

ZOLarium

TIJDSCHRIFT VAN DE WETENSCHAPPELIJKE RAAD

Jaargang 15 nr. 56 | april • mei • juni • 2015

A photograph of two men standing in a gym or rehabilitation center. The man on the left is wearing a black sweater, glasses, and has a stethoscope around his neck. The man on the right is wearing a light blue button-down shirt, has a stethoscope around his neck, and his arms are crossed. They are standing in front of several treadmills. The background shows a well-lit room with large windows and other exercise equipment.

Nieuw centrum voor cardiale en respiratoire revalidatie

Spermabank
klaar om te starten

Dag van de Zorg
groot succes

ZOL-app voor
huisartsen en specialisten



DAG VAN DE ZORG

Op 15 maart namen wij als ziekenhuis deel aan de Dag van de Zorg. Na enkele jaren van bouwen zijn vele projecten in hun eindfase gekomen en dit was het uitgelezen moment om ze aan het grote publiek te tonen. Bezoekers konden een bezoekje brengen aan de nieuwe Palliatieve Eenheid, de Cardiale-Respiratoire Revalidatie en tot slot een nieuwe geriatrieafdeling in de K-blok. Ook de nieuwe operatiezalen voor orthopedie en de nieuwe apotheek werden voor het grote publiek opengesteld.

Rode draad door het programma was innovatie. Innovatie is immers een belangrijk thema bij de verdere ontwikkeling en uitvoering van het medisch-strategisch beleid van het ZOL in de toekomst. In het medisch-strategisch beleidsplan besteden we veel aandacht aan de verdere innovatieve uitbouw van onze medische diensten en leggen we tegelijkertijd een belangrijke focus op kwaliteit en patiëntveiligheid.

Als expertziekenhuis wil het ZOL immers aan de hoogste kwaliteitsnormen voldoen. Het ZOL wil standaardzorg aanbieden voor de regio maar ook expertzorg voor een breder gebied. Dit is een hele uitdaging waarbij samenwerking, netwerking en het pro-actief rekening houden met nieuwe trends in de gezondheidszorg erg belangrijk zijn.

In dit ZOLarium bieden we u, naast de andere artikels, een inkijk in onze nieuwe diensten. Het grote publiek kon het aanbod alvast smaken. Met 7.500 bezoekers werden onze stoutste verwachtingen ruim overtroffen. De organisatie van de Dag van de Zorg heeft laten weten dat het ZOL op 15 maart de best bezochte deelnemende organisatie was in Vlaanderen. En daar mogen we gerust heel trots op zijn!

Dr. Griet Vander Velpen,
Medisch directeur

INHOUD

- 4 Nieuwe apotheek gaat live
- 5 Labo klinische zet in op automatisatie
- 6 Cardiale en respiratoire reva van start
- 10 Spermabank klaar om te start
- 12 Verscheidenheid donorcentra is groot
- 14 Dag van de zorg
- 17 ZOL-app voor huisartsen specialisten
- 18 Rookstopbegeleiding in het ZOL
- 20 Geïnformeerde toestemming

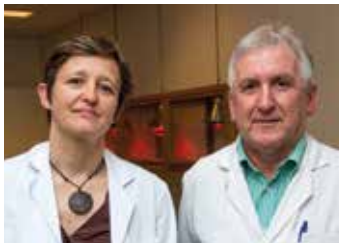
EPONIEMENKABINET

- 24 Nieuwe palliatieve eenheid
- 26 Dienst pediatrie breidt uit met kinderneurologie
- 27 Afrikaanse teams leren Walking Egg-IVF-methode
- 28 Comité Medische Ethiek bestaat 20 jaar
- 30 Dertigste doctoraat LCRP
- 31 Genkse onderzoekers in Journal of the American College of Cardiology

DISSECTIEKAMER

- 34 Billboard
- 35 Colofon
- 36 Partners in Zorg

10 SPERMABANK KLAAR OM TE STARTEN



Ongeveer twee jaar na de aankondiging is de spermabank van het ZOL klaar om van start te gaan. "We hebben intussen voldoende donoren waarvan er heel wat rietjes ter beschikking zijn," zegt IVF-specialist dr. Nathalie Dhont. "Intussen wordt er intensief verder gewerkt en blijven we zoeken naar nieuwe donoren."

18 ROOKSTOPBEGELEIDING IN HET ZOL



Sinds 2004 biedt het ZOL rookstopbegeleiding aan. Initieel enkel op de campus St-Barbara, sinds 2011 ook op campus St-Jan. Patiënten kunnen er terecht voor een intensieve rookstopbegeleiding van drie maanden bij tabakologen An Coenen en Inge Goffart, onder medische begeleiding van pneumoloog dr. Marc Daenen. Het programma wordt erg gewaardeerd want bijna alle patiënten (96%) zouden de begeleiding aan andere rookstoppers aanraden.

20 GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING

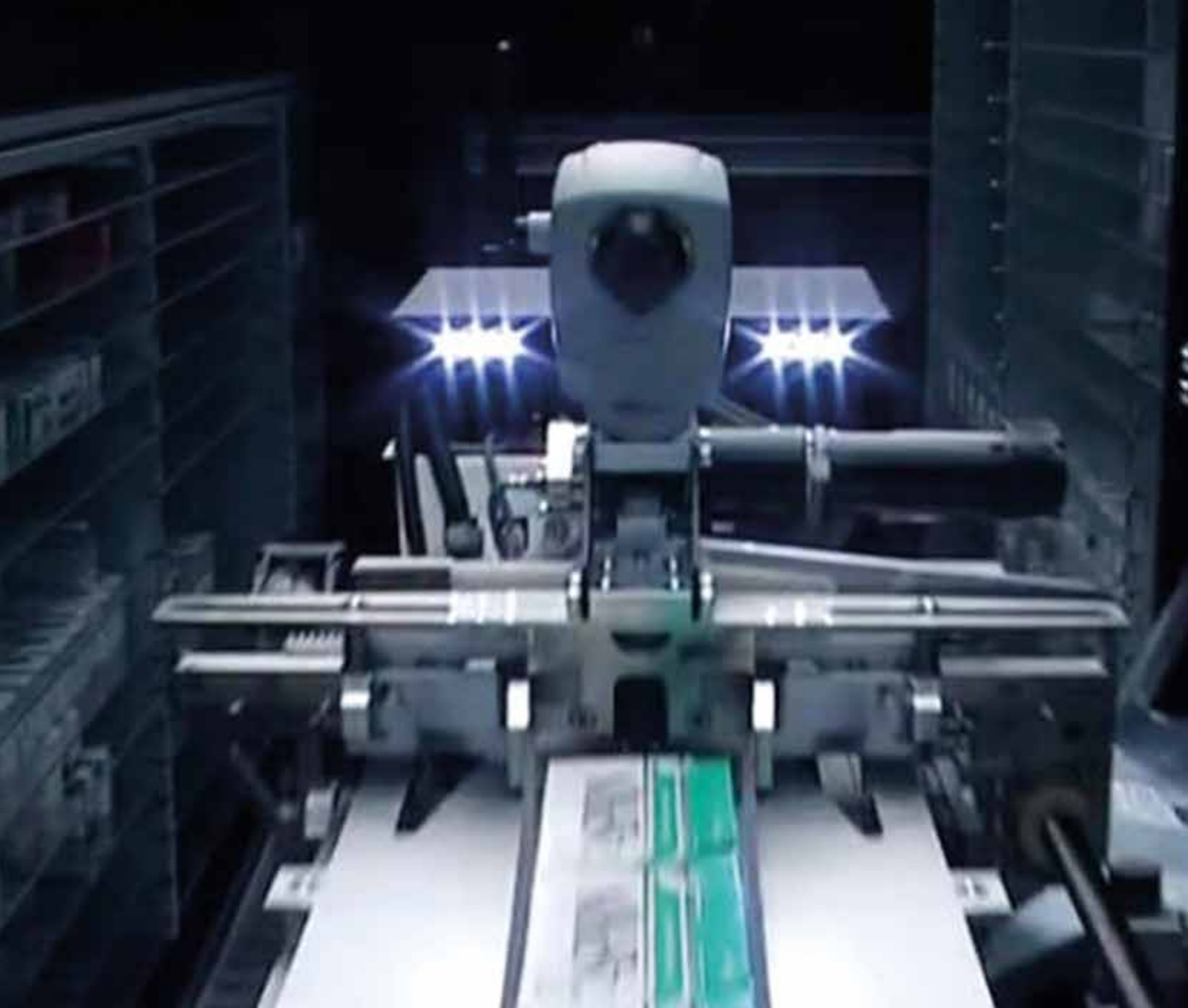


Volgens de Wet op de Patiëntenrechten heeft elke patiënt het recht op informatie over zijn gezondheidstoestand en over de voorgestelde behandeling. Een behandeling kan pas gestart worden nadat de patiënt of zijn vertegenwoordiger hiervoor toestemming heeft gegeven. Om aan deze voorwaarden te voldoen, zal een zorgverlener in het ZOL, in eerste instantie een arts, de patiënt een 'geïnformeerde toestemming' of 'informed consent' vragen.

28 HET COMITÉ MEDISCHE ETHIEK BESTAAT 20 JAAR



Het Comité Medische Ethiek (CME) van het ZOL bestaat 20 jaar. Velen kennen het Comité onvoldoende. De taken en activiteiten zijn nochtans uitgebreid en belangrijk. De voornaamste taak van het CME is het beoordelen van wetenschappelijke studies. Daarnaast komen tal van ethische onderwerpen aan bod. Ook het beoordelen van euthanasie-aanvragen behoort tot de taken van het CME.



NIEUWE APOTHEEK 'LIVE' OP 20 APRIL

Op 20 april gaat de nieuwe apotheek van het ZOL in Genk 'live'. In de nieuwe ziekenhuisapotheek zullen efficiëntie en doorgevoerde medicatieveiligheid centraal staan.

Om de efficiëntie te verhogen wordt een combinatie gemaakt van shuttleliften voor opslag, die 11 meter hoog gaan over 3 verdiepingen, een rollenbaan om de afgewerkte producten in bakken voor vervoer door te geven en een doosjesautomaat voor de volautomatische opslag en verdeling van doosjes. Dit in combinatie met de paternosterkasten waaruit er manueel klaargezet wordt.

"We beschikken in de nieuwe apotheek over een omvangrijk steriel blok," zegt diensthoofd apotheker Marnik Stragier. "Dat is nodig om onze geneesmiddelenproductie die in grote mate bestaat uit toxische bereidingen of cytostatica, met daarnaast steriele bereidingen zoals bijvoorbeeld parenterale voeding, bereidingen

voor pijnbestrijding en in mindere mate de klassieke magistrale bereidingen. Centraal staat de kwalitatieve productie van geneesmiddelen. Bij de aanmaak van steriele geneesmiddelen is het vooral belangrijk om microbiële contaminatie te voorkomen: hiervoor is luchtbehandeling een belangrijke vereiste. Daarnaast is er ondermeer een kledingsregime dat er op gericht is zo weinig mogelijk deeltjes te produceren."

In het ZOL werken 13 ziekenhuisapothekers, die ondersteund worden door apotheekassistenten, administratief medewerkers en magazijniers. Zo wordt een totale personeelsformatie bereikt van 54 FTE's. De ziekenhuisapotheek ZOL is een officieel opleidings- en stagecentrum voor (ziekenhuis)apothekers en apotheekassistenten. De dienst beslaat een oppervlakte van 2.000 m² en de omzet bedraagt 58 miljoen euro per jaar. Daarvan bestaat ongeveer de helft uit geneesmiddelen en de andere helft uit implantaten,

prothesen en steriele verzorgingsproducten. De omzet van implantaten en prothesen is de jongste jaren opmerkelijk gestegen, terwijl de uitgaven voor geneesmiddelen stagneren door de strenge besparingsmaatregelen en forfaitarisering van de geneesmiddelen in het ziekenhuis.

Het gamma in een ziekenhuisapotheek verschilt van dat in de officina: veel meer geneesmiddelen worden toegediend in injecteerbare vormen en er is een uitgebreid gamma aan infuzen. Maar de klassiekers zijn er ook. Jaarlijks vertrekken 25.000 tabletten Dafalgan naar de patiënten in het ziekenhuis.

De nieuwe apotheek in het ZOL is één van de 5 speerpuntdiensten die het ZOL dit jaar openstelde tijdens de Dag van de Zorg, samen met de dienst palliatieve zorgen; cardiale en respiratoire revalidatie; de operatierobot in het OK en de nieuwe verpleegafdelingen geriatrie.



LABORATORIUM KLINISCHE BIOLOGIE ZET IN OP AUTOMATISATIE

Het Laboratorium Klinische Biologie was de tweede dienst die zijn intrek nam in de nieuwe N-blok eind november 2014. De N-blok is een technische bouw met ruimte voor logistiek, apotheek, OK-zalen en ook het laboratorium. Voor het labo betekent dit naast meer ruimte ook meer licht, een aangenamere werkomgeving voor de medewerkers en de gelegenheid om het reeds lang geplande automatiseringsproject te realiseren.

Het team van het Klinisch Laboratorium telt 110 koppen, goed voor 65 FTE's. Zij verwerken per jaar ongeveer 520.000 aanvragen, goed voor 5-6 miljoen analyses. Het labo is BELAC-geaccrediteerd en dit voor alle disciplines: biochemie, hematologie, microbiologie en moleculaire technieken.

Op de dag van de verhuis werd door de afdelingen chemie en stolling een zogenaamde TLA of Totale Lab Automatisatie in gebruik genomen. Dit systeem bestaat uit verschillende onderdelen die onderling geconnecteerd zijn met een pre-analytische automatisatie en verschillende analytische toestellen.

De pre-analytische automaat vervangt de vroegere manuele voorbereiding die op patiëntenstalen moest toegepast worden: centrifugeren, uitverdelen in deelstalen, naar de toestellen brengen voor analyse. Deze handelingen worden nu voor het gros van de stalen volledig automatisch uitgevoerd wat tot minder verspilling van bloed en minder fouten leidt. Het systeem zet meteen ook deelstalen klaar voor analyses die niet op deze TLA kunnen uitgevoerd worden.

Aan dit pre-analytisch systeem zijn de toestellen verbonden die de analyses uitvoeren: de stalen worden automatisch naar de juiste toestellen vervoerd via een lopende band.

Er zijn op deze manier bijna 100 verschillende parameters die 7 dagen op 7 en 24h per dag gerapporteerd kunnen worden.

Dit systeem laat de Medisch Laboratorium Technoloog toe om meer tijd te besteden aan het interpreteren van resultaten en om tijd vrij te maken voor andere analyses.

Het labo bouwt ook op andere vlakken verder aan de toekomst. Reeds verschillende jaren worden nieuwe technieken uitgebouwd en geïmplementeerd zoals flowcytometrie voor hematologische analyses, gespecialiseerde stollings-testen, speciale scheidingstechnieken, moleculaire technieken gebruikt in microbiologie en hematologie en het gebruik van Maldi-TOF in microbiologie. Deze laatste techniek laat o.a. toe om micro-organismen sneller te identificeren wat de patiënten rechtstreeks ten goede komt.

Op wetenschappelijk vlak werkt het labo mee aan heel wat klinisch wetenschappelijke studies, waaronder ook eigen geïnitieerd onderzoek wat ondermeer resulteerde in een doctoraat in 2014.

Revalidatie is heel wat meer dan wat bewegen. De revalidanten worden opgevolgd door de verschillende actoren van het multidisciplinair team: de fysiotherapeut, de psycholoog, de sociaal assistente, de diëtiste, de ergotherapeut en de revalidatiearts.



1. Linda Imbrechts, ergotherapeute, 2. Karolien Vandenborne, sociaal verpleegkundige, 3. Kim Daniels, hoofdparamedicus, 4. Lieve Bringmans, medical management assistent, 5. Lut Daniels, diëtiste, 6. An Coenen, psychologe, 7. Anneleen Bongaerts, kinesiste, 8. Ben Kissemeek, kinesist, 9. Rina Pirlotte, kinesiste, 10. Annemie Weerts, coördinator revalidatie, 11. Guy Jacobs, kinesist, 12. An Martens, psychologe, 13. Prof. dr. Wilfried Mullens, cardioloog, 14. Dr. Marc Daenen, pneumoloog

NIEUW CENTRUM VOOR CARDIALE EN RESPIRATOIRE REVALIDATIE VAN START

Iedereen die gezond wil blijven, moet volgens de richtlijnen van de Europese Vereniging voor Cardiologie 3 tot 5 keer per week een half uur bewegen. Dit zowel in het kader van primaire als secundaire preventie. Maar revalidatie is heel wat meer dan wat bewegen. Het nieuwe centrum voor cardiale en respiratoire revalidatie van het ZOL beantwoordt aan de meest moderne vereisten.

CARDIALE REVALIDATIE

Wat is cardiale revalidatie?

Dr. Wilfried Mullens, cardioloog: "Volgens de definitie van de Europese Vereniging voor Cardiologie en de World Health Organisation gaat het om een som van interventies die de fysieke, psychologische en sociale condities van mensen met hartproblemen zodanig verbeteren dat ze, door hun eigen inspanningen, hun plaats in de maatschappij kunnen bewaren of opnieuw opnemen."

Welke patiënten komen in aanmerking?

"Het centrum voor cardiale revalidatie in het ZOL kreeg een erkenning in 1996. Een terugbetaling voor cardiale revalidatie kan in België enkel in een erkend centrum na specifieke indicaties en hospitalisatie. Het gaat hierbij om acuut myocard infarct, coronaire bypass heelkunde, percutane endovasculaire coronaire interventies, chirurgie van het hart of kleppen, hart en/of longtransplantatie, cardiomyopathie met dysfunctie van het linker ventrikel. Resistente angor pectoris is geschrapt in 2006. Mensen kunnen officieel niet worden geïncludeerd zonder voorafgaandelijke hospitalisatie."

"Dit is dus beperkt en dekt zeker niet alle noden die er zijn, zelfs niet binnen de cardiologie, laat staan binnen de vasculaire heelkunde of voor patiënten met diabetes, obesitas... Deze patiënten komen niet in aanmerking voor een wettelijke terugbetaling maar we laten hen soms wel, maar dan louter uit goodwill, op kost van het ziekenhuis trainen."

"Vanzelfsprekend is er echter absoluut een zeer belangrijke rol vastgelegd voor de eerte lijn in de revalidatie en verdere zorg van dit soort patienten. We sturen nu reeds heel veel patienten door om bijvoorbeeld op lange termijn de fysieke aspecten van de revalidatie te onderhouden via lokale fysiotherapeuten. Hetzelfde geldt voor

dieetbegeleiding. Het is geenszins de bedoeling om de revalidatie te verplaatsen naar het ziekenhuis. De multidisciplinaire revalidatie richt zich enkel op patienten die een acuut cardiaal event hebben doorgemaakt om gedurende de eerste fase alle mogelijkheden te scheppen om naar een optimaal herstel te gaan "

Hoe wordt het programma aangepakt?

"De revalidanten worden verwezen door de collega's van cardiologie of cardiochirurgie. De patiënt wordt, wanneer hij nog in het ziekenhuis verblijft, gezien door de verschillende actoren van het multidisciplinair team, namelijk de fysiotherapeut, de psycholoog, de sociaal assistente, de diëtiste en de revalidatie-cardioloog. De revalidatie start dus al tijdens de hospitalisatie. Na een snelle controle via de raadpleging wordt nagegaan wat de fysieke conditie van de patiënt is zodat de revalidatie ambulant kan worden gecontinueerd op het niveau van de patiënt."

"In het begin trainen de patiënten in de revalidatiezaal van het ziekenhuis, meestal een drietal keren per week. Hun evolutie wordt wekelijks door het team besproken en de trainingen indien nodig bijgestuurd. Halftijds kan er een nieuwe fietsproef worden voorzien om het trainingsniveau eventueel opnieuw aan te passen. Na een drietal maanden zal de patiënt op eigen kracht verder gaan, eventueel bij een fysiotherapeut thuis of in een fitnessclub. Maandelijks worden ook infosessies gegeven over achtergrond hart-vaatziekten, voeding, rookstop, stress enz. aan de patiënten en hun familie."

"Concreet werkt de multidisciplinaire revalidatie in drie fases. Tijdens fase 1 verblijft de patiënt nog in het ziekenhuis en ligt de nadruk op mobilisatie, educatie en psychosociale counseling. Fase 2 is de ambulante fase.



Deze bestaat uit 45 sessies fysieke training (2 tot 3 keer per week), gecombineerd met begeleiding door het multidisciplinair team. Fase 2 duurt 2 tot 6 maanden, of zelfs langer voor transplantatiepatiënten. De derde fase is het langetermijn onderhoudsprogramma. Hiervoor is geen wettelijk of financieel kader voorzien."

Wat zeggen de richtlijnen van de Europese vereniging cardiologie omtrent multi-disciplinaire revalidatie?

"Voor post-infarct patiënten is de aanbeveling dat ze fysieke sportactiviteiten opnemen (klasse I, aanbeveling A). Voor patiënten met hartfalen is de richtlijn zelfs nog sterker. Er bestaan immers heel wat wetenschappelijke data die het belang van revalidatieprogramma's aantonen. Bij patiënten die revalidatie volgen, verbetert de mortaliteit en morbiditeit, zo is uitgebreid bewezen. Hoe meer sessies een patiënt volgt, hoe minder kans hij heeft om te sterven. Daarnaast blijkt dat patiënten die revalidatie volgen statistisch heel wat meer kans hebben om opnieuw aan het werk te raken. Dus ook al halen we de mensen soms tijdelijk van hun werk om revalidatie te volgen, op langere termijn winnen ze ermee. Onderzoek wijst ook uit dat de inspanningscapaciteit van patiënten met hartfalen veel beter wordt als je hen laat revalideren."

Wat zijn de resultaten in het ZOL?

"In het ZOL krijgen we ongeveer 90% van de mensen die revalidatie gevolgd hebben post-infarct weer aan het werk, hetgeen een zeer goed cijfer is."

"We tellen een 1000-tal mensen die per jaar het revalidatieprogramma volgen. Hiermee behoren we tot de top-includers voor cardiale revalidatie in België."

"Het centrum voor cardiale revalidatie was tot eind 2014 gevestigd in de kapel van campus Sint-Barbara. Dat liep goed maar de infrastructuur was niet optimaal. Begin 2015 hebben we het nieuwe centrum op campus Sint-Jan in gebruik genomen. Het centrum ligt vlak aan de parking van het ziekenhuis zodat iedereen die het ziekenhuis binnenkomt actieve mensen in beweging ziet. Een positief beeld dus!"

Wat brengt de toekomst?

"De komende jaren willen we de revalidatie uitbreiden naar mensen die een acuut vasculair event hebben doorgemaakt. Daarnaast dienen we samen met de eerste lijn ook zorgpaden uit te werken om meer 'preventief' te werken bij patiënten met bv suikerziekte, alsook de revalidatie misschien open te stellen voor ZOL-medewerkers. Daarnaast zal de revalidatie verder worden aangepast naar specifieke indicaties, en zal er een pilootproject starten waarbij we mensen ook in groep terug gaan laten trainen buiten het ziekenhuis op het einde van hun revalidatie om zo het onderhoudsprogramma te vergemakkelijken. Ook staan we open voor fysiotherapeuten uit de omgeving die met hun patiënten bij ons willen komen trainen."

RESPIRATOIRE REVALIDATIE

Wat is respiratoire revalidatie?

Dr. Marc Daenen, pneumoloog: "De definitie zegt: 'Respiratoire revalidatie is een welomschreven interventie, gebaseerd op een grondig patiëntenonderzoek, gevolgd door patiëntgerichte behandelingen onder andere inspanningstraining, educatie en gedragsaanpassing met de bedoeling de fysieke en psychologische toestand te verbeteren van patiënten met chronische longziekten en gezondheidsverbeterend gedrag op lange termijn te promoten.'"

"Respiratoire revalidatie is dus meer dan alleen maar trainen. We proberen een totaalprogramma aan te bieden met ook begeleiding



kkelijk van de medische toestand. Daarnaast zijn er individuele sessies en groepsessies met de therapeuten om de patiënten meer ziekte-inzicht te geven.”

Hoe ziet de training van longpatiënten eruit?

“Inspanningstraining is de hoeksteen van de behandeling. De duurtraining bestaat uit fietsen, wandelen en roeien. We streven naar een ononderbroken inspanning van 20 tot 30 minuten. Daarnaast doen onze patiënten aan intervaltraining, dit wil zeggen afwisselingen tussen korte inspanningen en rustpauzes van in totaal 20 minuten.”

Wat kan een revalidatieprogramma bij longpatiënten bereiken?

“We weten uit de literatuur, maar we zien dit zelf ook bij onze patiënten, dat ondanks slechte longen de inspanningscapaciteit verbetert. Dit zorgt ervoor dat de patiënten meer aankunnen in hun dagelijks leven en dat hun levenskwaliteit verbetert. Ook dyspnee of kortademigheidsklachten verminderen.”

“Belangrijk is ook dat de medische consumptie afneemt. Longpatiënten die revalidatie volgen, worden minder frequent opnieuw opgenomen in het ziekenhuis, gaan minder naar de huisarts en krijgen minder exacerbaties of ‘opstoten’. In financieringskwesaties is dit een argument dat steeds meer doorweegt.”

“Wat we niet kunnen verbeteren, is de longinhoud zelf. Een beperkte longfunctie (COPD of astma) kan je niet verbeteren met trainen. Wij kunnen vooral de klachten van longpatiënten verbeteren. Het is wel belangrijk dat patiënten gemotiveerd zijn. Vaak is het zo dat je patiënten in het begin naar de revalidatie moet sleuren. Na een paar weken beginnen ze plezier te krijgen in het trainen en dan willen ze niet meer stoppen. In Lanaken had ik mensen die al 7 of 8 jaar kwamen trainen.”

Wat met roken?

“Rookstop is heel belangrijk. Er zijn revalidatiecentra waar rookstop een exclusiecriteria is maar wij willen zo ver niet gaan. Maar als een roker bij ons start, is een rookstopprogramma, mee begeleid door een psycholoog, een deel van zijn programma. Maar is het natuurlijk zo dat een longpatiënt die blijft roken, met de jaren verder achteruit gaat. Vandaar dat we naargelang de tijd strenger worden. Maar ik heb nog nooit tegen een patiënt moeten zeg-

gen dat hij niet meer mag komen. Indien nodig zoeken we naar een leefbaar compromis waarbij de roker het aantal sigaretten sterk heeft afgebouwd.”

Hoe lang duurt het revalidatieprogramma?

“Het is bewezen dat (minstens) 6 maanden trainen het best resultaat oplevert. Langer trainen kan ook in onze opvolggroepen. Dan houden de effecten nadien ook langer. Andere patiënten dirigeren we naar een kinesist aan huis, een fitnessclub of ze kiezen zelf voor een sport.”

Wat kost een revalidatieprogramma?

“Eén sessie voor een longpatiënt kost ongeveer 35 euro aan de maatschappij. Een programma van 60 sessies kost dus 2.100 euro. De patiënt betaalt per keer 3,5 euro. Als je hiermee deze patiënten uit het ziekenhuis kan houden, zal hun revalidatie zich meervoudig terugbetalen. Dit is wetenschappelijk bewezen. De grote kost van longpatiënten zijn immers de opnamekosten wanneer ze een ‘opstoot’ krijgen.”

Hoeveel patiënten volgen het revalidatieprogramma?

“Wij telden in 2013 7.725 patiëntensessies. Er zijn in 2013 110 nieuwe patiënten gestart. Dit cijfer was al enkele jaren stabiel omdat we in Sint-Barbara aan onze maximale capaciteit zaten. In de nieuwe infrastructuur op campus Sint-Jan hebben we meer capaciteit waardoor onze patiëntenaantallen waarschijnlijk zullen toenemen.”

“We willen met ons programma zeker niet in concurrentie treden met de perifere kinesisten. Maar onze patiënten zijn vaak hulpbehoevend, hebben nood aan medische supervisie en zijn meer geholpen met een multidisciplinaire aanpak. Sommigen hebben zuurstof nodig tijdens de training, er zijn transportmogelijkheden en er is de terugbetaling door het RIZIV.”

“Maar de patiënt kiest uiteindelijk zelf. De uitdaging van elke vorm van revalidatie is uiteindelijk het gedrag van de patiënt te veranderen. Als hij na 6 maanden trainen thuis opnieuw in zijn zetel gaat zitten dan verliest hij opnieuw alle voordelen die hij heeft opgebouwd.”

van andere zorgverleners. Het is belangrijk dat wie hier komt trainen geen standaard programma krijgt. Patiënten worden op voorhand getest om te kijken wat ze aankunnen en daarop wordt hun programma gebaseerd en opgebouwd.”

Welke patiënten komen in aanmerking voor revalidatie?

“80 tot 90 percent van onze patiënten hebben COPD of chronische bronchitis en emfyseem. Daarnaast hebben we patiënten met ernstige astma. Een derde groep zijn de longtransplantatiepatiënten. Zij worden door hun transplantatiearts vanuit UZLeuven naar een revalidatiecentrum gestuurd. Ze komen vóór de transplantatie om zo sterk mogelijk naar de ingreep te gaan en erna om zo snel mogelijk opnieuw op een maximaal niveau te komen.”

Wie maakt deel uit van het multidisciplinair team?

“We werken vanuit 6 hoeken. Ik superviseer als arts het geheel. Daarnaast zijn er gespecialiseerde kinesisten, diëtisten, psychologen, ergotherapeuten en sociaal assistenten. Om de twee weken is er teamoverleg en worden alle patiënten besproken.”

“Tijdens een individueel intakegesprek bekijk ik de mogelijkheden en de motivatie, afhan-

Grete Bollen
Communicatieadviseur



Dr. Nathalie Dhont en prof. dr. Willem Ombelet: "Het voordeel van onze eigen bank is dat we het sperma op voorraad hebben. Als we sperma in Denemarken moeten bestellen, moeten mensen langer wachten."

SPERMABANK KLAAR OM TE STARTEN

Ongeveer twee jaar na de aankondiging is de spermabank van het ZOL klaar om van start te gaan. "We hebben intussen voldoende donoren waarvan er heel wat rietjes ter beschikking zijn," zegt IVF-specialist dr. Nathalie Dhont. "Intussen wordt er intensief verder gewerkt en blijven we zoeken naar nieuwe donoren."

Dr. Nathalie Dhont: "De ervaring leert ons dat het opzetten van een spermabank niet makkelijk is. Er zijn de afgelopen twee jaar heel wat aanmeldingen geweest van potentiële donoren maar de helft van de mensen die zich aanmelden via de website komen uiteindelijk toch niet. De barrière tussen het aanmelden en het effectief langskomen is dus erg groot."

Hoe moeilijk is het om geschikte donoren te vinden?

"Van de potentiële donoren die komen voor een eerste staal kunnen wij er 1 op 4 weerhouden. Onze kwaliteitseisen liggen immers erg hoog. Van deze groep valt er nog 1 op 3 donoren weg, meestal omwille van een genetisch probleem of omdat ze uiteindelijk nog afhaken. Het is een moeizaam proces."

Zijn er voldoende donoren om te starten?

"We kunnen zeker starten maar intussen gaan we verder. Er zijn op dit ogenblik

nog mensen aan het doneren maar tussen het starten met een donor en het vrijgeven van het sperma zit bijna een jaar. De procedure is immers erg uitgebreid. Daarbij kunnen we niet te veel donoren tegelijk aanvaarden omdat we daarvoor niet voldoende capaciteit en personeel ter beschikking hebben."

"En als een donor klaar is met doneren, moeten we nog zes maanden wachten. Pas na een gunstig bloedonderzoek zes maanden later, kan het sperma vrijgegeven worden. Van een aantal donoren zit het zaad dus nog in quarantaine."

"De periode van het begin tot de vrijgave is dus erg groot maar alles moet immers ook perfect verlopen zijn. Een test die niet duidelijk genoeg is, wordt gewoon opnieuw gedaan en dit kan nog wat extra uitstel meebrengen."

Blijven jullie intussen ook donorzaad importeren?

"We blijven verder werken met spermabanken uit Denemarken. Als we geen match vinden bij onze eigen donoren, gaan we naar de Deense bank. Er wordt gematcht via uiterlijke kenmerken: haarkleur, lengte, gewicht, oogkleur en bloedgroep. Het zijn meestal een viertal kenmerken waarop we selecteren."

"Het voordeel van onze eigen bank is dat we het sperma op voorraad hebben. Als we sperma in Denemarken moeten bestellen, moeten mensen langer wachten."

Bent u tevreden met het resultaat?

"Ja, zeker. We beschikken nu eigenlijk al over een sterk gevarieerde bank waarmee we ook mensen van gemengde origine kunnen helpen. En dit is bij onze populatie zeker een voordeel. Daarbij is de gemiddelde leeftijd van onze donoren zowat dertig jaar. Vaak gaat het om mensen die zelf al kinderen hebben en doneren uit altruïsme."

VERSCHEIDENHEID TUSSEN BELGISCHE SPERMADONORCENTRA IS GROOT

Een van de doctoraatsprojecten die uitgevoerd worden binnen het kader van het LCRP is dat van drs. Annelies Thijssen. Onder het promotorschap van prof. dr. Willem Ombelet, verricht zij in het fertiliteitscentrum van het ZOL onderzoek naar de medische, ethische en economische aspecten van spermabanken in België.

Zo trachtte zij onder andere om het Belgisch gebruik van donorsperma in kaart te brengen, en werd er onderzoek gedaan naar nieuwe strategieën om kandidaat donoren te rekruteren. Uit het onderzoek blijkt dat er heel wat verschillen bestaan in de criteria die de centra hanteren met betrekking tot de donor en de behandeling en omgang met het donorsperma.

Volgens het Belgische Register voor Geassisteerde Procreatie (BELRAP) is het aantal artificiële inseminatie cycli (AID) met donorsperma in België gestegen van 8.766 AID-cycli in 2008-2009 tot 13.048 in 2010-2011. Dit heeft te maken met het toegenomen aantal centra dat rapporteert bij BELRAP maar er is ook een substantiële toename van patiënten die afhankelijk zijn van spermadonatie.

In het verleden werd donorsperma enkel gebruikt voor heterokoppels met een onvruchtbare man of een man die een overdraagbare genetische aandoening heeft. Vandaag vragen ook lesbische koppels en alleenstaande vrouwen naar donorsperma.

Daarbij worden Belgische centra voor reproductie overspoeld met patiënten die van over de grens komen om op die manier de strenge wetgeving in hun thuisland te omzeilen. In Nederland en het Verenigd Koninkrijk bijvoorbeeld is anonieme spermadonatie verboden sinds respectievelijk 2004 en 2005 waardoor er weinig spermabanken en lange wachtlijsten zijn. In Frankrijk en Duitsland wordt de behandeling van lesbische koppels en alleenstaande vrouwen met donorsperma beperkt.

De Belgische wetgeving laat zowel anonieme als niet-anonieme

spermadonatie toe, zowel bij hetero- als lesbische koppels of alleenstaande vrouwen. Maar, in tegenstelling tot landen als Spanje en Denemarken, waar de overheid mannen aanmoedigt om spermadonor te worden laat de Belgische overheid geen enkele vorm van publiciteit toe om spermadonoren te rekruteren. Komt daar nog bij dat volgens de Belgische wet maximum zes vrouwen van één donor zwanger mogen worden.

Als gevolg kampen Belgische spermabanken met een tekort aan donorsperma. Maar omdat er op dit ogenblik geen centraal registratiesysteem bestaat voor spermadonoren in België, kan dit niet aangetoond worden met cijfers. Naar aanleiding van de uitbouw van onze eigen spermabank in het ZOL, voerden we een studie uit om een gedetailleerd overzicht te krijgen van de mogelijkheden die spermabanken hebben in België. Voor zover wij weten werd dit nooit eerder onderzocht. We stuurden vragenlijsten naar alle Belgische centra voor geassisteerde reproductie met labomogelijkheden voor intra-uterine inseminatie (IUI) en invitro fertilisatie (IVF) (B-centra) om te rapporteren over hun methodes met betrekking tot de spermabank, met speciale aandacht voor de methodes en criteria voor rekrutering, screening en de selectie van potentiële spermadonoren, procedures voor het wassen en bevriezen van het sperma en de kosten die samengaan met spermadonatie. De respons rate van de bevraging bedroeg 100 percent.

Geografische verspreiding van deelnemende centra

België telt 18 B-centra voor geassisteerde reproductie: acht in Vlaanderen, vier in Brussel en zes in Wallonië.

Patiënten behandeld met AID

De drie groepen van patiënten, nl. hetero en lesbische koppels en alleenstaande vrouwen, kunnen terecht voor AID in 13 van de 17 centra. De overige vier centra bieden geen AID aan alleenstaande vrouwen.

Anonieme of niet anonieme donorinseminatie

Ongeveer de helft van de centra (8/17 of 47%) maakt altijd gebruik van anonieme donorinseminatie. De andere centra (9/17) of 53 percent



staan open voor zowel anonieme als niet-anonieme spermadonatie. Ze geven mee dat de vraag naar niet-anonieme donorinseminatie uiterst zeldzaam is.

Oorsprong en gebruik van donorsperma

Slechts twee van de 17 centra (12%) kunnen volledig terugvallen op hun eigen spermabank. De andere 15 centra (15/17 of 88%) vallen gedeeltelijk (11/17 of 64%) of volledig (4/17 of 24%) terug op geïmporteerd buitenlands sperma.

Geïmporteerd sperma in België komt exclusief van Denemarken en geen van de centra importeert donorsperma van een andere Belgische spermabank. Onze resultaten geven aan dat voor 63% van de donorinseminaties die uitgevoerd worden in België gebruik gemaakt wordt van donorsperma uit Denemarken.

Donorrekrutering

Donoren worden meestal gerekruteerd via de website van het donorcentrum waar informatie gegeven wordt over donorinseminatie en de mogelijkheden om spermadonor te worden (8/13 of 61%). Andere mogelijkheid is het verspreiden van flyers in het centrum (6/13 of 46 percent), mondelinge reclame (3/13 of 23%) of het vragen van partners van vrouwen die zwanger werden na een onvruchtbaarheidsbehandeling en waar geen mannelijke infertiliteit aanwezig was. De meeste centra gebruiken een combinatie van factoren om donoren te rekruteren.

In 2013 meldden zich 602 kandidaat-donoren in de Belgische centra voor een eerste sperma-analyse. Daarbij was er één centrum met 9 kandidaten en een ander centrum met 180 kandidaten.

Gemiddeld worden 32% (van 15 tot 50%) van de kandidaat-donoren geaccepteerd. In België werden in 2013 260 kandidaatdonoren geaccepteerd.

Om er zeker van te zijn dat een donor maar in één centrum doneert, sluiten vijf van 13 centra een contract af met de donor. Dit impliceert dat acht spermabanken (62%) de donoren geen geschreven contract voorleggen.

Criteria voor spermadonoren

De minimumleeftijd voor een kandidaat spermadonor werd gerapporteerd op 18 jaar door 11 van de 13 spermabanken (85%). In twee andere centra is de minimumleeftijd respectievelijk 21 en 25 jaar. De toegelaten maximum leeftijd verschilt aanzienlijk tussen de centra met leeftijden van 36 tot 46 jaar oud.

Alle spermabanken voeren de wettelijke infectiescreenings uit: hepatitis B en C, HIV, syfilis en chlamydia. Daarbij screenen alle centra, op één na, op cytomegalovirusinfecties. Eén centrum gaf aan ook te screenen op *Neisseria gonorrhoeae*.

Naast screening op infecties doen alle centra een genetische screening op cystic fibrosis

en bepalen ze het karyotype van de kandidaat spermadonor. Eén centrum rapporteert bijkomend te testen op Y chromosome microdeletions en twee andere centra testen op hemoglobinopathie. Een psychologische screening van de kandidaatdonoren wordt slechts gedaan in drie van de 13 spermabanken (23%).

De minimumcriteria voor het bepalen van de spermakwaliteit verschillen substantieel tussen de verschillende spermabanken. De benedenslimiet voor native spermac concentraties varieert van 15 tot 60 miljoen spermatozoa per ml. Bijkomend, de drempel voor goede voorwaartse progressieve beweeglijkheid moet in één centrum minstens 30 percent zijn tot 70 percent in een ander centrum. Minimum criteria voor spermamorfologie variëren van 4% tot 25% morfologisch normale spermatozoa. Minimum criteria voor 'inseminating motile counts' (IMC) na het invriezen en ontdooien, varieert van 1 tot 5 miljoen.

Handling van het donorsperma

De meerderheid van de spermabanken (11/13 of 85%) bewaren spermastalen van donoren die nog niet serologisch getest zijn in aparte quarantainecontainers.

Betaling donor

Een Belgische donor wordt gemiddeld 66 euro per donatie betaald, met een minimum van 50 euro en maximum 100 euro.



DAG VAN DE ZORG

Op 15 maart openden we de deuren op campus Sint-Jan om aan het grote publiek te tonen wat we in onze mars hebben. Het werd een unieke opendeurdag waarop we voornamelijk locaties toonden die nog niemand gezien had. Sommige diensten waren nog in aanbouw, zoals de nieuwe apotheek, de vier nieuwe operatiekamers of de verpleegafdeling Geriatrie in de nieuwe K-blok. Daarnaast werden de nieuwe palliatieve eenheid en de cardiale en respiratoire revalidatie opengesteld.

Ook onze partnerorganisaties het Kinderpsychiatrisch Centrum (KPC) en de Limburgse Zorgacademie (LiZa) stelden hun deuren open voor het publiek.

Dat onze opendeurdag een groot succes was, heeft u ongetwijfeld al gehoord of gelezen. Met 7.500 bezoekers werden onze stoutste verwachtingen ruim overtroffen. De organisatie van de Dag van de Zorg heeft laten weten dat het ZOL op 15 maart de best bezochte deelnemende organisatie was in Vlaanderen.

Op de foto ziet u de operatierobot da Vinci Xi die opgesteld was aan de nieuwe operatiezalen.





15 | 03 | 2015

dag v/d
zorg

DAG VAN DE ZORG



Apotheek



Nieuwe OK-zalen voor orthopedie



Verpleegafdeling geriatrie



Mobile Health Unit



Palliatieve Eenheid

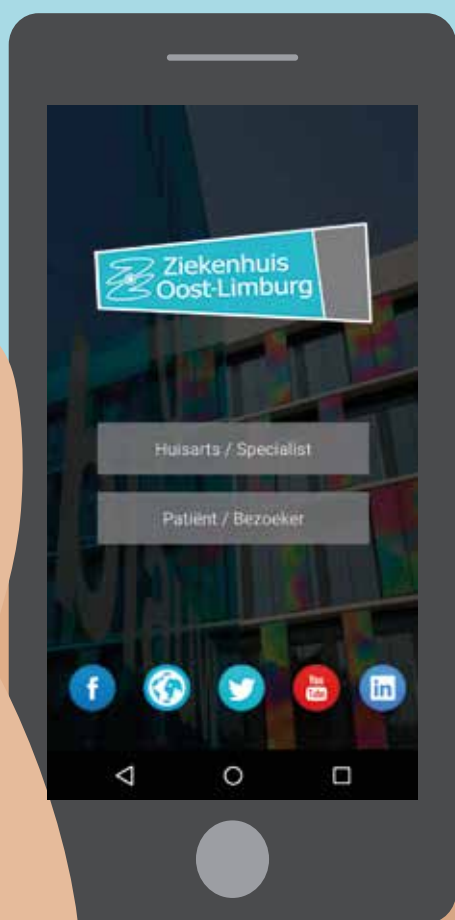


Limburgse Zorgacademie (LiZa)



Kinderpsychiatrisch Centrum (KPC)

ZOL-APP VOOR HUISARTSEN EN SPECIALISTEN



De dienst Communicatie van het ZOL heeft een app ontwikkeld waarmee huisartsen en specialisten via tablet of smartphone razendsnel de gegevens van alle ZOL-specialisten kunnen terugvinden. Via een zoekmodule kunnen de ZOL-artsen op naam of op specialisme opgezocht worden. De persoonlijke contactgegevens van de specialisten en hun raadplegingsmomenten zijn zo in één oogopslag beschikbaar.

De nieuwe app is de moderne versie van het gedrukte telefoonboekje dat jaarlijks bijgewerkt en naar alle artsen verstuurd wordt. Groot voordeel van de digitale toepassing is dat de app voortdurend up to date kan gehouden worden: nieuwe artsen worden meteen toegevoegd en artsen die niet meer in het ZOL werkzaam zijn, kunnen meteen verwijderd worden. Het gedrukte telefoonboekje blijft voorlopig wel nog bestaan.

De app is voorlopig enkel beschikbaar via het Android-platform. U vindt de app wanneer u in de Android Play Store 'ZOL' ingeeft. De iOS versie gaat eerstdaags in productie zodat de app ook snel voor Apple-gebruikers beschikbaar zal zijn.

Indien u toegang wenst tot de app dient u een e-mail te versturen naar communicatie@zol.be met vermelding van uw riziv-nummer. U ontvangt dan een unieke code die u toegang verleent tot de app. U dient deze code maar één keer in te geven.



ROOKSTOPBEGELEIDING

IN HET ZOL: RESULTATEN 2012

Sinds 2004 biedt het ZOL rookstopbegeleiding aan. Initieel enkel op campus St-Barbara, sinds 2011 ook op campus St-Jan. Patiënten kunnen er terecht voor een intensieve rookstopbegeleiding van drie maanden bij tabakologen An Coenen en Inge Goffart, onder medische begeleiding van pneumoloog dr. Marc Daenen. De eerste jaren was de begeleiding individueel, sinds 2013 wordt er gewerkt in groepsprogramma's. Bepaalde patiënten kunnen nog steeds individueel geholpen worden: zwangeren, psychiatrische patiënten, patiënten met dringende medische aandoeningen.

De eerste afspraak is een raadpleging bij zowel de pneumoloog (opmaken medisch dossier, spirometrie, voorschrijven adjuverende medicatie) als de tabakoloog (intakegesprek, plannen sessies). Er zijn drie raadplegingssloten voor nieuwe patiënten op maandag (St-Barbara), en drie sloten op dinsdag (St-Jan).

Het financiële plaatje: het ZOL houdt zich aan de terugbetalingstarieven van het RIZIV, hetgeen betekent dat de begeleiding in feite kosteloos is. Enkel het remgeld van de adjuverende medicatie en van het artsconsult zijn voor rekening van de patiënt.

Een tijdje geleden verwerkten we de resultaten van de patiënten die in 2012 aan het programma deelnamen.

Exploratieve data-analyses voor alle rookstop patiënten:

In 2012 hebben er in totaal 108 patiënten deelgenomen aan onze rookstopbegeleiding. De gemiddelde leeftijd bedroeg 52.5 jaar (Mean = 52.54; SD = 10.49) (Figuur 1). De jongste deelnemer was 19 jaar en de oudste was 70 jaar. Gemiddeld genomen behaalden deze patiënten een fagerströmscore van 7 op 10 (Mean = 6.99; SD = 2.18) (Figuur 2). Dit betekent dat de gemiddelde rookstopper sterk afhankelijk was bij aanvang van het programma.

Er waren meer vrouwen (65.5%) die onze rookstopbegeleiding volgden dan mannen (43.5%). 67% van de deelnemers volgde het programma op aanraden van een arts terwijl 33% van de deelnemers op eigen initiatief deelnam. (Tabel 1).

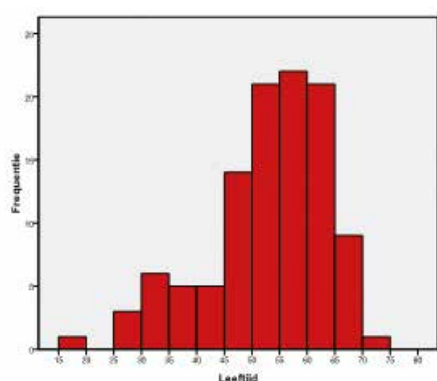
VERWIJZER	FREQUENTIE	PERCENTAGE
Eigen initiatief	35	32,7%
Pneumoloog	35	32,7%
Cardioloog	10	9,3%
Huisarts	9	8,4%
Arts: andere specialisatie	18	16,8%

Tabel 1: frequentie en percentage voor het aantal doorverwezen patiënten uit een specifieke specialisatie. Noot: één missende waarde.

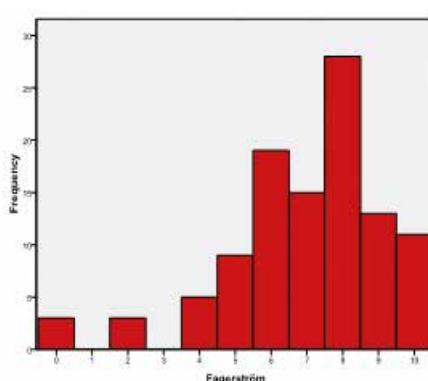
Gemiddeld volgden de deelnemers 5 sessies (Mean = 4,63; SD = 2,56). Ongeveer 10% van de participanten haakte af na de eerste sessie (Tabel 2). De rookstopdag ligt meestal na de derde sessie. We zien dat ongeveer 58% van de deelnemers vier of meer sessies volgt.

AANTAL SESSIES	FREQUENTIE	PERCENTAGE
1	11	10,3%
2	16	15,0%
3	18	16,8%
4	12	11,2%
5	7	6,5%
6	13	12,1%
7	11	10,3%
8	16	15,0%
8+	3	2,8%

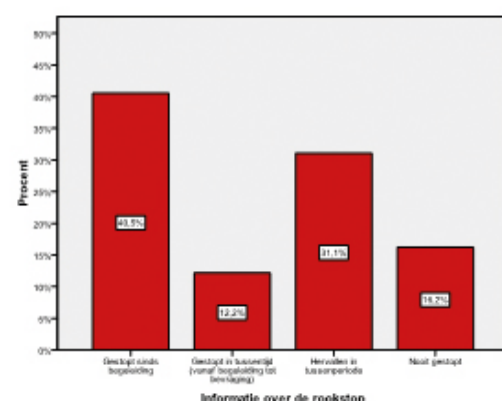
Tabel 2: frequentie en percentage voor het aantal gevolgde sessies. Noot: één missende waarde.



Figuur 1: leeftijd van de deelnemers.



Figuur 2: fagerströmscore van de deelnemers.



Figuur 3: informatie met betrekking tot de rookstop (uitgedrukt in procent).

Exploratieve analyses voor de evaluatie van het programma:

Bij het afronden (of onderbreken) van de begeleiding waren 70 patiënten (of 65%) rookvrij, terwijl 38 anderen (of 35%) nog steeds rookten. We kregen van 74 patiënten feedback. Van deze groep waren 39 mensen (of 53%) rookvrij, waarvan 30 (of 77%) sinds de begeleiding (al dan niet alle sessies gevolgd). Daarnaast rookten 35 patiënten (of 47%), waarvan 12 (of 34%) in tussentijd nooit gestopt zijn. In de tussenperiode hervielen 23 deelnemers (of 66%) (Figuur 3). Het programma werd als positief ervaren aangezien bijna alle patiënten (i.c. 96%) de begeleiding aan andere rookstoppers zouden aanraden.

Het programma werd als positief ervaren aangezien bijna alle patiënten (96%) de begeleiding aan andere rookstoppers zouden aanraden.

Er waren slechts 31 mensen (of 42%) die de complete begeleiding volgden (43 patiënten (of 58%) haakten vroegtijdig af). Van deze 31 personen stopten er 16 (of 52%) met roken tijdens de begeleiding, 9 deelnemers (of 29%) hervielen, 5 participanten (of 16%) stopten op een later tijdstip en 1 persoon (of 3%) stopte nooit met roken. Van zij die de begeleiding voltooiden stopte uiteindelijk 68% met roken.

Analyses in functie van rookvrij zijn na meer dan één jaar:

Het aantal sessies dat gevolgd werd, lijkt een voorspellende waarde

te hebben om één jaar later rookvrij te zijn ($\beta = 0.32$; $F = 8.22$; $P = .005$). Dit is een significant effect ($p < .05$). De kans om één jaar later rookvrij te zijn, is dus groter wanneer alle sessies gevolgd werden. Er is enige voorzichtigheid geboden bij het interpreteren van dit resultaat. Zo zijn er bijvoorbeeld redenen om aan te nemen dat mensen die hervallen, tijdens de begeleiding, ook sneller afhaken (en bijgevolg minder sessies bijwonen). Mogelijke redenen zijn een 'gevoel van falen' of een 'gevoel van schaamte' wanneer de patiënt moet opbiechten dat het stoppen met roken mislukt is.

Uit een andere analyse blijkt het soort medicatie (i.e. Champix, patch, ...) geen effect te hebben op het stoppen met roken ($F = 0.82$; $P = .37$). Tot slot lijkt er ook geen effect te zijn van de graad van verslaving (volgens Fagerström) op het rookvrij zijn één jaar later ($F = 0.69$; $P = 0.41$). Dit is enigszins contra-intuïtief. Dit zou eventueel verklaard kunnen worden door de relatief kleine dataset in verhouding tot het gebruikte aantal groepen (i.c. 5). Anderzijds kan dit resultaat ook geïnterpreteerd worden als een evidentie dat patiënten die sterk afhankelijk zijn van nicotine evenveel kans hebben om één jaar later rookvrij te zijn dan patiënten die weinig afhankelijk zijn van nicotine. Met andere woorden: ongeacht de graad van verslaving heb je evenveel kans om één jaar later rookvrij te zijn, na het volgen van de rookstopbegeleiding.

Jonas Hulsbosch, stagiaire psychologie
Dr. Marc Daenen, pneumoloog
An Coenen, tabakoloog
Inge Goffart, tabakoloog

GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING OF INFORMED CONSENT

Volgens de Wet op de Patiëntenrechten heeft elke patiënt het recht op informatie over zijn gezondheidstoestand en over de voorgestelde behandeling. Een behandeling kan pas gestart worden nadat de patiënt of zijn vertegenwoordiger hiervoor toestemming heeft gegeven. Om aan deze voorwaarden te voldoen, zal een zorgverlener in het ZOL, in eerste instantie een arts, de patiënt een 'geïnformeerde toestemming' of 'informed consent' vragen.

Een informed consent betekent dat de zorgverlener de patiënt volledig informeert over de voorgestelde procedures, behandelingen en onderzoeken. Nadat de patiënt deze informatie gekregen heeft, zal de zorgverlener vragen of hij toestemming geeft om deze op te starten. Indien het gaat om een minderjarige patiënt of een persoon met verlengde minderjarigheid, zal de vertegenwoordiger van de patiënt geïnformeerd worden.

De zorgverlener ziet er hierbij op toe dat de patiënt of zijn vertegenwoordiger op een begrijpelijke manier alle relevante informatie over de procedure, behandeling en onderzoeken krijgt en dat de voordelen, nadelen, alternatieven en relevante risico's worden besproken. Hierbij moet steeds rekening gehouden worden met de intellectuele en emotionele capaciteiten van de betrokkenen.

Mondelinge toestemming

Deze informatie dient mondeling gegeven te worden aan de patiënt of zijn vertegenwoordiger. Er kan bijkomend gebruik gemaakt worden van een informatiebrochure om de patiënt of zijn vertegenwoordiger te informeren maar een informatiebrochure kan nooit een mondeling gesprek vervangen.

Voor sommige procedures, behandelingen en onderzoeken kan de patiënt mondeling de toestemming voor een tussenkomst geven. De zorgverlener kan de toestemming ook aflezen uit de gedragingen van de patiënt.

Mondelinge toestemming met registratie in het patiëntendossier

Voor elke van de volgende ingrepen, procedures, interventies of

behandelingen is minstens een registratie van het informed consent vanwege de patiënt of zijn wettelijke vertegenwoordiger in het patiëntendossier vereist: anesthesie, matige en diepe sedatie, heelkundige ingrepen, procedures in het cathlab, transoesofagale echocardiografie (TEE), endoscopische procedures, high risk: puncties en katheterisatie, interventionele radiologie (diagnostisch + therapeutisch), therapeutische nucleaire procedure, radiotherapie, chemotherapie, dialyse, toedienen van bloed en bloedderivaten.

Hierbij dient de patiënt uitdrukkelijk toestemming te geven na voldoende te zijn geïnformeerd.

Het is bij bovenstaande ingrepen, procedures, interventies of behandelingen niet mogelijk dat de beroepsbeoefenaar uit de gedragingen van de patiënt of zijn vertegenwoordiger diens toestemming afleidt.

Schriftelijke toestemming

In sommige gevallen dient de patiënt of zijn vertegenwoordiger de toestemming voor een tussenkomst schriftelijk te geven. Hierbij zal gevraagd worden om een toestemmingsformulier te ondertekenen. Hierbij gaat het om het wegnemen van organen en weefsels bij levenden met het oog op transplantatie, klinische trials, euthanasie, zwangerschapsafbreking, alle ingrepen, procedures, interventies en behandelingen bij kinderen / verlengd minderjarigen en tot slot esthetische ingrepen. Verder wordt in het ZOL voor welbepaalde interventionele, zware therapeutische acties met risico op schade, op initiatief van de behandelend arts, een toestemmingsformulier gehanteerd.



Dringende situaties

In dringende situaties waarbij geen toestemming gevraagd kan worden, zal de zorgverlener steeds handelen in het belang van de gezondheid van de patiënt. Hij noteert dit in het patiëntendossier en de patiënt zal geïnformeerd worden zodra dit mogelijk is.

Intensieve Zorgen

Op een aantal diensten Intensieve Zorgen, gebeurt een veelheid aan behandelingen, onderzoeken, procedures, ingrepen. In combinatie met het feit dat op deze diensten vaak in spoed gehandeld wordt, is een specifieke werkwijze op deze diensten aangewezen. Bij de opname op een intensieve dienst wordt aan de patiënt of aan de vertegenwoordiger van de patiënt een informatiebrochure van de dienst overhandigd.

Tevens wordt door de behandelend arts een gesprek gevoerd met de patiënt of zijn vertegenwoordiger waarbij bijkomende informatie gegeven wordt zodat de patiënt of zijn vertegenwoordiger alle informatie ontvangen heeft.

Na het overhandigen van de informatiebrochure en het mondelinge gesprek door

de behandelend arts, wordt door de behandelend arts eenmalig vermeld in het patiëntendossier dat de patiënt of de vertegenwoordiger de informatiebrochure heeft gekregen en hierbij tevens een mondelinge toelichting kreeg waarbij alle informatie werd gegeven. Hierbij verleent de patiënt of zijn vertegenwoordiger een general informed consent.

Op de dienst Neonatale Intensieve Zorgen (NIC) wordt dezelfde procedure gevolgd.

Bijkomend wordt het toestemmingsformulier getekend en toegevoegd in het patiëntendossier.

Chronische pathologie

Patiënten met een chronische pathologie dienen vaak langdurig een zelfde behandeling te krijgen. Het is niet zinvol de patiënt of zijn vertegenwoordiger elke keer te informeren aangezien dit ook vaak om dagelijks terugkerende behandelingen gaat.

Het is belangrijk dat de patiënt of zijn vertegenwoordiger de eerste maal voor de behandeling plaatsvindt, volledig geïnformeerd wordt en zijn geïnformeerde toestemming geeft vooraleer de behandeling wordt opgestart.

Indien de gezondheidstoestand van de patiënt wijzigt en er een andere behandeling dient te worden opgestart, zal de patiënt of zijn vertegenwoordiger uiteraard opnieuw dienen te worden geïnformeerd en dient dit gedocumenteerd te worden.

Geïnformeerde weigering

Een patiënt heeft het recht om de toestemming voor een tussenkomst te weigeren of in te trekken. Het weigeren of intrekken van toestemming wordt schriftelijk vastgelegd en toegevoegd aan het patiëntendossier. De zorgverlener zal de patiënt daarbij op de hoogte brengen van de gevolgen van de eventuele weigering of intrekking van de toestemming.

Rebecca Hilderson
stafmedewerker medische directie
Joke Vanlangenaeker
juridisch beleidsadviseur
dr. Griet Vander Velpen
Medisch directeur



MATHIEU ORFILA (1787 – 1853)

In 1840 is Mathieu Orfila op het toppunt van zijn carrière. Hij is 53 jaar, rector van de Faculté de Médecine de Paris en wereldwijd erkend als expert in de toxicologie. In hetzelfde jaar wordt de 24-jarige Marie Capelle beschuldigd van het vergiftigen van haar man met arsenicum. Omdat de eerste bevindingen van het parket tegenstrijdige resultaten opleveren, wordt Orfila op de zaak gezet. Als expert moet hij de knoop doorhakken. Maar het blijkt een gordiaanse knoop.

Marie Capelle

Marie was de dochter van een luitenant en naar verluidt, via haar grootmoeder aan moederszijde, een afstammeling van Louis XIII. Haar vader stierf bij een jachtongeval toen ze twaalf was en zeven jaar later sterft ook haar moeder. Marie werd bij een rijke tante geplaatst die haar naar een gedegen kostschool stuurde. Marie droomde van een aristocratisch leven, haar afkomst waardig. Met een bruidsschat van 90.000 francs ging ze naar een huwelijksmakelaar om een geschikte kandidaat voor haar te vinden. Bij dezelfde huwelijksarrangeur had zich ook een zekere Charles Lafarge gemeld. Charles adverteerde zich als een rijke ondernemer met een kasteel dat 200.000 francs waard was en met een jaarinkomen van 30.000 francs, alleen al uit zijn ijzergieterij. Tijdens hun eerste ontmoeting vond Marie dat Charles er wat boers uitzag maar ze liet zich verleiden door zijn kasteel en zijn rijkdom. Ze trouwden op 11 augustus 1839.

Groot was haar ontgoocheling toen ze, ondertussen Marie Lafarge, de dag na het huwelijk in Corrèze aankwam. Dat zogezegde kasteel was een vervallen en van de ratten vergeven klooster en die zogezegde ijzergieterij een ruïne. De bedienden waren een paar in lompen geklede dorpelingen. Als ze bovendien vernam dat Charles diep in de schulden zat, sloot ze zich boos in haar kamer op. Ze schreef een brief naar haar man en vroeg hem het huwelijk

te annuleren. Ondanks haar dreigement zich met arsenicum van kant te maken, weigerde hij het huwelijk te ontbinden en beloofde haar om zijn kasteel weer bewoonbaar te maken.

De eerstvolgende maanden scheen er geen vuiltje aan de lucht. Marie schreef enkele liefdesbrieven en ook enkele aanbevelingsbrieven om hem in Parijs aan een nieuwe job te helpen. In Parijs ontving Charles ook een zelfgebakken taart van haar maar werd daar misselijk van. Terug thuis werd hij met de dag zieker en stierf uiteindelijk de ochtend van 14 januari 1840.

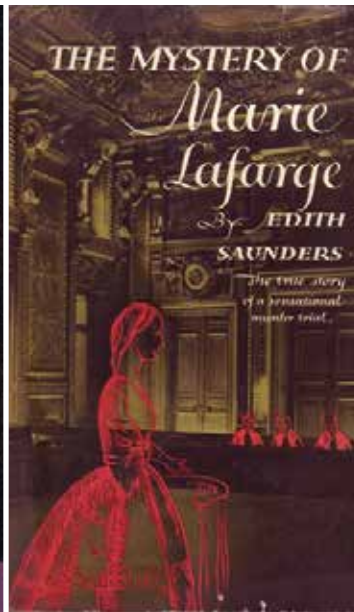
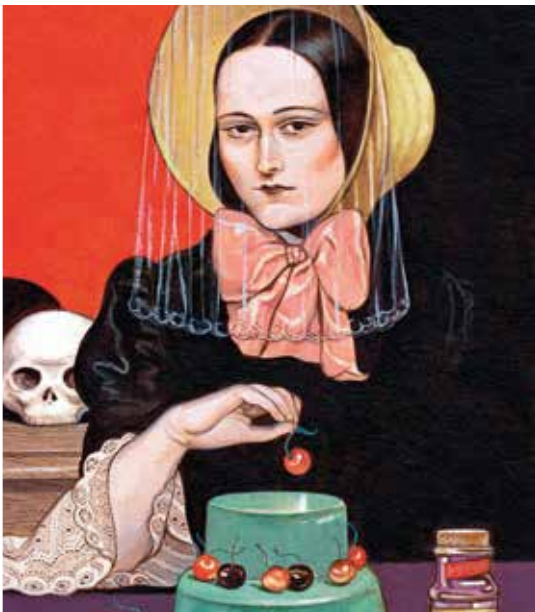
Vergiftiging?

Marie werd onmiddellijk verdacht van moord en alles pleitte tegen haar. Ze had de laatste maanden grote hoeveelheden arseen gekocht bij de apotheker, naar verluidt om de ratten van die vermaledijde ruïne uit te roeien. Haar bedienden (de boerenlummels) beweerden dat ze haar wit poeder hadden zien mengen in het eten. Een week na zijn overlijden vonden drie deskundigen arseen in de eetwaren die de overledene had geconsumeerd. Maar paradoxaal genoeg kon men geen arsenicum in het dode lichaam vinden.

Het pre-forensische tijdperk

In de negentiende eeuw, soms de 'eeuw der vergiftigingen' genoemd, bestond er nauwelijks een betrouwbare test om dodelijk gif zoals cyanide, antimoon en arsenicum op te sporen. Arsenicum was het meest populaire gif en werd het 'poudre d'inheritance' (erfenis poeder) genoemd.

In 1836 knutselde James Marsh een test ineens waarmee voor het eerst arseen kon opgespoord worden, de Marsh test. Met een verbeterde versie testte Orfila de stoffelijke resten van Charles Lafarge en ontdekte hij een minieme hoeveelheid arseen in het lichaam van de overledene. Dat werd het schavot voor Marie.



Alexandre DUMAS



Madame
LAFARGE

Pygmalion

Tegenexpertise

Niet iedereen geloofde Orfila en daarom werd een tegenexpertise gevraagd door de advocaat van de beschuldigde. Een eminent chemicus uit Parijs, François Raspail, werd ontboden maar hij arriveerde vier uur na het definitieve verdict van de jury. In zijn pleidooi zou hij nochtans vermeld hebben dat er 'natuurlijk' arseen in het menselijke lichaam voorkomt en dat arseen zowat overal te vinden is, zelfs in de grond van begraafplaatsen. In de weken daarna schreef Raspail, die naast chemicus ook socialist en republikeins activist was, in vitriool gedrenkte brieven naar Orfila en de jury om de vrijlating van Madame Lafarge te eisen. De Franse pers berichtte uitgebreid over de zaak Lafarge en de Marsh test kwam in het centrum van de belangstelling te staan. Er werden openbare lezingen gehouden en de test werd als attractie opgevoerd in veel Franse salons. Over de zaak Lafarge werden romans geschreven en toneelstukken opgevoerd. Een deel van de bevolking had medelijden met Marie en verdedigde haar. Had haar man haar eigenlijk niet scandaleus bedrogen met zijn 'rattenkasteel'?

Traité des poisons (1813)

Orfila had zijn sporen reeds op jonge leeftijd verdiend. Hij was pas 27 jaar toen hij zijn magnum opus publiceerde, 'Traité des poisons tirés des règnes minéral, végétal et animal ou toxicologie générale.' Een halve eeuw zou de Traité hét standaardwerk worden in de toxicologie en het werd vertaald in het Engels, Spaans, Italiaans en Duits. Het beschrijft honderden chemische analyses en fysiologische experimenten die van toepassing zijn in de toxicologie. Het catalogeert ook alle bekende vergiften en identificeert hun eigenschappen en reacties. Orfila beschrijft ook hoe men ze detecteert in allerlei vochten zoals melk, koffie, bouillon, speeksel, gal, maagsap Het somt ook de symptomen op van allerlei vergiftigingen en de middelen om ze op te sporen in het dode lichaam.

In augustus 1815 trouwde Mathieu Orfila met de knappe en

kunstzinnige Anne-Gabrielle Lesueur, de dochter van een bekende beeldhouwer. Als zangeres trad ze op in de chique Franse salons en zo kwam Orfila in contact met de hogere Parijse milieus. In 1819 werd hij hoogleraar in de forensische geneeskunde aan de medische faculteit van Parijs en later rector magnificus. Hij was ook de oprichter van twee medische tijdschriften, de Journal de chimie médicale, de pharmacie et de toxicology in 1824 en de Annales d'hygiène publique et de médecine légale in 1829.

Triest einde

In de woelige dagen van de Franse revolutie viel Orfila ten prooi aan politieke intrige. Na de val van de Bourbons (Louis Philippe I) in 1848 kwamen de socialisten aan de macht en het was uitgerekend Raspail, zijn vroegere opponent in de zaak Lafarge, die wraak nam. Orfila werd uit zijn functie van rector en professor ontheven.

En hoe verging het Marie? Haar doodstraf werd omgezet in levenslange dwangarbeid aan de galeien van Toulon. Toen ze tuberculose ontwikkelde, werd ze overgeplaatst naar de gevangenis in Montpellier. In 1852 werd de zwaar zieke Marie vrijgelaten en stierf enkele weken later in de grootste armoede.

Dr. Johan Van Robays
Anatomopatholoog





NIEUWE PALLIATIEVE EENHEID WIL OASE VAN RUST ZIJN

Zopas zijn de palliatieve patiënten verhuisd van campus André Dumont in Waterschei naar een volledig nieuwe afdeling op campus St-Jan in Genk. De verhuis kadert binnen de sluiting van campus André Dumont en het overbrengen van de diensten naar andere locaties in het ZOL. De nieuwe afdeling Palliatieve zorgen wil een oase van rust zijn waar mensen op comfortabele wijze hun laatste levensweken kunnen doorbrengen.

De belangrijkste opdracht van een Palliatieve eenheid is comfortzorg leveren voor mensen in hun laatste levensfase. Pijn en symptomen worden zo goed mogelijk bestreden en de ongemakken worden in de mate van het mogelijke vermindert. Zo wordt er ruimte gecreëerd om zo comfortabel mogelijk naar het afscheid toe te leven.

Er wordt ruimte gemaakt voor de spirituele en psycho-sociale noden van de patiënt. Wat zijn de bezorgdheden, wie wil men nog graag zien, welke zorgen zijn er nog voor wie achter blijft? Op deze vragen trachten onze zorgverleners mee antwoorden te zoeken.

Concept

Het gebouw waarin de Palliatieve eenheid nu gehuisvest is, behoorde tot voor kort toe aan het Kinderpsychiatrisch Centrum. Deze

organisatie verhuisde in 2013 naar een eigen gebouw verder op de Zorgcampus Schiepse Bos.

Na de verhuis werd het gebouw volledig gestript en integraal opnieuw opgebouwd. Voornaamste uitgangspunt was het streven naar huiselijkheid. Vertrekpunt was enerzijds de patiëntenkamer, waar privacy moet mogelijk zijn maar uiteraard ook het nodige comfort en veiligheid. Zo zijn de kamers uitgerust met bedden die tot op 30cm van de vloer kunnen gezet worden, wat valproblemen en de nood tot fixatie vermindert.

De patiënt bepaalt ook zelf op welk moment en waar hij of zij van de maaltijden wil gebruik maken, maar ook wanneer en hoe hij verzorgd wil worden. Vrijwilligers en familie kunnen koken in de uitgeruste keuken wanneer zij dat wensen.

Er zijn 3 belangrijke gemeenschappelijke ruimtes op deze Palliatieve eenheid. De living en de keuken waar gezamenlijk gegeten en geleefd kan worden en de afgesloten tuin waar patiënten met hun rolstoel, relaxzetel en zelfs bed van een streepje zon kunnen genieten.

Medewerkers en vrijwilligers

De Palliatieve eenheid wordt op medisch vlak geleid door dr. Hugo



Daniels en een team van internist-geriatriers van het ZOL. De dagelijkse leiding is in handen van hoofdverpleegkundige Pierrot Smets die 19 verpleegkundigen aanstuurt. Zij staan in voor de dagelijkse werking van de eenheid; het spreekt voor zich dat zij over een groot empathisch vermogen beschikken.

Daarnaast staat er een multidisciplinair team ter beschikking van de patiënten:

- een psychologe
- een logopedist voornamelijk voor slikproblemen
- een kinesist voornamelijk voor comfortzorg
- pastorale medewerkers voor spirituele zorg
- een muziektherapeut, onder andere voor de muziekkeuze tijdens de uitvaart

Een bijzondere vermelding verdienen de 33 vrijwilligers die geheel vrijblijvend ie-

der 6 uur per week aanwezig zijn op de eenheid. Ze fungeren als klankbord voor de patiënten, zorgen voor een huiselijke omgeving door bijvoorbeeld te koken, bouwen informele contacten op of maken een wandeling met wie daar zin in heeft.

Historiek

Het was in 1995 dat het OCMW van de stad Genk besliste om te investeren in een verpleegafdeling voor palliatieve patiënten want die bestond toen nog niet. Die eerste afdeling kwam er in het rusthuis Heiderust in Genk en bood plaats aan 6 patiënten. De stad Genk was op dat moment zeer vooruitziend want we waren destijds het eerste OCMW ziekenhuis in België dat een Palliatieve eenheid organiseerde.

In 2002 kreeg het ZOL een erkenning om een Palliatieve eenheid op te richten en aansluitend verhuisden de palliatieve patiënten van Heiderust naar de ZOL campus

André Dumont in Waterschei. Het aantal bedden werd opgetrokken tot 8 en kort daarna naar 9. De Palliatieve eenheid op campus André Dumont is altijd een zeer goed functionerende dienst geweest met veel aandacht voor de wensen en verzoeken van de patiënten.

Maar het gebouw aan de Stalenstraat doormaakt intussen niet meer de tand des tijds. Het wordt dit jaar afgebroken en de diensten worden ondergebracht op enkele andere plaatsen. Voor de dienst Palliatieve Zorgen is dat dus op campus St-Jan geworden.

DIENT PEDIATRIE BREIDT UIT MET KINDERNEUROLOGIE

Sinds 1 februari is de dienst Pediatrie van het ZOL versterkt met kinderneurologe dr. Leen Wouters. Dr. Wouters zal in het ZOL alle facetten van de neonatale en pediatrische neurologie verzorgen. De aanwerving van dr. Wouters kadert binnen de verdere uitbouw van de dienst Pediatrie in het ZOL.

Kinderen met ontwikkelingsproblemen kunnen voortaan een beroep doen op dr. Leen Wouters. De aandoeningen kunnen velerlei zijn: van ontwikkelingsvertraging of -stoornissen tot neuromusculaire aandoeningen zoals een afwijkend looppatroon of krachtsverlies. Maar evengoed epilepsie of atypische koortsstuipen.

Dr. Wouters zal ook de zuigelingen met neurologische problemen op de dienst Neonatologie opvolgen. Zij zal zich ook toeleggen op het interpreteren van de EEG's van de neonati.

Met de afdeling Neurochirurgie wordt een samenwerking tot stand gebracht om kinderen die een neurochirurgische ingreep moeten ondergaan of kinderen met Cerebrale Parese multidisciplinair op te volgen. Hier is ook een belangrijke rol weggelegd voor de kinesist en revalidatiearts.

Tot slot worden er samenwerkingsverbanden uitgewerkt met de kinderpsychologen van het ziekenhuis en met het Kinderpsychiatrisch Centrum (KPC).

Naast haar dagdagelijkse neurologische activiteiten is dr. Wouters ook voor een beperkt gedeelte ingeschakeld in de algemene kindergeneeskunde via het wachtsysteem of supervisie.



dr. Leen Wouters, kinderneurologe

De aanwerving van dr. Wouters kadert binnen de verdere uitbouw van de dienst Pediatrie. Medisch diensthoofd dr. Jan De Koster: "We willen de dienst op twee manier verder uitbreiden. Op dit ogenblik bieden we de subspecialisaties kinderneonatologie, kindergastro-enterologie, kinderneurologie en kinderpneumologie aan. In de toekomst gaan we hier nog andere subspecialisaties aan toevoegen."

"Daarnaast bouwen we de algemene kindergeneeskunde verder uit, in samenwerking met het Ziekenhuis Maas en Kempen. Enkele van onze kinderartsen zijn al actief in beide ziekenhuizen. We willen de twee centra nog meer samenbrengen en onze diensten in de toekomst verder uitbreiden."

Dr. Leen Wouters promoveerde in de geneeskunde aan de KU Leuven in 2007 en werd kinderarts in 2012. Haar bijzondere opleiding kinderneurologie genoot ze eerst 17 maanden in het UZ Leuven onder leiding van prof. L. Lagae en vervolgens gedurende 1 jaar aan de VU in Amsterdam onder leiding van prof. MS Van der Knaap.

Dr. Leen Wouters werd recent voorgesteld op de stuurgroep met de huisartsenkringen van Noord-Oost-Limburg.



Prof. dr. A. Leys start als geneesheer-consulent in het ZOL

De dienst oogziekten heeft het genoegen te melden dat prof. dr. Anita Leys in het ZOL werd aangesteld als geneesheer-consulent.

Prof. dr. Leys is gespecialiseerd in medische retina en was actief als stafid en kliniekhoofd in UZLeuven. Zij zal hulp verlenen bij het uitvoeren van medische acten in het ZOL en haar expertise aanbieden aan de dienst Oftalmologie.

Prof. dr. Leys zal zich op donderdagmiddag concentreren op doorverwijzingen van andere oogartsen en vanuit andere specialisten in het kader van systeemaandoeningen.



AFRIKAANSE TEAMS IN GENK OM THE WALKING EGG- IVF-METHODE TE LEREN

Van 1 tot 7 februari waren vier Ghanezen en drie Kenianen te gast in de IVF-kliniek van het ZOL. Voor enkelen was het zelfs de eerste stap buiten Afrika, anderen pikten gretig op wat ze elders nog niet gezien hadden. Maar iedereen was enthousiast en tevreden over de trainingsweek die The Walking Egg (TWE) organiseerde voor zijn toekomstige partners.

De Afrikaanse teams bestonden uit gynaecologen, embryologen en biologen. Ze werden ingewijd in de praktijk van de endoscopie, kregen inzage in behandelingsschema's voor patiënten en volgden de gang van zaken in het IVF-labo.

Met de Ghanese delegatie werd ook de opstart van een TWE-centrum in Accra, Ghana heel concreet besproken.

Tijdens gemeenschappelijke vergadersessies werden missie en visie van het ganse TWE-project nogmaals uitvoerig toegelicht en kwamen ook wederzijdse vragen en antwoorden aan bod: van selectie van patiënten tot import van goederen.

Halfweg de week kwam ook een filmploeg de training van de Afrikaanse teams filmen, als onderdeel van een reportage/documentaire die over het TWE-project zal gemaakt worden.

HET COMITÉ MEDISCHE ETHIEK BESTAAT 20 JAAR

Het Comité Medische Ethiek (CME) van het ZOL bestaat 20 jaar. Velen kennen het Comité onvoldoende. De taken en activiteiten van het Comité zijn nochtans uitgebreid en belangrijk.

Wettelijk bestaat een Comité Medische Ethiek uit maximaal 15 leden, waaronder een ethicus, een huisarts, een jurist, een psycholoog en 2 verpleegkundigen. In ons ziekenhuis zijn echter een groot aantal gemotiveerde mensen, waardoor we steeds meer dan 15 leden hebben. Hierdoor kwam de voltallige bezetting in 2014 op maar liefst 21 leden. Elke maand komen de leden samen, behalve tijdens de vakantieweken.

Dit jaar namen drie leden afscheid, prof. dr. Eric Dejonge (de vorige voorzitter), dr. Liesbet Meylaerts en Marc Maeremans. Er kwamen vijf leden bij: dr. Leen Schrooten (psychiater bij KPC-Kinderpsychiatrisch Centrum), Kathleen Lacluyse (diensthoofd Psychologie), dr. Jan Vandevenne (Radioloog), Ellen Gielen (wetenschappelijk medewerkster op de dienst Medische Beeldvorming) en Chris Beerts (verpleegkundige, vroeger verantwoordelijk voor het studiesecretariaat Cardiologie). Sinds 2014 is er een formele en door de inspectie goedgekeurde samenwerking met het Kinderpsychiatrisch Centrum (KPC). Zij doen voor hun studies een beroep op ons CME.

Iedereen die interesse heeft in ethiek en wetenschappelijke studies kan lid worden.

De studies

De voornaamste taak van de leden is het beoordelen van wetenschappelijke studies. Het Comité Medische Ethiek vraagt vooral leden met een sterke wetenschappelijke interesse. Wie minder vertrouwd is met wetenschappelijke studies krijgt ondersteuning en bijscholing over Good Clinical Practice. De leden van het Comité geven elk vanuit hun kennis en ervaring opmerkingen. Deze worden dan – soms na een gezonde discussie - samengevat in een advies dat aan de onderzoeker overhandigd wordt.

De wet betreffende experimenten op de mens van 7 mei 2004 bepaalt de voorwaarden waaraan een studie moet voldoen. Het ethisch comité gaat na of aan de voorwaarden is voldaan. De leidraad hierbij is steeds de bescherming van de patiënt. Een studie kan enkel starten na een positief advies.

Elk jaar zijn er gemiddeld 100 studies die besproken worden. In 2014 waren er 44 unieke studies en 53 lokale studies. Lokale studies zijn studies waarbij het CME van het ZOL een ander CME adviseert over een beperkt aantal voorwaarden, doch geen beslissingsrecht heeft.

Bij unieke studies heeft het CME van het ZOL de eindverantwoordelijkheid. Daarom worden de onderzoekers uitgenodigd om hun studies toe te lichten. Voor mensen die de eerste stappen zetten in de wereld van klinische onderzoeken is een dergelijke bevraging een spannend moment. Voor hen tracht het CME een ondersteunende rol te spelen.

Sinds 2011 is er een samenwerking tussen de ethische comités van ZOL, UHasselt en Jessa. De voorzitters van de twee ziekenhuizen zeten beiden in het ethisch comité van UHasselt. Zo is er een goede opvolging en ondersteuning van de doctoraatstudenten en assistenten die wetenschappelijk werk verrichten.

Ethische onderwerpen

Daarnaast komen tal van ethische onderwerpen aan bod. Hierbij wordt soms het advies van een expert gevraagd. Hoewel de wetgeving dit niet voorziet, beantwoorden we ook vragen van externe personen. Een bloemlezing van de vragen vindt u hieronder:

- Mag het sperma van overledenen gebruikt worden voor kunstmatige inseminatie? (extern)
- Welke interventies zijn post-mortem toegelaten?



(vraag van het beheer)

- Wat zijn de voorwaarden om gezonde vrijwilligers te recrutereren?
- Aanpassing therapeutisch beperkingsbeleid (DNR) in het kader van de JCI-accreditering.
- Euthanasie bij kinderen (advies aan het beheer).
- Vraag naar een protocol rond palliatieve sedatie.

In juni 2014 werd een symposium 'Ethiek en Economie' georganiseerd. De goede opkomst van artsen en niet-medici toont een groeiende interesse in ethische onderwerpen.

Het CME is gestart met een nauwere samenwerking met de huisartsen, dit in het kader van de vroegtijdige zorgplanning.

Reeds enkele jaren worden er referentiepersonen ethiek opgeleid. Deze opleiding staat ook open voor niet-verpleegkundigen. In 2014 waren er in totaal 50 personeelsleden met bijkomende bekwaliging in ethiek. Deze personen zijn een aanspreekpunt op de werkvloer. We merken dat door hun toedoen ethische vraagstukken gemakkelijker en sneller besproken worden. Hierdoor ontstaat een cultuur op de afdelingen waar meer aandacht is rond "Wat is goede zorg" voor ieder van ons.

Ook het beoordelen van euthanasie-aanvragen behoort tot de taken van het CME. Deze aanvragen worden in een ad hoc vergadering, meestal binnen 24 tot 48 uur, besproken door de betrokken zorgverstrekkers, samen met het CME. In 2014 waren er 4 ad hoc vergaderingen.

Tot slot is er de informele werking van het Comité. Voor een aantal studies wordt er -voor indiening- intensief overleg gepleegd met voorzitter en secretariaat. Er wordt regelmatig advies gevraagd door artsen, verpleegkundigen, ombudsdienst, studenten, ...

Federale activiteiten

Sinds enkele jaren dienen de CME's met volledige bevoegdheid wettelijk verplicht aanwezig te zijn op de vergaderingen van het FAGG (Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten). Dit heeft ondermeer geleid tot de ontwikkeling van een uniform patiënteninformatieformulier en toestemmingsformulier, dat ook door ons CME gebruikt wordt.

De recente wijziging in de Belgische wetgeving betreffende experimenten op de mens en de nieuwe Europese regelgeving over medicatiestudies noodzaken in de toekomst tot een nog nauwere samenwerking.

Jaarlijks moet het secretariaat alle studies ingeven op de website van Bio-Ethiek om zo de statistieken bij te houden.

We leven in een snel veranderende wereld, met steeds meer vereisten. Er is in 2014 een nieuwe federale wetgeving verschenen die een evolutie naar een verdere professionalisering van de comités medische ethiek inzet. We hopen dat de financiële en logistieke ondersteuning in de volgende jaren mee evolueert, zodat we een beroep kunnen blijven doen op enthousiaste en gemotiveerde leden.

Joke De Backer
Secretariaat CME

Dr. Patrick Noyens
Voorzitter CME

DERTIGSTE DOCTORAAT LIMBURG CLINICAL RESEARCH PROGRAM ONDERZOEKT NIEUWE BEHANDELING BUIKVLIESKANKER



Vier jaar na oprichting bereikt het Limburg Clinical Research Program (LCRP) van de UHasselt, het Ziekenhuis Oost-Limburg en het Jessa Ziekenhuis een nieuwe mijlpaal: de start van het dertigste doctoraatsonderzoek. Lieselotte Lemoine zal zich de komende vier jaar in haar doctoraat toeleggen op het finetunen van een nieuwe behandeling (op basis van chemotherapie en chirurgie) voor kankerpatiënten met uitzaaiingen ter hoogte van het buikvlies.

De onderzoekssamenwerking LCRP – opgestart in 2011 met financiering van Limburg Sterk Merk (LSM) – heeft al de nodige impact gerealiseerd, met onder meer diverse wetenschappelijke primeurs, talrijke artikels in toonaangevende wetenschappelijke tijdschriften, onderzoekssamenwerking met bedrijven in de lifesciencesector én een sterke toename van het aantal doctoraatsprojecten.

Intussen is het samenwerkingsverband voor medisch-wetenschappe-

lijk onderzoek aan zijn dertigste doctoraatsonderzoek toe. Lieselotte Lemoine zal in de komende jaren een nieuwe behandeling op basis van chemotherapie en chirurgie voor kankerpatiënten met uitzaaiingen ter hoogte van het buikvlies, op punt stellen. “Buikvlieskanker is nog steeds een moeilijk geneesbare aandoening. Het spreekt me enorm aan om wetenschappelijk onderzoek te kunnen inzetten voor de patiënt. En om als biomedisch onderzoeker iets te kunnen betekenen voor de medische vooruitgang”, zegt Lieselotte. Het onderzoek staat onder leiding van prof. dr. Kurt Van der Speeten (UHasselt/ZOL) en krijgt steun van het Agentschap voor Innovatie door Wetenschap en Technologie (IWT).

“Wij zijn erg blij dat er vandaag al dertig doctoraten lopen binnen dit intensieve samenwerkingsverband met UHasselt. Onze artsen kunnen op deze manier wetenschappelijk onderzoek verrichten dat bijdraagt aan de specialistische zorg in onze ziekenhuizen”, aldus dr. Griet Vander Velpen (medisch directeur ZOL) en dr. Yves Breyssem (algemeen directeur Jessa).

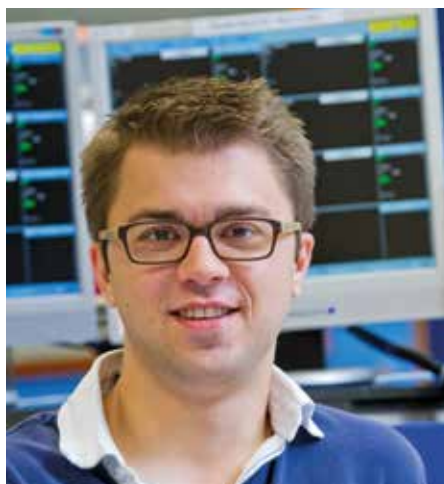
GENKSE ONDERZOEKERS PUBLICEREN GELIJKTIJDIG NIEUWE WETENSCHAPPELIJKE INZICHTEN IN TOONAANGEVEND JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY

Drie jonge onderzoekers van de onderzoeksgroep cardiologie van het Ziekenhuis Oost-Limburg / Universiteit Hasselt onder leiding van prof. dr. Pieter Vandervoort en prof. dr. Wilfried Mullens, publiceren alle drie gelijktijdig deze maand hun wetenschappelijk werk in the Journal of the American College of Cardiology.

Het Journal wordt aanzien als een van de meest gerenommeerde cardiologische tijdschriften wereldwijd.



dr. Petra Nijst



dr. Frederik Verbrugge



dr. Philippe Bertrand

Eén van de speerpunten van hun onderzoek situeert zich rond de manier waarop het lichaam van patiënten met hartfalen omgaat met zout. Waar klassiek werd aangenomen dat zoutinname gepaard gaat met vochtretentie, bespreekt **dr. Petra Nijst** hoe het lichaam van normale mensen erin slaagt om zout te 'bufferen', zonder aantrekking van water. Patiënten met hartfalen slagen hier waarschijnlijk minder goed in. Dit leidt niet enkel tot vochttopstapeling maar ook tot een verhoogde reactiviteit van de bloedvaten, wat nefast is voor de patiënt.

Dr. Frederik Verbrugge beschrijft hoe de verstoorde zouthuishouding bij mensen met hartfalen gericht en oorzakelijk behandeld kan worden. Hierbij is een goede kennis van de nierwerking essentieel. De zouthuishouding wordt immers verder negatief beïnvloedt in geval van verminderde nierfunctie, wat verdere vochttopstapeling in de hand werkt.

Een ander domein van het onderzoek situeert zich rond falende hartkleppen bij patiënten met hartfalen. Vaak treedt er een lekkage op ter hoogte van de hartklep tussen de linker-voorkamer en de linkerkamer, in vakjargon

mitralisklep-insufficiëntie genoemd. Klassiek wordt dit probleem chirurgisch hersteld tijdens een klepoperatie. **Dr. Philippe Bertrand** toont in zijn studie op een elegante wijze aan dat op basis van morfologische kenmerken van de klep voorspeld kan worden welke patiënten goed reageren op deze standaard behandeling. Voor anderen is waarschijnlijk een individuele aanpak vereist. De morfologische kenmerken kunnen op niet invasieve manier in beeld gebracht worden via een echocardiografisch onderzoek. De risicostratificatie kan op termijn bijdragen tot een betere zorg voor mensen met kleproblemen.

Referenties:

1. The pathophysiologic role of interstitial sodium in heart failure. Petra Nijst, Frederik Verbrugge, Lars Grieten, Matthias Dupont, Paul Steels, W.H.Wilson Tang, Wilfried Mullens. Journal of the American College of Cardiology. February 03, 2015, Vol. 65, No. 4
2. Hyponatremia in acute decompensated heart failure. Frederik Verbrugge, Paul Steels, Lars Grieten, Petra Nijst, W.H.Wil-

son Tang, Wilfried Mullens. Journal of the American College of Cardiology. February 10, 2015, Vol. 65, No. 5

3. Mitral valve area during exercise after restrictive mitral valve annuloplasty. Importance of diastolic anterior leaflet tethering. Philippe Bertrand, Frederik Verbrugge, David Verhaert, Christophe Smeets, Lars Grieten, Wilfried Mullens, Herbert Gutermann, Robert Dion, Robert Levine, Pieter Vandervoort. Journal of the American College of Cardiology. February 10, 2015, Vol. 65, No. 5



COLD COMFORT FARM

Het is alsof je als enige levende persoon ontwaakt na de Apocalyps of een nucleaire wereldramp. Geen levende ziel te bespeuren tussen de bomen of op de open grasvlakten. In de verte doemt een schuur op met ervoor een verroeste auto met open kofferbak. De stank is niet te harden en je ziet snel waarom. Overal verspreid liggen lijken in alle staten van ontbinding. Onder een struik herken je een onderbeen in alle kleurschakeringen van groen tot paars. Iets verder ligt een hand waarvan de opperhuid er als een handschoen is afgeschoven. In de ogen, mond en oren van een ander lijk krielen maden onder en boven elkaar. Tussen de herfstbladeren liggen losse beenderen en een schedel met opengesperde mond. In een bovenbeen heeft een roofdier aardig zijn tanden gezet en je begint te gruwelen. Tot je ergens een geel plastic band ontwaakt met de tekst: FORENSIC FIELD TRAINING SITE.

Body Farm

De opluchting is groot. Dit is niet de Apocalyps. Hier zijn bewust dode mensen neergelegd om het natuurlijke ontbindingsproces wetenschappelijk te bestuderen. En dit onder de meest diverse omstandigheden. Want ontbinding is een hoogst individueel proces. Iedereen ontbindt anders. Bij een magere persoon verloopt de decompositie anders dan bij iemand met een BMI van 30. Ook de leeftijd, ziekte, medicatie, opgelopen verwondingen en vergiften zijn bepalende factoren in het ontbindingsproces.

Naast individuele karakteristieken spelen ook omgevingsfactoren een belangrijke rol. In volle zon mummificeert het lijk snel en

wordt de opperhuid zo hard als taai leder. Op vochtige plaatsen valt het lijk in honderden losse beenderen en minder identificeerbare delen uiteen. In de kofferbak van een auto ziet men dan weer een ander ontbindingsproces.

Die variatie van persoon en omgevingsfactoren is nu juist interessant voor de forensische onderzoekers. De verschillende uitgangsposities maken het mogelijk om in zeer diverse settings het exacte tijdstip van overlijden te achterhalen. Want de eerste vraag bij elk crimineel of verdacht overlijden is altijd dezelfde: op welk tijdstip trad de dood in?

Postmortaal exhibitionisme

Alle lijken zijn donaties. Ze worden geschonken door mensen die tijdens hun leven besloten om na hun dood niet ondergronds te ontbinden maar in de vrije natuur. En niet voor de lol of in een necrofiel reflex. Puur voor de wetenschap en meer bepaald voor de forensische wetenschap. Een andere bron zijn de lichamen die aan de wetenschap geschonken werden maar op een of andere manier ongeschikt zijn voor de dissectie door anatomiestudenten. Ofwel zijn ze te dik, te mager of te ziek. Maar die buitenbeentjes zijn juist bijzonder welkom op een body farm om het ontbindingsproces in een zo groot mogelijke diversiteit van personen te bestuderen.

Necrobioom

Bij het ontbindingsproces komen heel wat dieren en dierlijke organismen kijken en deze worden gezamenlijk het necrobioom genoemd. De meeste lichamen die na de dood op de body farm neergelegd worden, worden onder een kooi van kippengaas ge-



plaatst. Dit om te beletten dat grote roofdieren het in een uur of vijf helemaal oppeuzelen. Dit is interessant om weten maar interessanter voor de forensische onderzoeker is wat er binnenshuis of in een kofferbak gebeurt. Ongeveer vier minuten na de dood begint het lichaam te ontbinden. De cellen krijgen geen zuurstof en geen voeding meer en de verteringsenzymen beginnen het eigen lichaam te verteren (autolyse). Ondertussen is het immuunsysteem uitgevallen zodat inwendige bacteriën hun kans schoon zien om te woekeren. Binnen enkele minuten komt uit het lichaam een escadron van gevleugelde insecten aangevlogen en landen in de talrijke natuurlijke openingen (neus, oren, ogen, mond, anus, vulva ...). Daar leggen ze massaal veel eieren en uit die eieren komen maden. Binnen de kortste keren krioelt het in alle natuurlijke openingen van die wormachtige mormels. Ze doen het grootste deel van het initiële werk en het gaat razendsnel. In vrij korte tijd is een zwaarlijvige persoon tot anorectische proporties herschapen. Interessant voor de forensische arts is dat de ontwikkeling van die larven een zeker constant patroon vertoont zodat ze daaruit het tijdstip van de dood kunnen afleiden.

Tijdstip van overlijden

In de eerste uren wordt het tijdstip het best bepaald door het meten van de inwendige temperatuur. In de dagen en weken nadien bepaalt men het tijdstip van overlijden aan de hand van het soort maden en hun ontwikkeling. Nadien verloopt het verteringsproces trager. Ongeveer na een jaar blijven enkel de botten over. Die worden verschoond en bestudeerd op hun structuur en proteïnesamenstelling. Nadien worden ze op naam gearchiveerd. In één van de vijf bestaande body farms in Amerika, verbonden aan de University of Tennessee Anthro-

pological Research Facility, liggen zo al een kleine duizend skeletten. Elk lijk heeft er een heel uniek verhaal van ontbinding opzitten en heeft tijdens zijn decompositie interessante informatie verstrekt die van groot nut is voor de forensische wetenschap. De informatie is tevens nuttig voor schrijvers van moordverhalen en TV crime series.

Klachten

In Amerika zijn ook body farms opgericht in Colorado, North Carolina, Pennsylvania, en Texas. Deze van Fox Valley facility ligt in een extreem koud gebied en is dus interessant om het ontbindingsproces te bestuderen bij heel lage temperaturen.

Niet iedereen is echter gelukkig met een body farm in zijn achtertuin. De buurtbewoners klagen van de stank, vooral als de wind verkeerd zit. Anderen vrezen een plaag van vliegen en ander ongedierte. Nog anderen vrezen dat hun huis minder aantrekkelijk geworden is voor potentiële kopers, en dus aan waarde verloren heeft. Of er ooit zo'n body farm in Limburg komt, weet ik nog niet zo direct.

Dr. Johan Van Robays
Anatomopatholoog



WETENSCHAPPELIJKE RAAD >

Aula campus Sint-Jan (G9.10) om **20.30 uur**,
tenzij anders vermeld

Gedetailleerd programma beschikbaar op:
[www.zol.be / zorgverleners en medici / Wetenschappelijke Raad](http://www.zol.be/zorgverleners/en/medici/wetenschappelijke-raad)

- Zaterdag 25 april 2015 | 9.00-12.30 uur | Euroscoop Genk
Symposium Cardiologie:
lipiden en diabetes; cardiologische actualiteiten.

Inhoudelijk coördinator:
dr. M. Vrolix

- Zaterdag 9 mei 2015 | 9.00 tot 14 uur | K-blok
(tweede verdieping, campus Sint-Jan)
Symposium pneumologie:
nav opening nieuw ambulant centrum

- Donderdag 28 mei 2015 | 20.30 uur
Diabetes anno 2015

- Donderdag 25 juni 2015 | 20.30 uur
Complexe perifere zenuwstelsels

Inhoudelijk coördinator:
dr. F. Weyns

- Dinsdag 2 & woensdag 3 juni 2015 | C-mine Genk
Symposium Biomedica

WORDT UITGESTELD:

symposium nav opening Cardiovasculair Interventiecentrum

PENTALFA >

Aula campus Sint-Jan (G9.10) om **19.55 uur**,
tenzij anders vermeld

- Donderdag 21 mei 2015 | 20.30 uur
Acuut nierlijden – work in progress

Stad Genk en ZOL organiseren

Genk loopt

3 mei 2015

DE GEZONDSTE LOOP VAN LIMBURG



www.genkloopt.be

T 089 65 36 00

vwk limburg **BEDRIJVENLOOP**
versterkt ondernemen

13.00 uur - 1 km Jeugdloop
13.30 uur - 3 km Run for Fun

14.00 uur - 5 km ING-Jogging
15.30 uur - 10 km Decathlon-Run

Partners



DECATHLON

Mediapartners



HET BELANG VAN LIMBURG

Organisatie



COLOFON

Verantwoordelijke uitgever:

Dr. Griet Vander Velpen
Medisch directeur ZOL

Redactie en samenstelling:

Grete Bollen

Werken mee:

An Coenen
Joke De Backer
Dr. Marc Daenen
Inge Goffart
Jan Goossens
Rebecca Hilderson
Jonas Hulsbosch
Dr. Wilfried Mullens
Dr. Patrick Noyens
Dr. Joris Penders
Jurgen Ritzen
Marnik Stragier
Drs. Annelies Thijssen
Joke Vanlangenaeker
Dr. Johan Van Robays

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

Foto's:

Grete Bollen
Imapictures
Marco Mertens
Micha Vandormael
photospin.com
[@PhotoStraka](https://www.instagram.com/PhotoStraka)
ZOL

Lay-out:

Carine Thaens &
Liesbeth Grondelaers,
dienst Communicatie

Redactie:

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

www.zol.be

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

PARTNERS IN ZORG



Marleen Cuppens (56) heeft al 20 jaar problemen met haar hart. "In 1994 heb ik voor het eerst gemerkt dat er iets mis was. Het bleken hartritmestoornissen. In het begin nam ik medicatie maar dit hielp onvoldoende. Daarom kreeg ik al snel een pacemaker en intussen ben ik al bijna aan mijn zevende toestel toe. Na verloop van tijd kreeg ik ook last van een lekkende mitralisklep, maar dit was volgens de dokters niet echt een probleem."

"Tot mijn cardioloog dr. Dupont zei dat mijn hartklep dringend moest hersteld worden. Voor mij kwam dit uit de lucht gevallen. Ik was er helemaal niet klaar voor en mijn dochter ging net trouwen. Dat wilde ik voor geen geld missen."

"De dokters gingen uiteindelijk akkoord dat ik tot na de bruiloft zou wachten. Hartchirurg dr. Gutermann zou de operatie uitvoeren. Ik had vanaf het eerste moment vertrouwen in hem en ik geloofde vast dat het goed zou komen."

Hoe is de ingreep verlopen?

Marleen Cuppens: "Van de dagen op Intensieve Zorgen herinner ik me niet veel maar toen ik naar een gewone afdeling mocht, voelde ik me al een stuk beter. Ik was minder kort van adem en ik voelde mijn hart niet meer kloppen of 'tegenwringen'. Dat was zo een verschil."

Hoe voel je je nu, enkele maanden later?

Marleen Cuppens: "Ik kan nu opnieuw in één stuk stappen van de

parking tot in het ziekenhuis, of van bij ons thuis tot de taverne in het dorp. Met een elektrische fiets rijden lukt ook. En met mijn kleinkinderen spelen. Dat kon ik al 20 jaar niet meer. Mijn kinderen waren nog heel klein toen ik ziek werd. Ik beredderde me en wilde niet dat zij 'een zieke mama' hadden. Daarom hield ik me goed tot ze de deur uit waren. Maar daarna ging het weer een heel stuk minder."

Dr. Gutermann: "Mevrouw heeft een enorme vooruitgang gemaakt. Haar inspanningscapaciteit is na haar klepherstel sterk verbeterd."

Jammer dan dat ze zo lang heeft moeten wachten op een operatie?

Dr. Gutermann: "We horen dat vaker. Mensen zeggen dat ze weinig klachten hebben omdat ze hun levensstijl aanpassen. Pas als ze weer beter zijn, beseffen ze hoe slecht ze eraan toe waren."

Is de operatie uitgevoerd met de da Vinci robot?

Dr. Gutermann: "Ja. We zijn blij dat we mevrouw met de robot hebben kunnen opereren. We wilden het trauma zo beperkt mogelijk houden. Als we op de klassieke manier hadden moeten werken, was het lichamelijk erg belastend geweest voor haar. De robot is minder invasief wat maakt dat de patiënt sneller herstelt. En het eindresultaat is esthetisch ook beter."

Marleen Cuppens: "Ja, ik kan nu nog steeds open kleedjes dragen in de zomer. Daar ben ik blij om. Een litteken gaat immers niet meer weg."