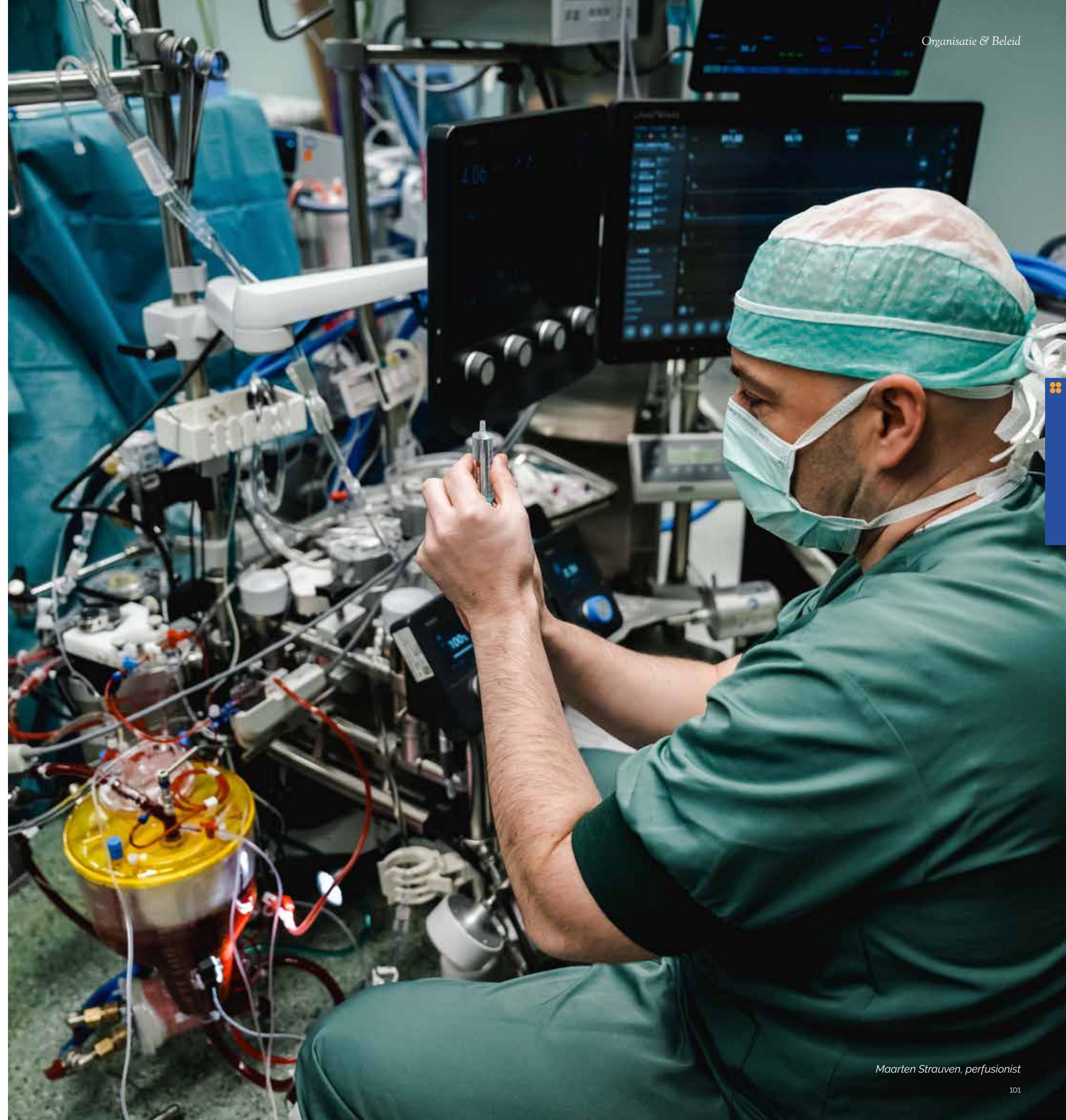
Jullie werken elk aan je eigen machine, maar vormen toch een hecht team. Hoe werkt dat?

Margot: “We vertrouwen elkaar blindelings. Als er iets niet gaat zoals gepland, moet elk teamlid de hart-longmachine van de ander kunnen overnemen, zonder dat er één woord gezegd hoeft te worden. Binnen ons team heerst een cultuur waarin iedereen zichzelf kan zijn. We maken regelmatig tijd om samen casussen te bespreken.”

Maarten: “Die nauwe samenwerking gaat verder dan ons eigen team: we zijn een geïntegreerd onderdeel van het hele chirurgische team. Samen met de chirurg, anesthesist en OK-verpleegkundige slaan we de handen in elkaar.”

Cardiochirurgie staat nooit stil. Geldt dat ook voor perfusie?

Pieter: “Al sinds de uitvinding van de hart-longmachine is perfusie onlosmakelijk verbonden met cardiochirurgie. Chirurgen zoeken voortdurend naar minder ingrijpende technieken en daarin evolueren wij actief mee met nieuwe werkwijzen en apparatuur.” ❄



Maarten Strauven, perfusionist

Mobiliteitshulpmiddelen: Vrijheid binnen handbereik

"Bewegen geeft vrijheid. Maar wat als bewegen moeilijker wordt? Of als langere afstanden overbruggen een uitdaging vormen? Iedereen komt in zo een fase in het leven"

Herken jij dit? Voel jij je vaker beperkt in jouw mobiele vrijheid? Dan zit jij waarschijnlijk in die periode van je leven waarbij je sociale contacten dreigen weg te vallen. Dan kunnen mobiliteitshulpmiddelen zoals rollators, driewiel fietsen, scootermobielen of rolstoelen een enorme impact hebben. Bij Hego Mobile staan hun erkend verstrekkers klaar om je bij te staan, bij het maken van de juiste keuze en je te begeleiden zodat je blijvend en optimaal kunt genieten van het leven.

Vanuit een duidelijke visie "iedereen mobiel" presenteert Hego Mobile op maar liefst 4 vestigingen een compleet gamma aan hulpmiddelen. "Wij verkopen mobiliteit en onafhankelijkheid op wielen. Je staat er niet bij stil, maar terug actief kunnen deelnemen aan het sociaal leven, is zalig", aldus Hanne Nijst & Wim Weytjens.

Doordat het aanbod zo uitgebreid is, hebben we écht wel voor iedereen iets.

"De rollator, scootmobiel of driewiel fiets is niet meer weg te denken uit het straatbeeld. Ik denk dat we allemaal wel iemand kennen die gebruik maakt van zo een hulpmiddel. We zijn dan ook blij dat het taboe er rond verdwenen is. Het aanbod van kwalitatieve hulpmiddelen is dan ook exponentieel gestegen. We volgen hierin alle trends en bieden dan ook enkel die hulpmiddelen aan die aan alle veiligheidsvoorschriften voldoen."

Vaak horen we dat de gebruiker spijt heeft dat hij of zij de stap niet eerder gezet heeft, omdat ze hun zelfstandigheid teruggewonnen hebben.

"Je hoeft niet meer te wachten tot je familie langskomt want je kan ze nu zelf opzoeken. Zelf naar het dorpsrestaurant rijden? Geen probleem! Een kaartnamiddag, een bezoekje aan vrienden in het woonzorgcentrum? Het kan terug allemaal. Want mobiliteit betekent zelfstandigheid, vrijheid en kwaliteit. Kortom: geluk", vertelt Hanne.

De tijd dat oma thuis aan de keukentafel zit te wachten op bezoek van kinderen of kleinkinderen is gelukkig voorbij.



Actieve en elektrische rolstoelen: comfort, mobiliteit en vrijheid op maat

Een rolstoel is allang niet meer enkel een hulpmiddel – het is een verlengstuk van je levensstijl. Of je nu op zoek bent naar een wendbare, lichtgewicht rolstoel om zelfstandig te bewegen, of eerder baat hebt bij het comfort en de ondersteuning van een elektrische rolstoel: de juiste keuze maakt een wereld van verschil. "We pasten ons aanbod aan, aan de gevarieerde noden, die we zien bij de gebruikers."



Nieuw! "Quantum Edge"



Erkend verstrekker

HEGO Mobile is erkend verstrekker en dat betekent heel wat voor de klant: "We regelen al het papierwerk wat nodig is voor de aanvraag van het hulpmiddel. Dat is nodig voor een vlotte terugbetaling in de kosten door de zorgkas of de Vlaamse Overheid." Meer info vind je op hun website of op www.vlaamsezorgkas.be.

Eigen hersteldienst

Service na verkoop is voor iedereen belangrijk. "Onze technici kunnen onze klanten in alle omstandigheden zo goed mogelijk helpen zowel thuis als in onze werkplaats. Onze hersteldienst mogen we zonder overdrijven fantastisch noemen".



Interesse? Dan hebben we goed nieuws: bij Hego kan je vrijblijvend langsgaan met of zonder afspraak. In een autovrije omgeving kan je ervaren hoe het voelt om je met een scootmobiel, een driewiel fiets of een rolstoel voort te bewegen. Liever een nieuwe rollator als hulpmiddel? Kies uit een gevarieerd aanbod dat Hego Mobile op voorraad heeft.



ZOL, trotse partner van de KRC Genk Foundation

Sinds kort is ZOL officiële partner van de KRC Genk Foundation. Met deze unieke samenwerking zetten beide sterke Limburgse merken hun schouders onder projecten die gezondheid, welzijn en verbondenheid in Limburg versterken.

Het partnerschap is een primeur in België. Voor het eerst werkt een ziekenhuis op structurele en grootschalige wijze samen met de communitywerking van een voetbalclub rond zorg en welzijn. De

komende jaren bundelen ZOL en de KRC Genk Foundation hun expertise om maatschappelijke uitdagingen aan te pakken.

Zo zetten ze onder meer in op het aanleren van reanimatie, het stimuleren van een actieve levensstijl via initiatieven zoals wandelvoetbal, en de ondersteuning van kinderen met overgewicht. Daarnaast zullen ook kennis en expertise worden uitgewisseld tussen zorgverleners en medewerkers van de club.

Samen willen ZOL en de KRC Genk Foundation bouwen aan een gezondere en sterkere Limburgse gemeenschap. 🤝

Scan de QR-code en bekijk de video over de samenwerking tussen ZOL en de KRC Genk Foundation





Stijn Peeters, spoedverpleegkundige en dr. Ine Lowyck, endocrinoloog in Bokonzi, Congo.

Twee weken op inleefreis naar ons partnerziekenhuis in Bokonzi, Congo

Eind januari trokken endocrinoloog dr. Ine Lowyck en spoedverpleegkundige Stijn Peeters twee weken naar Bokonzi, het partnerziekenhuis van ZOL in Congo. De inleefreis, georganiseerd via Memisa, bood hen een unieke inkijk in de gezondheidszorg in een van de meest afgelegen regio's van het land. Ze keerden terug met een rugzak vol indrukken, bewondering én een hernieuwde waardering voor de zorg die in België vaak vanzelfsprekend lijkt.

Voor Stijn was het een kans om terug te keren naar Afrika, vijftien jaar nadat hij er als laatstejaarsstudent verpleegkunde de stage liep. "Ik wilde opnieuw ervaren hoe het is om er te werken en te leven. Tegelijk was ik benieuwd hoeveel er in die vijftien jaar veranderd was. Het Tanzania van toen bleek uiteindelijk toch een heel andere wereld dan Congo vandaag."

Ook voor dr. Lowyck kwam de reis op het juiste moment. "Als student deed ik vrijwilligerswerk in de Filipijnen. Ik zei toen al dat ik voor Artsen Zonder Grenzen zou willen werken als ik geen partner zou tegenkomen. Die partner is er wel gekomen, maar mijn interesse voor gezondheidszorg in ontwikkelingslanden is nooit weggeëbd. De samenwerking van ZOL met Bokonzi heeft me altijd geboeid. Toen deze kans zich voordeed, heb ik niet getwijfeld."

"Je beseft pas hoe rijk onze gezondheidszorg is, als je ziet hoe het elders moet"

Een lange reis naar een warme ontvangst

Bokonzi ligt in het noordwesten van Congo, een regio die ver gelegen is van de onrusten, die zich afspelen in het oosten van Congo. Toch moest de veiligheid van de reis goed afgewogen worden, gezien er via Kinshasa gereisd werd waar het ook een tijd onveilig was door de politieke situatie. Ook doen er zich geregeld lokale problemen voor door stammentwisten.

Maar eenmaal aangekomen werden de Belgische gasten bijzonder hartelijk ontvangen. "We werden als koningen onthaald", lacht Stijn. "We logeerden bij de zusters vlakbij het ziekenhuis. Overal waar we kwamen, werden we enthousiast begroet. Kinderen riepen opgewonden naar ons wanneer we voorbijliepen en overal stonden de mooiste zetels voor ons klaar. Soms leek het wel alsof we op een troon moesten plaatsnemen"

Veel inzet, weinig middelen

Het ziekenhuis van Bokonzi bleek groter dan verwacht, met afdelingen voor heelkunde, inwendige geneeskunde, pediatrie, gynaecologie, een laboratorium en een apotheek. Toch zijn de beschikbare middelen bijzonder beperkt. Er is geen röntgentoestel, de laboratoriummogelijkheden zijn minimaal en zelfs een eenvoudige nierfunctie bepalen is onmogelijk. Artsen en verpleegkundigen moeten vaak vertrouwen op hun ervaring en klinisch inzicht.

"Veel gebeurt noodgedwongen op basis van kennis en intuïtie", zegt dr. Lowyck. "Toch viel één zaak op: de aandacht voor handhygiëne. Overal stond water en zeep klaar. Dat toont hoeveel belang men hecht aan de basisprincipes van goede zorg."

In het ziekenhuis werken ruim honderd medewerkers, waaronder een tiental basisartsen. Specialisten zijn er niet. Niet alleen ontbreken de middelen, ook trekken artsen vaak weg omdat er weinig mogelijkheden zijn om zich verder te ontwikkelen. Tijdens hun verblijf stonden voor Ine en Stijn observeren en

kennissuitwisseling centraal. "De collega's in Bokonzi namen uitgebreid de tijd om hun ziekenhuis te tonen, van de verpleegafdelingen tot de technische installaties. Zelfs de noodgenerator werd met trots voorgesteld. Ze waren ongehoorlijk fier op wat ze ondanks de beperkte middelen toch gerealiseerd hebben."

De steun vanuit België maakt een verschil

Voor Ine en Stijn was het bijzonder motiverend om met eigen ogen te zien hoe de steun vanuit België en ZOL daadwerkelijk het verschil maakt. Zo werden recent waterreservoirs gebouwd, overkappingen geplaatst tegen zon en regen, sanitaire voorzieningen aangelegd en zonnepanelen geïnstalleerd voor de elektriciteitsvoorziening. "Het is fijn om te zien dat die ondersteuning heel concreet het dagelijkse werk én het comfort van patiënten verbetert" zegt Stijn.

Vanuit hun eigen expertise konden ze af en toe ook praktische tips meegeven. Stijn wisselde ervaringen uit over het gebruik van blaassondes op intensieve zorgen. Dr. Lowyck gaf advies bij de behandeling van een patiënt met diabetes.

Zorg tot diep in het hart van Congo

Rond Bokonzi liggen nog 26 gezondheidscentra die vanuit het ziekenhuis worden ondersteund. Enkele daarvan zijn enkel per prauw - een handgemaakt, smal houten vaartuig, onder meer gebruikt om te vissen - bereikbaar. De centra bestaan uit eenvoudige stenen gebouwen met enkele bedden om patiënten kort op te volgen. "Het gebrek aan degelijk en goed onderhouden materiaal is één van de grootste uitdagingen



Moeder- en kindzorg in Gosuma



Stijn volgt aandachtig mee



Een kaaiman als geschenk



Uno spelen met de zusters van Bokonzi

gen" vertelt Ine. "Je merkt hoeveel creativiteit er nodig is om toch zorg te blijven verlenen."

De ziektebeelden verschillen ook sterk van wat Belgische zorgverleners dagelijks zien. Veel kinderen worden opgenomen met malaria, ernstige bloedarmoede of ondervoeding. Daarnaast komen verslavingen frequent voor, net als verkeersongevallen of valpartijen uit kokospalmen. "Sommige situaties zijn bijzonder schrijnend", vertelt dr. Lowyck. "We zagen bijvoorbeeld iemand met vermoedelijk een gebroken rug die wekenlang aan zijn bed gekluisterd was. De mogelijkheden om zo iemand verder te onderzoeken of te behandelen zijn er gewoon niet."

Onvergetelijke ontmoetingen

Naast de medische ervaringen lieten ook de ontmoetingen met de lokale bevolking een diepe indruk na. Zo kregen Ine en Stijn tijdens een bezoek aan Bondanga, een gemeenschap van het watervolk, een wel erg bijzonder afscheidsgeschenk. "Een levende kaaiman!", lacht Stijn. "Het beest was met lianen vastgebonden en ging mee in de prauw. Drie dagen later hebben de zusters hem klaargemaakt. Eigenlijk was het verrassend lekker. De structuur doet wat aan kreeft denken."

Ook de kerkdienst zal dr. Lowyck niet snel vergeten. "We woonden een zondagsmis bij die drie uur duurde. Alles was in het Lingala – de plaatselijke taal - dus we verstonden geen

woord. Maar de muziek, de zang en de dans maakten zoveel indruk. Op een bepaald moment mocht ik zelfs mee vooran dansen. Heel bijzonder!"

Een andere kijk op zorg

Ondanks de politieke onrust in het oosten van Congo voelden beiden zich geen enkel moment onveilig. "Vooraf hadden we toch wat schrik, ook omdat we als Belgen naar een voormalige kolonie reisden. Achteraf bleek dat volledig onterecht. We konden zelfs vrij rondwandelen in en rond Bokonzi."

De grootste impact kwam pas na hun terugkeer naar België. "Noem het gerust een omgekeerde cultuurshock", zegt Stijn. "Hier beschikken we over zoveel mogelijkheden om patiënten de beste zorg te geven. Daar ontbreken zelfs de meest elementaire hulpmiddelen. Dat besef blijft nog lang nazinderen."

Tussen alle indrukwekkende ervaringen door was er gelukkig ook ruimte voor ontspanning. Ine en Stijn hadden het kaartspel UNO meegenomen en leerden het aan de zusters.

"Dat bleek een schot in de roos", glimlacht Stijn. "Ze waren er zo enthousiast over dat ze soms tot laat in de avond bleven spelen. We hebben het spel uiteindelijk daar gelaten. En af en toe krijgen we nog een foto doorgestuurd van zusters die samen een potje UNO spelen (lacht)." 🍀

Kort



Vernieuwde recovery voor Interventioneel Centrum

Op 31 augustus werd de vernieuwde recovery van het Interventioneel Centrum (IC) op campus Sint-Jan officieel in gebruik genomen. Daarmee is de laatste fase afgerond van een belangrijke uitbreiding die eerder al drie nieuwe interventiezalen met hoogtechnologische apparatuur en een modern dagziekenhuis opleverde.

In het Interventioneel Centrum worden minimaal invasieve hart-, vaat- en herseningrepen uitgevoerd. Om de groeiende activiteiten van het centrum op te vangen, werden extra behandelzalen gebouwd. Het nieuwe dagziekenhuis biedt patiënten dan weer meer comfort en een aangename omgeving voor en na hun behandeling.



Collega's met een master zetten hun talent in voor ZOL

ZOL investeert in het talent van zijn medewerkers. Binnen het departement Zorg krijgen masters de kans om mee te werken aan innovatieve zorgprojecten, waarbij ze ervaring opdoen in projectwerking en multidisciplinaire samenwerking.

In het voorjaar van 2026 werden Evi Jans (HMA), Ghitte Schreurs (HMA), Nina Hermans (verpleegkundige) en Sofie Cardeyns (kinesitherapeut) geselecteerd voor het traject. (zie foto v.l.n.r.) Ze werkten mee aan projecten rond fixatiebeleid, informatieoverdracht, digitalisering van de opnameplanning en ergonomie binnen de geriatrie.

WOONZORGCAMPUSSEN VAN KORIAN IN DE REGIO GENK



Hof Van Gan
WOONZORGCAMPUS

Bochtlaan 62
3600 Genk
Tel 089 32 02 20
info@hofvangan.be
www.hofvangan.be

- Woonzorgcentrum
- Assistentiewoningen
- Tijdelijk verblijf

Prinsenpark
WOONZORGCAMPUS

D'lerdstraat 11
3600 Genk
Tel 089 32 00 00
info@residentieprinsenpark.be
www.residentieprinsenpark.be

- Woonzorgcentrum
- Assistentiewoningen
- Kortverblijf

> Maak nu een persoonlijke afspraak



Voor meer info en foto's, bezoek onze websites. Om de sfeer te proeven, bezoek onze facebookpagina's.

KORIAN



ZorgZaam ZOL

voor zorg op mensenmaat

In Ziekenhuis Oost-Limburg zetten we ons elke dag in voor warme, veilige en kwaliteitsvolle zorg. Maar we willen meer doen. Gezondheidszorg draait in ZOL niet alleen om medische behandelingen, maar ook om menselijkheid, comfort en een omgeving waar patiënten en hun naasten zich geborgen voelen. Om dat mogelijk te maken, is het fonds ZorgZaam ZOL in het leven geroepen.

Wat is ZorgZaam ZOL?

ZorgZaam ZOL is een filantropisch Fonds, opgericht binnen de Koning Boudewijnstichting. Dit laat toe om op een fiscaal vriendelijke manier giften in te zamelen.

Waar reguliere ziekenhuisbudgetten bestemd zijn voor medische voorzieningen en de dagelijkse werking, richt ZorgZaam ZOL zich specifiek op projecten die het welzijn, het comfort en de zorgkwaliteit voor onze patiënten en hun naasten merkbaar verhogen.

U kan ons helpen om deze projecten te realiseren.

Hoe kan ik ZorgZaam ZOL steunen?

- een gift op het algemene rekening-nummer BE10 0000 0000 0404 met de gestructureerde mededeling 623/3972/70077;
- het schenken van donaties bij een bijzondere gebeurtenis (geboortes, huwelijken, verjaardagen, ...);
- het opzetten van een actie of evenement ten voordele van

ZorgZaam ZOL;

- een schenking bij akte;
- een legaat, door ZorgZaam ZOL op te nemen in uw testament.

Elke euro die weldoeners aan ZOL schenken, wordt 100% transparant besteed. Voor elke gift vanaf 40 euro ontvangt u een fiscaal attest.

Lopende projecten

Momenteel ondersteunt ZorgZaam ZOL drie projecten waarvoor donaties kunnen worden ingezameld:

- Onze huiskamer: een warme, huiselijke plek op de oncologische afdeling K45 waar patiënten en hun naasten rust, troost en verbondenheid kunnen vinden.
- Bezoekersstanden dienst Pastorale Zorg en Zingeving: om de warme initiatieven vanuit de dienst zichtbaar te maken voor patiënten, bezoekers en medewerkers.
- Neoparent: een ondersteuningstool voor ouders met een premature baby of pasgeborene met (ernstige) aanpassingsproblemen.

Meer informatie? Surf naar www.zol.be/zorgzaam-zol of neem contact op via zorgzaamzol@zol.be. ■■



Steun onze projecten!



RAADPLEEG ONLINE

uw medisch dossier

Surf naar: www.mijnzol.be

- Medische resultaten inkijken.
- Afspraken maken en wijzigen.
- Correspondentie over uw dossier raadplegen.



WORD VRIJWILLIGER in ZOL



Vrijwilligers vormen in ZOL een absolute meerwaarde voor de zorg aan onze patiënten. Naast de dagelijkse verzorging, maakt extra aandacht voor de individuele patiënt een opname aangenamer en vaak ook draaglijker.

ZOL is steeds op zoek naar nieuwe vrijwilligers. Mensen met het hart op de juiste plaats die een stukje van hun vrije tijd nuttig willen besteden door een handje toe te steken. Misschien bent u wel zo iemand?

Bij interesse of vragen:
patricia.vrancken@zol.be
 tel. 089 80 68 51



Dé specialist in comfort schoenen

Op zoek naar een comfortabele schoen?
 Moeilijke voeten? Hallux valgus? Hallux rigidus?
 Hielspoor? Steunzooldrager? Diabetes patiënt?

Persoonlijk advies staat centraal!

We gaan samen op zoek naar de geschikte schoen voor jouw voeten. In onze winkel vind je onder andere een ruime keuze schoenen, pantoffels, sandalen en slippers met uitneembare zolen, in verschillende breedtematen en met stretch materiaal.

MA-VR: 9u-17u & ZA: 9u-12u

Ring 35, 2200 Herentals | 014 15 19 77 | www.corpedi.be |
 Parking voor de deur



FINN COMFORT
 XSensible
 SOLIDUS
 MEPHISTO
 DUREA
 GABOR
 SCHOLL
 ROHDE
 DARCO
 FOOTNOTES
 CELIA RUIZ
 ...



Jouw vrijheid terug dankzij **Hego Mobile**



Niet meer mobiel? Dreigen je sociale contacten weg te vallen?

Wanneer je mobiliteit afneemt, wordt het steeds moeilijker om zelfstandig op pad te gaan en te blijven genieten van de dingen die je graag doet. Een passend mobiliteitshulpmiddel, zoals een *rollator*, *driewiel fiets*, *scootmobiel* of *rolstoel*, kan dan een wereld van verschil maken. Bij Hego Mobile staan onze *erkende verstrekkers* voor je klaar. We luisteren naar jouw behoeften, helpen je bij het maken van de juiste keuze en begeleiden je persoonlijk. Zo blijf je mobiel, zelfstandig en volop genieten van het leven.

Hego Mobile BV - Hasseltweg 152 - Genk | Steenweg 140 - Rekem

Ook te vinden in Nijlen & Torhout | info@hegomobile.be | www.hegomobile.be | 089 61 49 43