

bpost

PB-PP
BELGIË(N) - BELGIQUE

ZOLarium

TIJDSCHRIFT VAN DE WETENSCHAPPELIJKE RAAD

Jaargang 14 nr. 54 | okt • nov • dec • 2014



Vernieuwende aanpak voor vroege detectie zwangerschapsvergiftiging

KANKERZORG IN HET ZOL:
EEN OVERZICHT

BORSTRECONSTRUCTIES
OP MAAT

MAG TECHNOLOGIE
LEVENS REDDEN?



OP WEG NAAR 2015

Traditioneel beginnen we in het ziekenhuis na de zomer aan de uitwerking van de beleidsplannen voor het komende jaar. Dat is dit jaar niet anders. 2015 belooft voor het ZOL immers opnieuw een erg druk en belangrijk jaar te worden. Daarnaast wordt ook een strategisch beleid voor de toekomst uitgewerkt en wordt de basis gelegd voor de uitbreiding van de zorgcampus met zorggerelateerde functies.

Bouwprojecten

Dat 2015 een druk jaar wordt, leidt geen twijfel. Zo zullen er in de komende maanden verschillende bouwprojecten klaar zijn voor ingebruikname. Op campus Sint-Jan gaat het om de K-blok waar de verpleegafdelingen van André Dumont zullen ondergebracht worden, de cardiale revalidatie en een volledig nieuw cardio-vasculair interventiecentrum. Daarnaast de N-blok met het klinisch labo, de apotheek en vier nieuwe operatiezalen. In de M-blok komt de nieuwe Palliatieve Eenheid en in de D-blok wordt een nieuwe dubbele verpleegafdeling in gebruik genomen. Op campus André Dumont opent in de zomer het Ambulant Centrum met raadplegingsactiviteiten en mogelijkheden voor Medische Beeldvorming. Op campus Sint-Barbara opent in het voorjaar de nieuwe inkomhal. We zullen u zeker tijdig op de hoogte brengen van de verschillende verhuizingen en inhuizingen.

Kwaliteit en patiëntveiligheid

In het medisch beleidsplan van 2015 hechten we opnieuw veel belang aan het verder verbeteren van de kwaliteit en patiëntveiligheid van de zorg. Om de transparantie rond de zorgverlening verder te verbeteren wordt het beleid rond 'meten en werken met klinische indicatoren' verder uitgebouwd, ook in samenwerking met de nationale projecten.

Netwerking en samenwerking

In 2015 zal er ook veel aandacht gaan naar netwerking en verdere samenwerking met extramurale partners. Het ZOL bereidt zich voor op het gewijzigde zorgmodel waarbij klinische netwerken tussen de 1e, 2e en 3e lijn en lokale zorgnetwerken rond de patiënt steeds belangrijker worden.

Medisch-strategisch beleidsplan

In het kader van het strategisch plan ZOL 2020 werd een medisch-strategisch beleidsplan voor de komende vijf jaar uitgewerkt. Het gaat om een 'inventaris' waarin wordt opgesomd waar we met onze medische diensten in de komende jaren naartoe willen. Er is aandacht voor de implementatie van innovatieve en technologische initiatieven, voor de uitwerking van zorginitiatieven voor chronische patiënten met multipathologie en voor netwerking. Het plan zal jaarlijks aangevuld worden in functie van nieuwe evoluties.

Zorgstad Schiepsse Bos

Naast de uitbouw van het medisch beleid van het ziekenhuis, is er ook aandacht voor de ontwikkeling van de zorgcampus Schiepsse Bos. Bedoeling is naar een 'zorgstad' te evolueren waar naast het ziekenhuis ook zorgondersteunende en zorggerelateerde functies een duidelijke plaats krijgen. Op die manier kan de rol van ZOL als expert- en innovatiecentrum verder geconcretiseerd worden. Voor de uitbreiding van de beschikbare oppervlakte werd in 2014 een ruimtelijk uitvoeringsplan goedgekeurd.

Patiëntgestuurde zorg

Tot slot willen we ons als ziekenhuis ook voorbereiden op de evolutie naar meer patiëntenparticipatie en 'patient empowerment'. Patiënten wensen meer actief betrokken te worden in hun zorgproces en een goede informatie-uitwisseling is hiervoor noodzakelijk. Het elektronisch geïntegreerd patiëntendossier dat we binnenkort zullen aankopen en implementeren, zal mogelijkheden bieden om in te spelen op deze evoluties. U zal hier zeker nog van horen.

Dr. Griet Vander Velpen,
Medisch directeur

INHOUD

- 4 Assistent-artsen tevreden over hun stage
- 5 Screeningsprogramma voor opsporing poliepen en dikke darmtumoren redt levens
- 7 Kankerzorg in het ZOL
- 12 BRA-day 2014
- 15 ZOL start met ademtest voor borstkankerscreening

EPONIEMENKABINET

- 18 Slechte bloedvataanpassingen bij zwangere vrouwen in vroeg stadium opspoorbaar
- 20 Wereldvermaarde hartchirurgen volgen live demonstratie in het ZOL
- 24 Ethiek of economie?
- 26 Mag technologie levens redden?
- 28 ZOL opent psychologische onderzoekslabs

DISSECTIEKAMER

- 34 Billboard
- 36 Partners in zorg

06 KANKERZORG IN HET ZOL



Reeds meer dan twintig jaar kunnen patiënten voor oncologische en hematologische behandelingen terecht in het ZOL. Intussen is er veel veranderd wat betreft wetenschap, innovatie en organisatie. Nieuw is dat in het najaar oncoaches van start gaan die patiënten, naast de vertrouwde arts en andere zorgverleners, begeleiden tijdens hun zorgtraject.

18 ONDERZOEKERS UHASSELT EN ZOL ONTWIKKELEN TECHNIEK DIE LEVENS KAN REDDEN



Het team van prof. Gyselaers, verbonden aan de Universiteit Hasselt en aan het Ziekenhuis Oost-Limburg in Genk, staat mee aan de wieg van de ontwikkeling van veilige methodes om het bloedvatstelsel van zwangere vrouwen te onderzoeken. Expertise uit de International Working Group on Maternal Hemodynamics zijn zeer positief over de vernieuwende aanpak.

20 WERELDVERMAARDE HARTCHIRURGEN VOLGEN LIVE DEMONSTRATIES IN HET ZOL



Hartchirurgen uit meer dan twintig verschillende landen waren twee dagen in Genk voor een congres over hartklep-herstel. Ze volgden workshops waarbij openhartoperaties in het operatiekwartier via een livestreamverbinding doorgeseind werden naar de aula van het ZOL.

28 ZOL OPENT EERSTE LIMBURGS PSYCHOLOGISCH ONDERZOEKSLAB



Het ZOL beschikt sinds kort als enig niet-academisch ziekenhuis in Vlaanderen over een eigen psychologisch onderzoekslaboratorium. Dit maakt dat patiënten voortaan ook in Limburg kunnen deelnemen aan fundamenteel of experimenteel psychologisch onderzoek.



ASSISTENT-ARTSEN ZEER TEVREDEN OVER HUN STAGE IN HET ZOL

Nadat vorig jaar de ZOL-medewerkers bevestigd werden over hun werktevredenheid werd deze oefening zopas opnieuw gemaakt, maar dit keer bij de assistenten aan het einde van hun stage. Het onafhankelijke onderzoeksbureau Bing Research maakte recent de resultaten bekend en opnieuw zijn ze erg goed.

In totaal namen 59 assistenten deel aan het onderzoek. Er werd gefocust op 2 kernindicatoren: algemene tevredenheid en aanbeveling. 78% of bijna 8 op 10 assistenten gaf aan tevreden tot heel tevreden te zijn over het verloop van hun stage en liefst 90% beveelt het ZOL aan als stageplaats bij andere studenten.

Meer in detail werden ook een aantal kernthema's bevestigd. Qua begeleiding en klinische leerervaring liggen de scores opnieuw erg hoog, tot 90%. Onze dank hiervoor aan onze stage-meesters! Zij investeren tijd en energie in het opleiden van hun jonge collega's en zorgen er zo voor dat het ZOL een gegeerde stageplaats is en blijft.

In de zomer werd ons artsenkorps opnieuw versterkt met 87 assistent-artsen, verspreid over 21 specialismes in het ziekenhuis. De assistent-artsen komen terecht in een ziekenhuis waar zowel basisceneeskunde als topklinische geneeskunde beoefend wordt. Ze krijgen de

kans om verder te excelleren in hun vakgebied maar ook om andere vaardigheden te leren die nodig zijn om een goede arts te worden.

Naast de assistent-artsen zijn in juli ook een twintigtal nieuwe stagiairs aan de slag gegaan. Zij doen in het kader van hun artsenopleiding een eerste ervaring op met de klinische praktijkvoering.

We wensen hen veel succes toe!

(Foto: KNO-arts dr. Frans Indesteege (rechts), met assistent-artsen (v.l.n.r.) dr. Karen Beckers, dr. Frederik Lammens en dr. Nathalie Peeters)

SCREENINGSPROGRAMMA VOOR OPSPORING POLIEPEN EN DIKKE DARMTUMOREN REDT LEVENS

Recent startte de overheid een screeningsprogramma om poliepen en tumoren in de dikke darm op te sporen. Alle inwoners van 56 tot 74 jaar krijgen een immunologische faeces occult bloed test (iFOB test) opgestuurd. Met deze test wordt menselijk bloed in een stoelgangstaal opgespoord.

Als er bloed in de stoelgang wordt vastgesteld, wordt een coloscopie aangeraden. Met een coloscopie worden darmpoliepen verwijderd en een eventuele darmkanker opgespoord. Dikke darmtumor is de tweede belangrijkste kanker bij vrouwen (na borstkanker) en de derde belangrijkste kanker bij mannen (na prostaat- en longkanker).

Het iFOB screeningsprogramma is nuttig om darmpoliepen en darmtumoren in een vroegtijdig stadium op te sporen. De gevoeligheid van

de iFOB test is hoog en stijgt nog als de test om de twee jaar wordt uitgevoerd.

Gemiddeld duurt het zo'n tien jaar vooraleer een darmpoliep ontaardt in een darmtumor zodat het screeningsprogramma deze kwaadaardige evolutie kan voorkomen.

Het screeningsprogramma is enkel nuttig als er geen verhoogd risico is voor darmtumoren. Bij een verhoogd risico voor darmtumoren (zoals bijvoorbeeld bij families met darmkanker) wordt best onmiddellijk een coloscopie uitgevoerd. Door het screeningsprogramma steeg het aantal coloscopies in het ZOL met zo'n 20%. Hierdoor ontstond een wachttijd voor deze darmonderzoeken. In het ZOL wordt gepoogd om deze wachttijd te beperken tot een aanvaardbare zes weken maar jammer genoeg loopt de wachttijd soms langer op. Als de patiënt te lang moet

wachten op een coloscopie wordt hij vooraf op een raadpleging beoordeeld en bij alarmsymptomen wordt het coloscopisch nazicht dringend uitgevoerd.

Gemiddeld wordt bij zo'n 50% van de patiënten met een positieve iFOB test een poliep gevonden. Soms vertoont de verwijderde poliep kwaadaardige kenmerken in een vroegtijdig stadium. Bij een kleine groep patiënten wordt een kwaadaardig letsel gevonden waarvoor heelkunde noodzakelijk is.

Door het screeningsprogramma van de overheid zal het aantal sterfgevallen door dikke darmkanker dalen. De resultaten van het screeningsprogramma worden nauwkeurig opgevolgd.

Dr. Philip Caenepeel,
medisch diensthoofd gastro-enterologie



Darm met bovenaan een darmpoliep.



Patrick Stijven, teambegeleider oncocoaches: "Het is belangrijk dat de oncocoaches trajectbegeleiders zijn die de patiënt als het ware volgen doorheen ons ziekenhuis en zich niet binden aan één specifieke afdeling."

KANKERZORG IN HET ZOL

Reeds meer dan twintig jaar kunnen patiënten voor oncologische en hematologische behandelingen terecht in het ZOL. Intussen is er veel veranderd wat betreft wetenschap, innovatie en organisatie. In het ZOL wordt erg ingezet op een sterk wetenschappelijk onderbouwde klinische zorg, een goede en permanente opleiding van de verpleegkundigen maar zeker ook op een warme en menselijke zorg voor de patiënten. Nieuw is dat in het najaar oncocoaches van start gaan die patiënten, naast de vertrouwde arts en andere zorgverleners, begeleiden tijdens hun zorgtraject.

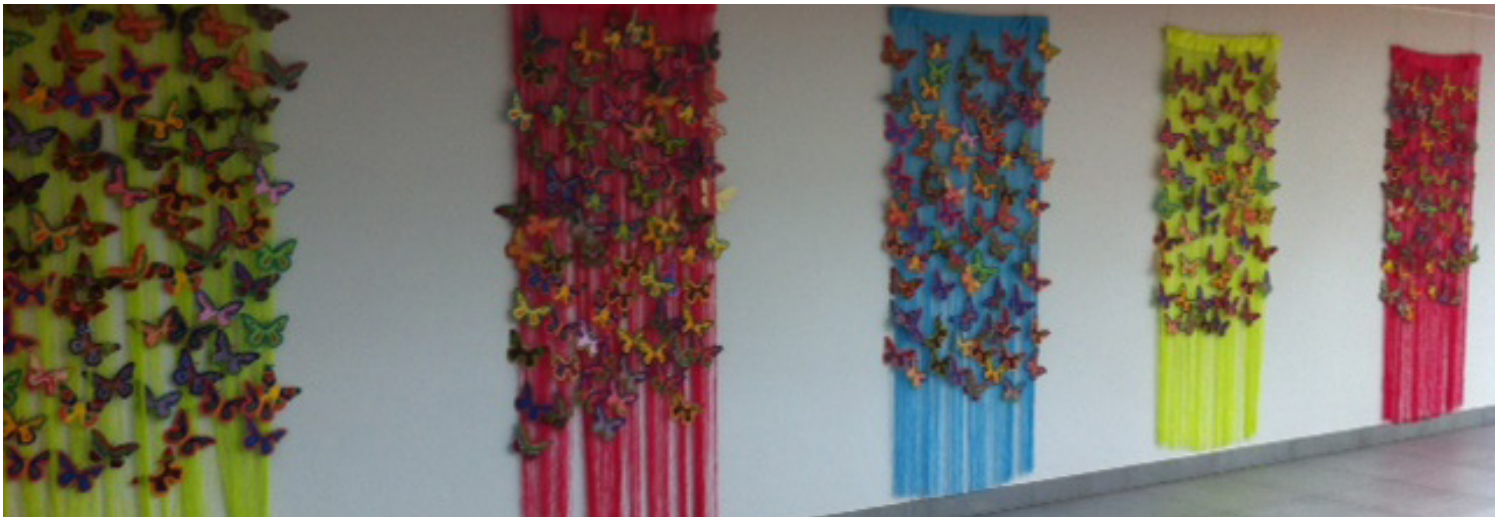
Mede dankzij de oprichting van het Limburgs Oncologisch Centrum (LOC) hebben we in Limburg de krachten voor de oncologische en hematologische behandeling kunnen bundelen. Op die manier is ook de uitbouw van radiotherapie in het ZOL mogelijk geweest. Een ander mooi voorbeeld is de samenwerking rond de uitvoering van autologe stamceltransplantaties. De artsen van het LOC werken campusoverschrijdend waardoor de samenwerking sterk verankerd wordt en de krachten gebundeld.

Anderzijds zien we ook een verdere specialisering binnen de verschillende disciplines van de oncologie. Waar digestieve tumoren hoofdzakelijk door de oncologen behandeld werden, zijn ze nu veelal het terrein van gastro-enterologen die zich hierin gespecialiseerd hebben. Almaar meer zie je 'specialismetandems' ontstaan, dit wil zeggen een nauwe samen-

werking tussen chirurgen en internisten. Deze samenwerking start reeds bij het MOC of het Multidisciplinair Oncologisch Consult. Hier bespreken artsen van de verschillende disciplines iedere nieuwe patiënt samen om zo de beste zorg voor de patiënt te waarborgen. Een nog nauwere samenwerking bestaat in multidisciplinaire raadplegingen waarbij de patiënt tijdens één consult de juiste arts voor dat moment ziet en waarbij een instant overleg gebeurt tussen zorgverleners van de verschillende disciplines. Een voorbeeld hiervan is de multidisciplinaire raadpleging voor borstkankerpatiënten.

Ook wat betreft het verpleegkundige luik heeft innovatie en wetenschap niet stilgestaan. Eerst en vooral wat betreft het verpleegkundig handelen. Het dagelijks toedienen van chemotherapie kan gezondheidsrisico's voor de verpleegkundigen met zich meebrengen. Er zijn doorheen

de jaren heel wat inspanningen gedaan om de veiligheid rond de toediening te verbeteren. En daar waar chemotherapie twintig jaar geleden werd bereid op de afdeling zelf, gebeurt dit nu gecontroleerd onder een 'laminar air flow'-kast in de apotheek. Er zijn specifieke voorzorgsmaatregelen voor het transport van deze geneesmiddelen naar de toedieningsafdeling. We maken gebruik van specifieke cytostaticatoedieningssets die een gesloten systeem waarborgen maar wel tien keer meer kosten dan een standaard infuusleiding. Ook wat betreft de afvalverwerking zijn er specifieke maatregelen. Om medewerkers hiermee vertrouwd te maken, is iedere nieuwe medewerker verplicht een bijscholing rond 'veilig omgaan met cytostatica' te volgen. De verpleegkundigen stellen ook het eigen handelen in vraag. Om de vijf jaar worden er 'veegtesten' gedaan waarbij op zoek gegaan



wordt naar sporen van cytostatica op een aantal voorkeurplaatsen om zo de eigen werkprocedures te evalueren.

Supportieve therapie

Dankzij de ontwikkeling van nieuwe supportieve of ondersteunende therapie voor de behandeling van nevenwerkingen als misselijkheid en braken, diarree, pijn en mucositis is de behandeling voor de patiënt nu heel wat dragelijker geworden. Maar de aandacht (preventie, toelichting, opsporing en behandeling) voor deze nevenwerkingen blijft heel belangrijk omdat ze toch heel bepalend zijn voor de levenskwaliteit van de patiënt.

Levenslang leren

De gigantische, therapeutische ontwikkelingen in de oncologie en hematologie maken het voor zorgverleners niet gemakkelijk om het overzicht te houden en op de hoogte te blijven van de laatste nieu-

wigheden. Vandaar dat levenslang blijven leren belangrijk is. Ook de overheid heeft hier aandacht voor en riep de 'bijzondere beroepstitel oncologie' voor verpleegkundigen in het leven. Na het behalen van de titel kan een verpleegkundige deze enkel behouden door om de vier jaar zestig uur specifieke bijscholing te volgen.

Ook op het gebied van educatie bundelen we in het LOC onze krachten met 'Oncology Clinics'. Dit vormingsinitiatief voor verpleegkundigen wordt twee tot drie keer per jaar georganiseerd voor de participerende ziekenhuizen en verhuist telkens van locatie. Het uitgangsprincipe van de sessies is steeds: hoe maken we betere verpleegkundigen? We bevragen de aanwezigen achteraf steeds over de kwaliteit en relevantie van de lezingen. In het voorjaar hadden wij in het ZOL de organisatie in handen. Het thema van de

dag was 'hersentumoren'. We konden rekenen op een 150-tal aanwezigen.

Los van de 'Oncology Clinics' starten we dit najaar in het ZOL met een eigen opleiding omdat we nog aanvullende vormingsbehoeften detecteren. We wensen vooral nieuwe medewerkers aan te spreken met 'Oncology goes back to basics'. Bedoeling is deze opleiding twee keer per jaar te organiseren zodat iedereen de kans heeft deze te volgen.

Door participatie in de werkgroep van de VVRO (Vlaamse Verpleegkundigen Radiotherapie en Oncologie) staan we ook op de eerste rij voor de bijscholingen die zij organiseren. Daarbij geeft de participatie in de VVRO toegang tot een breed netwerk van Vlaamse ziekenhuizen waardoor verpleegkundige, oncologische probleemstellingen vaak met een mail aan een collega kunnen opgelost worden.



Met de uitgebreide bijscholingen trachten we primaire kwaliteitszorg voor onze oncologische patiënten te garanderen. Bovendien zorgen we ervoor dat we up to date blijven met de laatste inzichten en technieken.

Nieuwe wind in de oncologische zorgverlening

Het Nationaal Kankerplan van 2008 heeft een nieuwe wind doen waaien in de oncologische zorgverlening. Het plan 2008-2010 omvat 32 initiatieven, verdeeld over drie krachtlijnen. De eerste krachtlijn gaat over preventie en opsporing, de tweede over zorg, behandeling en ondersteuning van de patiënt en de derde betreft onderzoek, innoverende technologie en evaluatie. Veel van deze initiatieven vinden we nu vanzelfsprekend maar zijn een gevolg van dit kankerplan, bijvoorbeeld de terugbetaling van consultaties voor rookstopbegeleiding, de systematische opsporing

van baarmoederhalskanker, de herwaardering van het multidisciplinair consult, consultaties van langere duur (dubbele slots) voor slechtnieuwsgesprekken, de financiering van psychosociale steun aan kankerpatiënten, oncodiëtetiek, uitgewerkte zorgtrajecten in de oncologie, de erkenning van de titel van oncologisch verpleegkundige, de verbeterde dekking door de ziekteverzekering van een aantal geneesmiddelen, enz...

Wat verwachten patiënten van ons?

In 2012 hadden we in het ZOL 1.321 geregistreerde nieuwe diagnoses van kanker. Dit betekent dat er iedere werkdag in het ZOL een 5-tal patiënten de mededeling krijgen dat er een kwaadaardig gezwel werd vastgesteld. Iedere werkdag opnieuw vijf patiënten die in een emotionele rollercoaster terechtkomen en wiens leven wellicht nooit meer hetzelfde zal zijn.

Patiënten gaan er van uit dat zorgverleners hun job volgens de regels van de kunst doen en zij vertrouwen ook daarop. De meeste patiënten kunnen niet oordelen over de vakbekwaamheid. Wat patiënten bekommert, is de secundaire kwaliteit. Hoe worden ze benaderd? En dit gaat veel verder dan vriendelijkheid. Belangrijk is aandacht voor vaak kleine dingen zoals nabije parkeerplaatsen, beperkte wachttijden, informatie op maat, privacy, aandacht voor de 'kleinere' ongemakken zoals voedingsproblemen en maaltijdkeuze, advies rond blootstelling aan de zon, wellness, omgaan met vermoeidheid, haaruitval, seksuele bekommernissen Onze patiënten verwachten vriendelijke

medewerkers die eveneens begaan zijn, die hun signalen oppikken zonder veel woorden.

De diagnose kanker geeft een nieuwe realiteit aan het bestaan en het alledaagse. De tas koffie van 's morgens is niet meer dezelfde als voorheen, de krant lezen krijgt een andere betekenis. Het verdwijnen van de zorgeloze activiteiten en de vaste patronen brengt sommige mensen heel erg van koers. En dan is het goed dat er een professioneel vangnet is om deze mensen terug op het spoor te helpen. In het ZOL hebben we een uitgebreid team van zorgverleners die zeer sterk gespecialiseerd zijn en de patiënten graag begeleiden.

Oncocoaches

In het ZOL willen we als zorgverleners ook heel graag samen met de oncopatiënten op pad gaan, samen het oncologisch zorgtraject bewandelen om dan net op die belangrijke schakelmomenten er te zijn om informatie te geven (over behandeling, chemo, omgaan met chemo, nevenwerkingen), voor educatie (praktische problemen zoals omgaan met een pruik, zonneblootstelling, sportbeoefening, reizen) en motivatie (revalidatie, georganiseerde sessies, farmacompliance, bewegen, voeding...) maar zeker ook om een luisterend oor te bieden, om een helpende hand uit te steken of voor een bemoedigend woord.

Voorgaande zal gebeuren door de oncocoaches, die in het ZOL van start gaan in het najaar. Soms worden deze zorgverleners ook trajectbegeleiders of verpleegconsulenten genoemd. Zij zullen een soort



Dag tegen Kanker 2014

'buddy' of coach voor de patiënt trachten te zijn, die een psychosociale meerwaarde wenst te bieden, die zeer laagdrempelig te bereiken is en het aanspreekpunt voor de oncologische patiënt wordt, naast de vertrouwde arts en andere zorgverleners.

Tijdens het zorgtraject van de oncologische patiënt zijn er een aantal schakelmomenten waarbij de patiënt extra aandacht behoeft: bij de diagnose, bij de opstart van de radiotherapie, de eerste chemotherapie, herevaluaties, per orale targeted therapies, bij de overgang naar niet-curatieve therapie... Allemaal momenten waarop de patiënt een buddy kan gebruiken, maar ook later thuis wanneer er vragen zijn of bekommernissen. De oncocoach wenst een aanvulling te zijn op wat er al voorhanden is aan zorg en begeleiding. Oncocoaches zijn warme verpleegkundigen die beschikken over een goede dosis empathisch vermogen, die menslievend zijn, zorgzaam, sensitief, oprecht en integer.

Slechtnieuwsgesprekken

Om meer zicht te krijgen op hoe het slechtnieuwsgesprek in Vlaanderen wordt ervaren, heeft de Vlaamse Liga tegen Kanker (VLK) in de media een oproep gelanceerd voor (ex-)patiënten en hun naasten om hun ervaringen anoniem te posten op de website of mee te delen via

de Kankertelefoon. Dit heeft 431 getuigenissen opgeleverd waarvan 21% over de hele lijn positief, 28% met zowel positieve als negatieve ervaringen (met verschillende zorgverleners of ziekenhuizen) en verder 51% ronduit negatieve getuigenissen. Uit de vele getuigenissen blijkt dat er nog heel wat ruimte is voor verbetering; tegelijk geven de positieve getuigenissen aan dat een goed slechtnieuwsgesprek zeker kan. Eenvoudige oplossingen zijn zowel inhoudelijk als contextueel mogelijk. In Frankrijk bijvoorbeeld werd hiervoor een mededelingsdispositief opgesteld, zonder daarbij de individuele aanpak uit het oog te verliezen. Dit wil zeggen dat de mededeling over de diagnose van kanker gebeurt volgens een uniform en menselijk communicatieprotocol waarbij rekening gehouden wordt met de tijd die de patiënt nodig heeft om de informatie te verwerken. Het protocol voorziet vier afzonderlijke momenten:

- een medisch moment: de aankondiging door de arts van de diagnose en de voorstelling van de behandelingsstrategie;
- een moment voor verzorgende begeleiding: paramedische consultatie die mogelijk is na de medische consultatie. Het gaat dan om het bieden van een luisterend oor en het geven van allerhande nuttige informatie;

- toegang tot een team van sociaal assistenten, psychologen...;

- communicatie tussen het ziekenhuisteam en de huisarts, wat essentieel is voor de continuïteit en de zekerheid van de zorgen.

Vooraf op het tweede moment voor verzorgende begeleiding wensen onze oncocoaches in te zetten, op die situaties waar de omstandigheden ertoe leiden dat dit nu moeizaam is. Op afdelingen waar dit al goed gedaan wordt door de afdelingsverpleegkundigen is de tussenkomst van de oncocoaches uiteraard minder noodzakelijk.

Vanaf oktober zullen de eerste oncocoaches van start gaan. Zij zullen toegewezen worden aan de specifieke domeinen in de oncologie: pelviene oncologie voor baarmoederhalskanker en ovariumkanker, urologische oncologie voor de prostaatkankers, blaaskankers, niertumoren en testistumoren; digestieve oncologie voor de tumoren van het maag-darmstelsel waaronder slokdarmkanker, maagkanker, pancreastumoren, levertumoren, colo-rectale tumoren; respiratoire oncologie voor de longtumoren en ten slotte hematologie en hoofd/halstumoren. Een oncocoach voor neurologische tumoren volgt later.

In 2012 hadden we in het ZOL 1.321 geregistreerde nieuwe diagnoses van kanker. Dit betekent dat er iedere werkdag in het ZOL een 5-tal patiënten de mededeling krijgen dat er een kwaadaardig gezwel werd vastgesteld.

De oncocoaches zullen per discipline opstarten in een halftijdse job. Binnen deze jobtime zullen ze ook accenten leggen waarbij ze zich focussen enerzijds op kwetsbare groepen zoals alleenstaanden met weinig netwerk, oudere patiënten en jonge gezinnen, anderzijds op andere opportuniteiten. Het is belangrijk dat de oncocoaches trajectbegeleiders zijn die de patiënt als het ware volgen doorheen ons ziekenhuis en zich niet binden aan één specifieke afdeling.

Zorgpad psychosociale zorg

Daarnaast werd een zorgpad rond psychosociale zorg voor kankerpatiënten ontwikkeld. Om de noden in kaart te brengen, werd eerst een uitgebreide bevraging gedaan, aangevuld met patiënteninterviews. Dit gebeurde in samenwerking met het Studiecentrum Erika Thijs. De bevindingen werden opgenomen in het zorgpad. Er is vooral ingezet op betere communicatie en informatiedoorstroming. Het zorgpad zal in het najaar stapsgewijs uitgerold worden.

Uitdagingen voor de toekomst?

Uitdagingen zullen steeds blijven bestaan, zowel in wetenschap, innovatie als organisatie. Het gaat dan over 'putting evidence into practice'. Belangrijk daarbij is dat zorgverleners steeds de balans tussen het technische en het menselijke vinden

en ter harte nemen. Een benadering met veel warmte en zorgzaamheid.

In de oncologische zorgverlening is net zoals in andere disciplines een sterk netwerk en een goede samenwerking tussen de verschillende partners noodzakelijk. Respect voor ieders functie in de multidisciplinaire benadering is daarbij erg belangrijk. Intramuraal tussen artsen, verpleegkundigen, psychologen, sociaal verpleegkundigen, oncodiëtisten en diverse andere medewerkers. Extramuraal met huisartsen, thuisverpleging, familie, En ten slotte ook met de hogescholen, andere ziekenhuizen, patiëntenverenigingen, de VLK en de Stichting tegen Kanker....

Daarnaast zijn er nog andere uitdagingen. Groeimogelijkheden liggen in de secundaire kwaliteit zoals het aanbieden van 'wellness' voor oncologische patiënten. De term 'wellness' is erg breed en kan gaan van schoonheidsverzorging, massage en schoonheidsadvies tot mindfulness, omgaan met kanker, specifieke voeding....Er is nu reeds een aanbod in het ZOL maar in vergelijking met andere centra hebben we hier zeker nog groeimarge.

Eén van de meest gehoorde ongemakken die oncologische patiënten ervaren, is vermoeidheid. Die vermoeidheid heeft vaak een negatieve invloed op hun levens-

kwaliteit. Op dit moment geven we reeds jaren vormingssessies over vermoeidheid, in samenwerking met de VLK. We krijgen hier steeds goede feedback over maar het is slechts een stukje van de mogelijke opties. Het is wetenschappelijk aangetoond dat revalidatie zeer zinvol is in de strijd tegen vermoeidheid. Deze revalidatie gebeurt best vanuit een holistische visie en in een breder kader. Dit kunnen realiseren zou een mooie en waardevolle uitdaging kunnen zijn in de toekomstige zorgverlening voor onze oncologische patiënten.

Patrick Stijven

Teambegeleider Oncocoaches en expertverpleegkundige oncologie



In verschillende studies is aangetoond dat een borstreconstructie de levenskwaliteit merkkelijk verbetert en goed is voor het zelfvertrouwen en het zelfbeeld van de patiënte op korte en lange termijn.



BRA-DAY 2014

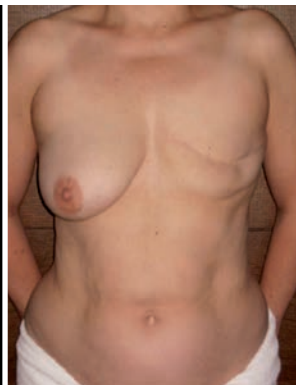
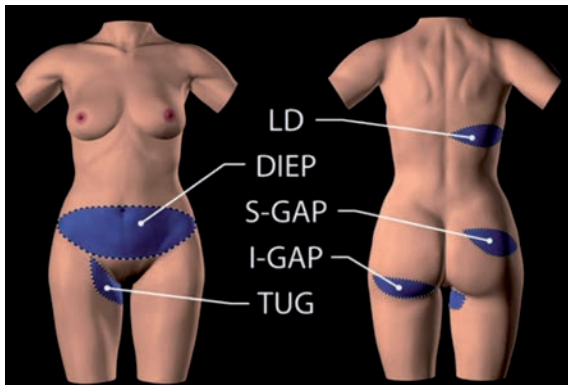
BORSTRECONSTRUCTIE OP MAAT

Op 14 oktober organiseerde de dienst Plastische Heelkunde van het ZOL 'BRA-day'. Het opzet van deze internationaal gecoördineerde campagne is informatie geven aan zorgverleners en vooral aan patiënten rond borstreconstructie na (gedeeltelijke) amputatie van de borst.

Borstreconstructie wordt door velen, ook door een groot aantal borstkankerpatiënten, als niet essentieel en bijkomstig beschouwd omdat het niet levensreddend is. Echter, in verschillende studies is aangetoond dat een borstreconstructie de levenskwaliteit merkkelijk verbetert en goed is voor het zelfvertrouwen en het zelfbeeld van de patiënte op korte en lange termijn. Met de organisatie van deze campagne ijveren wij er dan ook voor dat elke vrouw de mogelijkheid krijgt om zich goed te informeren over borstreconstructie, en dit op een ogenblik dat nog alle opties open zijn en zowel veilig als efficiënt kunnen uitgevoerd worden.

Net als de oncologische behandeling van de patiënte met borstkanker hangt ook de reconstructieve chirurgie van de borst af van verschillende factoren. Deze verschillen van patiënte tot patiënte. Voor elke vrouw dient individueel een afweging te worden gemaakt tussen de verschillende bestaande technieken om tot een concreet behandelplan te komen. Het is belangrijk dat elke vrouw tijdig geïnformeerd wordt over de verschillende operatietechnieken. Het is een misvatting dat dit pas na de oncologische behandeling kan plaatsvinden.

In het multidisciplinair oncologisch overleg, waar de medische behandeling voor borstkanker wordt besproken, is steeds een plastisch chirurg aanwezig en wordt de mogelijkheid voor onmiddellijke reconstructie afgewogen. Indien de patiënte hiervoor in aanmerking komt, wordt zij hierover geïnformeerd en krijgt zij de mogelijkheid voor een consultatie bij de plastisch chirurg. Uit onze ervaring blijkt dat deze haar best actief wordt aangereikt, want slechts een klein deel van de borstkankerpatiënten hebben interesse in een borstreconstructie tijdens het verwerkingsproces van het slechte nieuws rond borstkanker en de medische behandeling. Een informatieve consultatie voor of tijdens de medische behandeling betekent ook vaak een mentale opkikker. Er worden plannen gemaakt en de patiënte en haar naasten kunnen vooruit kijken naar wat eventueel komen gaat.



Figuur 1: Mogelijke donorplaatsen voor lichaamseigen borstreconstructie. Figuur 2: Vòòr (links) en na (midden en rechts) een lichaamseigen borstreconstructie met weefsel uit de onderbuik.

Deze individuele benadering is noodzakelijk. Zoals elke vrouw verschilt van grootte en gewicht, zo verschilt ook elke borst van grootte en vorm. Gezien het vaak om een enkelzijdige amputatie gaat, dienen ook de kenmerken van de andere borst in overweging te worden genomen.

Welke techniek het meest geschikt is, hangt van nog meer factoren af. Noodzaak tot nabestraling, huid of vetoverschot op de eventuele donorplaatsen en uiteraard ook de wens van de patiënte zijn er enkele van.

Een borstreconstructie na borstkanker is een proces dat meestal uit enkele stappen of ingrepen bestaat waarbij de vorm van de borst opnieuw wordt opgebouwd. De eerste stap is de reconstructie van het volume van de borst, de laatste de reconstructie van de tepel en het tepelhof, het eindpunt van de reconstructie.

Wanneer de eerste stap begint in relatie met de oncologische behandeling maakt het verschil tussen onmiddellijke en uitgestelde reconstructie.

Een onmiddellijke reconstructie start met een zogenaamde 'tissue expander' tijdens de ingreep van de borstamputatie. Dit is een ballon bestaande uit een silicone schil en een klep waarlangs zoutwater wordt geïnjecteerd en zo het volume van de borst wordt nagebootst. In een latere fase wordt deze ballon vervangen door een definitieve reconstructie. Het voordeel van deze techniek is dat de huid van de borst kan worden gespaard, en dit resulteert in minder littekens en een natuurlijker resultaat. Omdat deze ballon onder de borstspier wordt geplaatst en initieel volledig leeg wordt gelaten, is de interferentie met radiotherapie klein. Doordat deze 'tissue expander' tijdens de ingreep van de borstamputatie wordt geplaatst, 'wint' de patiënte een ingreep en kan in een optimale tijdsspanne worden gestart met het herstel van het borstvolume.

De uitgestelde reconstructie is deze die aanvangt na de oncologische behandeling. In de periode na de amputatie is er dus geen borstvolume en heeft de patiënte een vlak litteken op de borstkas. De afwezigheid van de borst kan worden 'gecamoufléerd' door de BH op te vullen met een plakprothese. Na het laten verrichten van een reconstructie kan de patiënte dit hoofdstuk achter zich laten.

Ook in de technieken van (uitgestelde) borstreconstructies zijn er twee grote families. De eerste is de reconstructie met lichaamsvreemd materiaal, de borstprothese. Dit is technisch gezien de meest eenvoudige oplossing maar deze is lang niet geschikt voor elke vrouw. Als alternatief voor de prothesereconstructie is een reconstructie met eigen weefsel mogelijk. Het gaat om het gebruik van 'reserve-onderdelen' uit andere zones van het lichaam. Het meest frequent wordt huid en onderhuids vetweef-

sel uit de onderbuik gebruikt, de zogenaamde DIEP-flap (Deep Inferior Epigastric Perforator Flap). Gezien ook dit niet bij elke vrouw mogelijk is, zijn er een aantal alternatieven zoals het achterdeel van de dij, de bilregio, de binnenzijde van de dij en de rugspier. Deze ingrepen zijn technisch moeilijker maar geven een natuurlijk resultaat dat 'meeleeft en evolueert' met de patiënte. Reconstructies met eigen weefsel dragen daardoor vaak onze voorkeur weg.

Over elk van deze technieken wordt op het internet op honderden websites gediscussieerd en dat is goed zo. Vrouwen komen dan ook vaak goed geïnformeerd en met een uitgesproken voorkeur naar de consultatie. Enkel een goed gesprek, zo vroeg mogelijk in het proces, kan deze voorkeur bekrachtigen of de patiënte sparen van een desillusie.

BRA-day

Op 14 oktober werd een informele wetenschappelijke avond georganiseerd voor patiënten en zorgverleners in het kader van de BRA-day. De avond was een groot succes met levendige discussies. Elk aspect van borstreconstructies werd toegelicht, gaande van een uiteenzetting van de technieken tot een panelgesprek met lotgenotes. Zo hopen we het taboe rond borstchirurgie te doorbreken en de relevantie van deze procedures juist te kaderen. Wij ijveren om iedereen te bereiken die in dit proces is betrokken. Daarom geven we verspreid over het jaar meermaals voordrachten en informatiesessies. De volgende BRA-day wordt georganiseerd in oktober 2015.

De plastisch chirurgen van het ZOL zijn:

Dr. Bert Van den Hof
Dr. Nicolas Verhelle
Dr. Bob Vermeulen

De BRA-day (Breast Reconstruction Awareness-day of vertaald: Kennisdag rond borstreconstructie) is een initiatief van Canadese origine, ontstaan in 2011. Al snel is deze campagne overgewaaid naar België met steun van de 'Beautiful ABC foundation' (Beautiful after breast cancer, www.beautifulABC.com) en later ook met de steun van de 'Koninklijke Belgische Vereniging voor Plastische Chirurgie' (www.rbps.be). De jaarlijkse campagne rond 15 oktober wordt nu al wereldwijd georganiseerd.

HET ZOL START MET ADEMTEST VOOR BORSTKANKERSCREENING

Het multidisciplinair borstcentrum van het ZOL neemt deel aan een internationale studie in verband met een ademtest voor de opsporing van borstkanker. Het onderzoek vindt tegelijk ook plaats in Maastricht en New York.

De deelname aan de studie draagt bij aan het streven van de borstkliniek van het ZOL naar hoog kwalitatieve screening voor borsttumoren op een niet-invasieve wijze. Mammografie is vandaag de belangrijkste screeningstest voor borstkanker, maar heeft enkele nadelen: het onderzoek is onaangenaam en er wordt een kleine dosis röntgenstralen (X-stralen) gebruikt. Daarbij wordt een mammografie standaard slechts éénmaal om de twee jaar uitgevoerd en enkel in de leeftijdsgroep 50-69 jaar. De ademtest daarentegen is een eenvoudig en onschadelijk onderzoek dat frequent kan worden uitgevoerd in alle leeftijdsgroepen.

De ademtest voor borstkankerscreening analyseert vluchtige organische stoffen of vluchtige biomerkers in de lucht die een patiënte uitademt. Borsttumoren geven immers aanleiding tot een verandering in de stofwisseling (gewijzigd metabolisme, waaronder inductie van cytochrome p450 door verhoogde oxydatieve stress) die meetbaar is met de chromatografische test (Breath-link test ontwikkeld door Menssana Research Inc, New Jersey, USA). De techniek is reeds getest in een pilootstudie waarbij het spectrum aan concentraties van deze vluchtige organische stoffen verschillend was bij vrouwen zonder borstkanker versus vrouwen met borstkanker bewezen door biopsie (hoge negatieve predictieve waarde van 99.9%); cfr artikel: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0090226>

Het huidige onderzoek wordt uitgevoerd om de significante kenmerken van deze chromatografische spectra te optimaliseren en te valideren in een grotere patiëntengroep van meer dan 1.700 patiënten. Vervolgens zal de ademtest prospectief worden geëvalueerd als screeningstest voor borstkanker.

Als deze ademtest inderdaad een hoge negatieve predictieve waarde blijkt te hebben, kunnen in België alleen al duizenden screeningsmammografieën per jaar vermeden worden. Bijvoorbeeld: per 1.000 screeningsmammografieën worden er ongeveer vier borstkankers gevonden. Er zijn dus 996 vrouwen die een



mammografie ondergaan zonder dat zij borstkanker hebben. Het doel van deze ademtest is zoveel mogelijk van deze 996 vrouwen te identificeren zodat zij geen onnodige mammografie dienen te ondergaan.

Na verdere optimalisatie van deze test, en na prospectieve klinische testen, zou de ademtest kunnen ingezet worden als eerste selectie bij screening naar borstkanker; bij de geringste twijfel zal vervolgens een mammografie worden uitgevoerd.

Met dank aan Think Pink voor de financiële ondersteuning van dit onderzoek via het SMART fonds. Dit fonds steunt onderzoekers van bij ons die innovatieve wetenschappelijke projecten opzetten rond borstkanker. Think Pink is een vzw die zich inzet in de strijd tegen borstkanker.

Prof. dr. Jan Vandevenne
Radioloog



VLADIMIR BEKHTEREV (1857 - 1927)

"Toen de beroemde medicus Vladimir Michailovitsj Bekhterev in 1927 werd gevraagd om Stalin te onderzoeken, omdat de Grote Baas last had van zijn arm, stelde hij vergoederde achtervolgingswaan vast. Kort daarna was Moskou getuige van de begrafenis van de eminente wetenschapper."

Aldus de Russische historicus en schrijver Edvard Stanislavovitsj Radzinski in zijn biografie over Vladimir Michailovitsj Bekhterev. Alvorens verder te lezen is het raadzaam de mond te spoelen met een wodka. Niet alleen om die Russische voornamen uitgesproken te krijgen maar ook om de afgrijselijk doodstrijd van Vladimir Michailovitsj Bekhterev straks beter verteerbaar te maken.

Briljant wetenschapper

Bekhterev is wereldberoemd geworden door de ankyloserende spondylitis die hij beschreven heeft en de ziekte van Bekhterev genoemd wordt. Maar de beschrijving van die hakenvormende wervelontsteking is slechts een kleine voetnoot geweest in zijn totale oeuvre. Groter was zijn bijdrage aan het onderzoek naar de organisatie van het brein en de studie van de neurofysiologie. Bovendien verrichtte Bekhterev baanbrekend werk op het domein van de neuropathologie en de psychiatrie, twee domeinen die in die tijd als één klinische discipline gezien werden.

Na zijn studies aan de militaire medische academie in Sint-Petersburg trok Bekhterev zoals veel andere wetenschappers in zijn tijd naar Berlijn en Parijs om zijn wetenschappelijke horizon te verruimen. In Leipzig werkte hij in het laboratorium van professor Paul Flechsig, neuroanatom en psychiater, die met zijn zelf op punt gestelde myelinekleuring de zenuwbanen zwart kleurde. In dit labo ontdekte Bekhterev de nucleus vestibularis superior die zijn naam draagt: Bekhterev's nucleus.

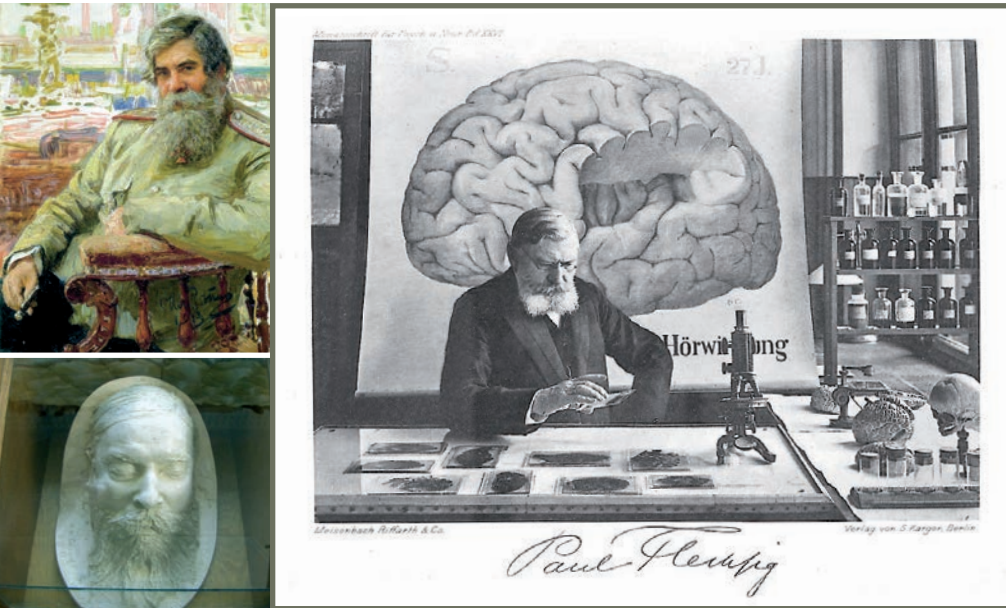
In Parijs studeerde Bekhterev bij een andere grote coryfee uit die tijd, de man die het eerste gespecialiseerde hospitaal voor patiënten met neurologische aandoeningen oprichtte, Jean-Martin Charcot (ZOLarium nr 28). Tijdens zijn verblijf in Parijs kreeg hij de uitnodiging om in Kazan professor psychiatrie te worden en hij twijfelde geen moment. Gretig nam Bekhterev de leerstoel aan en in de 8 jaar dat hij er les gaf, richtte hij een laboratorium op dat zich specialiseerde in hersenmorfologie en psychofysiologie. Honderden wetenschappelijke artikels verschenen van zijn hand waaronder eentje dat hem wereldberoemd zou maken, namelijk dit over de wervelverstijving of de ziekte van Bekhterev. In Kazan richtte hij ook de Sociëteit van Neurologen & Psychiaters op en gaf een neurologisch tijdschrift uit, de Nevrologicheskij Vestnik (tweede wodka achterover gieten).

In 1893 verliet Bekhterev Kazan om zijn vroegere professor psychiatrie Merzheievsky in Sint Petersburg op te volgen. In de volgende twintig jaar ontpopte hij zich als een grote denker, onderzoeker leraar en organisator. Hij schreef honderden artikels over de functionele anatomie van de hersenen, experimentele psychologie en klinische neurologie, drie domeinen waarin hij zich in de loop der jaren een bijzondere plaats innam tussen zijn gelijken. Hij richtte ook een nieuw tijdschrift op: Obozrenie Psykhii Nevrologii i Eksperimental'noi Psykhologii (derde wodka klaarzetten), een tijdschrift dat na zijn gruwelijke dood zou worden verboden.

Bekhterev's laatste dagen

In december 1927 werd het allereerste grote Congres van Neurologen en Psychiaters in Moskou georganiseerd. Om zijn levenslange verdiensten als experimenteel neuroloog en psychiater werd de zeventigjarige Bekhterev aangesteld tot president van het Congres. Net voor hij uit Sint-Petersburg vertrok, kreeg hij een telegram van het medisch departement van het Kremlin, waarin hem dringend verzocht werd om nog voor de aanvang van het congres, Stalin te onderzoeken. De Grote Baas had last van zijn arm.

Met zijn favoriete assistent Samuel Mnukhin trok Bekhterev er naartoe maar die moest in de wachtzaal blijven zitten. Wat er tijdens het



consult gezegd is weet niemand maar toen Bekhterev buitenkwam sprak hij maar één woord tegen zijn assistent: paranoia. Toen hij daarna verlaat op het congres verscheen, verontschuldigde hij zich met de woorden die hij beter nooit had uitgesproken: 'ik was dringend geroepen bij een paranoïde man met een slap handje'. Iedere deelnemer aan het congres en ook elke Rus wist wie dit was. Hun grote leider Joseph Stalin was geboren met een lamme linkerarm, waarschijnlijk als gevolg van een trauma aan de plexus brachialis tijdens de geboorte (de paralyse van Erb). Als gevolg daarvan was zijn linkerarm korter en smaller dan de rechter en veroorzaakte nu en dan ongemak.

De paranoia van Stalin was dusdanig dat hij overal menselijke waakhonden had zitten en dus ook op het bewuste congres. Die hadden het gehate woord duidelijk gehoord en verstaan en brachten verslag uit bij de Grote Baas. Stalin reageerde zoals het een groot en paranoid leider past: liquidatie. Wat zijn uitspraak nog erger maakte, was dat Bekhterev een van de beroemdste en invloedrijkste Russen was uit zijn tijd en wereldwijd gerespecteerd. Wat het voor Stalin totaal onaantvaardbaar maakte was dat het jaar 1927 zó cruciaal was voor hem. Hij kreeg meer macht en wilde de oppositie elimineren, vooral in het rebelse Sint-Petersburg. En in die stad was Bekhterev goed bevriend met een oude

vijand van Stalin, Zinov'ev. Stalin kon het dus op dit moment niet maken dat een wereldberoemde professor in de psychiatrie en de neurologie geruchten ging verspreiden over zijn achtervolgingswaan en paranoia.

De laatste opera

Na de laatste sessie van het congres, op de avond van 23 december, ging Bekhterev met zijn vrouw naar het Bol'shoi theater. Tijdens de pauze aanvaardde hij de uitnodiging van twee jonge mannen om in de bar een drankje te nemen en een sneetje cake. Terwijl hij na de voorstelling naar het huis van professor Blagovolin, bij wie hij gelogeed was terugkeerde, voelde hij zich onwel en moest langdurig braken. De volgende ochtend liet zijn vrouw professor Burmin ontbieden die de diagnose van maagirritatie vaststelde. De volgende dag voelde Bekhterev zich iets beter. Volledig onaangekondigd kwamen twee jonge dokters zich in zijn appartement poseren, zeggend om zijn toestand van nabij op te volgen. 's Avonds verergerde de situatie dramatisch en opnieuw werd Burmin ontboden die samen met nog een tweede professor de diagnose van maagirritatie bevestigde. De twee proffen vertrokken maar de twee niet-uitgenodigde dokters bleven ter plaatse. En spraken geen woord. Die nacht kermde Bekhterev van de pijn en de darmkrampen. Zijn ademhaling werd onregelmatig en zijn bloeddruk zakte dramatisch.

Hij verloor het bewustzijn en rond middernacht, op kerstavond 1927, overleed hij. Na zijn dood bleven de twee toegewijde artsen naast zijn bed zitten en die nacht kwamen nog enkele andere dokters zijn appartement doorsnuffelen.

Gedoemd tot vergetelheid

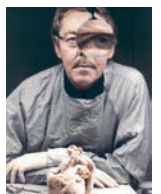
De volgende morgen kwam een delegatie professoren neurologie en psychiatrie, die enkele dagen voordien nog een springlevende Bekhterev hadden zien spreken, de dode een laatste groet brengen. Onder hen Alexei Abrikosov, de anatoom die zijn naam gaf aan de granulaire celtumor of Abrikosov tumor. Hij stelde voor een autopsie te doen om de doodsoorzaak op te sporen maar daar stak de minister van volksgezondheid Semashko een stokje voor. Elk spoor moest uitgewist. Omdat het de loffelijke gewoonte was na het overlijden van een professor diens hersenen op sterk water te plaatsen om ze nog jaren later te kunnen bewonderen, mocht een hersenautopsie wel, maar een autopsie van het lichaam niet. Na het uitlichten van de hersenen werd Bekhterev gecremeerd.

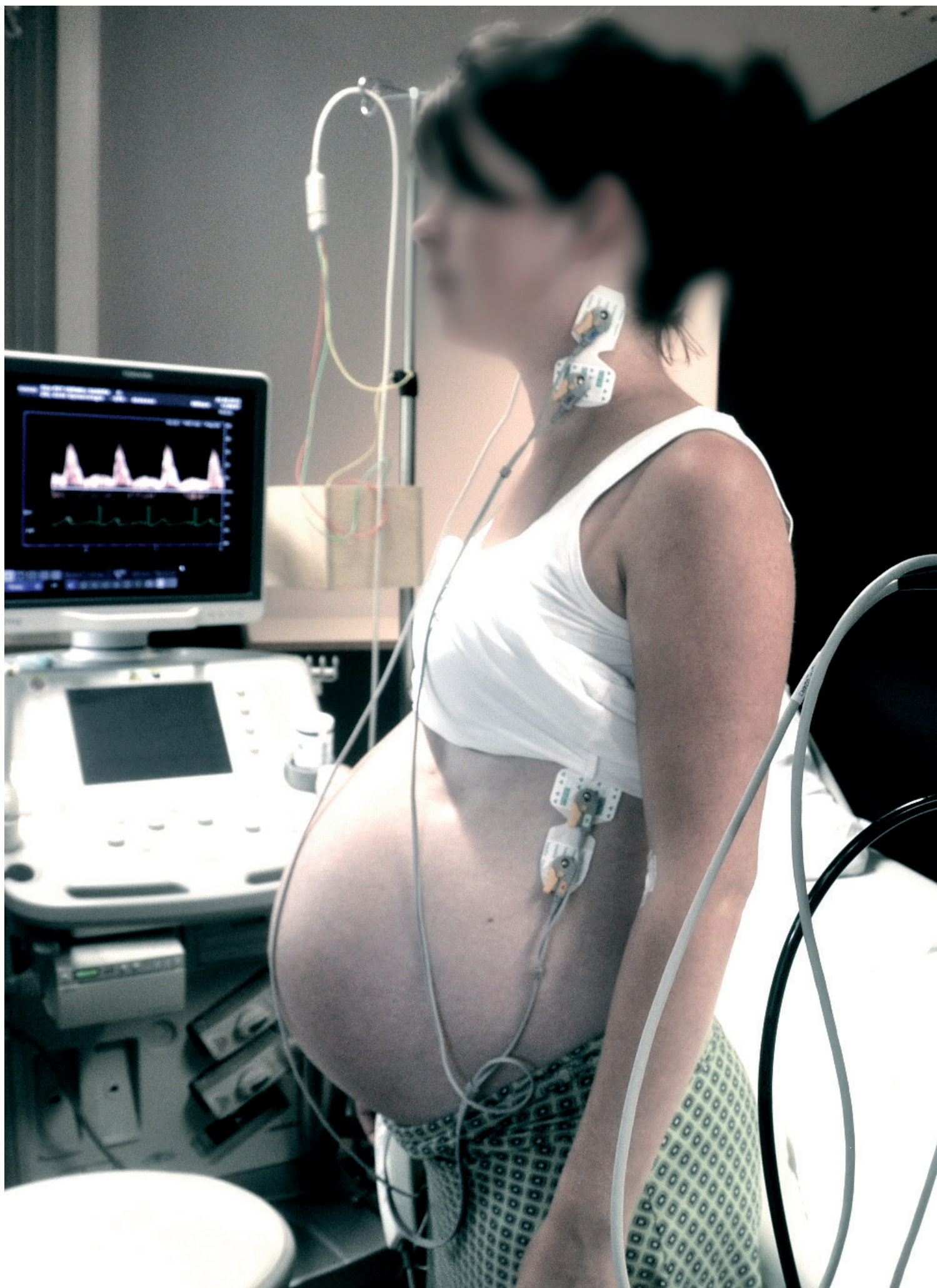
De volgende dag werd de as uitgestrooid in het bijzijn van zijn kinderen, vrienden en collega's en enkele afgevaardigden van het regime. De twee 'toegewijde' artsen waren er niet bij. Na de crematie werd Bekhterev's instituut in Sint-Petersburg gesloten. Zijn boeken werden in beslag genomen en geen enkel boek of artikel van hem mocht nog herdrukt worden. Zijn naam werd uit alle artikels en tijdschriften geweerd. Zijn eigen tijdschrift werd opgezegd en de wraak van de dictator kende geen grenzen. In de volgende jaren werden zijn kinderen gearresteerd en naar het concentratiekamp van Siberia gestuurd, waar ze overleden.

Pas na de dood van Stalin in 1953 werd Bekhterev's naam opnieuw genoemd in de USSR. In 1970 werd zijn graf gerestaureerd en vanaf 1980 werd zijn werk heruitgegeven. Nu kan men zich opnieuw een idee vormen van wat voor briljant wetenschapper hij geweest is en zien dat de ziekte van Bekhterev in zijn oeuvre maar een voetnoot is.

Dr. Johan Van Robays

Anatomopatholoog





A medical monitor, likely a fetal Doppler or similar, is shown in the background. The screen displays various vital signs: HR (Heart Rate) at 88 1/min, BP (Blood Pressure) at 126/76 mmHg, SV (Stroke Volume) at 83 ml, and CO (Cardiac Output) at 7.3 l/min. There are also waveforms for ECG and ICG. The brand name 'niccomo' is visible at the bottom of the monitor.

SLECHTE BLOEDVATAANPASSINGEN BIJ ZWANGERE VROUWEN IN VROEG STADIUM OPSPOORBAAR

Onderzoekers UHasselt en ZOL ontwikkelen techniek die levens kan redden

Preclampsie of zwangerschapsvergiftiging is een ernstige ziekte die jaarlijks zo'n 2 tot 3% van de zwangere vrouwen treft en die verantwoordelijk kan zijn voor een slechte uitkomst voor moeder en baby, soms zelfs met sterfte tot gevolg. Dit syndroom ontstaat doordat het hart- en vatenstelsel van de zwangere vrouw zich niet goed aanpast aan de zwangerschap. Deze foute aanpassing gebeurt reeds vroeg in de zwangerschap, maar de symptomen van de ziekte treden pas op als de zwangerschap al ver is gevorderd. Tot voor kort konden deze bloedvataanpassingen niet worden onderzocht zonder risico voor de zwangere vrouw en haar baby.

Het team van prof. Gyselaers, verbonden aan de Universiteit Hasselt en aan het Ziekenhuis Oost-Limburg in Genk, stond mee aan de wieg van de ontwikkeling van veilige methodes om het bloedvatenstelsel van zwangere vrouwen te onderzoeken. Hier rond wordt verder onderzoek gevoerd binnen het Limburg Clinical Research Program (LCRP), waarbij de Universiteit Hasselt en het ZOL intensief samenwerken. "Hieruit is een techniek voortgevloeid waarmee de werking van de verschillende onderdelen van het cardiovasculair stelsel (hart, slagaders en aders) kan worden onderzocht," zegt professor Gyselaers. "Deze techniek bestaat uit de combinatie van het uitvoeren van een echografie en een impedantie cardiografie (het meten van de bloedcirculatie met ultra-zwakke elektrische stroom). Het resultaat is een 'cardiovasculair profiel' dat toelaat om slechte bloedvataanpassingen reeds vroeg in de zwangerschap op te sporen en om eventuele complicaties tot op zekere hoogte te voorspellen."

Experten uit de International Working Group on Maternal Hemodynamics zijn zeer positief over deze vernieuwende aanpak. In die mate zelfs dat de Universiteit Hasselt de eer kreeg om het eerste 'International Congress on Maternal Hemodynamics' op 16, 17 en 18 oktober 2014 te organiseren. Gedurende 3 dagen kwamen specialisten uit alle uithoeken van de wereld naar Hasselt om hun kennis, ervaring en studieresultaten over het moederlijke bloedvatenstelsel met elkaar te delen, en om nieuwe onderzoeksplannen en samenwerkingsbanden uit te werken.

Gynaecoloog prof. dr. Gyselaers
met onderzoeksteam



A close-up photograph of a heart surgeon, Prof. Robert Dion, performing a complex operation. The surgeon is wearing a green surgical cap, a white face mask, and large operating glasses. His hands, wearing white gloves, are visible as he manipulates surgical instruments and a network of red and blue tubes connected to the patient's heart. The patient's head is partially visible, secured with a metal band. The scene is set in a sterile operating room with blue drapes.

Prof. Robert Dion, hartchirurg: "Door de klep te herstellen, beschermen we ook het normaal functioneren van de linkerkamer. Andere voordelen zijn dat de patiënt geen antistollingsmedicatie hoeft en minder vreemd weefsel in zijn lichaam heeft."

WERELDVERMAARDE HARTCHIRURGEN VOLGEN LIVE DEMONSTRATIES IN HET ZOL

Hartchirurgen uit meer dan twintig verschillende landen waren zopas twee dagen in Genk voor een congres over hartklepherstel. Ze volgden workshops waarbij openhartoperaties in het operatiekwartier via een livestreamverbinding doorgeseind werden naar de aula van het ZOL. “Herstellen van een hartklep is beter dan een nieuwe plaatsen,” zegt professor Robert Dion, hoofdcardiochirurg van het ZOL in Genk, die een autoriteit is in zijn vak.

Van een reeks Europese landen tot China, Zuid-Afrika, Saudi-Arabië en Koeweit: 140 cardiologen en cardiochirurgen uit de hele wereld kregen twee dagen lang cursus van onder andere ZOL-chirurg Robert Dion. De aanwezige artsen konden ook rechtstreeks vragen stellen over de hersteloperatie.

Professor Dion verkiest hartklepherstel boven het plaatsen van een nieuwe klep. “Omdat we bij een accurate herstelling bijna zekerheid hebben dat het duurzaam zal zijn. Als we een klep vervangen, worden pezen weggesneden of vermindert hun functie zeer sterk: die pezen of chordae houden de hartspier aan het skelet

van het hart verbonden, wat essentieel is voor de normale contractiliteit van het hart. Door de klep te herstellen, beschermen we dus ook het normaal functioneren van de linkerkamer. Andere voordelen zijn dat de patiënt geen antistollingsmedicatie hoeft en minder vreemd weefsel in zijn lichaam heeft. Hier in Genk hebben

Hartchirurgen uit meer dan twintig verschillende landen waren twee dagen in Genk voor een congres over hartklepherstel. Ze volgden workshops waarbij openhartoperaties in het operatiekwartier via een livestreamverbinding doorgeseind werden naar de aula van het ZOL.



wij bijvoorbeeld vorig jaar de mitralisklep kunnen herstellen bij 96% van de patiënten met een degeneratieve aandoening, met geen mortaliteit. Gemiddeld wordt in ons land en de rest van Europa in 50 tot 60 procent van de gevallen voor herstel gekozen."

Wat met de kostprijs van een ingreep? Prof. Dion: "Klepherstel is uiteindelijk minder duur dan bijvoorbeeld een kunstklep als je alles mee in beschouwing neemt maar vereist wel heel wat technische vaardigheid van de echocardiografist en van de chirurg. De grote meerderheid van onze patiënten is jaren na hun ingreep

nog steeds in een goede conditie en zonder de funeste bijwerkingen van de bloedverdunding. We verzamelen steeds meer data voor publicaties en worden almaar meer uitgenodigd om het verhaal van chirurgische alternatieven voor hartfalen en klepherstel toe te lichten in binnen- en buitenland. Afgelopen jaar vloog ik tien-



Wie is prof. dr. Robert Dion?

Prof. dr. Robert Dion is 67 jaar en werkt sinds april 2007 in het Ziekenhuis Oost-Limburg als hartchirurg en medisch diensthoofd. Tot zijn 65ste was hij hoogleraar hartfalen-chirurgie aan de KUL en hoofddocent geneeskunde aan de UHasselt.

Prof. dr. Dion volgde zijn opleiding aan de Universit  Catholique de Louvain in Brussel (UCL). Hij werkte in Zuid-Afrika, en aan de universitaire ziekenhuizen van Rotterdam, Utrecht en Antwerpen. In 1985 ging hij terug naar de UCL waar hij als afdelingshoofd en hoogleraar de hartchirurgie nieuw leven inblies. In 2000 werd hij aangezocht door de universiteit van Leiden. Met de toepassing en ontwikkeling van alternatieve chirurgische manieren voor hartfalen en klepsherstel maakte hij van Leiden een pionierscentrum op het vlak van hartchirurgie.

Prof. Dion is als eerste niet-Amerikaan lid van het 'Didactic Committee' van de gerenommeerde American Association for Thoracic Surgery.

duizenden kilometers voor het geven van opleiding en workshops wereldwijd. Hartklepsherstel is technisch delicaat en krijg je enkel onder de knie via training, toewijding en ervaring."

"Elke nieuwe techniek in de geneeskunde moet zich bewijzen qua efficiëntie en

kost. Wat wij hier op onze bescheiden manier doen in Genk is niet eens zo duur. Een klep herstellen is immers een intellectueel en technisch werk. En elke kunstklep die we minder implanteren, betekent een aanzienlijke besparing met veel voordelen voor de levenskwaliteit van de patiënt. Intussen hebben we met ons team

in Genk zo een reputatie en vertrouwen opgebouwd dat asymptomatische patiënten met lekkende hartkleppen al naar ons verwezen worden voor er hartritmestoornissen optreden en we preventief kunnen werken."



Dr. Patrick Noyens



KEUZES IN DE GEZONDHEIDSZORG: ETHIEK OF ECONOMIE?

Het thema is actueler dan ooit. De economische crisis en de noodzaak om te besparen, dwingen ons tot keuzes. Dit leidt tot maatschappelijke discussies zowel op politiek, economisch als ethisch vlak. Tijdens de Wetenschappelijke Raad van juni lieten we verschillende partijen aan het woord om hun standpunt toe te lichten. We vragen dr. Patrick Noyens, cardioloog en voorzitter van het medisch-ethisch comité van het ZOL, om het geheel wat te kaderen.

Ethiek of economie? Zijn deze twee met elkaar in conflict?

Ethiek en economie zijn twee aparte entiteiten die onder druk van de economische crisis elkaar ontmoeten. Economie kan niet zonder ethiek want als ethiek verdwijnt, komen we opnieuw in een financiële crisis terecht. Maar ethiek kan natuurlijk ook moeilijk zonder economie want onze financiële mogelijkheden zijn begrensd.

Wat is van belang bij het maken van 'goede' keuzes?

Prof. Dr. Denier heeft tijdens haar lezing mooi toegelicht hoe het gezicht van de gezondheidszorg bepaald wordt door drie parameters, namelijk (economische) efficiëntie, sociale rechtvaardigheid en omvattende kwaliteitszorg. Het probleem is dat deze drie parameters intern incompatibel zijn, dit wil zeggen dat ze niet alle drie tegelijk maximaal gerealiseerd kunnen worden. Het is uiteindelijk de spanning tussen rechtvaardigheid, efficiëntie en zorg die zal bepalen hoe de budgetten besteed worden.

Als je een gezondheidszorg wil die allesomvattend is en efficiënt, dan is deze per definitie minder toegankelijk voor de minder begoeden en dus sociaal onrechtvaardig.

Allesomvattende zorg die rechtvaardig is en dus voor iedereen beschikbaar, is economisch minder efficiënt. De betaalbaarheid van deze zorg zal zeker in vraag gesteld worden.

Als we tegemoet willen komen aan alle noden op een duurzame en kostenefficiënte manier, dan zullen we iedereen waarschijnlijk een 'gezondheidspakket' moeten aanbieden van een lagere kwaliteit.

Dat leidt ons tot de vraag hoe een theorie van rechtvaardigheid in de gezondheidszorg economische efficiëntie in rekening kan nemen, zonder omvattende kwaliteitszorg op te geven.

Een aantal filosofen hebben daar denkoefeningen rond gedaan. Ronald Dworkin vertrekt voor zijn theorie van 'rechtvaardige gezondheidszorg' vanuit een hypothetische situatie waarin iedereen evenveel middelen heeft, in een gelijke gezondheidstoestand is en waarbij de verzekeringsmarkt rechtvaardig is. Voor het bepalen van de boven- en de ondergrens kiest hij voor de tussenpositie. Het is immers onverstandig om alles aan de gezondheidszorg te geven, of helemaal geen verzekering te nemen. De meeste mensen zouden in de hypothetische situatie kiezen voor een verzekering met een bepaalde inhoud.

Dworkin suggereert dat mensen niet zullen kiezen voor zeer dure speculatieve medische interventies gedurende de laatste levensfase of op zeer hoge leeftijd. Ze zullen volgens hem wel kiezen voor degelijke en kwaliteitsvolle basiszorgen met een hoge succesratio en respectvolle, kwaliteitsvolle langetermijnzorg. De verstandige verzekerde zou volgens Dworkin niet zo lang als mogelijk willen leven en alles uit de kast halen. Dworkin besluit dan ook dat we steeds keuzes moeten maken.



Welke criteria kunnen we hanteren om te bepalen welke zorg we al dan niet terugbetalen?

Het probleem wordt bemoeilijkt door de snelle evolutie binnen de geneeskunde die maakt dat er een grote kloof bestaat tussen wat kan en wat betaalbaar is. En ook niet onbelangrijk: welke rol speelt de persoonlijke levensstijl of verantwoordelijkheid bij het bepalen van het recht op gezondheidszorg?

Wanneer de maatschappij de persoonlijke levensstijl meer belang geeft, dan bestaat er een risico dat de last meer en meer naar het individu verschoven wordt. Dit is naar mijn mening 'makkelijk geld': hoe hoger de individuele verantwoordelijkheid, hoe minder de maatschappij moet inspringen voor ziekte.

Recente technologische ontwikkelingen spelen hier al op in. Denk bijvoorbeeld aan de nieuwe mogelijkheden voor het opvolgen van parameters via een smartphone. De vraag is of we niet anders met die 'persoonlijke verantwoordelijkheid' moeten omgaan. Een patiënt kan bijvoorbeeld omwille van een verslaving niet stoppen met roken. Moet de maatschappij de gevolgen van het roken terugbetalen? Of moet er moeite gedaan worden om vroeger in het proces in te grijpen en preventieve maatregelen te nemen?

Het is niet de eerste keer dat er in ons land gesproken wordt over de grenzen aan de solidariteit en de limieten op de gezondheidszorg?

Het is zo dat we in een rijke maatschappij verplicht zijn om solidair te zijn met diegenen die het minder goed hebben. Het kan niet dat in Vlaanderen 11 percent van de gezinnen medische consumptie uitstelt omwille van financiële redenen. Er zijn echter grenzen aan deze solidariteit in de mate dat er misbruik gemaakt wordt van het systeem.

Onder druk van de huidige budgettaire beperkingen is het debat over prioriteiten in de zorg erg actueel geworden?

Er wordt gediscussieerd op verschillende fronten. Er is enerzijds een zuiver cijfermatige benadering waarin de gezondheidseconomen een

belangrijke bijdrage kunnen leveren. Zij leren ons welke investering zinvol is en welke niet.

Daarnaast is er ook de politieke discussie. Welke terreinen zijn belangrijk om prioriteiten te leggen? We merken dat er een accentverschuiving is van therapeutische naar preventieve zorg. Anderzijds wordt er ook meer aandacht besteed aan 'care' of aan een respectvolle en humane zorg voor zieken die een langdurig beroep moeten doen op de gezondheidszorg. Hierbij wordt het behoud van de waardigheid en het vermijden van de zorgafhankelijkheid bijna prioritair. Zo is 'Advanced Care Planning', een nieuw initiatief van minister Vandeuren, een mooi voorbeeld. De keuze om mensen zo lang mogelijk thuis te verzorgen is een ethisch verantwoorde keuze, maar helpt ook om de gezondheidszorg betaalbaar te houden.

Sprekers Wetenschappelijke Raad

- **Ethisch-filosofische beschouwingen over schaarste in de gezondheidszorg.**

Prof. dr. Y. Denier / Interfacultair Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht, KULeuven

- **Yes, we're all individuals. Over responsabilisering in zorg & samenleving.**

Dr. T. Jacobs en dr. C. Moonen / KHLim Quadri Ethos, Hasselt

- **Gezondheidseconomische evaluatie als methodiek voor het maken van (betere) keuzes.**

Prof. dr. D. Vandijck / UGent en UHasselt

- **Als de politiek keuzes moet maken.**

Dhr. J. Vandeuren / Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin



Dr. Sven Van Poucke, anesthesist: “Als we de technologie zouden mogen gebruiken die nu voorhanden is, dan zouden we efficiënter kunnen werken. Op het veld merken we dit elke dag.”

MAG TECHNOLOGIE LEVEN REDDEN?

Via het Interregproject EmURgency ontwikkelden specialisten van onder andere KU Leuven een app die omstaanders verwittigt wanneer er zich een hartstilstand voordoet in hun omgeving. Het gaat dan om mensen die een CPR-opleiding volgden en aangemeld zijn in het netwerk. “Maar de wet op de privacy laat niet toe dat deze app ook effectief mag gebruikt worden en dit kost levens,” zegt dr. Sven Van Poucke, anesthesist in het ZOL en mede-initiatiefnemer van het project.

Als er zich een noodgeval voordoet, gaat de oproep naar de dienst 100. Deze zal via de geijkte kanalen de juiste zorg aanbieden. Dr. Van Poucke: “Als we de technologie zouden mogen gebruiken die nu voorhanden is, dan zouden we efficiënter kunnen werken. Op het veld merken we dit elke dag. Bij een hartstilstand mag je geen tijd verliezen en hulpdiensten kunnen niet altijd binnen de drie minuten ter plaatse zijn.”

“Vanuit het Interregproject werd een juridische analyse gemaakt met betrekking tot de app die we ontwikkelden. In Nederland en Duitsland zijn er mogelijkheden. In België is het wettelijk zelfs niet toegestaan om de locatie van een slachtoffer door te geven. Als er een noodgeval is, moet er gewacht worden tot de MUG er is, terwijl een straat verder misschien wel een arts aanwezig is maar die niet op de hoogte is van de hulpvraag. Intussen is de app wel klaar en getest en dus eigenlijk voorhanden.”

Zijn er nog andere vragen die beantwoord moeten worden?

Dr. Van Poucke: “Je hebt de patiënt en de situatie, maar ook de vrijwilliger die zich inschrijft om deel uit te maken van het hulpverlenersnetwerk. Maar het is niet omdat iemand ooit een cursus CPR heeft gevolgd dat hij of zij dit jaren later nog in de vingers heeft. Dus: welke kwalificaties of training moet de

hulpverlener hebben? Daarnaast: wat als de hulpverlener in de buurt is maar niet kan vertrekken. We hebben daar technologische oplossingen voor gevonden maar het juridisch kader moet sluitend zijn. Een uitbreiding van het project kan ook zijn dat een tweede vrijwilliger opgeroepen wordt die niet naar de patiënt gaat maar een automatische externe defibrillator (AED) gaat halen. We hebben ook een AED pointer ontwikkeld, die in kaart brengt waar AED's zich bevinden.”

Wat willen jullie concreet bereiken?

Dr. Van Poucke: “Eigenlijk willen wij met ons project een signaal geven: waar zijn we mee bezig, wat is er mogelijk en welk verschil kunnen we maken? Momenteel stellen we vast dat de wet erg achterop loopt. Uiteraard zijn goede wetten ter bescherming van de patiënt belangrijk. Maar de wereld ziet er vandaag wel heel anders uit dan zoveel jaren geleden.”

Welke oplossingen ziet u?

Dr. Van Poucke: “Je kan mensen die willen instappen dit laten melden bij de overheid, of omgekeerd net als bij orgaandonatie zich laten uitschrijven als ze niet akkoord zijn. Maar ik denk niet dat iemand tegen het principe van snellere hulpverlening kan zijn. Op voorwaarde dat het systeem voldoende veilig is en misbruik zo goed als uitgesloten natuurlijk.”



Lotte Bamelis, coördinator Trace: “Via computertaken en experimentele paradigma’s worden verschillende psychologische mechanismes onderzocht, bijvoorbeeld de mate van generalisatie van angst of de manier waarop mensen bepaalde symptomen ervaren.”

ZOL OPENT EERSTE LIMBURGS PSYCHOLOGISCH ONDERZOEKSLAB

Sinds kort beschikt het Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL) over een eigen psychologisch onderzoekslaboratorium. Hiermee is het ZOL in Vlaanderen het enige niet-academisch ziekenhuis dat over een dergelijk onderzoekslab beschikt. Dit maakt dat patiënten voortaan ook in Limburg kunnen deelnemen aan fundamenteel of experimenteel psychologisch onderzoek. De eerste projecten zijn reeds opgestart met patiënten met angstklachten, chronische vermoeidheid en fibromyalgie. Doel is een brug te slaan tussen wetenschap en praktijk.

Limburg beschikt niet over een Faculteit Psychologie. Daarom zagen Limburgse patiënten die aan psychologisch onderzoek meewerken, zich gedwongen om naar Leuven, Antwerpen of Brussel te trekken. De labs die voor dit soort onderzoek nodig zijn, zijn namelijk vaak erg gespecialiseerd en gelegen in universiteitsgebouwen. Dat patiënten nu in het ZOL terecht kunnen, betekent een grote stap voorwaarts. Voor onderzoekers worden uiteenlopende patiëntenpopulaties ineens veel makkelijker bereikbaar en Limburgse patiënten hoeven geen lange afstanden te overbruggen om bij te kunnen dragen aan belangrijk wetenschappelijk onderzoek.

Het onderzoekslab is gelegen in het ZOL op de campus Sint-Barbara en maakt deel uit van het in 2013 in gebruik genomen Multidisciplinair Pijncentrum. Na een opstartperiode waarin de apparatuur werd geplaatst en onderzoeksprotocollen werden voorbereid, werd het lab recent effectief in gebruik genomen.

Eerste onderzoeken opgestart

Momenteel wordt onderzoek uitgevoerd bij een aantal patiëntenpopulaties, waaronder mensen met fibromyalgie, chronische vermoeidheid en angstklachten. Via computertaken en experimentele paradigma's worden verschillende psychologische mechanismes onderzocht, bijvoorbeeld de mate van generalisatie van angst of de manier waarop mensen bepaalde symptomen ervaren. In de toekomst zullen specifieke nichedomeinen bepaald en concreet uitgewerkt worden.

TRACE

Het gloednieuwe onderzoekslab maakt deel uit van het TRACE project. TRACE staat voor Centre for Translational Psychological Research en is een samenwerkingsverband tussen de Dienst Psychologie van het ZOL en de Faculteit Psychologie van de Katholieke Universiteit van Leuven (KU Leuven). Binnen TRACE worden onderzoekers, artsen en ziekenhuismedewerkers ondersteund die gezondheidsgerelateerd psychologisch onderzoek wensen uit te voeren. Het nauwe samenwerkingsver-

band betekent een extra troef om psychologisch onderzoek in Limburg sterker op de kaart te zetten. De uitbouw van een eigen onderzoekslab binnen het ZOL betekent een belangrijke mijlpaal binnen de werking van TRACE.

Na een voorbereidingsperiode is er intussen continu activiteit in de TRACE onderzoekslabs. We stellen graag een aantal experimentele labstudies aan u voor die recent afgerond of opgestart zijn.

1. Titel studie: Spreiding van pijngerelateerde vrees

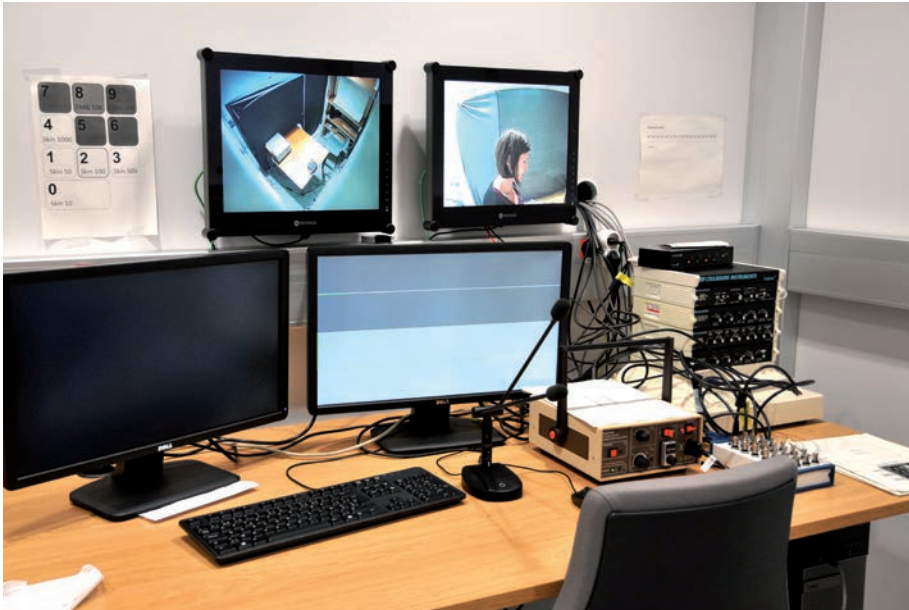
Betrokken patiëntenpopulatie: patiënten met fibromyalgie

Timing: Dataverzameling voor dit project vond plaats tussen mei en medio augustus 2014. Momenteel worden preliminaire analyses uitgevoerd op de dataset. Bevindingen zullen naar verwachting in de loop van het najaar gecommuniceerd kunnen worden.

Introductie en rationale

Pijngerelateerde vrees speelt een cruciale rol in de ontwikkeling en het in stand houden van chronische pijn. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat psychologische factoren zoals vrees maar ook catastrofale cognities over pijn vaak belangrijkere predictoren zijn voor het voorspellen van chronische pijn dan factoren zoals pijnintensiteit of de ernst van het fysieke letsel voor de chroniciteit.

Voorgaande studies toonden ook aan dat pijngerelateerde vrees voor bewegingen kan aangeleerd worden door klassieke conditionering (het leren associëren van een bepaalde beweging met pijn). Bij patiënten met chronische pijn werd reeds aangetoond dat vrees voor pijnlijke bewegingen zich kan verspreiden naar nieuwe bewegingen die eigenlijk helemaal geen pijn uitlokken of de pijn niet verergeren. In dit onderzoek wordt de rol van pijngerelateerde vrees en generalisatie van deze vrees verder onderzocht in een populatie patiënten met fibromyalgie.



Onderzoeksofzet

25 patiënten met de diagnose fibromyalgie worden gerecruteerd via de ambulante raadpleging bij dr. Jef De Bie en via patiëntenverenigingen. Zij worden uitgenodigd in de onderzoekslabo's van TRACE om deel te nemen aan een experiment met het "Voluntary Joystick Movement Paradigm". In dit paradigma wordt één joystick beweging (vb. naar links) gevolgd door een pijnlijke elektrocutane prikkel terwijl een andere beweging (vb. naar rechts) nooit gevolgd wordt door deze pijnlijke prikkel.

We verwachten dat door deze klassieke conditioneringsprocedure de pijnlijke beweging wel maar de veilige, niet-pijnlijke beweging geen vrees zal uitlokken bij de gezonde deelnemers. Bij fibromyalgiepatiënten verwachten we dat dit leerproces verstoord is en dat zij meer spreiding vertonen naar nieuwe prikkels, die technisch veilig zijn.

2. Titel studie: Symptoomperceptie bij functionele syndromen

Betrokken patiëntenpopulatie: patiënten met fibromyalgie, patiënten met CVS

Timing: studie loopt nog tot december 2015

Doel van de studie

Externe context en persoonlijkheidskenmerken (bv. negatieve affectiviteit, NA) kunnen een rol spelen in de manier waarop interoceptieve signalen waargenomen worden. Dit is een normaal proces dat ervoor zorgt dat de interoceptieve dataverwerking zo efficiënt mogelijk verloopt. Eerder onderzoek uit de onderzoeksgroep Gezondheidspsychologie (K.U. Leuven) heeft echter uitgewezen dat sommige van deze processen verstoord lijken bij mensen met medisch onverklaarde klachten en patiënten met functionele syndromen zoals CVS en fibromyalgie (bijvoorbeeld een te grote invloed van de affectieve situatie, verstoorde inhibitiemechanismen,...) waardoor er een grote kloof ontstaat tussen de signalen die het lichaam stuurt en de klachten die de patiënt waarneemt.

Onderzoek heeft uitgewezen dat er binnen verschillende functionele syndromen een onderscheid kan gemaakt worden tussen deze patiënten die slechts enkele specifieke klachten rapporteren en patiënten die zich melden met een grote variëteit aan wijdverspreide symptomen die niet syndroom-specifiek zijn. Het rapporteren van meerdere en verspreide symptomen, ernstigere klachten en grotere comorbiditeit met andere functionele syndromen lijkt hand in hand te gaan met een hogere score op NA en meer stemmings- en angstklachten.

De huidige studie doelt de relatie tussen de persoonlijkheidstrek Negatieve Affectiviteit en symptoomgeneralisatie te onderzoeken, en hoe deze twee zich verhouden tot verschillende symptoomperceptieprocessen binnen en tussen verschillende functionele syndromen.

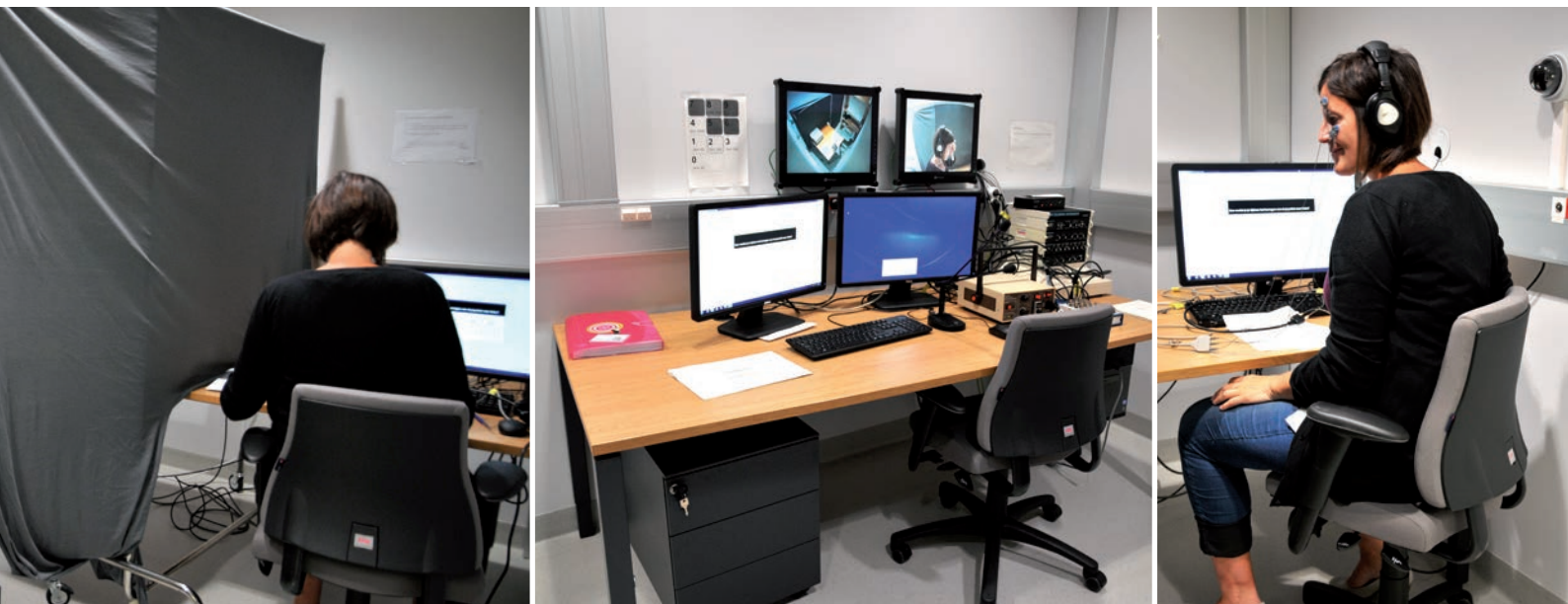
Wat moeten proefpersonen doen?

60 patiënten met de diagnose CVS en/of fibromyalgie worden geworven via de ambulante raadpleging van dr. Jef De Bie. Zij zullen 1) een psychiatrisch interview ondergaan, 2) een bundel vragenlijsten invullen die persoonlijkheidstreken, levenskwaliteit en ziekte-kenmerken bevragen, 3) een testsessie doen in de TRACE-labo's. De testsessie bestaat uit een batterij van gevalideerde paradigma's die aspecten van symptoomperceptie onderzoeken.

De resultaten van de patiënten zullen enerzijds vergeleken worden met de resultaten van 30 gematchte gezonde controles, maar anderzijds ook op een meer dimensionale manier bekeken worden, waarbij de persoonlijkheidstrek negatieve affectiviteit en tekenen van symptoomgeneralisatie op de voorgrond zullen staan als voorspellers van verstoorde symptoomperceptie.

3. Titel studie: Het leren van angst: onderzoek naar afwijkende mechanismen bij patiënten met een angststoornis

Betrokken patiëntenpopulatie: patiënten met een angststoornis. Studie zal nog dit najaar van start gaan.



Doel van de studie

Een angstproblematiek kan het dagelijks leven ernstig verstoren. Het Centrum voor Leerpsychologie en Experimentele Psychopathologie onderzoekt leermechanismen die een rol spelen in het ontwikkelen en in stand houden van angst, zodat gepaste behandelingen aangeboden kunnen worden. Deze leerpsychologische benadering bestudeert hoe neutrale situaties angst uitlokken nadat ze gepaard gingen met een onaangename en/of gevaarlijke gebeurtenis. Om deze mechanismen te bestuderen in het labo wordt gebruik gemaakt van een pavlovianse vreesconditioneringsprocedure.

Op een computerscherm worden een reeks neutrale figuren getoond. Sommige figuren worden gevolgd door een mild aversieve elektrische prikkel en andere niet. Het gevolg is dat deze figuren voortaan een verwachting van de prikkel oproepen en psychofysiologische reacties opwekken die gelinkt zijn aan (milde) subjectieve angst.

Experimenteel psychologisch en neurobiologisch onderzoek heeft in het verleden verschillende afwijkende leerprocessen bloot gelegd bij angstpatiënten: een sterkere veralgemening van aangeleerde angsten, een vertraagde uitdoving van aangeleerde angsten, een toegenomen vermijding van bedreigende situaties en een verhoogde gevoeligheid voor (on)controleerbaarheid. De verschillende processen zijn relevant voor klinische angsten.

Er is echter nog geen studie die deze fundamentele processen tegelijkertijd bestudeert. De huidige studie combineert metingen van deze fundamentele processen, met als doel om patronen van afwijkingen bloot te leggen in patiënten met verschillende angststoornissen, en in vergelijking met een gezonde controlegroep.

Wat moeten proefpersonen doen?

Naar schatting zullen 90 angstpatiënten (gerecruteerd via de PAAZ en de ambulante psychiatrische raadplegingen in het ZOL) en 30 ge-

Wie zijn de onderzoekers?

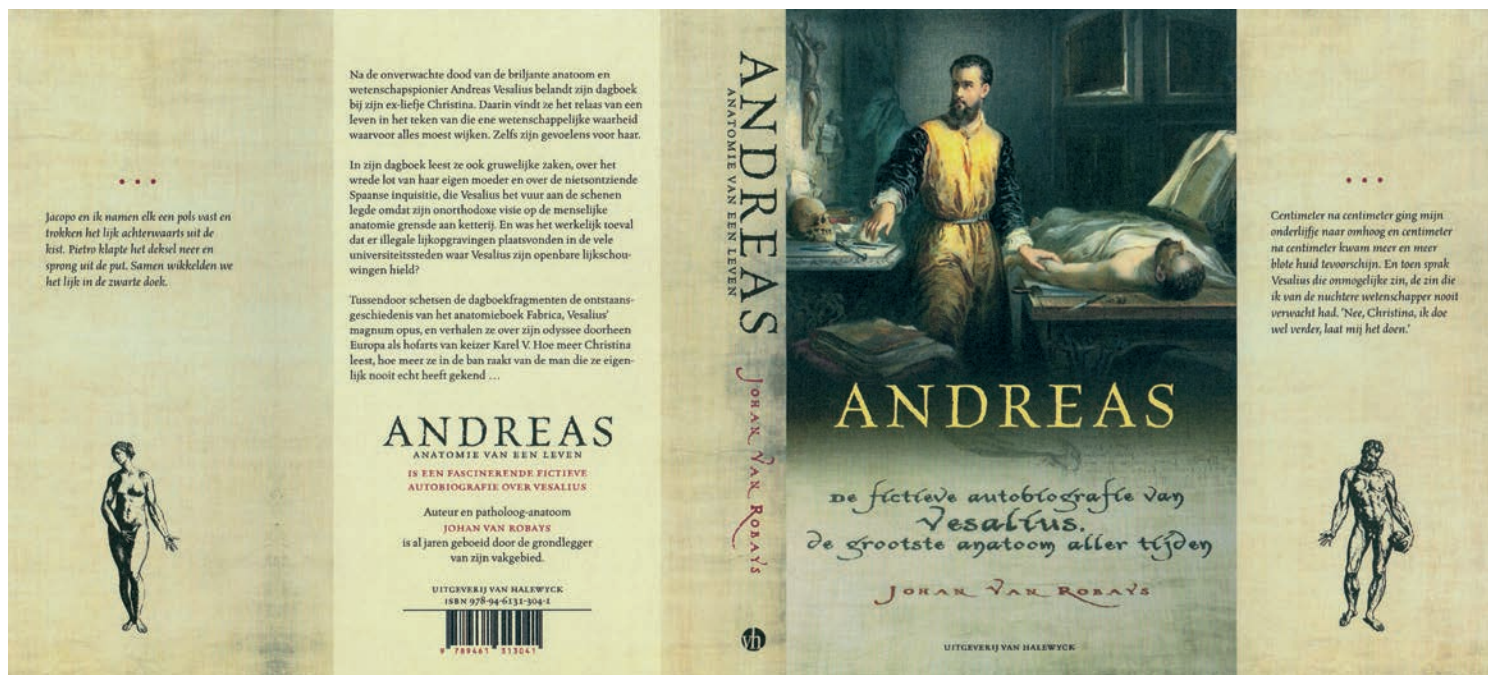
1. Dr. Ann Meulders (postdoctoraal onderzoeker KU Leuven), prof. dr. Johan Vlaeyen en Iris Stouten (masterstudente opleiding psychologie KU Leuven)
2. Maaïke van den Houte (KU Leuven), prof. dr. Omer Van den Bergh (K.U. Leuven), prof. dr. Lukas Van Oudenhove (U.Z. Leuven), prof. dr. Ilse Van Diest (K.U. Leuven) en dr. Katleen Bogaerts (K.U. Leuven, Tumi Therapeutics)
3. Kim Haesen (KU Leuven), dr. Yannick Boddez (KU Leuven), dr. Bram Vervliet (KU Leuven), dr. Riet Fonteyne (KU Leuven).

zonde proefpersonen deelnemen aan het onderzoek. In een eerste fase wordt een uitgebreid diagnostisch onderzoek afgenomen om de aanwezigheid van angstklachten te kunnen objectiveren. In een tweede deel van het onderzoek nemen proefpersonen deel aan een computertaak.

Op het scherm krijgen ze geometrische figuren te zien. Sommige van deze figuren worden gevolgd door een mild aversieve elektrische prikkel. Proefpersonen krijgen de taak te voorspellen welke figuren gevolgd worden door een elektrische prikkel. Gedurende het hele experiment worden huidgeleiding en oogknipperreflexen gemeten. Deze psychofysiologische metingen geven de mate van arousal weer die door ieder figuurtje wordt opgeroepen.

Interesse of wil je meer weten?

Neem contact op met de TRACE coördinatie (lotte.bamelis@zol.be, 089/32.56.94)



AUTOBIOGRAFISCHE ROMAN VAN GROOTSTE ANATOOM ALLER TIJDEN

De levenslange bewondering van patholoog anatoom Johan Van Robays voor Andreas Vesalius heeft zich dit jaar, niet toevallig Vesalius' 500ste geboortjaar, gebundeld in een autobiografische roman van deze grote 16de eeuwse Vlaming.

Korte samenvatting

Na de onverwachte dood van de briljante anatoom Vesalius belandt zijn dagboek bij zijn ex-liefje Christina. Daarin vindt ze het relaas van een zoektocht naar de geheimen van het menselijke lichaam, waarvoor alles moest wijken. Zelfs zijn gevoelens voor haar. Hoe meer Christina leest, hoe meer ze in de ban raakt van de man die ze eigenlijk nooit echt heeft gekend.

Het dagboek begint anno 1537 in Padua, waar de jonge Vesalius doctoreert in de geneeskunde. Met zijn leraar Montanus en enkele studenten trekt hij te paard op ziekenbezoek in Venetië. Tijdens de middagpauze treft hij in het atelier van Titiaan een landgenoot aan, tekenaar en schilder Jan Stefan van Kalkar. Het klikt onmiddellijk tussen de twee Vlamingen en het resultaat van dit tref-

fen zal enkele jaren later uitmonden in het meest schitterende anatomieboek van de 16de eeuw: het De Humani Corporis Fabrica.

In hetzelfde jaar 1537 legt Vesalius in Padua zijn eindexamen af met de grootste onderscheiding en wordt de volgende dag benoemd tot professor anatomie en chirurgie. Hij is net geen 23 jaar oud. Tijdens de lessen tekent hij de menselijke anatomie zo mooi en verhelderend op het bord dat zijn studenten hem vragen om die schetsen te laten drukken. Zo ontstaat een eerste publicatie van het duo Vesalius-Kalkar: de Tabulae anatomicae sex. Gezien het grote succes van die zes anatomische platen, vat Vesalius het plan op om een groter en allesomvattend anatomieboek te schrijven. Een anatomische atlas die de volledige menselijke structuur in kaart zal brengen met alle botten, spieren, pezen, zenuwen, bloedvaten en alle inwendige organen. En dit alles rijkelijk geïllustreerd met honderden gedetailleerde tekeningen van de hand van zijn vriend Jan Stefan.

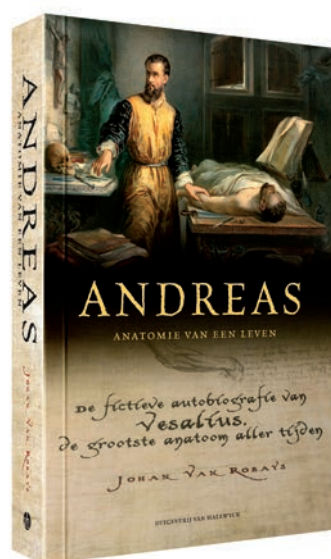
In zijn dagboek leest Christina ook gruwelijke zaken, zoals wat er met haar moeder

gebeurd is na haar ter aarde bestelling, en hoe haar vader, de gevreesde dominicaan en grootinquisiteur Orazio Borreguero, de anatoom het vuur aan de schenen gelegd heeft om diens ketterse ideeën.

Uit het samenspel van Vesalius' dagboeknotities en het commentaar dat Christina erop geeft, ontstaat een levendig beeld van de gedreven anatoom en de rebelse wetenschapper. Als hij bij zijn eerste autopsies fout na fout ontdekt in de 1400 jaar oude geschriften van Galenus komt Vesalius tot het inzicht dat de anatomie niet uit de oude boeken te leren valt, maar door eigenhandig een vers lijf te ontleden. Omdat zo'n kadaver niet uit de lucht valt, spit hij er een uit de grond of vraagt aan de plaatselijke halsrechter het lijf van een opgehangen booswicht te mogen ontleden.

Al zeer vroeg gelooft Vesalius enkel en alleen dat wat hij met zijn eigen ogen ziet en niet wat de oude wijzen in verstoffen boeken geschreven hebben. In dit opzicht is hij de voorloper van de Evidence-based Medicine.

In de dagboeknotities leest Christina ook



Dr. Johan van Robays is al jaren gefascineerd door de grondlegger van zijn vakgebied en schreef er zijn debuutroman over: het fictieve dagboek van Vesalius.

het moeizame ontstaan van Vesalius' magnum opus en ziet dat de publicatie van zo'n anatomieboek heel wat om het lijf heeft. Er moet vooreerst een vers lijf gevonden worden en de messen, scharen, zagen en boren moeten vlijmscherp zijn. Het snijmateriaal vindt Vesalius tijdens het jaarlijkse carnaval in Padua en het is daar dat hij voor het eerst Christina ontmoet. Samen trekken ze van kaas- naar kruidenkraam en zien tussendoor een kind met groot waterhoofd en nog andere anatomische rariteiten. Gaandeweg wordt Christina verliefd op die rare snuiter van een jonge professor, maar als die enkel oog blijkt te hebben voor autopsiemateriaal en anatomische curiosa, moet ze als vrouw wel iets forceren.

Na de publicatie van zijn Fabrica zoekt Vesalius bescherming bij keizer Karel V omdat hij felle reacties vreest van de dogmatische professoren en van de kerk. Van de dogmatici omdat hij 200 fouten in het werk van de oude Galenus –de paus van de geneeskunde- ontdekt heeft en verbeterd. Van de clerus omdat het aanvallen van iemand die onfeilbaarheid toegedacht wordt, een ketterse daad is. Zo maakt Vesalius na de publicatie van zijn Fabrica, amper 27 jaar oud, een einde aan zijn academische

loopbaan en wordt hofarts bij keizer Karel en later bij diens zoon Filips II in Madrid.

Na twintig verloren jaren aan het Habsburgse hof verlaat hij Spanje om via Venetië naar het Heilig Land te reizen. Op de vooravond van zijn vertrek uit Venetië woont hij toevallig een concert bij met madrigalen van zijn net overleden landgenoot Adriaen Willaert. Tot zijn grote verwondering worden de liederen op klavecimbel begeleid door Christina, die een oud-leerlinge van Willaert blijkt te zijn. Voor het eerst in zijn leven ervaart de nuchtere wetenschapper hoe betoverend muziek kan zijn en wordt nu wel verliefd op Christina. Maar het is te laat. De volgende dag zeilt hij naar het heilig land en keert er niet levend van terug. Na een zware storm in de Ionische zee spoelt hij aan als schipbreukeling op het Griekse eiland Zakynthos en wordt er begraven.

Verantwoording

De auteur is patholoog anatoom en lijkenontleder. Samen met een grote interesse in de zestiende eeuw en in het bijzonder in de ontluikende renaissance van kunst, muziek en wetenschappen, is dit de ideale combinatie om in de huid van Vesalius te kruipen en een geloofwaardige autobiografie te schrijven.

Voor de correcte historische details baseerde hij zich op de drie meest fundamentele biografieën van Vesalius:

- O'MALLEY, C.D., "Andreas Vesalius of Brussels, 1514-1564", Berkeley- Los Angeles: University of California Press, 1964
- ROTH, M., 'Andreas Vesalius Bruxellensis', Berlin, 1892, herdruk in 1965
- CUSHING, H., "A bio-bibliografie of Andreas Vesalius", London: Archon Books, 1962

De autobiografische roman werd gepubliceerd bij uitgeverij Van Halewyck en is in alle boekhandels te koop. Ook op het bureau van dr. Van Robays in het ZOL (A0.44). Prijs: 19,95 euro.

Johan Van Robays signeert zijn roman op de Antwerpse boekenbeurs op 31 oktober en 8 en 10 november van 13u tot 17u.



Dr. Johan Van Robays
Anatomopatholoog

WETENSCHAPPELIJKE RAAD >

Programma 2014 - 2015

Aula (G9.10)

campus Sint-Jan (tenzij anders vermeld)

Gedetailleerde programma beschikbaar op:

[www.zol.be / zorgverleners en medici / Wetenschappelijke Raad](http://www.zol.be/zorgverleners/en/medici/WetenschappelijkeRaad)

- Zaterdag 15 november 2014 | 9 uur - 12.30 uur |
U Hasselt - Campus Diepenbeek
Gebouw D - aula H6 - Agoralaan

**Navormingscyclus Oncologie: 22ste Regionaal
Symposium (Limburgs Oncologisch Centrum)**

Inschrijven vóór 7 november 2014 via
wendy.monten@jessazh.be

- Vrijdag 21 & zaterdag 22 november 2014 |
Radisson Blue Hasselt

**Preventie van borstkankers: the 2014 Annual meeting
of the European Cancer Prevention Organization**

Accreditatie aangevraagd door ECPO

U kan inschrijven via sabine.janssens@ecprevention.org

Inhoudelijk coördinator:
Prof. dr. Jaak Ph. Janssens

Het volledige programma is opgenomen op [www.zol.be/
Zorgverleners en medici / Symposia](http://www.zol.be/zorgverleners/en/medici/Symposia) of op <http://ecpo.org/>

- Donderdag 27 november 2014 | 20.30 uur
**Vaak voorkomende sportgerelateerde letsels:
van radiologie tot behandeling**
- Donderdag 18 december 2014 | 20.30 uur
Obstructief Slaapapneu Syndroom (OSAS)

- Donderdag 22 januari 2015 | 20.30 uur
**Multidisciplinaire inflammatoire darmziekte
(IBD): update**

- Donderdag 26 februari 2015 | 20.30 uur
Systeemziekten, dichterbij dan je denkt

- Donderdag 26 maart 2015 | 20.30 uur
De robot in hartchirurgie: preliminaire resultaten

- Donderdag 23 april 2015 | 20.30 uur
**Chronische pijn en toepassing bio-psychosociaal
model**

Inhoudelijke coördinatie:

- Dr. L. Hendrix Limburgs Huisartsenplatform
- Dr. M. Vander Plaetse / Fysische Geneeskunde &
Revalidatie, Jessaziekenhuis
- Dr. J. Van Zundert / Anesthesiologie/Multidisciplinair
Pijncentrum ZOL

- Zaterdag 25 april 2015 | 9 uur - 12.30 uur | Euroscop Genk
Symposium Cardiologie 2015

Inhoudelijk coördinator:
Dr. M. Vrolix, Cardiologie ZOL

- Donderdag 28 mei 2015 | Aanvang 20.30 uur
Diabetes anno 2015

- Zaterdag 30 mei 2015 | 9 uur - 12.30 uur | Euroscop Genk
**Symposium nav opening cardiovasculair
interventiecentrum**

- Donderdag 25 juni 2015 | Aanvang 20.30 uur
Complexe perifere zenuwletsels

OPLEIDING >

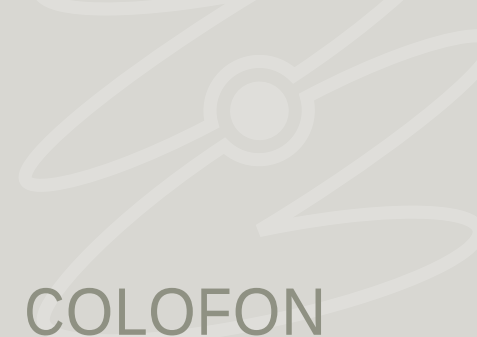
Basisopleiding Stralingsprotectie

In navolging van het KB van 20 juli 2001 met betrekking tot het gebruik van ioniserende stralen (Belgisch Staatsblad 30/08/01), meer bepaald artikel 53§2, wordt tijdens het voorjaar 2015 een basisopleiding 'Stralingsprotectie' georganiseerd door het Ziekenhuis Oost-Limburg, het Jessa Ziekenhuis en de Universiteit Hasselt.

Deze basisopleiding omvat 50 uren. Aansluitend wordt er een specifieke opleiding van 10 uren ingericht voor personeelsleden van de diensten nucleaire geneeskunde en/of radiotherapie.

Het inschrijvingsgeld bedraagt € 300 voor de basisopleiding. Voor de verdiepingsmodules radiotherapie en nucleaire geneeskunde is een bijkomend inschrijvingsgeld verschuldigd van € 100 per module.

Inschrijven kan tot 14 december 2014.
Meer info: sylvain.haekens@zol.be



COLOFON

Verantwoordelijke uitgever:

Dr. Griet Vander Velpen
Medisch directeur ZOL

Redactie en samenstelling:

Grete Bollen

Werken mee:

Lotte Bamelis
Prof. dr. W. Gyselaers
Patrick Stijven
Prof. dr. Jan Vandevenne
Dr. Johan Van Robays
Dr. Bob Vermeulen

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
Dr. Luc Vrielinck
Jurgen Ritzen

Foto's:

ZOL
Mine Dalemans
Lars Grieten
Lotje Iwanicki
Cover: Marco Mertens
Micha Vandormael

Lay-out:

Carine Thaens &
Liesbeth Grondelaers,
dienst Communicatie

Redactie:

Schiepse Bos 6
B 3600 Genk - Belgium
zolarium@zol.be

www.zol.be

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

PARTNERS IN ZORG



Gerda Kesters (70) uit Bree heeft eigenlijk al haar hele leven nierproblemen. Naar de dokter gaat ze niet graag maar een viertal jaar geleden was haar bloedsuikerspiegel zo onrustwekkend dat haar huisarts haar naar nefroloog dr. Luc Verresen verwees. De prognose bleek niet goed. Geleidelijk aan voelde Gerda zich almaar slechter en enkele jaren later was ze zo ellendig en ziek dat ze moest opgenomen worden. "Ik wist onmiddellijk hoe laat het was. Vanaf toen moest ik drie keer per week aan de dialyse."

Na de tweede beurt heeft ze dr. Verresen al gevraagd om haar op de transplantatielijst te zetten. "Ik vond het vreselijk om van een machine afhankelijk te zijn. Ik voelde me niet goed, maakte me veel zorgen, begon te piekeren. Ik zag veel mensen rondom mij erg achteruitgaan."

De sfeer op de afdeling is erg goed, vindt Gerda. In het begin was ze wat onzeker maar al snel voelde ze zich thuis. "Ik heb veel lof over de verzorging. Elke keer was er een nefroloog, een verpleegkundige en

een diëtiste aanwezig. Het was best gezellig op de afdeling, iedereen was vriendelijk. Ik sprak veel met de anderen. We kregen ook koffie en broodjes. En we konden altijd terecht met onze vragen. Nooit zijn we in onzekerheid naar huis moeten gaan."

Maar Gerda keek erg uit naar een transplantatie. "Ik zou twee tot drie jaar moeten wachten, had de dokter mij gezegd maar al na één jaar en drie maanden, op een zondagavond om kwart voor 11, werd ik gebeld. Ik heb me nog nooit zo goed gevoeld als toen. Ik ben onmiddellijk vertrokken, samen met mijn man en dochter."

"De transplantatie is erg goed verlopen. Die dag heb ik een nieuw leven gekregen. En nu ik me weer goed voel, besef ik pas hoe ziek ik ben geweest. Ik ben heel de hele dag bezig, heb heel veel ijver. Wat heb ik toch ongelooflijk veel geluk gehad! Daarom wil ik andere mensen die hetzelfde meemaken moed geven. Ga ervoor want het is de moeite waard!"