

ZOLarium

Tijdschrift van de Wetenschappelijke Raad

Redactie
Schiepse Bos 6,
B 3600 Genk
Belgium

T +32 (0)89 32 17 62
zolarium@zol.be

Jaargang 14 nr. 48
april / mei / juni 2013

Multidisciplinair pijncentrum van start in Sint-Barbara

- Afdeling psychogeriatrie kiest voor
persoonsgerichte zorg
- Medisch belang van het algemeen
rookverbod in België

Ziekenhuis
Oost-Limburg

Campus Sint-Jan
Campus Sint-Barbara
Campus André Dumont

 Ziekenhuis
Oost-Limburg

www.zol.be

Edito 3

Nieuw 4-7

- Fertiliteitscentrum ZOL opent eigen zaadbank
- Het Multidisciplinair Pijncentrum verhuist naar campus Sint-Barbara

Eponiemenkabinet8-11

- John Harvey Kellog

Kort 12-13

- UHasselt-doctorandus krijgt Young Investigator Award
- Vrijwilligers strijden tegen Polio
- Dr. Michael T. Mbizvo bezoekt IVF-centrum

Onderzoek 14-23

- Medisch belang van het algemeen rookverbod in België
- Milieu in Genk-Zuid: wat kan het ons leren?

In de wachtkamer 24-28

- Afdeling psychogeriatric vertrekt vanuit persoonsgerichte zorg
- Leven na borstkanker... Leve BRA-day!
- Transmurale psychosociale nazorg op maat van de oncologische patiënt

Beleid 29-31

- Nieuwe missie en visie
- Tom Arts is de nieuwe voorzitter van het ZOL

Dissectiekamer 32-33

- 13

Billboard 34





U bent in goede handen

Momenteel loopt de vijfde nationale campagne van de overheid rond handhygiëne. Dit initiatief heeft één belangrijk doel voor ogen: de handhygiënepraktijken in de acute, chronische en psychiatrische ziekenhuizen verbeteren en op deze manier zorginfecties op een effectieve manier vermijden.

Ziekenhuishygiëne wordt meer en meer beschouwd als een centrale schakel in het kwaliteits- en veiligheidsbeleid van de zorgverlening in acute ziekenhuizen.

Vijf tot tien procent van de patiënten die gehospitaliseerd worden, lopen tijdens hun verblijf een infectie op. Deze nosocomiale of ziekenhuisinfecties leiden vaak tot een belangrijke morbiditeit en zelfs mortaliteit, en tot aanzienlijke bijkomende kosten zowel voor de patiënt als voor de maatschappij. Deze ziekenhuisinfecties vormen dan ook een reële bedreiging voor de volksgezondheid.

Overdracht van micro-organismen via de handen van gezondheidswerkers is de belangrijkste oorzaak van ziekenhuisinfecties. Een eerste bewijs werd in 1847 door Ignaz Semmelweis geleverd toen hij kon aantonen dat de mortaliteit bij de

parturiënten (in Wenen) significant daalde wanneer zijn collega's tussen het autopsielokaal en de verloskamer hun handen ontsmetten (met chloor-kalk). Handhygiëne is een zeer doeltreffende en bovendien goedkope maatregel om infecties te vermijden. Helaas stelt men vast dat de naleving van handhygiëne-richtlijnen in de praktijk vaak voor verbetering vatbaar is.

Niet alle ziekenhuisinfecties zijn vermijdbaar, maar de initiatiefnemers van deze campagne verwachten op enkele jaren tijd het aantal ziekenhuisinfecties te kunnen reduceren met 20 tot 30% mits doorgedreven inspanningen. Promotie van handhygiëne berust immers op een permanente wijziging van de attitude van gezondheidswerkers, zodat het aangewezen is deze campagne regelmatig te herhalen. Goede handhygiëne en bij uitbreiding ziekenhuishygiëne zijn belangrijke wapens in de strijd tegen een stijgende microbiële resistentie en dus ook tegen het overmatig gebruik van antibiotica.

We weten dat menselijk gedrag niet gemakkelijk wijzigbaar is. Mensen blijven roken en autorijden onder invloed van alcohol ondanks de risico's die ermee gepaard gaan.

De campagne rond handhygiëne kadert in het hele concept van patiëntveiligheid. In België voert de FOD Volksgezondheid sinds enkele jaren een beleid van bewustmaking en sensibilisering, enerzijds ingebed in het afsluiten van jaarlijkse contracten 'Kwaliteit en patiëntveiligheid' met de ziekenhuizen en anderzijds onder de vorm van selectief gerichte projecten (ziekenhuishygiëne, transfusiebeleid, projecten i.v.m. doorligwonden e.a.), waaronder ook het project rond handhygiëne kan gerekend worden.

Patiëntveiligheid is de fase van de loutere reflectie en de theoretische principes voorbij. Dat is een verheugende vaststelling. Even reëel is de vaststelling dat we er nog lang niet zijn. Er is nog veel werk aan de winkel want 'Patiëntveiligheid is een state of mind'. Een uitdrukking die wijst op de nood van het zich bewust zijn van de problematiek om vervolgens te komen tot een actief engagement om doelbewust de kansen op schade door zorg zoveel mogelijk te reduceren.

*Dr. Griet Vander Velpen,
medisch directeur*

Fertiliteitscentrum ZOL opent eigen zaadbank

Recent heeft het fertiliteitscentrum van het ZOL een eigen zaadbank opgericht. Tot nu toe werkte het fertiliteitscentrum met zaad van buitenlandse (voornamelijk Deense) donoren, wat een complexe en kostelijke procedure is die elke dag ingewikkelder wordt met het verscherpen van de Europese wetgeving betreffende het transport van lichaamsmateriaal.

Om een vlottere, en meer patiëntgerichte dienstverlening van het fertiliteitscentrum te verzekeren, drong het oprichten van een zaadbank zich op.

Er zijn verschillende situaties waarbij een behandeling met donorzaad is aangewezen. Bij onvruchtbare koppels wordt donorzaad gebruikt indien er sprake is van ernstige mannelijke infertiliteit, meestal azoospermie, en er niet voldoende zaad kan bekomen worden bij een testiculaire biopsie. Ook wanneer de man drager is van een ernstige geslachtsgebonden genetische aandoening is gebruik van donorzaad een mogelijke optie.

Maar ook lesbische koppels en alleenstaande vrouwen doen meer en meer een beroep op het fertiliteitscentrum om hun kinderwens in vervulling te laten gaan met donorzaad.

Tevens hebben wij te maken met het fenomeen 'cross-border fertility care', waarbij vooral Nederlandse patiënten zich aanmelden in ons centrum om 'anoniem' donorzaad te verkrijgen. In Nederland werden de zaadbanken verplicht om de anonimiteit van de donor op te geven omwille van het recht van een (donor)kind om zijn genetische vader te kennen. Ook in Engeland en Zweden is het bij wet verboden om anoniem donorzaad te gebruiken. Hierdoor is in al deze landen het aan-

tal zaaddonoren significant verminderd en het aantal donorbanken sterk gereduceerd.

In België wordt zowel anonieme als niet anonieme donatie toegestaan. Ons fertiliteitscentrum, zoals de meeste centra in België, werkt uitsluitend met anonieme donatie. Het opzoeken en vinden van de zaaddonor door nakomelingen wordt onmogelijk gemaakt. De zaaddonor kan ook geen aanspraak maken op enige informatie betreffende zijn donaties en nakomelingen. Er wordt gewerkt met een uniek donornummer en de medewerkers van de zaadbank zijn gebonden door strikt beroepsgeheim. Absolute anonimiteit vóór, tijdens en na donatie wordt gewaarborgd door het fertiliteitscentrum.

In februari 2013 is het fertiliteitscentrum van start gegaan met het rekruteren van kandidaat spermadonoren voor onze nieuwe zaadbank. Voorlopig is er redelijk veel interesse, vermoedelijk door recente media-aandacht voor onze zaadbank. In België mag er in principe voor het rekruteren van donoren geen reclame gemaakt worden via folders of posters. De meeste Belgische zaadbanken kampen dan ook met een tekort aan 'eigen' zaaddonoren en doen veelal een bijkomend beroep op buitenlandse zaadbanken. Rekrutering van donoren blijft een probleem.

Alvorens aanvaard te worden, ondergaan de kandidaat donoren, volledig conform de Belgische wetgeving, een rigoureuze andrologische, medische, infectieuze en psychosociale screening, inclusief een gesprek met een erfelijkheidsspecialist (UZ Leuven). De zaaddonoren zullen worden vergoed per donatie voor de gemaakte reiskosten naar het fertiliteitscentrum en voor het eventuele werkverlet. Om een

voldoende voorraad aan te leggen per donor zijn tussen de 10 en 20 donaties vereist. Het maximum aantal patiënten dat mag zwanger worden van eenzelfde donor is wettelijk vastgelegd op 6. Een patiënte kan wel meerdere malen zwanger worden met zaad van eenzelfde donor.

Het feit dat de Belgische regering het gebruik van zaad uit buitenlandse banken afraadt en aangezien het oprichten en onderhouden van een spermabank financieel niet interessant is, werd besloten om het oprichten van de zaadbank te koppelen aan een wetenschappelijk onderzoeksproject. Deze zullen voornamelijk uitgevoerd worden door doctoraalstudente Annelies Thijssen (UHasselt) onder leiding van prof. dr. Ombelet (promotor) en dr. Campo en dr. Dhont (copromotoren). Dit doctoraatsonderzoek heeft tot doel de medische, legale, ethische en labo-technische aspecten van zaadbanken zo volledige mogelijk te belichten. Hierbij zal eveneens grote aandacht worden besteed aan een grondige kosten-baten analyse.

Het spreekt voor zich dat het al dan niet succesvol zijn van een spermabank sterk afhankelijk is van het aantal kandidaat-donoren. Potentiële kandidaten kunnen het centrum contacteren via onze website 'fertility.be'.

*Dr. Nathalie Dhont
Prof. dr. Willem Ombelet
Fertiliteitspecialisten*





**Dr. Jan Van Zundert,
pijnspecialist:**

"De pijn wordt hier multidisciplinair bestreden en de nieuwe infrastructuur geeft onze zorgverleners de ruimte om permanent te overleggen. Dat maakt deze pijnkliniek zo uniek."

Het Multidisciplinair Pijncentrum verhuist naar campus Sint-Barbara

Dr. Jan Van Zundert, pijnspecialist:

“Zo’n 80 tot 90 procent van de mensen met pijnklachten kan worden behandeld door de huisarts en de kinesist. Die andere 10 tot 20 procent komt bij ons terecht. Die mensen beschouwen de pijnkliniek een beetje als de laatste halte.”

In april is het Multidisciplinair Pijncentrum (MPC) naar campus Sint-Barbara verhuisd. Het nieuwe gebouw is ruim, ultramodern en uitgerust met de meest recente technologieën. Er werd heel wat aandacht besteed aan privacy, licht en ruimte.

Nieuwe infrastructuur

Het MPC was al jaren vragende partij voor een nieuwe infrastructuur. De maximumcapaciteit van het verouderde gebouw op campus André Dumont, was door de voortdurende stijgingen van de activiteiten al enkele jaren bereikt. Het nieuwe pijncentrum werd gebouwd op campus Sint-Barbara naast de hoofdingang, op de plaats van de oude conciërgewoning.

Op het eerste niveau (-1) is de rug- en nekrevalidatie (David Back) ondergebracht. Om aan de almaar stijgende vraag

naar revalidatie te beantwoorden, werd de capaciteit van het centrum sterk uitgebreid. Er werd een tweede lijn met revalidatietoestellen aangekocht en ook het aantal cardiotoestellen werd uitgebreid. Daarnaast werden er Kinesiswanden geïnstalleerd, geschikt voor dynamische revalidatieoefeningen om de mobiliteit, kracht en stabiliteit te verbeteren.

Op het tweede niveau (0) ligt het pijncentrum. Dit is met 10 multidisciplinaire consultatieruimtes, 17 boxen met zetel, brandcard of bed, 2 interventiezalen met beeldschermen voor scopie en enkele functionele ruimtes heel wat groter dan de oude infrastructuur. In de dagkliniek zijn de boxen en de interventiezalen gelegen rond een centrale balie zodat er een permanente opvolging van de patiënten, met respect voor hun privacy, mogelijk is. De volledige oppervlakte van de 2 niveaus

bedraagt 2.280m². De kostprijs van het bouwproject (afbraak, omgevingswerken en bouw) bedraagt 6.160.000 euro (inclusief btw).

Geschiedenis MPC

Het Multidisciplinair Pijncentrum werd opgericht in 1995 in het Sint-Jansziekenhuis in Genk. Na de fusie, in 1997, verhuisde het centrum naar campus André Dumont in Waterschei. Door het almaar stijgende aantal patiënten werd het centrum in 2000 een volledig autonome dienst.

In 2005 werden in België 9 referentiecentra chronische pijn opgericht: 7 universitaire centra en 2 niet-universitaire centra. Ook het MPC kreeg de erkenning als multidisciplinair derdelijnsreferentiecentrum van het RIZIV. Dit leverde een extra financiële armslag, ten voordele van

Open deur

Op **23 mei** wordt een Wetenschappelijke Raad georganiseerd in het kader van de officiële opening van het Multidisciplinair Pijncentrum. Deze vindt plaats in de aula op campus Sint-Jan. Op vrijdag **24 mei** is er een opendeur in de nieuwe gebouwen met rondleidingen voor verwijzers en zorgverleners van 11 tot 16 uur. Op **25 mei** wordt daarbij ook de kans geboden aan het grote publiek om het nieuwe Pijn- en Revalidatiecentrum te bezichtigen. Meer info op www.zol.be.



paramedici, die een multidisciplinaire werking mogelijk maakt.

Kers op de taart was de erkenning van het MPC als Centre of Excellence in 2011 tijdens het Pijncongres van het World Institute of Pain in Maastricht. Het MPC kreeg een erkenning op het hoogste niveau ('Comprehensive Multidisciplinary Pain Practice') op vier domeinen: patiëntenzorg, multidisciplinariteit, opleiding en training evenals wetenschappelijk onderzoek. MPC ZOL was hiermee het tweede centrum in Europa en het eerste in België dat deze erkenning kreeg.

Chronische pijn

De activiteiten van het MPC blijven jaarlijks stijgen. De jongste 5 jaar, namelijk van 2008 tot en met 2012, namen de behandelingen en ingrepen in het pijncentrum toe met maar liefst 47%. In

2012 werden 6.800 behandelingen uitgevoerd.

Verwacht wordt dat de activiteit in de toekomst verder blijft stijgen. Chronische pijnproblematiek wordt zowel op medisch als socio-economisch vlak een wereldwijde uitdaging: men verwacht een toename met 30% van de incidentie van chronische pijn. Om die reden is er een toenemend belang om de behandeling van pijn in daarvoor gespecialiseerde centra te laten plaatsvinden. Hierbij dient men zich niet alleen te focussen op de pijn op zich, maar ook op de verbetering van het volledige functioneren van de pijnpatiënt in een multidisciplinaire context.

Jaarlijks worden er in het MPC van het ZOL een 2500 à 2800 nieuwe patiënten gezien. Dit gebeurt steeds op verwijzing van een huisarts of specialist gezien het

om een derdelijnscentrum gaat. In hoofdzaak gaat het om patiënten met rug-, nek-, of zenuwpijnen. Afhankelijk van de ernst en duur van de pathologie wordt een specifiek behandelingstraject gevolgd en geëvalueerd bij een intake gesprek. Een behandeling kan bestaan uit medicamenteuze of invasieve therapie. Dit kan fors uitgebreid worden tot een multidisciplinaire aanpak waarbij kinesitherapie en psychotherapie als waardevolle medebehandelaars opgenomen worden.

De artsen van het pijncentrum hebben een nauwe samenwerking met de diensten neurochirurgie, psychiatrie en revalidatie en de palliatieve eenheid.

Meer info over het Multidisciplinair Pijncentrum vindt u op <http://www.zol.be/internet/mpc>

John Harvey Kellogg (1852 - 1943)



Dokter Kellogg was niet enkel de uitvinder van de corn flakes, hij was ook chirurg, vegetariër, promotor van 'biologisch leven', wellness pionier, adept van anale klysma's, proliferatief schrijver en vooral een onweerstaanbare showman. In cijfers uitgedrukt was hij een kleine man van 1.60 m die slecht 4 tot 5 uur slaap nodig had, iedere morgen ging fietsen, 30 brieven per dag dicteerde, 42 kinderen opvoedde, er 7 adopteerde, bijna 50 boeken schreef, 5000 lezingen gaf, 22.000 operaties uitvoerde en in goede gezondheid 91 jaar oud werd.

Zevendedagsadventist

In het stadje Battle Creek, waar de jonge John opgroeide, hadden twee pioniers van de Zevendedagsadventisten, James en Ellen G. White, een sanatorium

geopend. Ze noemden het de 'Western Health Reform Institute'. Het was de bedoeling om hun sekteleden zo gezond mogelijk te leren leven. Dit zowel lichamelijk (dieet, sport) als geestelijk (geloofsindoctrinatie). Want enkel de man of vrouw die zuiver was van geest, én gezond van lichaam, was optimaal voorbereid om de wederkomst van de Here Jezus te aanschouwen. Dus geen vlees, geen kruiden, geen alcohol, geen tabak en geen koffie. Wel toegelaten waren bronwater, haverhout, granen, yoghurt en vers fruit. Seks was volledig uit den boze maar andere lichamelijke oefeningen zoals turnen, fietsen, zwemmen en joggen waren wel heilzaam.

Ellen G. White was geen gewone vrouw. Ze was een zieneres. In honderden visioe-

nen was God aan haar verschenen. In die visioenen had hij niet enkel Zijn Goddelijke Wijsheid geopenbaard maar ook praktische aanwijzingen gegeven qua voeding en dieet. Evidence based was het allemaal niet maar Ellen's praktische adviezen over gezondheid en dieet weken niet zoveel af van het gezonde boerenverstand. Toch zag ze in dat haar 'Health Reform Institute' baat zou hebben bij een professionele arts. De goddelijke voorzienigheid, gemengd met wat vrouwelijke intuïtie, brachten haar bij een jongeman die werkzaam was in de borstelfabriek van Battle Creek. Veel school had hij niet gelopen maar hij was verstandig, rad van tong en had iets waar zieneressen gevoelig voor zijn: magische ogen. Ze stelde hem voor aan haar man die hem aannam als letter-

zetter en corrector in de drukkerij van de Zevendedagsadventisten.

Zo kwam de jonge John Kellogg al snel in contact met de visioenen en geschriften van Ellen White. Ook met de ideeën van andere gezondheid-goeroes uit die tijd waaronder Sylvester Graham van het gelijknamige volkorenbrood. Meer en meer raakte John gefascineerd door alles wat met gezondheid, hygiëne en voeding te maken had. Toen Ellen en James deze gunstige ontwikkeling bij hun protégé opmerkten, adviseerden ze hem om geneeskunde te studeren. Ze betaalden zijn opleiding aan de University of Michigan en sponsorden ook zijn studies aan het Bellevue Hospital in New York. Over zijn studies is niet veel bekend. Wel over zijn kookkunst: "My cooking facilities are very limited", schreef hij aan Ellen en vertelde erbij dat het toch wel gemakkelijk zou zijn als men in de kruidenierswinkels granen zou kunnen kopen die al op voorhand gebakken waren. Profetisch voegde hij eraan toe: "I consider different ways in which this might be done". Dus toen al zat hij met zijn gedachten niet zozeer in de boeken maar wel bij knapperige ontbijtvlokken.

John & Will

Na zijn diploma stelde Ellen White dr. Kellogg aan als hoofd van het vernieuwde gezondheidscentrum. Jong en gedreven pakte John de zaak met beide handen aan en stelde zijn acht jaar jongere broer, William Kellogg, aan als boekhouder. Het was een gouden duo. John ontpopte zich als een autoritair arts met onmiskenbare goeroe-allures. Will ontplooidde zich als een gehaaid financieel expert. Er kwamen gebouwen bij en er werd geïnvesteerd in moderne waterkuren en fitnessstoestellen. Ondertussen experimenteerden de twee broers verder met granen en noten. Hun trial-and-error principe zat al iets dichter bij een evidence based aanpak van wat gezonde kost moest zijn, maar toen John

daarover begon te publiceren, riepen de Adventisten hem op het matje. Gezondheid en dieet hadden niks met wetenschappelijke experimenten te maken maar alles met de goddelijke visioenen van hun zieneres Ellen G. White.

Alles wat de gebroeders Kellogg de volgende jaren opbouwden, ging verloren in een uitslaande en verwoestende brand in 1902. De oorzaak ervan is nooit opgehelderd maar er gingen verdachtmakingen in de richting van de Zevendedagsadventisten. De briljante dokter die hun sanatorium nieuw leven had ingeblazen, begon al te ketterse taal uit te slaan. Als basis voor zijn gezondheidsadviezen nam hij niet langer de ideeën van Ellen White, maar zijn eigen baksels van corn flakes en Bulgaarse yoghurt.

Met hun wellnessinstituut en de corn flakes hadden de broers Kellogg ondertussen tonnen dollars verdiend die ze steeds weer opnieuw investeerden. Maar ook dit was een doorn in het oog van de adventisten. Ze vonden dat hij iets terug mocht doen voor het gratis onderwijs dat hij indertijd genoten had. Zo zou hij zijn dollars beter deponeren in de offerblok van de adventisten, dan ze te verspillen aan dure en nutteloze wellnessapparaten zoals platformvibrators, zonnebanken, galvanische zwembaden en peperdure radiumkuren.

The San

Na de brand bouwden de twee broers een volledig nieuw sanatorium. Met zijn Dorische zuilengalerijen, hoge plafonds, tapis plain, luxe kamers, exotische palmentuin, modderbaden, warmwater kuren en solarium werd het een van de meest luxueuze gezondheidsinstituten & wellnesscentra van Amerika. Door twee klinikers in het woord 'sanatorium' te veranderen, kreeg het ook de exclusieve naam: 'Sanitarium'. De kuuroordgasten spraken al gauw simpelweg van 'The San'. Met de

jaren steeg het aantal bezoekers explosief tot er in het jaar 1906 zeventuizend in het gastenboek genoteerd werden. Mettertijd kwamen ook diverse Amerikaanse beroemdheden naar The San. Naast de president van de U.S. waren dat ondermeer de autobouwer Henry Ford, de bandenmagnaat Harvey Firestone, de actrice Sarah Berhardt, de rijke top-industriële John D. Rockefeller en de uitvinder Thomas Edison.

Qua aanbod aan geneeskundige kuren, wellnesscomfort, dieet en sportaccommodatie geleek The San in niets meer op het oude 'Health Reform'-krot van Ellen White. Toen de zieneres de rijkdom zag waarin dr. Kellogg en zijn kuuroordgasten baadden, verweet ze hem schromelijk af te wijken van het oorspronkelijke idee van de Zevendedagsadventisten, namelijk zich in alle eenvoud van levenswandel voor te bereiden op de terugkomst van de Here Jezus. Bovendien begon Kellogg veelgoderij te prediken. Want op zijn wekelijkse lezingen in het auditorium van The San vertelde hij dat er een God zat in elke zonnebloem. Hoe was het anders te verklaren dat haar kopje zich van 's morgens tot 's avonds met de stand van de zon meedraaide? En hoe wist een witte boon tot welk plantje hij zich moest ontwikkelen om weer nieuwe witte bonen te produceren? En hoe wist een scharrelei hoe ze een kip moest maken? Allemaal vragen waar volgens John Kellogg maar één antwoord op was: in alles zat een God. Om aan die veelgoderij paal en perk te stellen, werd hij prompt uit de adventisten gemeenschap gegooid. Multimiljonair Kellogg trok zich daar niet veel van aan. Wel verscherpte hij de controle op mogelijke brandstichting.

Biologisch leven

Het succes van The San had vooral te maken met het idee van 'biologic living'. Dit idee stoelde op drie grote pijlers: voeding, lichamelijke zorg en darmspoelingen.

Onder voeding verstond Kellogg een dieet zonder vlees, zonder eieren, zonder suiker en een spaarzaam gebruik van melk en kaas. Daarnaast een complete onthouding van alcohol, koffie, tabak en chocolade. Lichamelijke zorg bestond uit diverse turn- en lenigheidsoefeningen in open lucht, aangevuld met ontspannende lach-sessies van een kwart uur. Daarnaast alle soorten sport van wandelen tot tennis. Omdat het zwerk in Battle Creek meestal zwaar onder de wolken zat, breidde dr. Kellogg zijn zorgpakket uit met enkele minder 'natuurlijke' apparaten zoals elektrische zonnebanken.

De derde, en volgens Kellogg belangrijkste pijler van 'biologic living', waren de dagelijkse anale klysma's en darmspoelingen. Alle ziekten, gaande van diarree, flatulentie, koppijn, melancholie, infecties tot kanker waren te herleiden tot een probleem van de dikke darm. Meer bepaald tot de daarin huizende bacteriële flora. Door zich dagelijks te intoxiceren met vet spek, slagroom en alcohol kweekte de mens een abnormale darmflora die enkel kon bestreden worden door anale lavementen. Enerzijds met water om de foute flora weg te spoelen. En dit vijf maal per dag. Anderzijds met yoghurt om opnieuw een gezonde bacteriële flora te installeren. Want op een reis naar Bulgarije had dr. Kellogg de *Lactobacillus bulgarica* ontdekt. Die zat in de plaatselijke yoghurt en de mensen die ervan aten, de Bulgaren dus, werden heel oud. Terug in zijn Sanitarium nam Kellogg het heilzame product op in zijn 'biologic living'-pakket al was het voor zijn patiënten aanvankelijk wel even slikken: "Oh, no, no, I can't eat five gallons (19 liter) of yoghurt, doctor". Waarop dr. Kellogg antwoordde: "Oh, it's not going in that end, Mister Jones".

Elektriciteit

Ondanks zijn motto van 'biologic living', liet dr. Kellogg zich bekoren door het wonder van de elektriciteit. Naast de reeds

vermelde zonnebanken, installeerde hij trillende platformen waarop zijn kuuroordgasten in alle richtingen dooreengeschild konden worden. Ook vibrerende banden om vetkwabben dooreen te husselen en rondslaande riemen om de opperhuid te geselen. Bij de firma G. Zander uit Londen bestelde hij het volledige gamma trim- en fitnessstoestellen waaronder de fameuze 'horse riding simulator'. Dit motorisch aangedreven snel trillend zadel was oorspronkelijk bedoeld om, mits weinig inspanning, toch een zekere gewichtsvermindering te bekomen maar de vrouwelijke kuuroordgasten misbruikten het al snel als een vibrator.

Een andere toepassing van elektriciteit – de galvanische – had vooral succes bij mannen. Via een oude, haast kamervulende stroomgenerator werd elektriciteit door zitbaden gejaagd. Via een potentio-meter kon de voltage opgedreven worden zodat het een soort sport werd onder stoere binken om zo hard mogelijk te gaan. Tot er doden vielen door kortsluiting of elektrocutie.

Seks & onanie

In 1879 trad dr. Kellogg in het huwelijk met Ella Eaton maar consumeerde het nooit. Aan seks werd gewoonweg niet gedaan. Op zijn eerste huwelijksnacht gaf hij het goede voorbeeld. Hij dook niet in bed met zijn kersverse bruid maar werkte de ganse nacht door aan zijn eerste boek: 'Plain Facts For Old And Young'. Natuurlijke kinderen kwamen er dus niet maar dr. Kellogg en zijn vrouw voedden er 42 op, waarvan ze er 7 wettelijk adopteerden.

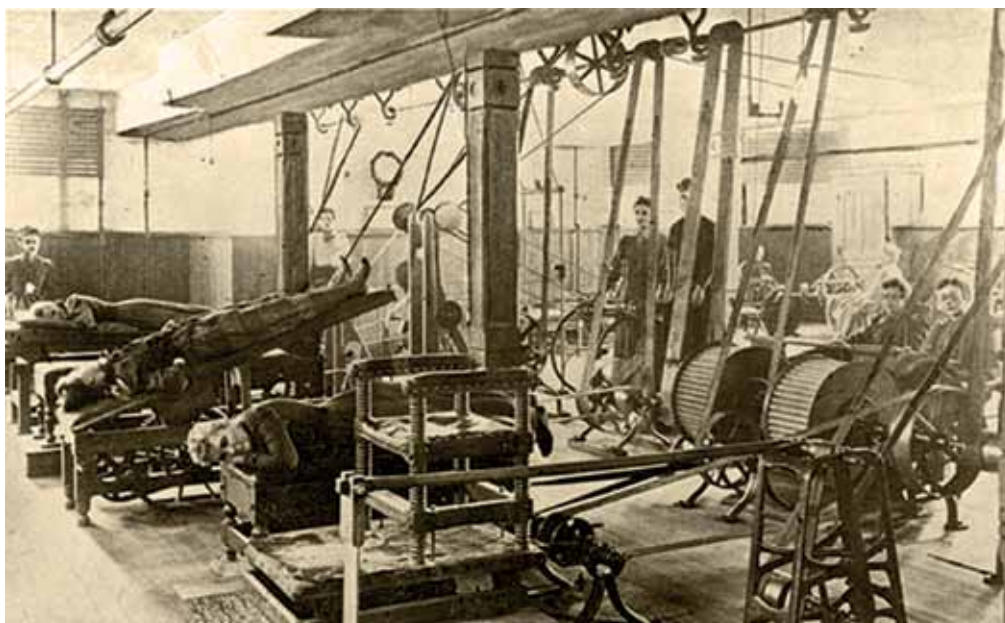
Over masturbatie was J. H. Kellogg kort en duidelijk: onanie is de meest verfoeilijke van alle menselijke handelingen. Zelfbevrediging tast niet enkel de fysische en mentale gezondheid aan, ook de morele. Bovendien veroorzaakt het urinaire infecties, impotentie, epilepsie, zwakzinnigheid, oorsuizen, wazig zicht en een

reeks fatale kankers. In zijn eerste boek was dr. Kellogg al eens uitgevaren tegen een erectie ("An erection is a flagpole on your grave!"), maar toen hij zag dat het masturberen uit de hand liep, schreef hij er in 1888 een boek over: "Treatment for Self-Abuse and Its Effects". Voor de lichte gevallen adviseerde hij twee lichte (vleesloze) maaltijden per dag en het mijden van prikkelende kruiden en dranken. Een al te hitsig geslachtsorgaan kon daarbij tot rust gebracht worden in een koud zitbad. Bij ergere gevallen van zelfbevlekking moest er chirurgisch ingegrepen worden. Een operatie die volgens dokter Kellogg vrijwel altijd succes had, was de besnijdenis. Het wegsnijden van de voorhuid. Maar dan wel zonder enige verdoving zodat de jankende masturbator later altijd zou herinnerd worden aan die ene helse pijn, mocht hij nog eens op het idee komen in herhaling te vallen.

Bij meisjes was dit duivelse kwaad jammer genoeg ook bekend. In lichte gevallen adviseerde hij het toepassen van fenol op de clitoris. Bij hardnekkige gevallen drong zich ook hier chirurgie op, namelijk het scalperen van de clitoris en de kleine schaamlippen.

De cornflakes

De ontdekking van de gebakken maisvlokken was het rechtstreekse gevolg van Kellogg's observatie dat slechte vertering het gevolg was van onvoldoende kauwen. Om het langzaam vermalen van voedsel aan te leren en te oefenen, leerde hij zijn kuuroordgasten op een dubbel gebakken en zeer taai Duits brood, de zogenaamde Zweibach, bijten. Toen meerdere patiënten daarop hun tanden braken, zocht hij naar iets malser. Zoals bij veel uitvindingen speelde ook hier het toeval een zekere rol. Toen de gebroeders Kellogg eens een volle ketel doorweekte granen een weekend hadden laten staan, en ze het te jammer vonden de brei weg te gooien, kwamen ze op het idee de granenpap door rollers te



fitnesscentrum in het 'vibro-mechanical departement

draaien en de vlokjes te bakken. Het resultaat was verbluffend. De kuuroordgasten die de corn flakes de volgende ochtend als ontbijt geserveerd kregen, vonden het een geweldige lekkernij. Ze wilden er ook mee naar huis nemen maar een voorraad was er niet. Onmiddellijk zag Will hier een gat in de markt. Terwijl zijn broer John doorging met het klisteren, opereren en indoctrineren van zijn kuuroordgasten, richtte hij 'The Battle Creek Toasted Corn Flake Company' op. Will verpakte de maisvlokken in een aantrekkelijk doosje en binnen de kortste keren toverde hij de kleine Company om tot een super-gigant. Toen hij tegen de wil in van zijn broer John suiker toevoegde, oversteeg de vraag het aanbod. Om de ellenlange wachtlijst in te korten, plaatste Will een aankondiging in diverse kranten waarbij hij aan de mensen die het product al kenden, vroeg om even te wachten met een nieuwe bestelling. Zo konden hun burens ook eens de kans krijgen om de Toasted Corn Flakes te proeven. Maar de aankondiging had net het omgekeerde effect. 'Kellogg's Company' werd overstelpt met bestellingen. Binnen de kortste keren stampste Will meerdere filialen uit de grond en werd navenant gigantisch rijk. Als 'corn flakes baron' en mecenas schonk hij het stadje Battle Creek een auditorium, twee scholen, een jeugdcentrum en een vlieghaven.

Kinectomie

Ondertussen ging broer John onverdroten verder met het biologisch heropvoeden van zijn auto-geïntoxiceerde patiënten. Nadat hij alle mogelijke diëten, Bulgaarse yoghurt en galvanische stromen uitgeprobeerd had, en de patiënt nog geen beterschap vertoonde, bleef er maar één middel over: de chirurgie. In dit geval de 'kinectomie'. Het wegsnijden van de kink. Wat Kellogg daarmee bedoelde weet niemand. Maar naar zijn eigen zeggen was hij daarin zo bedreven, dat er in een reeks van 165 opeenvolgende kinectomies geen enkele dode te betreuen viel.

The Road to Wellville

Met het rijpen van het leven en het wit worden van zijn haar, werd dokter J.H. Kellogg alsmat excentrieker. Hij hulde zich nog enkel in witte maatk pakken, witte das en witte schoenen. De witte papegaai op zijn schouder was het zinnebeeld van zijn vlekkeloze reputatie als arts en geheelonthouder. Tweeënzestig jaar zou dokter Kellogg zijn Wellness kliniek en Sanitarium leiden, tot de Grote Depressie van 1929 er een einde aan maakte. Veel rijkelui waren hun centen kwijt en hadden wel wat anders aan hun hoofd dan zich te laten martelen en zich zes maal per dag anaal te laten penetreren. Met een schuld van drie miljoen dollar sloot Kellogg in

1938 de deuren van The San. Maar onverwoestbaar als hij was, trok hij naar het zonniger Florida en bouwde er een nieuw, iets bescheidener 'Miami-Battle Creek Sanitarium' voor een honderdtal gasten. Hij leefde nog lang (tot 1943) en gelukkig.

Veel uitgebreider dan hier te lezen valt, heeft T.C. Boyle het boeiende leven van John Harvey Kellogg verteld in de roman: 'The Road to Wellville'. Van het boek draaide Alan Parker in 1994 een hilarische film met Anthony Hopkins als dr. Kellogg en Traci Lind als de mooie verpleegster, Sister Grace. Een aanrader voor wie eens een duik wil nemen in de geschiedenis van het wellness en wee van de jaren 1900.

Dr. Johan Van Robays
Anatomopatholoog



UHasselt-doctorandus krijgt Young Investigator Award



De Belgian Society of Cardiology heeft haar 'Young Investigator Award' uitgereikt aan Dr. Frederik Verbrugge (doctorandus verbonden aan de UHasselt en het ZOL). De prestigieuze prijs – waaraan 6.500 euro verbonden is – bekroont het meest beloftevolle onderzoeksproject van een jonge Belgische onderzoeker.

Dr. Frederik Verbrugge kreeg de award voor zijn onderzoek naar een parameter die de efficiëntie van een hartfalenpace-maker verhoogt. "In het project bestudeerde ik – onder begeleiding van mijn promotor prof. dr. Wilfried Mullens (docent aan de UHasselt en cardioloog aan het ZOL) – patiënten die behandeld werden met CRT (cardiale resynchronisatie therapie). Dat is een behandeling met een speciale pacemaker voor patiënten die lijden aan hartfalen. Er is al aangetoond dat CRT

de overlevingskansen en levenskwaliteit van geselecteerde hartfalenpatiënten sterk kan verbeteren. Maar het blijft een probleem om te voorspellen wie zal reageren op deze behandeling en wie niet. Daarom hebben wij een echocardiografische parameter onderzocht en die bleek goed te corresponderen met de respons op de CRT-behandeling", legt Dr. Verbrugge uit. Het onderzoek kadert binnen het Limburg Clinical Research Program (LCRP).

Belgian Society of Cardiology

Dr. Frederik Verbrugge kreeg de award tijdens het jaarlijkse congres van de Belgian Society of Cardiology, de vereniging van Belgische cardiologen. Gevestigde namen en beloftevolle onderzoekers gaan er met elkaar in debat over de nieuwste evoluties in de wereld van de cardiologie.



Vrijwilligers strijden tegen polio

Neonatologe dr. Marie-Rose Van Hoestenberghen en Emanuela Groenen (Rotary Zonhoven), trokken op 24 februari 2013 samen met nog 12 andere vrijwilligers naar India, South-Delhi voor de National Immunization Day. Tijdens deze dag werden 172 miljoen kinderen van 0 tot en met 5 jaar door 2,5 miljoen vrijwilligers gevaccineerd tegen polio.

Dr. Van Hoestenberghen: "Het was belangrijk om daar aanwezig te zijn. Alleen kan je weinig, maar samen kan je heel veel. De actie heeft een enorme impact. Ik had het gevoel dat we echt konden bijdragen aan iets zeer zinvol. Nu zie je op elke hoek van de straat een man of een vrouw die polioverlamming gehad heeft.

Het is zo geweldig dat die grote cohort van kinderen die we nu inenten kunnen opgroeien zonder polio. Wat we deden heeft dus zeer verstrekkende gevolgen op lange termijn."

In 1985 maakte polio in 125 landen nog meer dan 350.000 slachtoffers per jaar. Tot op de dag van vandaag is de wereld nog steeds niet poliovrij. Sinds 1985 hebben meer dan twee miljard kinderen het orale polio vaccin ontvangen. Het aantal gevallen van polio is daardoor met 99.8% gedaald - tot minder dan 1.000 in het jaar 2010. In slechts drie landen - Afghanistan, Nigeria en Pakistan - is polio nog steeds niet uitgeroeid.

v.l.n.r. Dr. Rudi Campo (gynaecoloog ZOL), Marc Thoelen (dienst internationalisering UHasselt), dr. Michael T. Mbizvo (WHO), prof. dr. Willem Ombelet (gynaecoloog ZOL)



Dr. Michael T. Mbizvo bezoekt IVF-centrum

Fertiliteitsspecialist dr. Michael T. Mbizvo uit Zimbabwe bezocht op 13 maart het IVF-centrum van het ZOL. Het bezoek was gekaderd in het project 'IVF in de Derde Wereld' van prof. dr. Willem Ombelet.

Dr. Mbizvo is het voormalige hoofd van het Departement voor Reproductieve Gezondheid en Onderzoek van de World Health Organisation. Afgelopen maand werd hij daar opgevolgd door prof. dr. Marleen Temmerman.

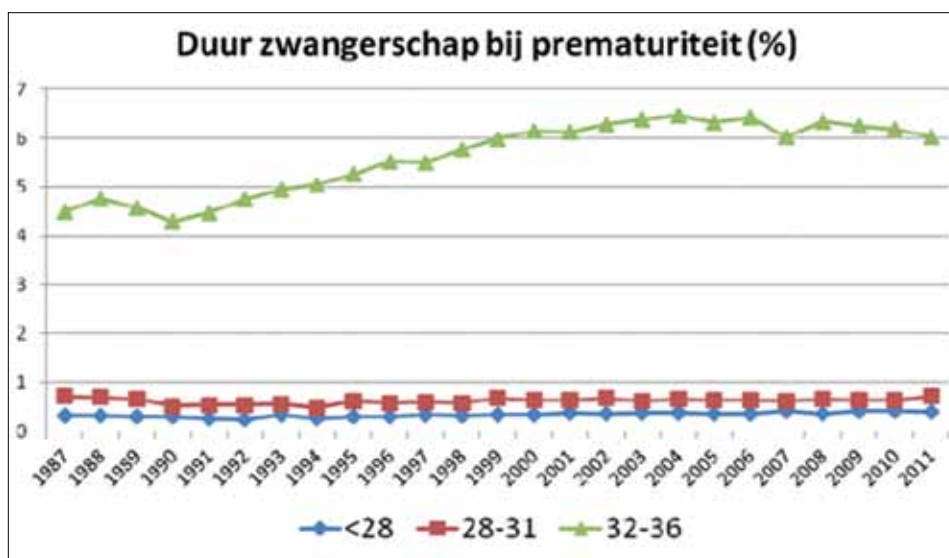
Dr. Mbizvo was in België op uitnodiging van Universiteit Hasselt waar hij spreker was op de interdisciplinaire lessenreeks Noord-Zuid. Hij is een oude bekende van de dienst Gynaecologie van het ZOL. Hij gaf reeds een voordracht op het congres "Andrology in the Nineties" in 1993.

Door zijn uitgebreide netwerking en kennis van de medische/ politieke problematiek van het Afrikaanse continent kan hij sterk bijdragen tot het succes van het Genks project.



Medisch belang van het algemeen rookverbod in België: standpunt vanuit de perinatologie

Het algemene rookverbod in België heeft een gunstig effect op de incidentie van premature geboortes in Vlaanderen. Dat blijkt uit een internationale publicatie van de onderzoeksgroep van de Universiteit Hasselt onder leiding van prof. Tim Nawrot.



Figuur 1: Evolutie van premature geboortes in Vlaanderen, uitgedrukt als een fractie van alle geboortes, zoals gepubliceerd door het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie te Brussel in 2012 (3). Prematuriteit werd opgedeeld in 3 categorieën: (1) lichte prematuriteit (tussen 32 en 37 weken zwangerschap), (2) matige prematuriteit (tussen 28 en 32 weken zwangerschap) en (3) ernstige prematuriteit (vóór de 28^e week zwangerschap).

De vermindering van prematuriteit heeft belangrijke implicaties voor de acute en semi-acute gezondheidszorg, maar ook voor de algemene gezondheid van de bevolking. De resultaten van deze studie illustreren het klinisch belang van het aanhouden van dit rookverbod, en vormen een stimulans om nog meer maatschappelijke maatregelen te nemen met potentieel gunstig effect op de volksgezondheid.

Effecten van roken tijdens de zwangerschap

Het is reeds lang gekend dat roken tijdens de zwangerschap de kans op placentaire complicaties doet toenemen, zoals miskraam, loslating van de placenta, placenta previa, en laag geboortegewicht (1). Het effect op het geboortegewicht is leeftijds- en dosisafhankelijk en kan bij een zware rookster leiden tot 450 gram gewichtsverschil met de niet-rookster. Ook vroeggeboorte is een belangrijke gekende complicatie, die meer optreedt bij rooksters dan bij niet-rooksters: er wordt geschat dat 10 tot 15% van de vroeggeboortes verband houdt met roken (2). Al deze complicaties zijn geassocieerd met hogere kansen op perinatale sterfte en wiegendood (1).

Evolutie van premature geboortes in Vlaanderen

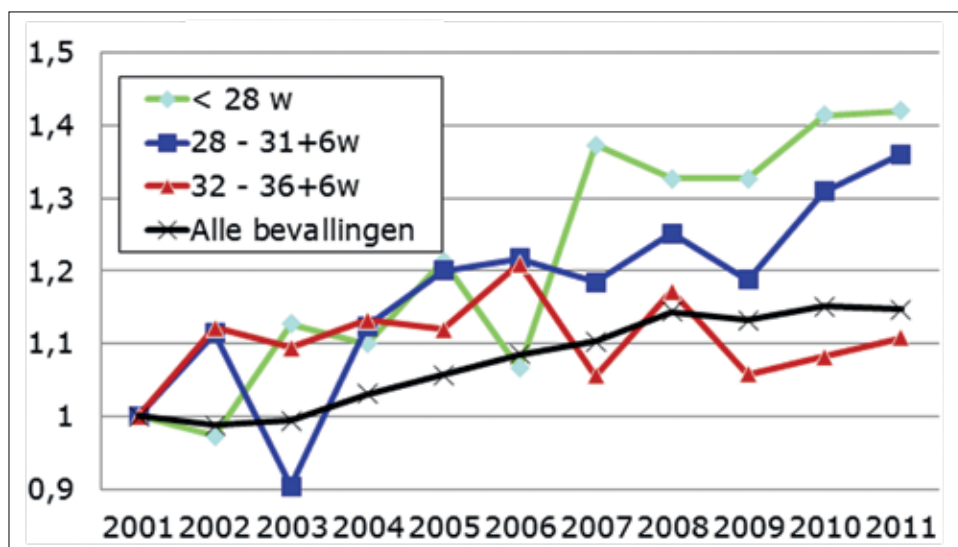
Een premature geboorte wordt internationaal gedefinieerd als een geboorte die

plaatsvindt méér dan 3 weken voor de uitgerekende bevallingsdatum, of anders uitgedrukt: vóór de 37^e zwangerschapsweek. Prematuriteit wordt in de perinatale literatuur ingedeeld in 3 categorieën: (a) lichte prematuriteit is een geboorte die plaatsvindt tussen 32 en 37 weken (ca 1 maand te vroeg), (b) matige prematuriteit is een geboorte tussen 28 en 32 weken (ca 2 maand te vroeg) en (c) ernstige prematuriteit is een geboorte die plaatsvindt vóór de 28^{ste} zwangerschapsweek (ca 3 maand te vroeg). Figuur 1 toont de evolutie van deze 3 categorieën in de Vlaamse populatie, zoals recent gepubliceerd door het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE) (3). In 2011 werd in Vlaanderen 7.2% van de borelingen prematuur geboren. Ongeveer 85% van deze premature geboortes vond plaats tussen 32 en 37 weken (lichte prematuriteit). Van 1990 tot 2006 steeg de lichte prematuriteit van 4.3% naar 6.4% van alle geboortes, wat neerkomt op een stijging met 49%. Na 2006 werd een daling van iets meer dan 6% waargenomen in deze lichte prematuriteit, tot een totaal van 6.0% van alle geboortes in 2011. Deze daling werd niet waargenomen in de matige en ernstige prematuriteit, waar de trend blijft stijgen tot op heden (figuur 2). Deze data illustreren dat er een verandering optreedt in het profiel van prematuriteit in Vlaanderen: de lichte prematuriteit lijkt af

te nemen, terwijl de matige en ernstige prematuriteit eerder toenemen (figuur 2).

Impact van het algemene rookverbod in België op de prematuriteit in Vlaanderen

The British Medical Journal publiceerde recent een analyse van de groep van prof. T. Nawrot van Universiteit Hasselt (4), waarin een associatie beschreven werd tussen de afname van premature geboortes in Vlaanderen en het gradueel invoeren van het algemene rookverbod in België (figuur 3). Deze studie includeerde meer dan 400.000 spontane bevallingen tussen 2002 en 2011 van Vlaamse eenlingen vanaf 24 weken, gebaseerd op de registratiegegevens van het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie. Er werd rekening gehouden met multiële interfererende factoren: geslacht van de baby, moederlijke leeftijd, pariteit, socio-economische status, studieniveau, nationaliteit, woonomgeving, griep-epidemies, omgevingstemperatuur en -vochtigheid, fijn stofvervuiling, en ook met medische interventies zoals inducties, weeënremming en baarmoederhals-cerclages. Er werd een trapsgewijze daling van 6% prematuriteit vastgesteld, die nauw in tijdsrelatie stond met de opeenvolgende maatregelen ter introductie van het rookverbod in het land (figuur 3). Deze gegevens kwamen sterk overeen met deze van een Schotse studie



Figuur 2: Relatieve evolutie van prematuriteit in Vlaanderen van 2001 tot 2011, zoals geregistreerd door het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie, uitgedrukt in verhouding tot het totale aantal in het referentiejaar 2001. Vanaf 2006 is er een daling in de lichte prematuriteit (32 – 36 weken), terwijl de stijging in de matige (28 – 32 weken) en ernstige (< 28 weken) prematuriteit blijft aanhouden.

uit 2012 (5). Hoewel het beschrijven van een associatie geen bewijs levert van een oorzakelijk verband, suggereert vooral de gelijktijdige stapsgewijze verandering van het rookgedrag en de prematuriteit een relatie.

Klinische uitkomst van lichte prematuriteit (32 – 36 weken)

Om te voorkomen dat een baby vroegtijdig sterft of problemen ondervindt van zuurstofgebrek in de baarmoeder, is een premature verlossing een vaak gekozen en efficiënte oplossing. In de voorbije decennia werd dan ook een lichte premature geboorte als eerder onschuldig beschouwd, omdat hiermee de baby kon worden behoed voor ernstigere complicaties. Recente publicaties onderstrepen

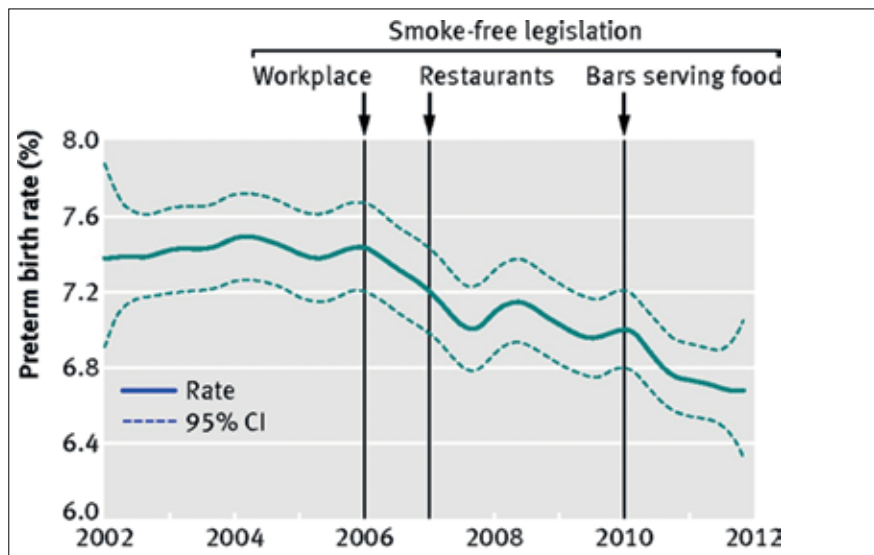
echter de klinische implicaties van deze lichte vroeggeboorte voor de algemene gezondheid van de boreling (6). In vergelijking met de voldragen neonat heeft de licht premature baby onmiddellijk na de geboorte meer kans op het ontwikkelen van te lage suikerspiegels, geelzucht, temperatuurschommelingen en voedings- en ademhalingsproblemen. Na ontslag uit de materniteit heeft deze baby veel meer kans om opnieuw gehospitaliseerd te worden omwille van problemen van geelzucht, sepsis of voeding. Als deze kinderen later naar school gaan, blijken zij vaker geconfronteerd te worden met cognitieve problemen zoals spraakstoornissen, gedragsafwijkingen en intellectuele incompetentie. Een recente publicatie beschreef dat de voornaamste verloskundige redenen van

intellectuele malfunctie op school konden worden teruggebracht tot een vroege zwangerschapsduur en een laag geboortegewicht (7). Recent werd ook meer inzicht bekomen in de lange termijn gezondheidseffecten van prematuriteit (8). Via een onderbreking van de normale processen van orgaanontwikkeling is vroeggeboorte op zichzelf verantwoordelijk voor nier- en endotheeldysfunctie. Dit beschikt voor tot een hoger risico op cardiovasculaire en renale ziekten in het latere leven, zoals hypertensie, proteïnurie en metabool syndroom (de combinatie van overgewicht, hoge bloeddruk, cholesterol en suikerziekte). Deze ziekten kunnen op zich dan weer een complicerende rol spelen wanneer deze personen zelf zwanger worden. Deze lange termijn gezondheidsrisico's zijn nog meer uitgesproken bij ex-prematuren die ook nog eens een te laag geboortegewicht hadden (9). Zoals hoger uiteengezet wordt roken eveneens in verband gebracht met een foetale groeivermindering. Het dient benadrukt dat de Vlaamse studie géén effect kon aantonen van het rookverbod op het geboortegewicht (4).

Klinisch en maatschappelijk belang van een daling van prematuriteit

Uit hoger gemelde gegevens blijkt duidelijk dat premature geboortes, ook indien





Figuur 3: Smoothing-analyse van de premature levendgeboren eenlingen na spontane arbeid in Vlaanderen, in associatie met de stapsgewijze invoering van het algemeen rookverbod in België: invoering van het rookverbod op de werkvloer in 2006, invoering van het rookverbod in de restaurants in 2007 en invoering van het rookverbod in (eet)café's in 2010. Na elke installering van rookverbod is er een verdere daling van het aantal premature geboortes. Deze figuur is uit de elektronische publicatie van de studie van Cox et al (4): <http://www.bmj.com/content/346/bmj.f441>

het slechts de lichte vorm betreft, belangrijke implicaties hebben op het gezondheidsprofiel van de bevolking. Niet enkel is er een hogere nood aan acute en semi-acute medische zorg voor de neonaten en zuigelingen, er is ook een langdurig effect op de algemene ontwikkeling en gezondheid van de ex-prematuur met zelfs potentiële implicaties voor de volgende generaties. Dit impliceert dat elke maatregel die kan leiden tot een reductie van premature geboortes, hoe miniem ook, een belangrijke maatregel is met fundamentele medische, sociale en financiële implicaties.

Vanuit dit perspectief is het dan ook niet meer verdedigbaar het algemene rookverbod, zoals het nu is ingesteld, terug om te keren of teniet te doen zoals door sommige partijen wordt gevraagd. Integendeel: het gunstige effect van het rookverbod op de prematuriteit mag een extra stimulans zijn om nog andere factoren te zoeken met vergelijkbare effecten op de volksgezondheid, waarvoor eveneens maatregelen kunnen genomen worden van algemeen gezondheidsbelang.

Prof. dr. Wilfried Gyselaers
Gynaecoloog (ZOL), Universiteit Hasselt

Referenties

1. Walker J. Drug addiction. In James, Steer, Weiner, Gonik (eds). High risk pregnancy: management options, 2nd ed. WB Saunders, London, 2002: 599-616.
2. Berghella V. Prevention of preterm birth. In Berghella V (ed). Obstetric evidenced based guidelines. Informa Healthcare, London, 2007: 116-137.
3. Cammu H, Martens G. Vijfentwintig jaar en anderhalf miljoen baby's later. In Cammu H, Martens E, Martens G, Van Mol C, Jacquemyn Y (eds). Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2011, SPE Brussel 2001 : 58-66.
4. Cox B, Martens E, Nemery B, Vangronsveld J, Nawrot T. Impact of a stepwise introduction of smoke-free legislation on the rate of preterm births: analysis of routinely collected birth data. BMJ 2013 Feb 14;346:f441. doi: 10.1136/bmj.f441.
5. Mackay DF, Nelson SM, Haw SJ, Pell JP. Impact of Scotland's smoke-free legislation on pregnancy complications: retrospective cohort study. PLoS Med. 2012;9(3):e1001175. doi: 10.1371/journal.pmed.1001175. Epub 2012 Mar 6.
6. Engle W, Tomashek K, Wallman C. Late-preterm infants: a population at risk. Pediatrics 2007; 120:1390-1401.
7. Mackay DF, Smith GC, Dobbie R, Cooper SA, Pell JP. Obstetric factors and different causes of special educational need: retrospective cohort study of 407,503 schoolchildren. BJOG. 2013 Feb;120(3):297-307; discussion 307-8. doi: 10.1111/1471-0528.12071. Epub 2012 Nov 27.
8. Abitbol C, Rodriguez M. The long-term renal and cardiovascular consequences of prematurity. Nat Rev Nephrol 2012;8:265-274.
9. Joss-Moore L, Lane R. The developmental origins of adult disease. Curr Opin Pediatr 2009;21:230-234.



BACKGROUND

In november 2005 publiceerde de Vlaamse Milieu Maatschappij (VMM) een uitgebreid rapport met metingen over de luchtkwaliteit van Genk-Zuid.²

Uit het rapport bleek dat er in Genk-Zuid te hoge concentraties aan zware metalen gemeten werden, in het bijzonder voor nikkel, chroom, mangaan en cadmium. De gemiddelde waarde bedroeg 212 ng chroom per m³ lucht of 30 keer de achtergrondwaarde van Vlaanderen. Naargelang de windrichting, piekten de waarden op sommige dagen tot boven de 1.600 ng/m³.

Industriële gebied

Genk is met meer dan 500 industriële ondernemingen en 30.000 werknemers het derde grootste industriële gebied van Vlaanderen. Autoconstructeur Ford met zijn rits toeleveringsbedrijven, is het grootste bedrijf. ArcelorMital produceert met 2.000 werknemers roestvrij staal op basis van gerecycleerd afval. Daarnaast zijn er grote scheikundige bedrijven en een grote elektriciteitscentrale die kolen en afval stookt. Vijf van die bedrijven zijn Seveso-bedrijven die per definitie een potentieel gevaar zijn voor de volksgezondheid. Naast nuttige producten produceren deze bedrijven heel wat aan polluenten: chroom, cadmium, mangaan, nik-

kel, solventen, polyaromatische koolwaterstoffen, formaldehyde, dioxines.....

Als huisartsen van een groot deel van de bewoners van Genk-Zuid stelden we ons drie vragen:

- 1) Hoe kunnen we bijdragen aan een verbetering van de gezondheid van de lokale bevolking?
- 2) Hoe kunnen we mogelijke effecten op de gezondheid in kaart brengen?
- 3) Hoe kunnen we als sociaal verantwoordelijke artsen beletten dat er een conflict komt met de tewerkstelling?

KINDEREN EERST

In 2002 publiceerde de WHO met het Europees Milieuagentschap het rapport *Children's health and environment: a review of evidence*.³ Hieruit bleek dat 40% van alle slachtoffers van milieuvervuiling kinderen waren.

Waarom kinderen bijzonder kwetsbaar zijn voor 'airborn pollution' ligt voor de hand: een kind speelt in het stof, wat sedimentair stof opnieuw doet opwaaien en zo een veel hogere concentratie aan potentieel toxische stoffen geeft in de ingeademde lucht. Een kind ademt bovendien twee keer zo snel per minuut als een volwassene, wat de opname nog eens verhoogt. In vergelijking met een volwassene heeft een kind tot slot een veel kleiner lichaamsgewicht, zodat de

totale belasting per kilogram lichaamsgewicht tot 10 keer hoger kan zijn.

Wat betekenden de meetcijfers concreet voor een kind dat in Sledderlo woont en naar school gaat? Volgens het eerder vermelde rapport bedroeg de concentratie chroom in de omgeving van de school De Sleutel gemiddeld 376 ng/m³. In de aanliggende woonwijk Sledderlo, bedroeg de concentratie 150 ng/m³. Berekend op basis van 6 m³ lucht per 24 uur, een verblijf van 7 uur in de school en 17 uur thuis in de wijk kwamen we voor een kind op een gemiddelde blootstelling van 1.300 ng Cr per dag. Dat is meer dan door de Nederlandse arbeidsgeneeskundige dienst toegelaten wordt voor een gezonde werknemer.

Een search in ons patiëntenbestand leerde dat er 105 baby's tussen 0 en 2 jaar woonden in de wijken, gelegen aan het industriegebied. Eén op twee van deze baby's gebruikte anti-astmatische medicatie onder de vorm van puffers of aerosols. Dat was véél meer dan het gebruik van kinderen die op een andere plaats in Genk wonen. Een vergelijking met gegevens van het Inter mutualistisch College toonde ons dat we ver boven het gemiddelde van Vlaanderen zaten. Uit sociale bekommernis voor onze patiënten, trokken we met deze twee gegevens naar de media.

Milieu in Genk-Zuid: wat kan het ons leren?

Deze voordracht werd gehouden voor de Koninklijke Academie voor Geneeskunde
Dr. Harrie Dewitte.

In de onmiddellijke omgeving liggen immers twee kleuter- en lagere scholen met meer dan 400 kinderen. De meeste van die kinderen wonen ook in Sledderlo, de meest bedreigde wijk. In een eerste reactie ontkende ArcelorMittal dat de Chroom vervuiling van hen kwam. Maar geen enkele CEO kan een betoging van honderden kinderen, die voor de poort van zijn bedrijf om zuivere lucht komen vragen, blijvend negeren.

Het resultaat was tweevoudig: de focus kwam op de kinderen te liggen en er kwamen 6 extra meetpunten. Deze moesten eerst en vooral ondubbelzinnig de bron aantonen. Anderzijds moesten ze ook de indoor en outdoor luchtkwaliteit van de omgeving van de bedreigde school in kaart brengen in vergelijking met een referentieschool.

Het Vlaams Instituut voor Technologisch Onderzoek voerde de studie uit. Ze vergeleken de concentraties zware metalen in de schoolomgeving van 'De Sleutel' met een referentieschool in Bokrijk. Bokrijk is een wijk uit de windrichting, op tien kilometer van het bedrijf en in een groene omgeving gelegen. In de mededeling liet de overheid in juni 2007 weten dat "de waarden verhoogd waren maar dat er geen onmiddellijk gevaar was voor de gezondheid".

De persmededeling liet alleen het bovenste gedeelte van de tabel zien: die waarden konden eigenlijk alleen door een zéér beperkte groep deskundigen geïnterpreteerd worden. For convenience was men het tweede deel van de tabel vergeten: de waarden van de referentieschool.

De cijfers spreken voor zich. Alle waarden voor zware metalen lagen veel hoger in de bedreigde school dan in de referentie-

school. In het bijzonder de waarden van chroom, waarrond het allemaal begon, waren in het stof op de vensterbank 1000 keer hoger dan in het stof op de referentieschool.

Op basis van deze resultaten besliste de gemeenteraad van de stad Genk om de school, 'De Sleutel', nog tijdens het verlot te verplaatsen naar een van de minst bedreigde locaties van de wijk.

Aandeel zware metalen in liggend stof in twee scholen: één in het pollutiegebied en een referentieschool 10 km verwijderd.

De Sleutel	Cr mg/kg	Mn mg/kg	Ni mg/kg	Cd mg/kg
PM10	3606	2888	1646	199
Vloer	5311	990	934	5
Vensterbank	28030	3334	3027	8
Speelplein	8001	4179	2440	149

Referentie	Cr mg/kg	Mn mg/kg	Ni mg/kg	Cd mg/kg
PM10	376	402	306	376
Vloer	85	246	26	0
Vensterbank	204	473	75	1
Speelplein	12	36	5	0.1

Wat met de luchtwegen bij volwassenen?

Het was ons reeds bekend dat de mortaliteit voor longaandoeningen bij mannen dubbel zo hoog is in Genk, in vergelijking met de rest van Vlaanderen. Zonder veel onderzoek werd aangenomen dat dit te maken had met het mijnverleden, toen pneumoconiose (stoflong) zeer veel voorkwam. We vergeleken, op basis van de ICPC2 codes (International Classification for Primary Care), alle aandoeningen van de luchtwegen bij 3.000 patiënten, ingeschreven met GMD bij Geneeskunde voor het Volk Genk, met de Intego databank.⁴ Intego verzamelt data uit EMD's van 55 huisartsenpraktijken in Vlaanderen. De database bevat 3 000 000 diagnoses, 27 000 000 laboratoriumresultaten en 12 000 000 voorschriften voor geneesmiddelen. De databank is goed voor bijna 2% van de populatie en representatief voor de Vlaamse bevolking.

Behalve voor longkanker, lagen de incidenties voor alle aandoeningen van de luchtwegen significant hoger bij de patiënten

van GVHV, dan het Vlaamse gemiddelde. Zo ligt het relatief risico om COPD te krijgen 2,77 keer hoger bij de populatie van GVHV Genk. Klinisch betekent dit dat er per 1000 patiënten jaarlijks 7 extra patiënten met COPD zijn in Genk in vergelijking met Vlaanderen. En opvallend, de verschillen tussen mannen en vrouwen waren statistisch niet significant. Aangezien er in de Limburgse mijnen geen enkele vrouw ondergronds gewerkt heeft, was de hypothese dat het werken in de mijn aan de oorzaak lag, veel minder waarschijnlijk.

Dit onderzoek⁵ was uitdagend: de resultaten waren niet gebaseerd op subjectieve vragenlijsten, maar door een arts geregistreerde en gecodeerde diagnoses. Alle diagnoses van COPD en astma waren gevalideerd met een spirometrie volgens de GINA- en GOLD-richtlijnen.

Dat er een probleem was met de luchtwegen in Genk was duidelijk, maar we hadden nog geen gegevens over mogelijke oorzaken: afwijkend rookgedrag? Specifieke indoorpollutie?

Rookgedrag?

Via een bevolkingsonderzoek⁶ wilden we een antwoord op de volgende vragen:
Hoe zit het met het rookgedrag?
Hoeveel mensen inwoners gebruiken er anti-astmatische medicatie?
Hoe zit het met hetindoormilieu?
Hoeveel mensen hebben er een aandoening van de luchtwegen?

We kozen de wijk Sledderlo omdat dit de meest bedreigde wijk is, omdat de woningen identiek zijn, omdat er een vrij homogene bevolking woont met overwegend allochtone inwoners en last but not least omdat er hardnekkige vooroordelen zijn tegenover die bevolkingsgroep.

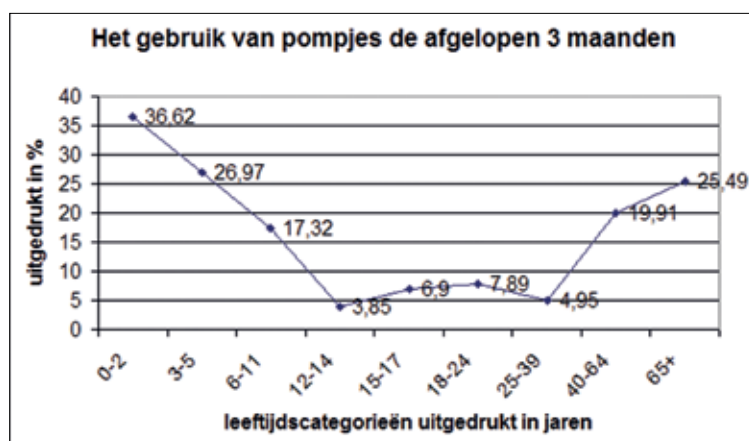
286 huishoudens (44,2%) van de 647 huishoudens van de wijk Nieuw-Sledderlo werden bevraagd. Op die manier werd informatie verzameld over 1.092 (48,9%) bewoners op een totaal van 2.231. 3/4de van de bevraagde inwoners van Nieuw-Sledderlo is 40 jaar of jonger. Ongeveer 1 op 4 bevraagden is nog een kind, tussen de leeftijd van 0 tot 11 jaar.

Vergelijking relatieve risico's aandoeningen luchtwegen tussen GVHV en Intego databank.

Aandoening	Rr GVHV / Intego	Extra aantal pt. per 1000
Aandoening bovenste luchtwegen	1,36	85
Bronchitis	1,11	8
Pneumonie	1,61	4
Long carcinoom	0,88	0
COPD	2,77	7
Astma	1,29	4

Behalve voor longkanker, lagen de incidenties voor alle aandoeningen van de luchtwegen significant hoger bij de patiënten van GVHV dan het Vlaamse gemiddelde. Zo ligt het relatief risico om COPD te krijgen 2,77 keer hoger bij de populatie van GVHV Genk. Klinisch betekent dit dat er per 1000 patiënten jaarlijks 7 extra patiënten met COPD zijn in Genk in vergelijking met Vlaanderen.

Het gebruik van anti-astmatische medicatie de laatste 3 maanden, opgesplitst naar leeftijd.



De grafiek geeft een soort van U-curve weer die we dikwijls terugvinden in gelijkaardige onderzoeken. De jonge leeftijdsgroepen tot 14 jaar en de oudere leeftijdsgroepen van 40 tot 65+ zijn vooral onderhevig aan het gebruik van pompjes of aërosol.

Een eerste opvallend resultaat was dat van de 1.092 personen in het sample, er 283 personen of 25,9% roken. In vergelijking met cijfers van het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie is dit niet méér, integendeel, dan het Belgische gemiddelde dat tussen de 25 en 30% schommelt. Een gelijkaardig cijfer vinden we bij het Nationaal Instituut voor Statistiek (www.statbel.fgov.be): 33% van de Vlaamse mannen en 23% van de Vlaamse vrouwen waren regelmatige rokers in 2004.⁷

Piepende ademhaling.

Onderzoek in België naar het gebruik van geneesmiddelen (waaronder aërosols, inhalators, tabletten) voor astma, toont aan dat 2 tot 3,5% van de mannen en 2 tot 4,2% van de vrouwen deze geneesmiddelen gebruikten op het moment van de enquête.⁸

Cijfers uit Nederland, die te vergelijken

zijn met België, laten zien dat bij kinderen van 2 tot 15 jaar 4 tot 12% last heeft van kortademigheid en 5 tot 20% last van piepen op de borst. Dit blijkt uit een aantal studies uitgevoerd tussen 1992-2001.⁹ Hieruit blijkt dat het gebruik van anti-astmamedicatie in Nieuw Sledderlo veel hoger ligt dan wat in andere onderzoeken vermeld wordt en dit voor de verschillende leeftijden.

Omwille van culturele redenen zijn er zeer weinig huisdieren in de woningen. Er zijn geen bijzondere bouwmaterialen gebruikt die het indoorsmilieu aantasten. Daarentegen was er wel een zeer belangrijk probleem van schimmel in de woningen. 32% gaf aan een schimmelvlek van méér dan één m² in de woning te hebben. Ongeveer 1/3 van de personen die in deze toestand elke dag moeten leven zijn kinderen van 0 tot 11 jaar.

Gezondheidsenquête bevestigt gezondheidsverschillen in de zones aanliggend aan het industriegebied

Toen we de resultaten van het onderzoek over Sledderlo publiek maakten, werd er door de gemeentelijke en provinciale overheid beslist om een groot vergelijkend onderzoek op te zetten op basis van een gezondheidsenquête. Hierbij zouden de aan de industriezone liggende wijken vergeleken worden met de niet aanliggende wijken. De enquête bevroeg 7.000 bewoners, verspreid over 4 gemeenten.

De meest opvallende conclusies waren ¹⁰ :

- 1) Luchtwegaandoeningen werden meer gerapporteerd in de 'case'-gebieden; 10% tegenover 7% in de controlegebieden. Deze verschillen blijven aanwezig na correctie voor de gekende risicofactoren.
- 2) Schimmel- of vochtplekken in de slaapkamer werden gerapporteerd door 12% van de deelnemers. We vinden grote verschillen in rapportering hiervan tussen de gebieden. Deze worden vooral veroorzaakt door de verschillen in Genk. In de wijken Vlakveld (16%), Kolderbos (18%) en vooral Nieuw Sledderlo (34%) wordt meer schimmel en vocht in de woningen gerapporteerd.
- 3) Bewoners van de 'case'-gebieden gaven aan meer gebruik te maken van slaap-, kalmeermiddelen en antidepressiva; voor alle 'case'-gebieden samen 15% tegenover 12% in de controle gebieden. Deze verschillen zijn stabiel en blijven statistisch significant na correctie voor de versturende variabelen en na correctie voor de socio-economische parameters. Ter vergelijking: in de nationale gezondheidsenquête lag het gebruik van psychotrope farmaca bij mannen op 9% en bij vrouwen op 14%.

Als gevolg van de metingen en deze enquête kreeg ArcerlorMittal 35 maatregelen opgelegd om te saneren. Deze maat-

regelen leidden reeds tot een halvering van de emissie. Het stadsbestuur van Genk besliste ook om 270 sociale woningen in de wijk Sledderlo af te breken en opnieuw te bouwen.

Van klinische data naar fundamenteel onderzoek

Aansluitend bij deze metingen en de daaruit volgende, eerder epidemiologische onderzoeken werkten we ook mee aan meer fundamenteel onderzoek. De verschillende afdelingen van de UHasselt die betrokken zijn bij milieu-onderzoek deden een onderzoek naar het verband tussen blootstelling aan cadmium en het urinair uitgescheiden Kidney Injury Molecule 1.¹¹ (KIM1) Bij ratten vond men een zeer goede correlatie tussen KIM1 en blootstelling aan cadmium.

We collecteerden urine en bloedstalen bij 153 niet rokende patiënten, mannen en vrouwen, ouder dan 60 jaar en wonende in Genk. We vergeleken de urinaire excretie van cadmium met KIM1 en andere renale biomarkers zoals alpha1-microglobuline, beta2-microglobuline, proteïnurie en urinaire microalbumine en ureumconcentratie in het bloed. De klinische data komen uit het Elektronisch Medisch Dossier van de huisarts. Zowel voor ($r = 0.20$; $p = 0.01$) als na (partial $r = 0.32$; $p < 0.0001$) correctie voor creatini-

ne, leeftijd, geslacht, voorgeschiedenis van rookgedrag, socio-economische status, BMI, correleerde KIM1 zeer goed met de urinaire cadmium excreties. Er werd geen significant verband gevonden voor andere renale biomarkers en cadmium.

KIM1 kan beschouwd worden als een vroege biomarker voor nierbeschadiging, veroorzaakt door cadmium.

Ondertussen werd deze cohorte patiënten uitgebreid en lopen er nog verdere onderzoeken, ook naar klinische verbanden tussen zware metalenbelasting en hypertensie, obesitas, diabetes...

Biomonitoring

Aan 197 jongeren, meisjes en jongens tussen 14 en 15 jaar oud werd, in de periode van 11 januari 2010 tot 27 november 2010, een uitgebreide vragenlijst voorgelegd. Er werden ook urine, bloed en haarmonsters gecollecteerd.

In Genk-Zuid wordt een significante verhoging vastgesteld van de gemiddelde én de 90e percentiel waarde voor koper in bloed, thallium in bloed en in urine, cadmium in urine en de PAK-metaboliet 1-hydroxypyreen in urine. Voor cadmium in bloed, chroom in bloed, koper in urine en toxisch relevant arseen in de urine is het geometrisch gemiddelde (maar niet

de P90) in Genk-Zuid significant hoger dan in de referentiepopulatie.

In Vlaanderen wordt een significant hoger gemiddelde en 90e percentiel gevonden voor merker PCB's, p,p'-DDE, de som van dioxines en furanen, dioxine-achtige PCB's en gebromeerde vlamvertrager BDE153. Voor nikkel in bloed, antimoon in urine, kwik in haar en BDE47 in serum is het gemiddelde (maar niet de P90) significant hoger in Vlaanderen.

Er werd een significant verband gevonden tussen de immissie van chroom in de laatste drie dagen, zoals gemeten door de Vlaamse Milieu Maatschappij en de waarde van chroom in de urine. Per stijging van 20 ng/m^2 in de lucht neemt de waarde in urine toe met een factor 1,03.

Alleen voor lood was er een significant positieve relatie tussen de biomarker van blootstelling en de afstand tot de VMM meetposten, die een proxy vormen voor de bronnen op het industrieterrein.

Nieuw in de biomonitoring was dat er in Genk meer DNA-schade werd vastgesteld. Zowel voor de klassieke komeettest als voor de oxidatieve komeettest zijn de gemiddelde waarden in Genk-Zuid significant hoger in vergelijking met de Vlaamse referentiegroep. Voor de klassieke komeettest is ook het 90e percentiel in Genk-Zuid verhoogd ten opzichte van Vlaanderen. Op groepsniveau is dit een aanwijzing voor een grotere kans op kanker.

Ook klinisch werden belangrijke verschillen gevonden tussen Genk en Vlaanderen, in het bijzonder inzake de werking van de schildklier en van de geslachtshormonen.

Er werden talrijke verschillen genoteerd in de hormonale concentraties in het bloed van jongeren uit Genk vergeleken met deze uit Vlaanderen in het algemeen. Met betrekking tot de schildklierfunctie vertoonden jongeren uit Genk een statistisch significant lagere thyroxine en een statistisch significant hogere triiodothyro-



nineconcentratie dan de 162 jongeren uit de referentiestudie, terwijl de concentratie aan thyroïd stimulerend hormoon zeer lichtjes (en niet significant) hoger lag in Genk.

Met betrekking tot de functie van geslachtsorganen vertoonden de jongeren uit Genk hogere bloedconcentraties aan vrij (actief, medisch belangrijk) testosteron (mannelijk geslachtshormoon), aan totaal oestradiol (vrouwelijk geslachtshormoon) en aan vrij (actief, medisch belangrijk) oestradiol.

De publicatie van de resultaten van de biomonitoring bleef niet zonder gevolgen. Het stadsbestuur van Genk, in samenwerking met de provinciale en regionale overheden, besliste om het gehele milieuprobleem van het industriegebied Genk-Zuid als één geheel aan te pakken met als doelstelling om tegen 2020 gelijke waarden te halen als in de rest van Vlaanderen.

Conclusies

- 1) Milieuvervuiling heeft wel degelijk een invloed op de gezondheid van de omwonenden en komt meer en meer in de wetenschappelijke aandacht.
- 2) We hebben nood aan nieuwe creatieve methodes die veel sneller de invloed van complexe milieuvervuiling in kaart kunnen brengen.
- 3) Er moet nieuwe regelgeving komen inzake milieuvergunningen, die niet meer per bedrijf mogen afgeleverd worden, maar waarbij tevens moet rekening gehouden worden met een gehele zone.
- 4 De data in het Elektronisch Medisch Dossier kunnen een rol spelen in fundamenteel onderzoek.
- 5) Huisartsen kunnen hun maatschappelijke rol spelen als 'early warners' en kunnen ook helpen in de opvolging van de noodzakelijke maatregelen.

Dr. Harrie Dewitte
Huisarts Geneeskunde voor het Volk

- 1 Dr. Harrie Dewitte, Huisarts Geneeskunde voor het Volk, Keinkesstraat, 3A; B3600 Genk en stafmedewerker Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde (ACHG) Kapucijnenvoer 33, blok J, PB 7001. 3000 Leuven. harrie.dewitte@gvhv.be
- 2 Luchtkwaliteit in het Vlaamse Gewest. Jaarverslag imissiemeetnetten, Kalenderjaar 2004. November 2005. Pag 45-55. (geen URL meer beschikbaar.)
- 3 Childerens health and environment: a review of evidence. Environmental issue report n° 29 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98251/E75518.pdf
- 4 Department of general practice, K.U.Leuven. Intego-project. [Online]. 2011 [cited 01/03/2011]; <http://www.intego.be>
- 5 Luchtwegaandoeningen in de regio Genk-Zuid. Geen vuiltje aan de lucht? T. Engelbeen, B. Booms, M. Martens, M. Thoolen, H. Dewitte. Huisarts Nu 2010;39(6):238-242 <http://www.domusmedica.be/onderzoek/huisartsnu/archief/2010-jg-39/2769-luchtwegaandoeningen-in-de-regio-genk-zuid.html>
- 6 Onderzoek naar het voorkomen van luchtwegaandoeningen in Nieuw-Sledder door GVHV. 18/12/2007. Dr. Marc Martens, Mevr. Bianca Booms, socioloog, Dr. Latifa Ben Messaoud, Dr. Thomas Engelbeen, Dr. Milly Thoolen, Dr. Michel Vanduffel, Dr. Jo Coolen, Dr. Harrie Dewitte. Geneeskunde voor het Volk, Keinkesstraat, 3A, B3600 Genk.
- 7 Vrouwen en mannen in België. Genderstatistieken en genderindicatoren. p.133 Gebruik van alcohol, tabak en drugs. http://igvm-iefh.belgium.be/nl/binaries/Statistieken_2006_tcm336-39752.pdf
- 8 Astma en Luchtverontreiniging. Stand van zaken in België. Elementen voor een gezondheidsbeleid. Pag 101. Marina Puddu, Jean Tafforeau. IPH/EPI Reports Nr. 2003 – 012. Centrum voor Operationeel Onderzoek in Volksgezondheid Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap Departement Welzijn Volksgezondheid en Cultuur Administratie Gezondheidszorg.
- 9 Astma. Hoe vaak komt het probleem voor en hoeveel mensen sterven er aan? RIVM. Nationaal Kompas Volksgezondheid. <http://www.nationaal-kompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/ademhalingswegen/astma/omvang/>
- 10 Gezondheidsenquête Genk-Zuid 2007 Bilzen, Diepenbeek, Genk, Zutendaal, Eindrapport 31/12/2007. http://www.mmk.be/afbeeldingen/File/Gezondheidsenquête_Genk_Zuid2007.pdf
- 11 The association between urinary kidney injury molecule 1 and urinary cadmium in elderly during long-term, low-dose cadmium exposure: a pilot study. Valérie Pennemans, Liesbeth M De Winter, Elke Munsters, Tim S Nawrot, Emmy Van Kerkhove, Jean-Michel Rigo, Carmen Reynders, Harrie Dewitte, Robert Carleer, Joris Penders, and Quirine Swennen. Environ Health. 2011; 10: 77. doi: 10.1186/1476-069X-10-77 <http://www.ehjournal.net/content/10/1/77>
- 12 Vlaams Humaan Biomonitoringsprogramma 2007-2011. Resultaten van het onderzoek bij jongeren in Genk-Zuid. september 2011. <http://www.milieu-en-gezondheid.be/onderzoek/luik%2021/hotspots/genkzuid/resultaten/STP%20MG%20Resultatenrapport%20Genk-Zuid%20-%20definitief.pdf>

Afdeling psychogeriatric

vertrekt vanuit persoonsgerichte zorg

Het ZOL nam enige tijd geleden de beslissing om een psychogeriatric afdeling op te richten. Dit omdat we aan het begin van een 'vergrijzingsgolf' staan waar dementie als ziektebeeld een belangrijk aandeel heeft. Anderzijds omdat we merkten dat een aangepaste afdeling een antwoord kan bieden op een aantal problemen waar we op de geriatrie afdelingen mee geconfronteerd werden.

De chronische zorgbedden op de afdeling LSPG werden gereconverteerd tot psychogeriatric. We opteerden voor een doelpubliek dat bestaat uit mensen met verwerkings- en gedragsproblemen, kaderend in een beginnende tot matige dementie. Ook mensen waar de diagnose van een beginnende dementie nog onduidelijk is, kunnen op onze afdeling terecht.

Voor het verpleegkundig en paramedisch team werd naar aanleiding van de reconversie een uitgebreid bijscholingsprogramma opgezet. Met de hulp van de Katholieke Hogeschool Limburg werd een leertraject uitgetekend. We legden de lat dan ook erg hoog voor onszelf. Zo hoopten we om via een aangepaste benadering fixaties en het gebruik van psychofarmaca, wat niet altijd zonder problemen verloopt, zo veel mogelijk te vermijden.



Bijna vanzelf kwamen we uit bij het theoretisch denkmodel van Tom Kitwood, vernieuwer van de dementiezorg. Kitwood benadrukt heel erg dat gedrag niet louter ontstaat uit het neurodegeneratief proces op zich maar altijd een samenspel is van verschillende factoren. Door op deze factoren in te grijpen, kan het niveau van functioneren van iemand met dementie verbeterd worden. Doel van de zorg is dan ook de persoonlijke waardigheid van mensen met dementie zo veel mogelijk te versterken. Zorg wordt hierbij een interactief proces waarbij zorgvrager en zorgverlener proberen de zorg op elkaar af te stemmen, zorg is geen routinematig uitvoeren van een vaststaand takenpakket (zie 'persoonsgerichte zorg').

We gingen samen met onze directie op zoek naar heel concrete manieren waarop we het effect van onze nieuwe zorgvisie zelf konden aanvoelen en zijn op die manier bij Stimul, het zorg-ethisch labo in het verre Moorsele, aanbeland. Tijdens de stage wordt aan ervaren zorgverleners de rol van patiënt toebedeeld waardoor ze zelf letterlijk aan den lijve de effecten van zorg ondervinden en leren op kritische wijze over hun zorg te reflecteren. Een beklijvende ervaring. Na een werkbezoek kwam iedereen dan ook laaiend enthousiast terug en beslisten we om ondanks alle praktische beslommingen het volledige team aan deze unieke 'zorgstage' te laten participeren.

Dr. Martine Burin
Ouderenpsychiater



Persoonsgerichte zorg

Op de afdeling SP Psychogeriatric is de persoonsgerichte zorgverlening voornamelijk gebaseerd op het dialectisch denkmodel van Tom Kitwood.

Kitwood ontwikkelde dit denkmodel als alternatief voor het gangbare medisch model uit de jaren '80. Het medisch model veronderstelde dat cognitieve stoornissen maar ook gedrags- en emotionele veranderingen geheel voortkomen uit de neuro-pathologische veranderingen die horen bij een dementie. Vaak werden personen van uit dit model gereduceerd tot hun ziekte (in dit geval: 'dementie'), waarbij er in de zorgverlening vaak verwezen werd naar patiënten met dementie als 'dementerenden'. De zorgverlening hield ook vaak een persoonsondermijnende vorm van hande-

len in, waarbij de uniciteit van de persoon verloren ging. Hierbij wordt onder andere verwezen naar handelingen zoals infantiliseren, forceren, het 'uit handen nemen' en het niet erkennen van persoonlijke voorkeuren, interesses, ... Het medisch model houdt tevens in dat er geen verbetering van de levenskwaliteit van patiënten kan optreden indien er geen medische doorbraak geschiedt.

Kitwood schuift een eerder bio-psycho-sociaal model naar de voorgrond. Hij stelt dat niet enkel neuropathologische veranderingen bij dementie maar ook psychologische factoren (levensgeschiedenis, persoonlijkheid, ...) en omgevingsfactoren (sociale steun, sociale status, financiële

middelen,...) een rol spelen in het dementieproces en de beleving van dit proces door de patiënt. De bio-psycho-sociale visie van Kitwood kan in de hedendaagse zorgverlening geïmplementeerd worden aan de hand van 'persoonsversterkende' handelingen, waarbij de uniciteit van de persoon wordt erkend en zelfs wordt gestimuleerd. Zorgverlening wordt binnen deze visie eerder gezien als een samenwerking tussen patiënt en zorgverlener binnen een validerende houding ten opzichte van de realiteit van de persoon met dementie.

Anouk Peeters
Klinisch neuropsychologe

Al eens de rollen omgekeerd?

In het zorg-ethisch lab van Stimul krijgen zorgverleners uit het werkveld de kans om zich in te leven in de rol van 'Zorgontvanger'. Studenten worden Stimul-zorgverleners. Het volledige verpleegkundig-paramedisch team van de dienst Psychogeriatric maakte een inleefsessie mee. Hierbij lees je hun ervaringen.

"Een sessie biedt zorgverleners en studenten de mogelijkheid om inzichten op te doen die verder gaan dan de verfijning van technische vaardigheden. Het gaat er precies om de relatie tussen ontvanger en verlener in een ethisch perspectief te plaatsen en te groeien in het tot stand brengen van een zorgrelatie," aldus Stimul. Hoofdverpleegkundige Carine Bas: "De inleefsessies zijn een hele kracht geweest voor ons team. Als iedereen dezelfde opleiding heeft gevolgd, staan alle neuzen in dezelfde richting en weet je waar je met je afdeling naartoe wil."

Karen Goossens (verpleegkundige)



Inleefprofiel: beginnende Parkinson, licht verward, hardhorend, stapt met stok.

Ervaringen: "Ik had geen zin in de inleefstage want ik moest mijn zieke baby van 10 maanden thuis achterlaten en daarbij had ik echt last van een schouderblokkade. Emotioneel was het moeilijk, ik kon mijn thuissituatie niet

uit mijn hoofd zetten. Dit maakte mijn stage-ervaring natuurlijk erg realistisch. De patiënten die bij ons op de afdeling in het ziekenhuis worden opgenomen, kiezen er ook niet voor om bij ons te zijn."

"De stage heeft me geholpen om stil te staan bij een aantal ervaringen waar je je als zorgverlener niet altijd van bewust bent. Het enige waar ik tijdens mijn verblijf bijvoorbeeld naar uitkeek waren

de maaltijden, zij gaven mij structuur. Het drinken uit een teutbeker viel me zwaar, het is niet leuk. Ook met de hardhorigheid had ik het moeilijk. Er wordt immers over je heen gepraat en je verstaat niet wat er wordt gezegd.”

Leerelementen: “Het is erg belangrijk om geduldig te zijn en begrip te hebben voor de afhankelijkheidssituatie van de patiënten. Ook hardhorigheid vraagt extra aandacht: hard spreken, oogcontact maken en begeleidend gebaren gebruiken zijn belangrijk. Vaak denk je dat een patiënt maar wat voor zich uitkijkt, maar eigenlijk heeft hij je gewoon niet gehoord.”

Jessica Snijckers (verpleegkundige)



Inleefprofiel: lichamelijk afhankelijk, psychische stoornis met hallucinaties, in rolstoel, verlamde arm na CVA.

Ervaringen: “De reacties van anderen op mijn waanbeelden verbaasden me soms. Vaak werd er gelachen maar er was ook irritatie. Ik voelde mij hier echt door gekwetst. Maar ook het fysisch afhankelijk zijn, begrijp je pas echt als je het aan den lijve hebt meegemaakt. Zeker als je naar het toilet moet, want daar ben je preuts op. Of als er niemand in de buurt is die je boterham kan smeren, of je kan helpen met het eten van spaghetti.”

Leerelementen

“We hebben aandacht voor de privacy van onze patiënten maar omdat we soms te veel op routine werken, staan we er onvolgende bij stil. Rap iemand zijn broek afstoten, is niet gepast. Of boven het hoofd van de patiënten praten. Wat kan nog beter? Geduld hebben, je kleiner maken en oogcontact hebben, begrip tonen en het tempo verminderen. Die kleine dingen maken het verschil.”

Anouk Peeters (Klinisch Neuropsychologe)



Inleefprofiel: cognitieve achteruitgang, hallucinaties, echtgenoot overleden

Ervaring: “Het was mooi om te zien hoe de stagiaires verpleegkunde leerden omgaan met mij doorheen de ervaringsstage. Aanvankelijk gingen ze in op mijn hallucinaties en geheugenproblemen. Ze wilden mijn hallucinaties en

wanen corrigeren naar hun eigen realiteit, wat bij mij nog meer paniek of nog meer verwarring veroorzaakte. Zo vertelde één van de stagiaires mij dat mijn echtgenoot al lang overleden was, hoewel ik voortdurend naar hem bleef vragen vanuit een overtuiging dat hij nog in leven was. Ik schrok heel erg van deze uitspraak.” “De stage was emotioneel zwaar. Hoewel ik mijn rol probeerde te blijven, voelde ik aan hoe vermoeiend ik was voor de stagiaires verpleegkunde. Ik vond het soms erg moeilijk om mijn rol te blijven vol te houden.”

Leerelementen: “Ik kon helemaal in mijn rol opgaan waardoor ik aan den lijve ondervond wat wel en wat niet werkt in de commu-

nicatie met een persoon met dementie.”

“In persoonsgerichte zorg ga je mee in de beleving van de patiënt met dementie. Mijn ervaringen hebben me geleerd dat ik hier bij families een extra aandachtspunt van moet maken. Families proberen, vanuit goede intenties, patiënten zo lang mogelijk bij de realiteit te houden maar op een bepaald moment gaat dat eigenlijk niet meer. Het heeft geen zin om de persoon met dementie voortdurend te ‘testen’ en te confronteren met zijn geheugenproblemen. Ook belangrijk is om blijvend begrip te hebben als een persoon met dementie tien keer na elkaar hetzelfde vraagt. Voor de persoon zelf is dat namelijk telkens de eerste keer dat hij deze vraag stelt. De negatieve reacties hierop zal hij, vooral op emotioneel gebied, langer meedragen.”

Carine Bas (hoofdverpleegkundige)



Inleefprofiel: rustige dame op leeftijd, mentaal goed, zeer hardhorig, mobiliteitsproblemen na CVA, incontinent, hulpbehoevend.

Ervaring: “Het was erg confronterend om niet thuis te zijn, maar in een donker huis vol vreemde apparaten, toestellen en geluiden. 's Morgens kwam de verpleegkundige voor een

anamnese. Ik hoorde niet goed maar daar hielden ze geen rekening mee. Dus ik schrok toen ze plots naast mij stonden. Ik had hulp nodig om te stappen maar de verpleegkundige trok aan mij omdat hij veel groter was en dat deed pijn.”

“Ik was als eerste in de eetzaal en men zou ‘seffens’ het eten brengen. Maar wat is seffens en er hing ook geen klok? De mensen rondom mij begonnen te zeuren: het is verschrikkelijk om als persoon zonder dementie de hele dag bij mensen met dementie te zitten. Uiteindelijk was het mij toch gelukt om weg te glijpen naar mijn kamer. Enkele minuten later stonden ze al bij mij en moest ik terug naar beneden. Even alleen zijn mocht niet want dan konden ze mij niet in het oog houden. Ik vond dit erg beklemmend. Er werd nooit gevraagd wat ik wel wilde.”

Leerelementen: “Een patiënt kiest er niet voor om bij ons te zijn. En je moet het als patiënt ook doen met de mensen die er zijn. Er wordt te weinig gevraagd wat de patiënt zelf wil. Ook boven het hoofd van de patiënt heen praten, is vaak een probleem.”

Els Billen: ergotherapeute



Inleefprofiel: dementerend, slecht te been

Ervaring: “Ik moest altijd in een rolstoel zitten maar ik kon eigenlijk ook met een looprek stappen. Toen ik vertelde dat het looprek uit mijn kamer verdwenen was, luisterde niemand naar mij.”

Leerelementen: Ik heb ervaren dat constant wachten en niet weten wat er gaat komen erg lang kan duren. Ook is het belangrijk dat we goed luisteren als onze patiënten iets willen vertellen.”



Leven na borstkanker... Leve BRA-day!



BRA is de afkorting van Breast Reconstruction Awareness. De laatste jaren is borstkanker, mede dankzij de Pink Ribbon acties, alom tegenwoordig in de media. Gelukkig, want het is een ziekte die 1 op 8 vrouwen treft en iedereen moet hier van bewust gemaakt worden.

Spijtig genoeg worden te vaak niet alle aspecten die met borstkanker te maken hebben, verteld. Te weinig komt het onderwerp 'borstreconstructie' aan bod, daar waar het in één adem zou moeten uitgesproken worden met de diagnose van borstkanker. Vandaar dat wereldwijd jaarlijks een BRA-Day wordt georganiseerd. De bedoeling van deze dag is voornamelijk om algemene informatie te verstrekken over borstreconstructies en alles wat er bij komt kijken. Zo krijgen borstkankerpatiënten een beter zicht op de mogelijkheden na de, vaak mutilerende ingreep die noodzakelijk is om het gezwel te verwijderen.

BRA-Day werd op 17 oktober 2012 voor de eerste keer in België georganiseerd. Ziekenhuizen in onder meer Antwerpen, Brussel, Leuven, Ottignies, Luik, Gent, maar ook Genk, openden hun deuren om informatie te verstrekken over borstreconstructies. Ook dit jaar zal hetzelfde initiatief genomen worden op 16 oktober.

Zoals gezegd is het initiatief ontstaan naar aanleiding van het gegeven dat patiënten wereldwijd vaak goed geïnformeerd zijn over borstkanker en de mogelijks mutilerende consequenties hiervan, maar dat ze amper ingelicht worden over de verschillende types van de reconstructiemogelijkheden en hoe deze te bekomen. Meestal is dit omdat de diagnose alleen al een zodanige mokerslag is voor de patiënten, dat er op dat moment geen informatie gevraagd wordt over borstreconstructies of deze niet wordt aangereikt. In het begin willen patiënten zich vaak enkel concentreren op de ziekte en hoe deze overwinnen. Eenmaal als het ziekteproces is doorlopen, zoeken patiënten meer informatie over borstreconstructiemogelijkheden. Deze maken immers integraal deel uit van het genezingsproces. Het is zo dat het overgrote deel van de patiënten de ziekte overwint, en al te vaak na een behandeling blijft zitten met een vertekend vrouwbeeld ten gevolge van de mutilerende ingreep. Het blijft moeilijk om bijvoorbeeld in de spiegel te kijken en het litteken wordt vaak als sociaal inhiberend ervaren, bijvoorbeeld bij zwemmen of het kiezen van een jurk. Aangezien veel jonge vrouwen door de ziekte worden getroffen en ook de oudere dames langer actief blijven in het sociale leven, groeit de vraag naar borstreconstructiemogelijkheden.

Informatie over borstreconstructiemogelijkheden wordt meer en meer beschikbaar via sociale media en het internet, maar ook diverse BV's hebben met hun getuigenis in lokale en nationale persbladen het onderwerp onder de aandacht gebracht. Het is echter nog vaak moeilijk voor de individuele patiënte om te weten welke mogelijkheden er voor haar bestaan, wat vaak tot frustratie of ontgoocheling kan leiden. Tijdens de BRA-Day kunnen individuele patiënten met hun persoonlijke vragen bij diverse specialisten terecht, zelfs al denken ze nog niet

onmiddellijk aan een reconstructie. Het is immers een stap waar vrouwen klaar voor moeten zijn. Sommigen willen eerst het genezingsproces verwerken. Anderen zien de mogelijkheid van een reconstructie als een lichtpunt aan het einde van een donkere tunnel en vragen al vroeg in het ziekteproces naar meer informatie. Hoewel de eerste BRA-Day alweer een tijdje achter ons ligt, blijft het topic borstreconstructies zeer actueel. De Belgische Vereniging voor Plastische Chirurgie ijvert voor betere terugbetalingsmodaliteiten, zodanig dat ingewikkelde technieken die vaak kostelijk uitkomen voor de patiënte (met of zonder hospitalisatieverzekering) bereikbaar worden voor iedereen.

Het is nog vroeg maar noteer 16 oktober 2013 alvast in de agenda en mobiliseer iedereen die u kent om met hun vragen over borstreconstructies naar de volgende nationale BRA-Day te komen. Iedereen kent immers wel iemand in zijn familie of vriendenkring die hierover wat meer uitleg kan gebruiken.



Dr. Nicolas Verhelle en
dr. Bert Van den Hof
Plastisch chirurgen

Heb je suggesties?

BRA-Day vindt plaats op 16 oktober 2013. Dit moet een interactieve dag zijn en daarom deze oproep om ons te laten weten welke onderwerpen we tijdens de BRA-day zeker moeten bespreken. U kan al uw suggesties doorsturen naar Braday@zol.be. In naam van het hele multidisciplinair borstcentrum danken wij u alvast voor uw enthousiaste opmerkingen en ook voor deze die we vorig jaar al mochten ontvangen.

Vragen en suggesties: Braday@zol.be

Meer info: www.zol.be/plastische.heelkunde, www.beautifulabc.com, www.bra-day.com

Mind The Gap, please

Transmurale psychosociale nazorg op maat van de oncologische patiënt

Door op een meer systematische manier gebruik te maken van de Welbevindenmeter hopen de ziekenhuispsychologen de informatiekloof tussen ziekenhuis en de eerste lijn te overbruggen. Daarnaast willen ze ook de aandacht voor psychosociale klachten van oncologiepatiënten bij alle zorgverleners aanscherpen.

In onze jarenlange werking als ziekenhuispsychologen hebben we gezocht naar de meest efficiënte wijze om de psychosociale noden en de problemen van oncologische patiënten zorgvuldig en tijdig te detecteren. Gaandeweg maakten we gebruik van 'De Welbevindenmeter'. Dit screeningsinstrument is de gouden standaard binnen de psychosociale zorgverlening wat betreft het opsporen van en communiceren over psychosociale behoeften van kankerpatiënten.

De Welbevindenmeter bevat een 'problemenchecklist', die aangepast is aan de oncologische problematiek. Eveneens wordt er gepeild naar algemene last, levenskwaliteit en de behoefte aan verdere professionele ondersteuning.

Dat de diagnose en behandeling van kanker gepaard kan gaan met verhoogde stress en een verminderde levenskwaliteit behoeft geen betoog meer. In de praktijk merken we dat deze klachten niet beperkt blijven tot de acute periode waarin patiënten onderzocht, gediagnosticeerd en behandeld worden. Ze kunnen aanslepen en bij sommige patiënten zelfs pas opduiken nadat de behandeling is afgerond. Denk hierbij aan vergeetachtigheid, verminderd seksueel verlangen, blijvende lichamelijke beperkingen,... Patiënten worden vaak pas bij het heropnemen van hun dagelijks, sociaal, familiaal of professioneel leven geconfronteerd met de gevolgen of beperkingen van hun ziekte.

Veel patiënten slagen erin om adequaat om te gaan met de verschillende uitdagingen die deze ziekte met zich meebrengt. Echter, 10 à 15 procent ontwikkelt psychologische problemen waarbij professionele hulp aangewezen is. Het is deze groep patiënten waarvoor wij de nodige zorg willen voorzien.

Vanaf maart willen we de werking met

deze Welbevindenmeter verder optimaliseren om ook te communiceren met andere zorgverleners. De gegevens uit deze patiëntenbevraging zullen niet enkel meer gebruikt worden om eventuele moeilijkheden bij de patiënt op te sporen en de interne communicatie met de artsen te verbeteren. We wensen nu ook de brug te slaan met de hulpverlening in de eerste lijn, met name de huisarts. Er zal steeds aan de patiënt goedkeuring gevraagd worden om de gegevens van de Welbevindenmeter te rapporteren aan de specialist en huisarts. Om organisatorische redenen kunnen voorlopig enkel de chirurgische oncologiepatiënten bereikt worden.

Voor wetenschappelijke doeleinden worden alle gegevens in een nieuw registratiesysteem bijgehouden en de momenten van afname gestandaardiseerd (na ingreep: 6 weken, 10 maanden, 1.5 jaar en 3 jaar).

*Els De Reuwe
Sabine Markovitz
An Martens
Katrien Vanhorenbeek
Psychologen*





De opdrachtverklaring van het ZOL was al meer dan tien jaar oud. Ondertussen is de sector, het zorglandschap en de positie van het ziekenhuis verder geëvolueerd. In 2011 werden ook de strategische doelstellingen van het ZOL opnieuw gedefinieerd in het strategische plan 'ZOL 2020'. Vandaar werden ook de missie en visie verder afgetoetst aan de nieuwe doelstellingen en opdracht. De nieuwe missie en visie werden goedgekeurd op de raad van bestuur van 24 januari.

Wat wordt bedoeld met een 'missie & visie'?

In onze missie definiëren we in enkele kernachtige zinnen onze waarden en identiteit: Wie zijn we en waar staan we voor? Wat zijn de kernwaarden in ons ziekenhuis? Deze missie wordt meer geconcretiseerd in de nieuwe visie: hoe zien wij ons zelf in de wereld van morgen? Waar streven we naar in de toekomst? Deze visie wordt beschreven in acht kernpunten. Van alle zorgverleners en andere medewerkers in het ZOL wordt verwacht dat ze deze kernwaarden kennen en er in hun job ook naar handelen.

Missie:

Het Ziekenhuis Oost-Limburg is een supra-

regionaal algemeen ziekenhuis dat een volledig zorgpakket aanbiedt, van basis- tot topklinische geneeskunde, in goede samenwerking met alle partners in de zorg, waarbij de patiënt steeds centraal staat. Patiëntvriendelijkheid, kwaliteit en toegankelijkheid zijn centrale waarden in het beleid.

Visie

1. Wij willen op een geïntegreerde en patiëntvriendelijke wijze professionele en veilige ziekenhuiszorg aanbieden, aan al wie op het ziekenhuis een beroep wenst te doen, ongeacht zijn / haar godsdienstige, filosofische of politieke overtuiging, ras, huidskleur of geslacht, sociale of culturele herkomst, financiële of maatschappelijke status. Tariefzekerheid en betaalbaarheid zijn belangrijke waarden in ons beleid.
2. Wij willen een volledig zorgaanbod realiseren met kwaliteitsvolle basisgeneeskunde voor de eigen zorgregio en met expertfuncties voor een breder gebied, binnen en buiten de provinciegrenzen. Wij nemen de nodige initiatieven om dit aanbod verder te laten groeien.
3. Wij willen binnen de expertfuncties alert zijn voor nieuwe initiatieven en mogelijkheden binnen de gezondheidszorg, initiatieven nemen tot en actief participeren aan wetenschappelijk onderzoek. Wij zijn voorloper in het ontwikkelen en stimuleren van nieuwe zorgvormen en spelen maximaal in op nationale en internationale evoluties.
4. Wij willen gestructureerd samenwerken met de eerste lijn, met andere ziekenhuizen binnen en buiten de eigen zorgregio, met andere zorgvoorzieningen en met universitaire ziekenhuizen en instellingen.
5. Wij willen een ziekenhuis zijn waar alle beleidsorganen, artsen en medewerkers op een respectvolle wijze, via overleg en in een sfeer van open communicatie met elkaar samenwerken.
6. Wij willen medewerkers en artsen kansen bieden om te groeien, zich te ontwikkelen en hun capaciteiten verder uit te bouwen zodat ze zich goed en gewaardeerd voelen.
7. Wij willen een transparante werking organiseren zodat aan de gemeenschap rekenschap kan worden afgelegd.
8. Wij willen kostenbewust werken om zo financieel gezond te blijven als waarborg voor de continuïteit van de ziekenhuiswerking.

Tom Arts is de nieuwe voorzitter van het ZOL

“Niets is zo kwetsbaar als gezondheid”

Op de Raad van Bestuur van 24 januari werd Tom Arts als nieuwe voorzitter van het ZOL aangesteld. Tom Arts is 46 jaar, advocaat en lid van de gemeenteraad van Genk. De familie Arts is niet onbekend in het ziekenhuis. Vader Alex Arts was van 1971 tot 1981 OCMW-voorzitter van Genk en daarmee ook voorzitter van het Sint-Jansziekenhuis. Broer dr. Wim Arts is pediater in het ZOL. Tom Arts volgt dr. Mieke Dezeure op die de afgelopen zes jaar het voorzitterschap op zich heeft genomen.

Wat is uw band met het ZOL?

“Met een naam als ‘Arts’ ben je toch voorbestemd om in een ziekenhuis te werken? Historisch en familiaal is er zeker een affiniteit. Maar wat me vooral intrigeert en interesseert is dat het ZOL een enorme organisatie is waar je zeer veel menselijk contact hebt. Er werken meer dan 3.000 mensen en daarnaast komen er vele bezoekers en patiënten naar het ziekenhuis. Het ZOL is ook een organisatie waar beslissingen in overleg genomen worden. Om er te werken moet je graag en goed met mensen overweg kunnen. Dat vind ik leuk.”

Het ziekenhuisbeleid, de financiering en de wetgeving zijn zeer complex. Heeft u dit al voldoende onder de knie?

“Je vraagt je af wat een advocaat in een ziekenhuis komt doen? Dat was voor mezelf snel duidelijk: de eerste agenda van de Raad van Bestuur bevatte 20 items waarvan er 13 of 14 betrekking hadden op contracten en inkomsten. Wat dat betreft ben ik dus goed geplaatst. Ik kom daarbij uit een advocatenkantoor dat hoofdzakelijk werkt met ondernemingen.”

“Uiteraard heeft mijn ervaring weinig met gezondheidszorg maar alles met bedrijfs-



management te maken: het stellen van strategische doelen en het vervullen ervan, een organisatie kunnen enthousiasmeren en leiden... Het is volgens mij ongetwijfeld een voordeel als je in de organisatie gegroeid bent want dan heb je veel achtergrond. Maar er zijn ook nadelen omdat je misschien het helikopterperspectief mist. De toegevoegde waarde van een leek kan zijn dat hij juist die extra dimensie brengt, of die andere invalshoek omdat hij op een andere manier kijkt. Of omdat niemand er ooit aan gedacht heeft. Er zijn dus zijn voor- en nadelen."

Waarom wilde u voorzitter worden van het ZOL?

"Goede maar moeilijke vraag. Wie wordt er voorzitter van het ziekenhuis? Blijkbaar vonden de deelgenoten dat ik over de juiste eigenschappen beschikte om de functie in te vullen. Aan mij nu om in het spoor van mijn voorgangers – die elk op hun manier een schitterende bijdrage hebben geleverd aan het ZOL- de volgende 6 jaar hun gelijk aan te tonen. De combinatie tussen de bedrijfs- en de zorgcomponent is iets wat mij alleszins aanspreekt.

Gaat uw advocatenpraktijk hiermee op een lager pitje?

"Ook dit is een heel moeilijke vraag. Ik wil uiteraard niet stoppen met mijn advocatuur want na mijn mandaat in ZOL moet ik nog verder. Ik ben het gewoon om vele dingen gecombineerd te doen of naast elkaar. Bovendien heb ik uitstekende medewerkers en collega's. Ik zal in elk geval in beide jobs de tijd steken die ervoor nodig is. En ik zal zijn waar de uitdagingen zich stellen."

Waar gaat u de accenten leggen?

"Ik kan hier vele clichés op een rijtje zetten maar dat ga ik niet doen. Het ZOL heeft een sterke directie, een goed management en de openheid is groot. De voorzitter mag geen trechter zijn waarlangs alles moet passeren. De taak van een voorzitter is volgens mij om in voortdurend overleg met de directie en bestuur de richting te bepalen waar het ziekenhuis naartoe gaat. Dat is niet eenvoudig als je weet dat het maatschappelijk landschap en de gezondheidszorg in een razend tempo veranderen, internationaal maar ook in België en Vlaanderen.

Wat zie je als de grote uitdagingen?

"Ik kan voor mezelf een aantal uitdagingen vooropstellen maar ik heb na een maand werken al begrepen dat de uitdagingen vanzelf naar me toekomen. En dat het een uitdaging is om goed op de vragen in te spelen."

"Maar er is toch een project waar ik van droom. Ik zou graag mijn deel willen bijdragen aan de eventuele oprichting van biomedische bedrijven op het wetenschapspark in Waterschei. Dit in samenwerking met de UHasselt, het ziekenhuis,

de geneesheren en de medewerkers. Op dit ogenblik staat het wetenschapspark nog in zijn kinderschoenen, maar er zijn hier en daar toch al een aantal initiatieven genomen."

"Het zou echt knap zijn als we iets zouden kunnen opstarten of uitbouwen. Omdat je dan als ziekenhuis iets dubbel kan teruggeven aan de maatschappij en de Genkenaar, - nl topklinische ziekenhuiszorg maar daarnaast ook extra werkgelegenheid - en dat zou fantastisch zijn."

Hoe belangrijk is communicatie voor u?

"Zowel interne als externe communicatie vind ik zeer belangrijk. Ik moet toegeven dat ik aangenaam verrast ben door wat er allemaal al gebeurt in het ZOL. In de externe communicatie vind ik dat het ziekenhuis meer moet zijn dan een plaats waar mensen geopereerd en verzorgd worden. Ik denk dat we pro-actief moeten werken. Het initiatief 'Genk Loopt' waarvan het ziekenhuis mede-initiatiefnemer is, vind ik zeer goed."

Hoe heeft u uw eerste maand als voorzitter van het ZOL ervaren?

"Dossiers instuderen om de materie onder de knie krijgen te krijgen, vergt veel studiewerk - 's avonds laat en in het weekend - maar dat vind ik niet erg. Ik wil mijn werk goed doen. En ik moet toegeven dat ik na één maand in het ZOL al gebeten ben door de job. Omdat je iets doet wat mensen recht in hun hart raakt. Niets is zo kwetsbaar als gezondheid. De meeste mensen die naar het ZOL komen, hebben een probleem. Het is de bedoeling te zorgen dat zij met een hernieuwd vertrouwen terug naar huis kunnen. Daar gaat het uiteindelijk om en daar word je enorm snel door gebeten. Dat lukt uiteraard niet altijd: sommige dingen zijn op te lossen maar andere niet."

"Wat me op 1 maand tijd enorm heeft aangegrepen, is hoe betrokken iedereen is. Iedereen doet echt inspanningen om een verschil te maken. En dan blijkt een voorzitter maar een klein schakeltje in het geheel. Wat kan hij immers concreet betekenen voor de zieke mens die om zorg vraagt?"

Grete Bollen

13



Voormalige president van Amerika, Ronald Reagan had een panische schrik voor het getal 666

Triskaideka-fobie (schrik voor het getal 13) zit er bij veel mensen in. Menig wolkenkrabber of hotel mist een 13de verdieping. Veel straten slaan het huisnummer 13 over (12B genoemd). Ook veel softwarebedrijven wippen van de 12de naar de 14de versie. Niet omdat ze zelf bijgelo-

vig zijn maar omdat ze vrezen dat menig koper een broertje dood heeft aan dit naargeestig getal. Volledig ongelijk kan men ze niet geven want iedereen herinnert zich nog de perikelen rond het ruimtetuig Apollo XIII. Twee dagen na de lancering op 11 april 1970 (de 13de dus) ontplofte de zuurstoftank van het motherschip en sprak de bemanning de historische woorden: "Houston, we have a problem".

Een trap hoger op de fobieschaal staat de 'paraskevidekatriafobie' (de angst voor vrijdag de 13de).

Op z'n onfortuinlijke dag waagt geen enkele triskaidekafobist zich onder een ladder, stelling of ander tuig waar een emmer op zijn hoofd kan vallen. Geen haar op datzelfde hoofd denkt er ook aan die dag een vliegtuigreis te boeken of op de beurs een financiële transactie te verrichten. Toch zijn er mensen (de niet-triskaidekafobisten) die dit 13de-gedoe flauwekul vinden. Zoals mijn ouders. Ze zijn op de 13de in het huwelijksboot-

je gestapt en hebben vier kinderen (1+3) verwekt. Als het enigszins mogelijk was hebben ze hun zilveren en gouden huwelijksverjaardag op een 13de gevierd. Tijdens die Bourgondische festijnen is er nooit een plafond naar beneden gedonderd en zijn er nooit historische woorden gesproken.

Toch is iedereen wel ergens behept met een fobie. Ik geef het niet graag toe, maar ik heb er ook een paar. Welgeteld drie. Vooreerst de acrofobie (hoogtevrees) en in het verlengde daarvan de bathofobie: de angst om een blik te werpen in duizelingwekkende diepten. Het hoeft daarom niet de gapende Grand Canyon ravijn te zijn. Van soep lepelen uit een diep bord krijg ik het al.

Mijn tweede fobie is de Hexakosioihexekontahexafobie, de schrik voor het getal 666. In de 'Openbaring van Johannes 13;18' staat geschreven dat het getal 666 naar Satan, de anti-Christ en naar de Apocalyps verwijst. Een huiveringwekkende gedachte aan het einde der tijden. En korter bij, de eigen dood. In die Satanische angst voor het getal 666 sta ik niet alleen. Ook de voormalige president van Amerika, Ronald Reagan had er een panische schrik voor. Toen hij met zijn vrouw Nancy naar de Bel-Air wijk in Los





Op 13 april 1970 ontplofte de zuurstoftank van het ruimtetuig de Apollo XIII.

Angeles verhuisde, was het adres van hun nieuwe woonst 'St. Cloud Road 666'. Dat veranderde hij duivelssnel in 668.

Naast mijn hoogtevrees en apocalyptische 666-angst lijd ik nog aan een derde fobie en dat is de Hippopotomonstrosesquipedaliofobie. De angst voor lange woorden. Iedere schrijver die graag een glasheldere tekst aflevert, vermijdt ze. Niet enkel omdat ze tongverhaspelend zijn. Ook omwille van hun hoog nijlpaardgehalte (vandaar de naam Hippopotomo ...) en dus, zoals een olifant in een porseleinen-winkel, daar niet thuis horen.

Gelukkig ben ik vrijwel van elke andere fobie gespaard gebleven. Schuif me in de enge koker van een CT-scanner, ik vertoon niet de minste claustrofobie. Plaats me op een groot plein, ik ken geen agorafobie. Laat me op dat groot plein een speech geven, de angst om een duizendkoppige menigte toe te spreken (lalofobie), is me geheel vreemd. Ook paruresis (plasangst tussen twee mannen in een urinoir) ken ik niet. En ook de angst voor vreemdelingen (xenofobie) is me totaal vreemd. Per slot van rekening heeft iedere mens, of hij nu blank, zwart, geel of chocoladebruin ziet, hetzelfde skelet en dezelfde rozerode organen.

Nog een andere, mij onbekende fobie is

de Aibohphobia, de vrees voor palindromen. Palindromen zijn woorden die van links naar rechts gelezen, of van rechts naar links, hetzelfde betekenen. Zoals 'lepel', 'meetsysteem' of 'tarwewrat'. Het kunnen ook zinnen zijn zoals 'lezen is in, ezel' of 'een ton snot, nee'. Nee, palindromen boezemen me geen enkele schrik in. Het woord 'Aibohphobia' is per slot van rekening zelf een palindroom.

Een laatste fobie die ik in deze dissectiekamer-rubriek wil aansnijden is er een uit de tijd waarin Manuela nog geen vergeelde foto was. Toen ze eens op een prille lentedag zwierig uit haar BMW stapte, omarmde ik haar bloesje en alles wat eronder stak. Om geen tijd te verliezen met een liefdesverklaring van hoog nijlpaard-gehalte, gaf ik haar een zoen pal op de mond. Volgens seksuologen de kortste en krachtigste liefdesverklaring. Maar toen ik opnieuw mijn ogen opende, vielen ze pardoes in de kloof van haar luchtig bloesje. Van bathofobie of ravijnangst hadden ze op dit moment niet de minste last. Integendeel. Ze wilden nog dieper duiken. Dus vroeg ik Manuela: "lijd je aan gymnofobie?" Toen ze nee knikte, begon ik dan maar haar bloesje los te knopen tot ik tussen knoopje 3 en 4 een ferme lap rond mijn oren kreeg. Compleet van slag vroeg ik wat haar bezielde? Het bleek een mis-

verstand. Gymnofobie, zo dacht Manuela, was de fobische schrik om aan gymnastiek te doen. En die angst had ze niet. Ze turnde graag en had zelfs een abonnement in twee fitnesscentra. Maar gymnofobie, zo probeerde ik haar uit te leggen, kwam van het Griekse 'gymnos', wat naakt betekent.

Haar mond viel open.

En daar stonden we dan allebei een beetje ongemakkelijk te wezen. Manuela met een nog altijd niet toegeknoopt bloesje en ik met een pijnlijk gezwollen oor. Een depressie hield ik er niet aan over. Wel een vierde fobie: de 'eisoptrofobie'. De angst om in een spiegel te kijken. Want als iemands zelfbeeld aan diggelen ligt, wil men niet geconfronteerd worden met zijn spiegelbeeld. Wat tot gevaarlijke situaties kan leiden. Zeker tijdens een ochtendlijke scheerbeurt met loeischerpe Gillette mesjes. En al helemaal op een vrijdag de dertiende.



Dr. Johan Van Robays
Anatomopatholoog

Symposia>

"The rebirth of maternal medicine? From science to clinic."

zaterdag 4 mei 2013, 9.30u, aula, ZOL campus Sint-Jan, Genk.
Inschrijven via http://www.uhasselt.be/symposium_maternale_geneeskunde. Info: anneleen.staelens@zol.be.
Het symposium vindt plaats naar aanleiding van de openbare doctoraatsverdediging van Kathleen Tomsin. De organisatoren wensen de deelnemers een update aan te bieden van de kennis over maternelle fysiologie en pathologie en de hieraan gerelateerde potentiële klinische toepassingen. Zij hopen hiermee een nieuwe boost te kunnen geven aan de ingedommelde aandacht voor de maternelle geneeskunde: "The rebirth of maternal medicine?"

Pentalfa>

Leren op de werkvloer: een uitdaging van stagiair tot stagemeester

Op donderdag 2 mei 2013 van 19.55 tot 22 uur, aula, ZOL campus Sint-Jan, Genk. Moderator: dr. Eric de Jonge.
Deze Pentalfasessie vertrekt vanuit de bevindingen van internationaal onderzoek naar leren op de werkvloer. In een eerste deel worden kort onderwijskundige inzichten ter zake besproken. In een tweede deel wordt dieper ingegaan op de vraag: 'Welke factoren bepalen wat en wanneer een stagiair leert op de werkvloer?' In een derde deel vertalen worden deze inzichten vertaald naar implicaties voor de stagiairs zelf, assistenten, stageleiders, faculteit en ziekenhuizen. Tenslotte worden, samen met alle betrokkenen, de opportuniteiten en uitdagingen voor het komende decennium geformuleerd.

Wetenschappelijke raad>

Opening nieuw Multidisciplinair Pijncentrum

donderdag 23 mei 2013, 20u30u, aula, ZOL campus Sint-Jan, Genk.
Op vrijdag 24 mei is er een open deur in de nieuwe gebouwen op campus Sint-Barbara met rondleidingen verwijzers en zorgverleners van 11 tot 16 uur.
Dr. J. Van Zundert en dr. M. Puylaert/ Anesthesiologie (pijnthherapie) ZOL

Dermatologie in beeld:

Recente ontwikkelingen in de dermatologie zullen afgewisseld worden met een interactieve vraagstelling, donderdag 20 juni 2013, 20.30u, aula, ZOL campus Sint-Jan, Genk.
Inhoudelijk coördinator: dr. L. Kerkhofs / Dermatologie ZOL

Wetenschappelijke publicaties

De redactieraad heeft beslist om de wetenschappelijke publicaties van de ZOL-artsen en andere medewerkers niet meer op te nemen in elk ZOLarium maar te bundelen in een jaarboek dat telkens zal verschijnen in de zomer.

Stad Genk en ZOL organiseren:

Genk Loopt

5 mei 2013

De gezondste loop van Limburg



13.30 uur: 1 km Kinderloop

14 uur: 5 km Jogging en Lambrechts-badjassenloop

15 uur: 10 km Run

Inschrijven en info: www.genkloopt.be of T 089 65 34 30



Met de steun van

JOGGINGCLUB LIMBURG

ATLETIECLUB GENK





Verantwoordelijke uitgever:
Dr. G. Vander Velpen
Hoofdgeneesheer ZOL

Redactie en samenstelling:
Grete Bollen

Werken mee:
Dr. Martine Burin
Els De Reuwe
Dr. Harrie Dewitte
Dr. Nathalie Dhont
Prof. dr. Wilfried Gyselaers
Sabine Markovitz
An Martens
Prof. dr. Willem Ombelet
Anouk Peeters
Dr. Johan Robays
Dr. Bert Van den hof
Katrien Vanhorenbeek
Dr. Jan Van Zundert
Dr. Nicolas Verhelle

Redactieadviesraad:
Dr. Marc Daenen
Dr. Jan De Koster
Dr. Willem Ombelet
Dr. Griet Vander Velpen
Dr. Sven Van Poucke
Dr. Johan Van Robays
Dr. Luc Verresen

Foto's:
ZOL
Lars Grieten
Mine Dalemans
Peter Vanloffelt
Imapictures

UHasselt
Tekening:

Lay-out:
Montana bvba

Redactie:
Schiepse Bos 6
B 3600 Genk – Belgium
www.zol.be
T +32 (0)89 32 17 62
zolarium@zol.be

Niets uit deze uitgave mag
overgenomen of vereenvoudigd
worden zonder schriftelijke
toelating van de uitgever