

# zOLarium

TIJDSCHRIFT VAN DE WETENSCHAPPELIJKE RAAD

Jaargang 15 nr. 58 | oktober • november • december • 2015

## CARDIOGENETICA REDT LEVENS

MEDISCH CENTRUM ANDRÉ DUMONT  
OPENT OP 12 NOVEMBER

DE OUDERENPSYCHIATER WERKT  
SAMEN MET EEN UITGEBREID NETWERK

HET REVALIDATIECENTRUM  
BIEDT THERAPIE OP MAAT



## NOG EEN DRUK NAJAAR

Wist u dat het ZOL op 31 december 20 jaar bestaat? Het ziekenhuis is in die jaren ontzettend gegroeid en geëvolueerd en heeft de laatste jaren zelfs een ware gedaanteverandering ondergaan. Om enkele belangrijke realisaties te noemen: de nieuwe K-blok met een dagziekenhuis, verschillende verpleegafdelingen en raadplegingen werden in gebruik genomen en er werd een facilitair gebouw gerealiseerd met een nieuwe apotheek, een labo, een magazijn en vier nieuwe operatiezalen. Daarnaast vinden er heel wat interne verbouwingen plaats om het ziekenhuis aan te passen aan de meest moderne vereisten.

De drie campussen kregen intussen ook een duidelijker profiel, werden gemoderniseerd en verder uitgebreid. Campus Sint-Jan is de grootste campus waar de acute, innovatieve en hoogtechnologische activiteiten plaatsvinden. Campus Sint-Barbara is de campus voor de geplande en chronische zorg. Op campus André Dumont vindt u het ambulant centrum. Bedoeling is de patiëntenstromen te scheiden en beter in te spelen op de verwachtingen van de verschillende patiëntengroepen. Met steeds hetzelfde doel voor ogen: het verbeteren van de kwaliteit van onze zorgverlening.

Ook de bedrijvigheid op campus Schiepsse Bos is de laatste maanden erg toegenomen. Zo'n 1.200 studenten van HBO5 Verpleegkunde Genk en UCLL Verpleeg- en Vroedkunde namen hun intrek in de gebouwen van de Limburgse Zorgacademie (LiZa). Samengeteld met de 250 docenten betekent dit een totaal van bijna 1.500 nieuwe 'bewoners' van onze zorgcampus. Door inhoudelijk samen te werken, kunnen de scholen en het ziekenhuis expertise delen en komen opleiding en werkveld korter bij elkaar te staan. Ook naar zorginnovatie en verdere professionalisering van het zorgberoep dienen zich mooie opportuniteiten aan.

Op campus André Dumont in Waterschei zijn we druk bezig met de afwerking van ons Medisch Centrum. In het nieuwe centrum kunnen patiënten vanaf 12 november terecht voor een bloedafname of medische beeldvorming. Ook heel wat medische disciplines zullen er raadpleging houden. Meer info hierover vindt u in dit ZOLarium. Met het nieuwe aanbod willen we het comfort voor onze patiënten verbeteren. Het Medisch Centrum is immers klein-schalig, huiselijk, goed bereikbaar, vlot toegankelijk en er is meer ruimte voor een persoonlijk onthaal.

Bedoeling is om onder andere de huisartsen uit onze regio in het begin van 2016 uit te nodigen voor een bezoek aan het Medisch Centrum om kennis te maken met het nieuwe aanbod. Binnen enkele weken zal u hiervoor een persoonlijke uitnodiging ontvangen. En dan kunnen we ineens ook klinken op de twintigste verjaardag van het ZOL.

**Dr. Griet Vander Velpen,**  
Medisch directeur

# INHOUD

- 4 60.000 euro voor Think Pink
- 5 Medisch Centrum André Dumont opent
- 6 Cardiogenetica helpt plotse hartdood voorkomen
- 11 In memoriam prof. Van der Merwe
- 12 Totale knieprothese implantaties anno 2015
- 14 Mohs' micrografische chirurgie
- 17 99 assistent-artsen in het ZOL

## EPONIEMENKABINET

- 20 De afdeling psychogeriatric
- 24 Doctoraat dr. Frederik Verbrugge
- 26 Het revalidatiecentrum biedt therapie op maat
- 30 Mentale veerkracht bij borstkankerpatiënten
- 32 Harmonieuze beleving van de menopauze

## DISSECTIEKAMER

- 38 Billboard
- 40 Partners in zorg

Foto cover:  
prof. dr. Nuyens, cardioloog

## 07 CARDIOGENETICA HELPT PLOTSE HARTDOOD BIJ FAMILIES VOORKOMEN



Prof. dr. Dieter Nuyens is cardioloog met een bijkomende bekwaamheid in elektrofysiologie. Hij behandelt mensen met hartritmestoornissen. Soms betreft dit patiënten die succesvol gereanimeerd zijn na een onverklarede plotse dood of de familie van een slachtoffer om eventuele genetische aandoeningen te detecteren. "Plotse dood bij families kunnen voorkomen, is een mooie job. En cardiogenetica is daarbij erg behulpzaam," aldus prof. Nuyens.

## 14 MOHS' MICROGRAFISCHE CHIRURGIE



Kwaadaardige letsels van de huid worden in het ZOL al jaren 'state of the art' behandeld. De chirurgische behandeling omvat een wegname met brede marges om zeker te zijn dat het letsel en alle (onzichtbare) uitlopers ervan verwijderd zijn. In 2014 is deze zorg tot een hoger niveau opgetild met de introductie van de techniek van de Mohs' Micrografische Chirurgie, die voordien hoofdzakelijk werd uitgevoerd in universitaire centra.

## 20 MULTIDISCIPLINAIR WERKEN IS NOODZAKELIJK MET ONZE PATIËNTENPOPULATIE



De ouderenpsychiater behandelt mensen boven de 65 jaar met cognitieve problemen, al dan niet gerelateerd met gedragsproblemen. Het gaat om het hele scala van psychiatrische aandoeningen zoals onder andere delirium, depressie, psychose en dementie. De afdeling psychogeriatric van het ZOL telt dertig bedden en is gelegen op campus Sint-Barbara. Ouderenpsychiater dr. Martine Burin is het medisch diensthoofd.

## 30 DE ROL VAN MENTALE VEERKRACHT BIJ BORSTKANKERPATIËNTEN



Sabine Markovitz werkt als onco-psychologe op de dienst Gynaecologie. In haar begeleiding van borstkankerpatiënten stelde ze over de jaren heen vast dat veel vrouwen, ondanks de significante emotionele stress die ze ervaren, op een veerkrachtige wijze de uitdagingen van hun diagnose en behandeling leken te weerstaan. Om dit klinisch aanvoelen te staven en om tot evidence-based psychologische begeleiding te komen, werd een studie opgezet.

## RUIM 60.000 EURO VOOR SMART FONDS VAN THINK PINK

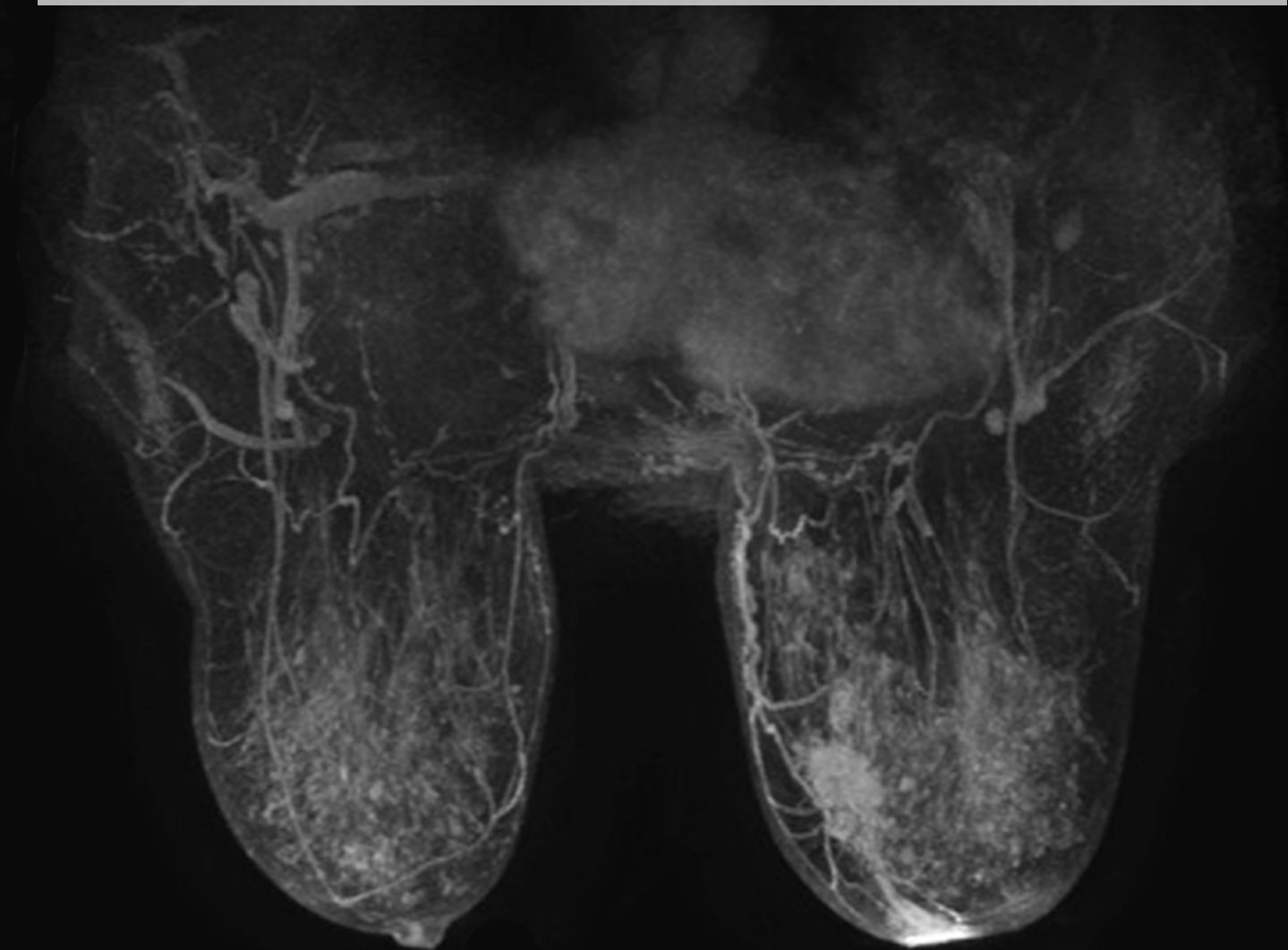
Op 12 en 13 september legden zestig dames - waaronder tien ZOL-medewerksters - 80 km af voor de jaarlijkse wandeltocht van Walk for Think-Pink Limburg. Met deze tocht zamelden ze geld in voor het Smart Fonds van Think Pink, dat wetenschappelijk onderzoek naar borstkanker in België financiert. In totaal leverde Walk for Think-Pink Limburg meer dan 60.000 euro op. Het geld van het Smart Fonds gaat deels naar een internationale studie in verband met een ademtest voor de opsporing van borstkanker waar het multidisciplinair borstcentrum van het ZOL aan deelneemt. Het onderzoek vindt tegelijk ook plaats in Maastricht en New York.

De ademtest voor borstkankerscreening analyseert vluchtige organische stoffen en 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 deze chromatografische test (Breathlink test ontwikkeld door Menssana Research Inc, New Jersey, USA).

Als de ademtest inderdaad een hoge negatieve predictieve waarde blijkt te hebben, kunnen in België alleen al duizenden screeningsmammografieën per jaar vermeden worden.

In het ZOL kregen in 2014 meer dan 200 vrouwen de diagnose van borstkanker.





# MEDISCH CENTRUM ANDRÉ DUMONT OPENT OP 12 NOVEMBER

Op 12 november opent het nieuwe Medisch Centrum André Dumont in Waterschei. In het nieuwe centrum kunnen patiënten van 8 tot 18 uur terecht op de dienst Medische Beeldvorming. Ook een bloedafname is mogelijk. Daarnaast zullen de diensten Pediatrie, Dermatologie, Cardiologie en Urologie hier gaandeweg een deel van hun raadplegingen organiseren. Vanaf januari komen hier nog raadplegingen van de medische diensten Pneumologie, Cardiologie (uitbreiding), Orthopedie en Gynaecologie bij. In een derde fase zullen ook de diensten Abdominale Heelkunde en Vaatheelkunde starten in het Medisch Centrum. In de toekomst zijn nog verdere uitbreidingen mogelijk.

Het Medisch Centrum André Dumont biedt heel wat voordelen voor de patiënt. Het centrum is vlot bereikbaar en er is parking ondergronds die rechtstreeks toegang geeft tot het gebouw. De kleinschaligheid maakt het ook mogelijk dat de patiënt persoonlijker kan onthaald worden in een huiselijke sfeer.



Prof. dr. Nuyens, cardioloog: "Cardiogenetica is genetische screening via moleculaire diagnostiek, om patiënten te identificeren die bepaalde afwijkingen in hun DNA hebben die aanleiding geven tot hartziekten."

# CARDIOGENETICA HELPT PLOTSE HARTDOOD BIJ FAMILIES VOORKOMEN

Prof. dr. Dieter Nuyens is cardioloog met een bijkomende bekwaming in elektrofysiologie. Hij behandelt mensen met hartritmestoornissen.

Soms betreft dit patiënten die succesvol gereanimeerd zijn na een onverklaarde plotse dood of de familie van een slachtoffer om eventuele genetische aandoeningen te detecteren. "Plotse dood bij families kunnen voorkomen, is een mooie job. En cardiogenetica is daarbij erg behulpzaam," aldus prof. Nuyens.

Prof. dr. Nuyens werkte in het UZ Leuven en sinds ruim anderhalf jaar is hij actief in het ZOL. Hij behoorde tot de staf elektrofysiologie in Leuven, samen met prof. dr. Heidebüchel, prof. dr. Willems, prof. dr. Ector en dr. Garweg. Hij was ook actief als fellow in Hamburg, in het grootste elektrofysiologisch centrum van Europa. Prof. dr. Nuyens schreef een doctoraatsthesis over cardiogenetica en legde zich hier verder op toe. In het ZOL neemt hij ook de coördinatie van de cardiogenetica op zich.

## Wat is cardiogenetica?

Prof. dr. Nuyens: "Cardiogenetica is genetische screening via moleculaire diagnostiek, om patiënten te identificeren die bepaalde afwijkingen in hun DNA hebben die aanleiding geven tot hartziekten. Het kan gaan om een elektrische ziekte waardoor ze een verhoogde vatbaarheid hebben voor ritmestoornissen. Of het kan een structurele aandoening zijn, zoals een verdikte hartspier of uitzetting van het hart, waardoor ze hartfalen ontwikkelen."

## Cardiogenetica bestaat in feite nog niet zo lang als discipline?

"Het was 1995, ik was nog student in Leu-

ven, toen de eerste genetische mutatie ontdekt is van het lange QT-syndroom'. LQTS is een aandoening die voorkomt bij 1 op 2000 mensen en kan aanleiding geven tot plotse dood, vooral bij jongeren. Ze vallen dood bij het sporten bijvoorbeeld. Of sterven in hun slaap. LQTS kan verantwoordelijk zijn voor wiegedood, dood bij kinderen, dood bij jong volwassenen maar ook bij ouderen."

"Het was een Amerikaanse groep uit Salt Lake City die de eerste mutatie ontdekte. Daarmee is toen mijn interesse voor cardiogenetica gegroeid en ben ik gestart met een doctoraatsproject. Ik heb onder leiding van prof. Edward en Peter Carmeliet de eerste transgene muis gemaakt met dezelfde mutatie als bij een patiënt met LQTS. Dat was een interessant project omdat we aangetoond hebben dat hartritmestoornissen kunnen ontstaan door een bepaald mechanisme dat tot dan toe ongekend was. De ontdekking heeft belangrijke repercussies gehad naar de kliniek."

Hoe keek men naar plotse dood vóór 1995? "Voor 1995 was er al wel notie van genetische aandoeningen. Men wist dat in bepaalde families met plots overlijden de oorzaak lag in een familiale aandoening. Het Bruga-

dasyndroom bijvoorbeeld was gekend maar de mutatie die ervoor verantwoordelijk is niet. Men dacht dat plotse dood te maken had met mutaties in het autonome zenuwstelsel omdat bepaalde aandoeningen optraden bij stress, bij angst, bij schrikken enz en ontzenuwing van het hart succesvol was. Het is pas daarna gebleken dat ionenkanalen in het hart verantwoordelijk zijn voor de verhoogde vatbaarheid voor ritmestoornissen. De stress was enkel de trigger."

"Sindsdien is de screening naar nieuwe ziekten begonnen, weliswaar op een 'ouderwetse' manier. Het was zoeken naar een naald in een hooiberg. Op basis van klinische karakteristieken bij een aandoening ontstond het vermoeden van een genetische oorzaak waarna gen per gen moest geanalyseerd worden. Dat was een monnikenwerk dat jaren kon aanslepen en bovendien heel erg duur was."

"Intussen is de techniek erg geëvolueerd en kunnen we met next generation sequencing 70 tot 80 genen tegelijk analyseren. Dat geeft een relatief snel resultaat en de kostprijs is zodanig gedaald dat het meer toegankelijk is geworden."



### Over welke aandoeningen gaat het?

"Er zijn verschillende aandoeningen van het hart die een genetische basis hebben. De meest voorkomende is hypertrofe cardiomyopathie. De genmutatie die verantwoordelijk is voor HCM komt voor bij 1 op 500 mensen. Dat betekent niet dat ze de aandoening moeten krijgen maar ze hebben er wel de aanleg voor. Deze mensen moeten cardiologisch opgevolgd worden en specifiek advies krijgen. Zo mogen ze bijvoorbeeld niet aan intensieve sportbeoefening doen."

"Een andere genetische aandoening die vrij veel voorkomt is het 'lange QT-syndroom', waarover ik mijn doctoraat heb geschreven."

### Hoe organiseren jullie de genetische counselling in het ZOL?

"Hiervoor werken we samen met het Centrum voor Menselijke Erfelijkheid van de universiteit van Leuven waar ik de mensen uiteraard goed ken. Het centrum in Leuven is het enige centrum dat zo'n uitgebreide en goede, gevalideerde genetische analyses kan doen in België. Dit dankzij hun jarenlange ervaring."

"Als patiënten naar mij verwezen worden voor een cardiologische evaluatie sturen wij hun bloedstalen en de klinische informatie naar Leuven."

"In samenspraak met het Centrum voor Menselijke Erfelijkheid en met gezond ethisch inzicht bekijken we met onze patiënten wat haalbaar is

voor hen en wat niet. Zo is er bijvoorbeeld de mogelijkheid van pre-implantatie genetische diagnostiek bij een kinderwens. Via embryo-selectie kunnen we voorkomen dat ouders die drager zijn van een genmutatie dit overdragen op hun kinderen. Onlangs hebben we een moeder met een erfelijke hartaandoening, die trouwens zelf overleever is van plotse dood, verwezen naar de universiteit van Brussel waar deze techniek goed op punt staat. Ze had al een eerste kindje met de aandoening, en wilde vermijden dat ook haar tweede kindje aangetast zou zijn. Intussen is haar baby geboren, zonder de erfelijke ziekte."

### Wanneer worden families naar u verwezen?

"Het begint meestal met de plotse dood van een jong persoon. Dan starten we met cardiogenetica om te voorkomen dat er zich bij familieleden hetzelfde voordoet. Zo hebben we dit jaar al verschillende families geïdentificeerd met een cardiogenetische aandoening. We kunnen hen opvolgen of beschermen zodat die problemen zich niet herhalen. Dat is mooi werk."

"Een cardiogenetisch onderzoek neemt drie tot vier maanden in beslag voor de diagnose kan worden gesteld. Moleculaire diagnostiek is ook niet eenduidig. Iedere mens heeft immers een andere DNA-sequentie. Het is vaak moeilijk om te interpreteren of genetische afwijkingen ziekteverwekkend zijn of goedaardige varianten."

"We gebruiken een speciaal, gevalideerd algoritme om die interpretatie te kunnen doen. We kijken bijvoorbeeld na of de regio waarin de vari-



**Prof. dr. Nuyens, cardioloog: "Ik hoop dat onze baby's in de toekomst bij hun geboorte een volledige genetische profiling zullen krijgen in plaats van de huidige hielprik. Alleen dan kunnen we een geïndividualiseerde geneeskunde uitbouwen en mensen beter en preventief beschermen."**

ant gelegen is sterk geconserveerd is tussen verschillende species. Als je de mens vergelijkt met andere zoogdieren of organismen, blijkt immers dat bepaalde genetische sequenties bij de verschillende soorten overeen komen. Als je in deze sequenties een variant vindt, is de kans groot dat het om een ziekteverwekkende soort gaat. Terwijl dit minder waarschijnlijk is voor variaties die heel verschillend zijn in verschillende species. Daarnaast kan je in silico predictie, via aminozuren die veranderen op basis van de DNA-variant, bepalen of een variatie pathogeen is of niet."

"Uiteraard wordt ook steeds een uitgebreide literatuuranalyse gedaan en worden gendatabanken geëvalueerd. Als je weet dat een variant voorkomt met een frequentie van meer dan 1 op 1000 dan weet je dat het waarschijnlijk om een goedaardige variant gaat. Ook segregatieonderzoek is een grote hulp bij de interpretatie van varianten. Dit zijn associaties die gebruikt worden om een variant binnen een familie te interpreteren."

"Genetisch onderzoek is dus veel meer dan al-

leen sequencing van het DNA. Er komt heel wat interpretatie bij kijken en dat is het moeilijkste en meest tijdrovende werk momenteel."

#### **Hoe weet u of een persoon bij wie de kwaadaardige afwijking aanwezig is, ziek zal worden of niet?**

"Via bepaalde gevalideerde modellen kunnen we weten of er een risico is op plotse dood bij een bepaalde persoon. De behandeling kan een catheteringreep zijn waarbij er gebrand wordt in het hart om de voorkamer elektrisch te stabiliseren of het kortsluitingscircuit te doorbreken. Of de implantatie van een device zoals een pacemaker of een defibrillator. Of de toediening van medicatie met opvolging via remote care telemonitoring om na te gaan of de medicatie voldoende beschermend is. Bij de nieuwste generatie devices, die injecteerbaar zijn onder de huid, is er zelfs een dagelijkse transmissie van gegevens mogelijk zonder dat de patiënt hier zelf iets voor hoeft te doen."

"De nieuwe geneeskunde creëert heel veel mogelijkheden. Telemonitoring is heel on-

dersteunend voor zowel de patiënt als voor ons. Want als we zien dat medicatie onvoldoende werkt, kunnen we de volgende stap zetten en een defibrillator implanteren."

"We kunnen immers niet bij iedereen een defibrillator implanteren omdat dit gepaard gaat met een zekere morbiditeit. Bij een storing kan het toestel onterechte shocks geven en dit is zeer pijnlijk en ingrijpend voor de patiënt, alsof hij een schop krijgt van een paard. Daarnaast geeft een defibrillator problemen bij beroepen als piloot, bus- of taxichauffeur of beroepen waar gebruik gemaakt wordt van interfererende apparatuur."

"Het dragen van een defibrillator is psychologisch ook heel zwaar. Ik heb patiënten met zware angsten door het toestel die heel veel dingen niet meer durven. En dan zijn er nog de problemen met kinderen. Een defibrillator is groot en dus niet evident om te implanteren bij een kind. En kinderen spelen en ravotten waardoor het toestel sneller stuk gaat. Kinderen die een shock krijgen, ik heb er verschillende in opvolging, hebben ook psychologi-

sche begeleiding nodig. Ik ben zelfs al eens naar de school geweest van een patiëntje om te kijken welke aanpassingen er daar nodig waren om problemen te vermijden.”

“Een defibrillator implanteren is dus een zeer zware beslissing. Het heeft een enorme impact op het sociaal en psychologisch welzijn. Daarom doen we er alles voor om ritmestoornissen te voorkomen op andere manieren en alleen als het risico te hoog wordt, wordt er een defibrillator geïmplant.”

## **Is het moeilijk om families te overtuigen om zich te laten onderzoeken en zich daarna eventueel ingrijpend te laten behandelen?**

“Het is eigenlijk helemaal niet nodig om families te overtuigen. Vaak zijn ze zelf vragen de partij. Als er een plots overlijden is in een familie, zeker van een jong iemand, zijn de mensen radeloos. Als we uitleggen dat we plotse dood kunnen voorkomen, dan komen alle eerste graadverwanten naar onze raadpleging voor onderzoeken en een bloedname. Zo hebben we toch al verschillende familiale aandoeningen gevonden waarbij we preventief hebben kunnen optreden.”

“Als er een familie onderzocht wordt, doe ik de volwassenen. De kinderen worden in eerste instantie behandeld door onze kindercardioloog dr. Derize Boshoff, die ook een deel van de genetische screening op zich neemt. Maar als er een diagnose wordt gesteld of er moet een toestel worden geïmplant, dan komen de kinderen bij mij terecht voor een elektrofysiologische ingreep of een implantatie.”

## **In de media wordt vaak gediscussieerd over het al dan niet screenen van jonge sporters. Wat is uw standpunt hierover?**

“Voor kinderen vanaf 14 jaar die competitief sporten in clubverband is een screening te overwegen. Clubs stimuleren dit ook en voorzien soms zelfs een financiële compensatie. Screening kan gebeuren door de huisarts, indien hij of zij hiervoor de nodige opleiding heeft gehad. Het onderzoek gebeurt aan de hand van een vragenlijst en een ECG. Dit is zeker voldoende om de meest voorkomende erfelijke aandoening te detecteren.”

“Uiteraard wordt bij een screening niet altijd iedereen met een aandoening opgepikt en zijn er mensen die door de mazen van het net glijpen. Daarnaast is het ook mogelijk dat mensen met een normaal ECG toch een aandoening hebben waardoor zij plots kunnen overlijden. Het systeem is dus niet waterdicht maar zeker zinvol wanneer er sprake is van intensief sporten.”

## **Hoe ziet u de toekomst?**

“De wereld van de genetica is een boeiende en interessante wereld die snel evolueert. Ik hoop dat onze baby's in de toekomst bij hun geboorte een volledige genetische profiling zullen krijgen in plaats van de huidige hielprik. Alleen dan kunnen we een geïndividualiseerde geneeskunde uitbouwen en mensen beter en preventief beschermen.”

“De genetische evolutie is momenteel in volle gang. Het is al mogelijk om de genenkaart van een persoon te laten samenstellen voor

1.000 dollar. Dat is relatief goedkoop. En wie een genetische profiling laat doen, kan zijn levensstijl aanpassen aan zijn of haar persoonlijke risico's.”

“Het is immers niet houdbaar voor de meeste mensen om hun levensstijl aan te passen aan iets waarvan ze niet weten of ze het ooit zullen krijgen. Maar als je bijvoorbeeld weet dat je vatbaar bent voor darmkanker, is het zinvol om op jonge leeftijd al eens een coloscopie te laten doen en in opvolging te gaan bij een gastro-enteroloog voor een jaarlijks nazicht. Ik denk dat het wel degelijk werkt, als je een bepaald risico hebt, om gericht aan preventie te doen.”

“Dit geldt zeker voor het risico op plotse dood. Het is immers zeer ingrijpend om een plotse dood te overleven, om een defibrillator te dragen... Of als ouder om een kind te verliezen. Als we zouden screenen bij de geboorte zouden we ouders kunnen zeggen: uw kind heeft een verhoogd risico op plotse dood maar met een medicament kunnen we dit verminderen en met een kleine capsule die we onder de huid implanteren, kunnen we dit permanent opvolgen. Ik denk dat we weinig ouders zullen moeten overtuigen.”

**Grete Bollen**

Volgende cardiologen in het ZOL zijn gespecialiseerd in elektrofysiologie:  
dr. P. De Vusser, dr. M. Rivero-Ayerza,  
dr. H. Van Herendaal, prof. dr. D. Nuyens.



Met veel spijt vernemen we het overlijden van prof. Jan Van der Merwe. Prof. Van der Merwe werkte in zijn jonge jaren met dr. Hubert Vandeput in Stellenbosch, Zuid-Afrika. Ze werden zeer goede vrienden en mede dankzij hem werd in 1988 het IVF-centrum van Genk gesticht. Op vraag van de Genkse gynaecologen begeleidde hij samen met prof. Zen Fourie, embryoloog in Pretoria, het Genkse centrum bij de opstart.

## PROF. DR. JAN VALENTYN VAN DER MERWE

### 19 DECEMBER 1943 – 25 SEPTEMBER 2015

Vele Vlaamse gynaecologen - onder wie dr. de Jonge, dr. Ombelet en dr. Vlasselaer van de dienst Gynaecologie van het ZOL - hebben als assistent gewerkt onder de supervisie van prof. Van der Merwe toen hij diensthoofd was van de dienst Obstetrie en Gynaecologie in Pretoria. Ze hebben hem leren kennen als een intrigerend en inspirerend leider en een uitstekend wetenschapper. Hij werd ook decaan van de Medische Faculteit aan de Universiteit van Pretoria.

In 1984 werd de tweede IVF-baby in Afrika geboren in het IVF-centrum van Pretoria, onder zijn supervisie. In dat jaar had hij dr. Ombelet de mogelijkheid gegeven om één extra jaar opleiding te volgen in zijn infertiliteitscentrum, een geweldige opportuniteit toen. In de volgende jaren zou prof. Van der Merwe ook een goede vriend en vertrouwenspersoon worden van dr. Eric de Jonge die gedurende meer dan 15 jaar werkzaam was als gynaecoloog-oncoloog aan de Universiteit van Pretoria.

Na de terugkomst van dr. Ombelet naar België in 1985 zou prof. Van der Merwe hem aanbevelen aan de Genkse groep gynaecologen toen ze hem vroegen om hulp bij de uitbouw van een infertiliteitskliniek.

Twee jaar geleden was prof. Van der Merwe nog samen met zijn echtgenote aanwezig op het feest rond 25 jaar IVF Genk. Het werd zijn laatste bezoek. Dr. Vandeput, dr. Ombelet, dr. de Jonge, dr. Vlasselaer en vele andere Vlaamse gynaecologen verliezen een dierbare vriend, het verdriet is groot.

#### **Via de kanalen van de VVOG werd volgend bericht verstuurd aan alle Vlaamse gynaecologen:**

Al onze VVOG-leden die het voorrecht hadden om prof. dr. Jan van der Merwe te hebben gekend, hetzij als medestudent bij Maties (Universiteit Stellenbosch) hetzij als assistent bij Tukkies (Universiteit Pretoria) zullen be-

amen dat 'professor Jan' op ons allen een zeer diepe indruk heeft gemaakt.

Zijn voorbeeldfunctie als academicus, leermeester en leider was begeesterend. Zijn persoonlijkheid straalde een niet te beschrijven kracht uit op ons allen, hij dwong een onvoorwaardelijk respect af.

Door zijn sterke visie en onverzettelijke persoonlijkheid baande hij zich een weg in de academische wereld, een loopbaan die pijlsnel de hoogte inging en enkel kon worden afgeremd door het noodlot van een ongeneeslijke ziekte die nooit in 'het prentje' heeft gepast.

Door zijn loyaliteit en empathie als diensthoofd Obstetrie en Gynaecologie aan de Universiteit van Pretoria wist hij een gevoel van 'kameraderie en samenhang' te scheppen binnen zijn entourage. Deze 'Afrikaner identiteit' was waarschijnlijk de oorzaak van de speciale band die hij had met 'die Vlaminge' dat zich uitte in een discrete vergevingsgezindheid naar de Vlaamse assistenten toe in 'moeilijke dagen'.

Ook aan de Vlaamse universiteiten was hij een gerespecteerd en graag geziene gast.

Enkele maanden geleden kreeg hij nog een 'Lifetime Achievement Award' in Zuid-Afrika.

Professor Jan, vele Vlaamse gynaecologen zullen je altijd erkentelijk zijn voor al de kennis, kundigheid en levenswijsheid die je ons hebt meegegeven.

In naam van vele Vlaamse gynaecologen,  
Dr. Eric de Jonge  
Dr. Willem Ombelet



# TOTALE KNIETPROTHESE IMPLANTATIES ANNO 2015



Met de toenemende vergrijzing van de populatie neemt het aantal totale knieprothese-implantaties gestaag toe en wordt naar de toekomst toe nog een verdere stijging verwacht. Vorig jaar werden zo in het ZOL 550 primaire totale knieprothesen geïmplant.

Patiënten zijn tegenwoordig niet meer tevreden met enkel een goede overleving van hun implantaat. Ze willen een knieprothese die natuurlijk aanvoelt en die hen het vertrouwen geeft om de activiteiten te verrichten die ze nog willen doen. Ze wensen nog in staat te zijn met vrienden te fietsen, een partijtje tennis te spelen, te spelen met de kleinkinderen...

Om een meer natuurlijk gevoel te bereiken, bestaan er tegenwoordig totale knieprothesesystemen die beschikbaar zijn in een zeer groot aantal maten en die zo de chirurg toelaten de natuurlijke anatomie en afmetingen van de oorspronkelijke knie zo goed mogelijk te reconstrueren.

Daarnaast wordt ook meer en meer een spiersparende subvastus toegang tot het kniegewricht toegepast met een snellere postoperatieve functierecuperatie als gevolg.

Prothesechirurgie wordt in het ZOL verricht in nieuwe, ultra-moderne operatiekamers. Op de foto ziet u dr. Truijen en zijn team gehuld in 'ruimtepakken'. Deze ruimtepakken helpen enerzijds de kans op infectie zo laag mogelijk houden en anderzijds bieden ze natuurlijk ook bescherming aan het chirurgisch team zelf.

Totale knieprothesepatienten worden in het ZOL behandeld binnen het 'we Walk' joint care programma. Dit houdt in dat ze preoperatief in groep worden geïnformeerd over de opname, ingreep en revalidatie. Ook de oefentherapie tijdens de hospitalisatie gebeurt in groep. Dit groepsgebeuren draagt bij tot een sneller herstel. De patiënt, als goed geïnformeerde partner, is actiever betrokken bij zijn zorgproces en de gestandaardiseerde en goed op elkaar afgestemde zorg draagt bij tot een betere organisatie.

Knee Unit ZOL:  
**dr. Jan Truijen**  
**prof. dr. Johan Bellemans**  
**dr. Jan Oosterbosch**



**De techniek werd ontwikkeld door Frederick Mohs, een Amerikaans chirurg, en wordt gebruikt om specifieke vormen van basaalcelcarcinoom zo precies mogelijk weg te halen, zonder dat daarbij te veel gezonde huid verloren gaat.**

# MOHS' MICROGRAFISCHE CHIRURGIE

Kwaadaardige letsels van de huid worden in het ZOL al jaren 'state of the art' behandeld. De chirurgische behandeling omvat een wegname met brede marges om zeker te zijn dat het letsel en alle (onzichtbare) uitlopers ervan verwijderd zijn. Zo kunnen we de kans op recidief of herhal tot een minimum beperken. Voor een basaalcelcarcinoom (of basaloom) bijvoorbeeld, is de internationale norm een marge van 4-5 mm schijnbaar gezonde huid weg te nemen rondom het zichtbare letsel.

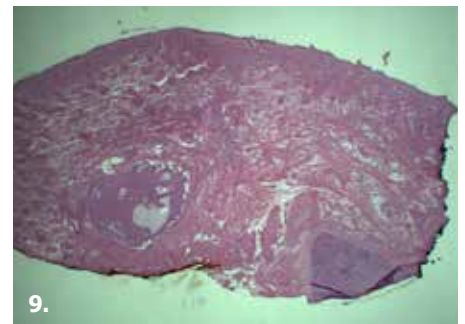
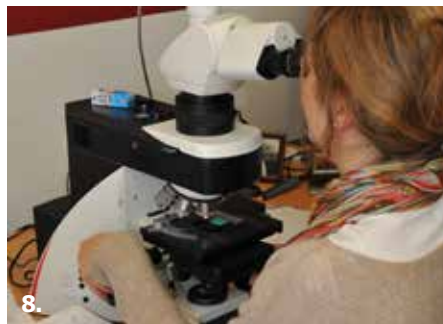
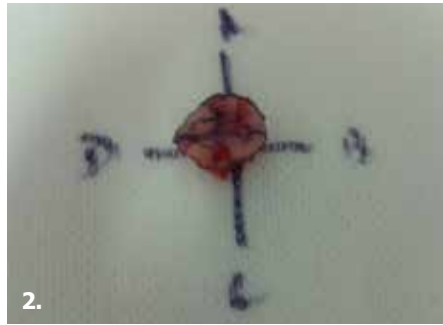
In 2014 hebben we deze zorg tot een hoger niveau kunnen optillen met de introductie van de techniek van de Mohs' Micrografische Chirurgie, die voordien vooral werd uitgevoerd in universitaire centra.

De techniek werd ontwikkeld door Frederick Mohs, een Amerikaans chirurg, en wordt gebruikt om specifieke vormen van basaalcelcarcinoom zo precies mogelijk weg te halen, zonder dat daarbij te veel gezonde huid verloren gaat. Om dit te bereiken, wordt enkel de zichtbaar aangetaste huid weggenomen en wordt het verwijderde weefsel, peroperatoir microscopisch gecontroleerd, terwijl de patiënt wacht. Als de randen van de wonde vrij zijn van kankercellen, kan de wonde worden gesloten of gereconstrueerd. Als de randen van de wonde nog kankercellen bevatten, wordt opnieuw een stukje weefsel weggenomen en weer onmiddellijk microscopisch nagekeken. Deze procedure wordt fragmentje per fragmentje herhaald tot er geen kankercellen meer worden gevonden. Elk fragment moet

minutieus gemarkeerd worden en volledig, snel en betrouwbaar onderzocht worden door een patholoog. Dit betekent dat deze procedure zeer arbeidsintensief is en dat er een nauwe samenwerking tussen de dermatoloog en de patholoog nodig is.

Niet elke patiënt met huidkanker of een basaalcelcarcinoom komt in aanmerking voor Mohs' Micrografische Chirurgie. Deze techniek wordt gereserveerd voor de 'moeilijke gevallen': patiënten waarbij de huidkanker is teruggekomen, bij een bijzonder grote tumor, of een tumor die vlak bij vitale structuren zit (bijvoorbeeld oog, oor, neus of mond). Het spreekt voor zich dat bij deze laatste elke millimeter telt en bij voorkeur al het gezonde weefsel wordt gespaard voor een optimaal functioneel en esthetisch resultaat.

Maligne melanomen worden niet op deze manier onderzocht. Het correct verwijderen en nakijken van het letsel is de belang-



1. Het uiteindelijke defect na Mohs' chirurgie. 2. Tumor georiënteerd volgens assen. 3-4-5. Tumor doorgesneden in vier gemarkeerde stukjes. 6-7. De laborant befrist de stukjes en er worden meerdere sneetjes gemaakt. 8. De patholoog beoordeelt de vriescoupes. 9. Vriescoupe onder microscoop met gemarkeerde randen en precieze localisatie van de tumor.

rijkste opdracht. Het sluiten van het ontstane defect is meestal moeilijk, omdat het groot is en vaak in het midden van het gelaat ligt. De reconstructie van dit defect moet soms door de plastische chirurg gedaan worden. Idealiter gebeurt deze reconstructie onmiddellijk na het wegnemen van het letsel. Gezien de onvoorspelbaarheid van de duur van de ingreep en de afmetingen van het uiteindelijke defect, kan de reconstructie uitgesteld worden tot enkele dagen nadien. Deze gebeurt dan onder volledige narcose, zonder enig nadelig effect voor de

patiënt. Intussen wordt de wonde verbonden zodat de patiënt er geen pijn van ondervindt. Bij de reconstructie wordt aanliggende huid verplaatst tot in het defect (locale plastie) of wordt een stukje huid 'getransplanteerd' vanuit een andere zone, zoals uit de lies, van boven het sleutelbeen of van de bovenarm.

De introductie van de Mohs' Micrografische Chirurgie staat ons dus toe om, met een gespecialiseerd team van experts, de patiënten met de moeilijkste huidlet-

sels optimaal te behandelen, met de best mogelijke uitkomst en een minimaal risico op herval.

**Dr. Pamela Poblete**  
Dermatologie

**Dr. Sabine Fransis**  
Pathologische Ontleedkunde

**Dr. Bob Vermeulen**  
Plastische chirurgie



## 99 ASSISTENT-ARTSEN AAN DE SLAG IN HET ZOL

In september werd ons artsenkorps versterkt met 75 nieuwe assistent-artsen. Samen met de 24 assistenten die reeds aan de slag waren, brengt dit ons op een totaal van 99 assistent-artsen. Een mooi aantal dat we voor een groot deel te danken hebben aan de goede reputatie die het ZOL op de diverse Vlaamse universiteiten geniet bij de studenten geneeskunde.

De assistent-artsen komen terecht in een ziekenhuis waar zowel basis-geneeskunde 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.

Het ZOL is in Vlaanderen het grootste niet-universitaire opleidingscentrum voor assistent-artsen. Dit is mede mogelijk dankzij onze stagemesters. 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.

Voor het eerst zullen de assistent-artsen ook op de payroll van het ziekenhuis komen. Dit maakt dat het aantal medewerkers van het ZOL nu de 3.100 overschrijdt. Voor het eerst maakt dit van ons ziekenhuis de grootste werkgever van Limburg.



# ANNA FISCHER-DÜCKELMANN (1856 - 1917),

'Die Frau als Hausärztin' is het magnum opus van de eerste vrouwelijke arts die zich toelegde op de natuurgeneeskunde, Anna Fischer-Dückelmann. Met haar boek wilde ze de vrouw onafhankelijk maken van de artsen die de gevestigde schoolgeneeskunde bedreven en tevens een gezond alternatief aanbieden. Een alternatief dat zich baseerde op de 'Naturheilkunde', dat wat de natuur ons leert. Het 900 bladzijden tellend werk verscheen in 1901 en in 1913 waren al meer dan een miljoen exemplaren verkocht. In 1958 haalde het een 5de editie. 'Die Frau als Hausärztin' werd in 13 talen vertaald. De mannelijke collega's konden haar succes niet begrijpen (of niet verteren?) en vonden Anna maar een "woekerend kankergezwel van kwakzalverij".

## Das goldene Frauenbuch

Anna Fischer-Dückelmann was de vrouwelijke evenknie van Friedrich Bilz (ZOLarium nr 55). Beiden waren een grote voorstander van een natuurlijke levenswijze en dito geneeskunde. Beiden schreven ook een vuistdik medisch naslagwerk. Het Bilz boek was uit een typisch mannenstandpunt geschreven. 'Die Frau als Hausärztin' was expliciet gericht op een vrouwelijk publiek. In tegenstelling tot Bilz had Anna wel het artsdiploma op zak. Ze heeft zelfs nog een tijdje in het Sanatorium van Bilz gewerkt.

Volgens Anna Fischer-Dückelmann is het de vrouw die de gezondheid van de familie in handen heeft. Zij is de gezondheidsmanager van het gezin. Zeker vroeger, maar ook nu nog deelt de moeder de eerste zorgen toe aan de kinderen en raadpleegt bij ziekte in eerste instantie een arsenaal van oude verworpen remedies. Ze beheert de medicijnkast, maakt de afspraken bij de huisarts en

blijft bij haar kind als het opgenomen wordt op de spoeddienst. Zij staat ook op de allereerste lijn bij de preventie van ziekte. Ze kiest het voedsel uit wat op tafel komt, beheert de kruidentuin, kookt en leert de kinderen gezonde voedingsgewoonten aan. Na het eten moeten de tanden gepoetst worden enz ....

De kracht van Anna Fischer-Dückelmann's boek ligt in het feit dat ze al die eenvoudige leefregels samenvatte en er nog wat extra medische en filosofische raad bij geeft. Ze beantwoordt vragen als: hoe wil ik leven? Wat moet ik daarvoor doen en wat moet ik daarvoor weten? Wie kan mij daarbij helpen? Welke behandelingen bestaan er voor deze en gene kwaal? Wat kan de klassieke geneeskunde bieden en wat de alternatieve?

Met de ondertitel: 'Ein ärztliches Nachschlagebuch der Gesundheitspflege und Heilkunde in der Familie mit besonderer Berücksichti-

gung der Frauen- und Kinderkrankheiten, Geburtshilfe und Kinderpflege' stond 'Die Frau als Hausärztin' in praktisch elk gezin op de boekenplank. Het universele naslagwerk besprak het lichaam, de geest, de levenswijze, de voeding, gezondheid en hygiëne. Het ging ook over het huwelijk, zwangerschap, kinderen en moraal. Ook taboe thema's zoals masturbatie, homoseksualiteit, echtscheiding, frigiditeit en onvruchtbaarheid kwamen aan bod. Niet te vergelijken met de kennis die we nu hebben, maar toch verwonderlijk modern voor het jaar 1901.

Het boek vermijdt zware theoretische uiteenzettingen, moeilijke medische woorden en zeldzame pathologische aandoeningen. 'Die Frau als Hausärztin' is de bijbel voor de lichaamsverzorging en hygiëne. Anna Fischer-Dückelmann introduceert het volledige gamma van natuurlijke geneeswijzen zoals waterkuren, luchtbaden, massage, medische gymnastiek, zonnebaden, natuurlijk voedsel en geneeskrachtige kruiden. Ze stelt veilige, alternatieve behandelingen voor om toxische geneesmiddelen en gevaarlijke operaties van de (mannelijke) orgaangerichte geneeskunde te vermijden. Haar schrijfstijl is eenvoudig en volks en het boek werd opgelucht met talloze illustraties van ziekten en natuurlijke geneeswijzen. Zonder schaamte illustreert Anna de heilzame werking van de zon in een pagina-grote plaat waar een zestal vrouwen naakt



## EERSTE VROUWELIJKE ARTS DIE ZICH TOELEGDE OP NATUURGENEESKUNDE

zonnen. Een uitschuifbaar gestreept dak zorgt voor wat schaduw ter hoogte van het gelaat want dames hielden toen niet van een al te bruin gezichtskleurkje.

Het boek werd door de auteur meermaals herwerkt en geactualiseerd. Het werd een van de succesrijkste pionierboeken in de seksuele opvoeding en later vulde Anna die materie nog aan met 'Das Geschlechtsleben des Weibes'.

### Carrière

Als dochter van de Oberstabsarztes en landeigenaar Friedrich Dückelmann werd Anna geboren in Neder-Oostenrijks dorpje Tagwein. Haar vader was legerarts tijdens de Oostenrijk Hongaarse oorlog en nam haar soms mee op zijn bezoeken aan de veldhospitalen. Als kind kwam ze in contact met de waterkuren van een van de grondleggers van de natuurgeneeskunde, de Beierse priester Sebastian Kneipp (1821-1897). Als teenager begon ze artikels te schrijven over hygiëne en voeding en vrouwelijke marteltuigen, zoals de fel ingesnoerde korsetten.

Tegen de wensen in van haar ouders trouwde Anna met de journalist en filosoof Arnold Fischer en verhuisde in 1880 naar Frankfurt am Main. Snel werden drie kinderen geboren en toen die een beetje zelfstandig waren, besloot Anna medicijnen te studeren. Als vrouw kon dit niet in Duitsland en daarom trok ze

op 34-jarige leeftijd met de hele kroost en huishouden naar Zürich. Dit veroorzaakte heel wat opschudding bij haar familie en in haar vriendenkring. Zelfs in de kranten werd er commentaar geleverd op die absurde beslissing als vrouw.

Eenmaal gediplomeerd trok Anna naar het Sanatorium van Friedrich Bilz. Als vegetariër voelde ze zich aangetrokken door de natuurlijke levenswijze en de natuurlijke geneeswijzen. In die wellness omgeving assimileerde ze veel en opende later een praktijk in Dresden-Oberloschwitz waar ze zich specialiseerde in de gynaecologie en de kindergeneeskunde. Eerst woonde ze bescheiden in de Rietschelstrasse 17 en nadien in een sprookjesachtige villa met torentje in de Malerstrasse 18, het Artushof genoemd. Wellicht werd ze hierin geïnspireerd door het sprookjesachtige kasteel dat Bilz had laten bouwen, het Kuranstalt Schloß Löbnitz met zijn vele torentjes en balkonnetjes. Achter het Artushof lag een groot grasveld waar de vrouwen 's morgens blootvoets door de dauw kwamen lopen.

### Monte Verità

In 1913 kocht Anna Fischer Dückelmann een landgoed op de Monte Verità in Ascona aan de Lago Maggiore. Ze voelde de oorlog naderen en wou weg uit Duitsland. Op de Monte Verità had de Belgische Henri Oedekoven met zijn

viendin, de pianiste Ida Hoffmann in 1902 een alternatief belevingsoord opgericht. Een soort commune avant-la-lettre waar geen wetten en geen eigendommen bestonden en alles broederlijk en zusterlijk onder elkaar gedeeld werd. Ook hun naakte lichaam. De Monte Verità trok een aantal zonderlinge figuren, intellectuelen, wereldverbeteraars en artiesten aan. Ofwel liepen ze extravagant gekleed ofwel totaal zonder klederen zoals vandaag in het bekende naturistenkamp Cape D'Agde. De ultieme natuurbeleving voor hen was het naaktlopen en het rituele naaktdansen. Monte Verità was een van de eerste FKK (Freikörperkultur) plaatsen (cfr dissectiekamer artikel).

In 1914 kwam Anna als arts op het 'kuuroord' van Monte Verità werken en hoopte er haar natuurlijke leef- en dieetregels toe te kunnen passen. Toen dit niet lukte, trok ze weg en wijdde zich tijdens de oorlogsjaren aan de verpleging van de gewonde soldaten. Ze overleed op 5 november 1917 in Ascona.



**Dr. Johan Van Robays**  
Anatomopatholoog

A full-body portrait of Dr. Martine Burin, a woman with short, curly brown hair and blue eyes, standing in a hospital hallway. She is wearing a blue and white patterned long-sleeved top with a decorative black and white lace-like trim down the center, and dark blue jeans. A hospital ID badge is clipped to her jeans. The background shows a hallway with a red wall on the right, a blue exit sign, and a white door on the left.

**Dr. Martine Burin, Ouderenpsychiater: "Hoe kwetsbaarder mensen worden, hoe moeilijker het wordt om het onderscheid te maken tussen wat somatisch is en wat psychisch. Want het ene heeft automatisch repercussies op het andere."**

# MULTIDISCIPLINAIR WERKEN IS MET ONZE PATIËNTENPOPULATIE ABSOLUUT NOODZAKELIJK

De ouderenpsychiater behandelt mensen boven de 65 jaar met cognitieve problemen, al dan niet gerelateerd met gedragsproblemen. Het gaat om het hele scala van psychiatrische aandoeningen zoals onder andere delirium, depressie, psychose en dementie. De afdeling psychogeriatrie van het ZOL telt dertig bedden en is gelegen op campus Sint-Barbara. Ouderenpsychiater dr. Martine Burin is het medisch diensthoofd.

Dr. Martine Burin: "Op de afdeling psychogeriatrie vind je een heel diverse populatie. Cognitieve problemen komen vaak voor maar kunnen heel verschillende oorzaken hebben. Ze komen bij ouderen voor bij een heel breed scala van psychiatrische aandoeningen, uiteraard bij dementie maar ook bij stemmingsstoornissen bijvoorbeeld. Bovendien zijn sommige psychiatrische symptomen zoals wanen en hallucinaties uiting van een onderliggend dementieel beeld. Het is de taak van het multidisciplinair team om te zoeken naar het onderliggende probleem, dus een accurate diagnose te stellen en van daaruit een beleid op te stellen, samen met de patient en zijn of haar familie."

"Hoe kwetsbaarder mensen worden, hoe moeilijker het wordt om het onderscheid te maken tussen wat somatisch is en wat psychisch. Want het ene heeft automatisch repercussies op het andere. Vandaar dat er op de afdeling een medisch co-managment is met de internist-geriater dr. Joris Meeuwissen. Ikzelf ben als ouderpsychiater verantwoordelijk voor de dagdagelijkse aansturing."

"We hebben een algemeen therapieaanbod in groep, zowel ergotherapeutisch als psychomotorisch, maar daarnaast worden de noden specifiek per patiënt bekeken. Daardoor kunnen individuele therapieën heel erg uiteenlopend zijn. Zo maken we regelmatig gebruik van bestaande

on-line psycho-educatie. Daarnaast proberen we ouderen toch te enthousiasmeren voor het gebruik van de computer. Via internet is het voor minder mobiele ouderen toch mogelijk om in contact te blijven met familie en vrienden zonder dat fysieke verplaatsingen nodig zijn. Het vermindert eenzaamheid en optimaliseert de daginvulling. Het zorgt ervoor dat mensen meer betrokken blijven op wat er rondom hen gebeurt. De drempel is hoger maar wanneer ze hun weg gevonden hebben, zijn de meesten wel enthousiast. In de onmiddellijke toekomst is dit een evolutie die dan ook alleen maar aan belang zal winnen, gezien het feit dat onze toekomstige generaties ouderen hiermee al vertrouwd zijn."

## **De zorgverleners op de afdeling zijn heel specifiek opgeleid om met patiënten met cognitieve problemen te werken?**

Dr. Martine Burin: "Onze afdeling was aanvankelijk een chronische zorgafdeling. Het ziekenhuis heeft deze een aantal jaren geleden geconverteerd naar een psychogeriatrie-afdeling. Dit omdat daar een heel duidelijk hiaat was in het bestaande zorgaanbod. Het heeft wel aanpassingen gevraagd van de zorgverleners. Zij hadden ervaring met chronische zorg maar niet met psychiatrie."

"In overleg met onze ziekenhuisdirectie en met de toenmalige KHLim hebben we een volledig opleidingstraject met specifieke topics voor



het team uitgeschreven. We hebben ervaren opleiders gezocht en daarna zijn alle zorgverleners op stage geweest in het zorg-ethisch lab Stimul in West-Vlaanderen, omdat zorgethiek een van de specifieke klemtonen was binnen het opleidingstraject. Zorgverleners krijgen bij Stimul de kans om zich in te leven in de rol van zorgontvanger. Als je met patiënten werkt die erg kwetsbaar geworden zijn, wordt goede zorg een manier om hun zelfbeeld te versterken en dan wordt ethiek zo belangrijk. Je moet beseffen wat de impact is van de zorg die je verleent aan personen met dementie bijvoorbeeld. Bovendien moeten we soms beslissingen nemen tegen de wil van patiënten in omdat ze vanuit hun dementie niet meer in staat zijn om gevaarlijke situaties correct in te schatten. Het komt er dan op aan om mensen toch nog zoveel mogelijk in hun gevoel van zelfwaarde te respecteren..”

“Als mensen zich erkend voelen, zien we dat moeilijk hanteerbaar gedrag afneemt waardoor ook de noodzaak tot het gebruik van sederende psychofarmaca vermindert.”

**Jullie team een ervaringsgerichte opleiding geven bij Stimul maakte van jullie trouwens pioniers. Intussen is er ook een Stimullab in Leuven bijgekomen.**

Dr. Martine Burin: “De omschakeling voor het verpleegkundig team naar psycho-geriatrie is inderdaad zeer goed verlopen door de goede voorbereiding. De opleiding

heeft zeker bijgedragen aan de kwaliteit van de zorg. We merken dat we soms nog op specifieke problemen vastlopen maar we leiden de zorgverleners systematisch en progressief verder op via regelmatige interviews met de hoofdverpleegkundige en de psychologen. Daarnaast zijn we nog steeds op zoek naar geschikte bijscholingen extern. Intussen beschikt het team toch over heel wat expertise. En nieuwe verpleegkundigen die het opleidingstraject niet doorlopen hebben, vinden snel aansluiting bij de groep en doorlopen de stage in het ‘nieuwe’ Stimul.”

**Het is vaak toch een moeilijke patiëntenpopulatie waarmee jullie werken?**

Dr. Martine Burin: “Onze patiëntenpopulatie is zeer specifiek. Niet iedereen heeft affiniteit met onze doelgroep. Ofwel hou je van werken op psycho-geriatrie, ofwel helemaal niet. Bovendien is dit werk zwaar en confronterend. Onze groepsleden hebben een bewuste keuze gemaakt, zijn erg geëngageerd en betrokken en dat maakt dat we een sterk gemotiveerd team hebben. We krijgen van onze patiënten en hun familie dan ook veel positieve reacties. Er is veel bewondering voor onze verpleegkundigen die erg geduldig blijven ondanks de moeilijke situaties waarin ze dagdagelijks terecht komen. Bovendien worden ze regelmatig met boosheid en agressie geconfronteerd maar ze kunnen dit goed kaderen en weten dat dit niet naar hen persoonlijk bedoeld is.”

“Wij richten ons in eerste instantie op mensen die cognitief toch nog mogelijkheden hebben, we verwachten dat ze in groep kunnen functioneren. Hiervoor gebruiken we de mini-mental state examination (MMSE) als screeningsinstrument. Mensen moeten hier toch nog minstens 18 op 30 scoren om bij ons opgenomen te kunnen worden. Onze infrastructuur is niet aangepast aan de noden van mensen die cognitief zwakker zijn. Bovendien kunnen ze dan ook niet meer aan het groepsprogramma participeren waardoor ze zich overbevraagd en gefaald voelen en dat willen we uiteraard helemaal vermijden. Mensen met erg storend gedrag vanuit hun ernstige dementie hebben nood aan een specifieke, aangepaste en vaak beveiligde omgeving. Initieel opteren we ervoor om deze doelgroep op een gesloten geriatrische afdeling te behandelen. Wanneer dit niet lukt verwijzen we door naar het psychiatrisch ziekenhuis.”

**Jullie hebben een groot netwerk. Met wie of welke instanties wordt er samengewerkt?**

Dr. Martine Burin: “Ons netwerk, zeker voor mensen met cognitieve problemen, is zeer uitgebreid. Het traject start wanneer patiënten door de huisarts naar het geheugencentrum gestuurd worden voor een diagnose. De patiënt wordt geëvalueerd door het multidisciplinair team op de geheugenraadpleging van de dienst Geriatrie.



Na de diagnose zijn verschillende begeleidingstrajecten mogelijk.”

“Dementie op zich is niet behandelbaar, wel kunnen we met medicatie de evolutie afremmen. We proberen de autonomie van mensen met dementie te bevorderen, de zelfredzaamheid zo lang mogelijk te bewaren met de bedoeling om mensen zo lang mogelijk in hun vertrouwde milieu te laten functioneren. Ook mantelzorgers worden ondersteund, hen wordt bijvoorbeeld concreet handvaten aangereikt hoe om te gaan met specifieke situaties of moeilijk hanteerbaar gedrag. Mensen die net de diagnose van dementie gekregen hebben, bieden we het cognitieve revalidatieprogramma aan waar ze door de psycholoog en de ergotherapeut opgevolgd worden. De kosten voor dit individuele cognitieve revalidatieprogramma worden grotendeels gedragen door de ziekteverzekering omdat we officieel door de overheid hiervoor erkend zijn.”

“Daarnaast hebben we het groepsprogramma voor mensen met dementie en hun mantelzorgers. Dat is een traject dat we samen met het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg organiseren, het is enerzijds de bedoeling om uitgebreid psycho-educatie te verschaffen anderzijds om het lotgenotencontact te versterken. Voor mensen die nood hebben aan meer info is er ons dementie praatcafé het Geheugensteuntje.”

“Patiënten kunnen ook instappen in een thuisbegeleidingstraject dat uitgetekend wordt door Menos, in samenwerking met de huisartsenvereniging Prometheus, het OCMW, het ouderenteam van het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), het Wit-Gele Kruis, het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem en het ZOL. Tijdens een wekelijks gerontopsychiatrisch overleg bespreken we de moeilijke casussen. Hierdoor kunnen we bij crisissituaties snel bijsturen aangezien zowel de thuisverpleegkundigen als de psychologen aan huis gaan. Bedoeling is de patiënt zo lang mogelijk thuis te laten functioneren en de opname in een woonzorgcentrum te vertragen.”

“Ook met het psychiatrisch centrum van Rekem (OPZC) hebben we een

zeer vlotte samenwerking. Bij twijfel over de indicatie kunnen verpleegkundigen van OPZC zelfs patiënten bij ons in het ZOL komen evalueren. Dit werkt duidelijk drempelverlagend als het een opname voorafgaat. De verpleegkundige kan al info verstrekken en de werking van de afdeling verduidelijken waardoor mensen toch meer gerustgesteld zijn als ze er opgenomen worden.”

“Ik ben zelf ook als psychiater verbonden aan het ouderenteam van het CGG. Dat maakt dat de verwijzingen tussen ZOL en CGG zeer vlot verlopen en dat de psychologen van het CGG snel kunnen ingeschakeld worden wanneer nodig.”

“Ook met de collega’s ouderenpsychiaters van het Medisch Centrum St.-Jozef in Munsterbilzen hebben we een zeer vlot contact, ondermeer door de komst van collega dr. Maarten Vandenbossche naar het ZOL.”

## Waarom is het netwerk zo belangrijk voor jullie populatie?

Dr. Martine Burin: “De sterkte van een groot netwerk is dat mensen echt zorg op maat krijgen, specifiek aangepast aan hun noden en behoeften. Zo worden mensen met ernstige therapieresistente depressie bijvoorbeeld snel doorverwezen naar MC St.-Jozef omdat ze daar electroconvulsietherapie kunnen krijgen. Korsakowpatiënten kunnen naar het OPZC georiënteerd worden gezien het specifieke behandelaanbod daar. Bovendien moet ook de infrastructuur aangepast zijn aan de noden. Door een aangepaste omgeving kan je het gebruik van sederende psychofarmaca en fixatie drastisch verminderen wat een goede zaak is. Sommige afdelingen hebben een doorgang waar mensen kunnen rondlopen zonder storend te zijn voor medebewoners. Dat is een grote meerwaarde aangezien het onrust vermindert zonder gebruik van medicatie.”

“We proberen er voor te zorgen dat mensen zo snel mogelijk in de voor hen meest geschikte setting terecht komen. Dat kan alleen maar als je een efficiënt werkend netwerk hebt met betrokken en geëngageerde partners.”

**Grete Bollen**

# FENOTYPERING VAN HET HARTFALEN SYNDROOM: NAAR EEN GEÏNDIVIDUALISEERDE PATIËNTENZORG

Cardiologen beginnen in te zien dat het hartfalen syndroom niet enkel een ziekte is van het hart. Los van de belangrijke hart-nier interacties, heeft het hart ook connecties met de abdominale organen, de longen, de bloedvaten en de microcirculatie. Dr. Frederik Verbrugge onderzocht in zijn doctoraatsthesis welke veranderingen in andere organen samengaan met hartfalen en wat de implicaties zijn voor de behandeling.

Ondanks de grote vooruitgang die de laatste vijf decennia is gemaakt in de behandeling van chronisch hartfalen met verminderde pompfunctie, liggen er nog belangrijke uitdagingen voor ons. De toenemende prevalentie van hartfalen en de verbeterde overleving van patiënten met een cardiovasculaire aandoening, hebben een enorme stijging in ziekenhuisopnames teweeg gebracht, meestal omwille van tekenen en symptomen van congestief hartfalen.

Nieuwe farmacologische therapieën, innovatieve devices en nieuwe behandelingsstrategieën maken hun opmars en worden getest in diverse klinische studies. Ze zullen klinici ongetwijfeld meer tools geven om hartfalen aan te pakken. Anderzijds kunnen artsen ook met de huidige, beschikbare therapeutische opties een verschil maken door de juiste therapie aan te wenden voor de juiste patiënt. Individuele zorg vraagt echter een betere fenotypering van het hartfalen syndroom.

In het eerste hoofdstuk van deze doctoraatsthesis wordt het opdrijven van de dosis neurohormonale blokkers aanbevolen als een gemakkelijke, goedkope en effectieve strategie om de prognose van patiënten met hartfalen en verminderde pompfunctie te verbeteren na een ziekenhuisopname. Daarbij suggereren de data dat aanbevolen dosissen van toepassing blijven voor antagonisten van het renine-angiotensine systeem. Bij dosisverhoging van beta-blokkers moet steeds worden nagegaan wat de respons is van het hartritme in rust.

Het tweede hoofdstuk focust op de therapie respons van patiënten met een indicatie voor cardiale resynchronisatie therapie of CRT. CRT is ongetwijfeld het belangrijkste succes in de wereld van cardiale device therapie voor hartfalen. In de doctoraatsthesis wordt aangetoond dat ook patiënten met een hoge leeftijd en multiple comorbiditeiten vaak nog steeds voordeel ondervinden van deze levensreddende behandeling. Uiteraard hebben beide wel een belangrijke invloed op de levensduur en dit moet in overweging genomen worden in de beslissing om al dan niet een defibrillatorfunctie toe te voegen aan CRT.



Dr. F. Verbrugge

Toegenomen gebruik van CRT en andere cardiale devices maken een betere monitoring van het hartritme mogelijk. Het gevolg is dat atriale ritmestoornissen tegenwoordig frequenter worden opgepikt. Een studie in de doctoraatsthesis toont aan dat dergelijke episodes voorkomen bij een derde van de CRT-patiënten, maar de data tonen aan dat een conservatieve aanpak dikwijls gewettigd is op voorwaarde dat het biventriculaire pacing percentage voldoende hoog blijft.

Een intrigerende retrospectieve analyse in deze doctoraatsthesis suggereert dat CRT-implantatie, vroeger in het ziekteproces en onmiddellijk na de diagnose van hartfalen, kan leiden tot een betere prognose. Deze resultaten moeten echter eerst bevestigd worden in een gerandomiseerde studie.

Tot slot werd in de doctoraatsthesis diastolische vullingstijd voorgesteld als een eenvoudig meetbare parameter met hoge reproduceerbaarheid in de klinische praktijk, die kan helpen om patiënten zonder klasse I indicatie voor CRT toch te identificeren als goede kandidaten voor deze therapie.

Slecht werkende nieren gaan vaak samen met hartfalen en zijn geassocieerd met een slechte prognose. In hoofdstuk 3 van de



doctoraatsthesis wordt aangetoond dat nierschade tijdens een episode van acuut hartfalen vaak functioneel is, dit wil zeggen zonder structurele schade aan de niertubuli of glomerulus.

Traditioneel wordt nierfunctie in die context geïnterpreteerd als de glomerulaire filtratiesnelheid, in de praktijk ingeschat door de berekende creatinineklaring. Maar vermits volume homeostase in het lichaam feitelijk geregeld wordt door de natrium huishouding, zijn andere biomerkers die ook de tubulaire functie beter vertegenwoordigen, gerechtvaardigd.

De elektrolyten samenstelling van de urine kan bruikbare informatie geven voor de behandeling. Daarbij werd in de doctoraatsthesis aangetoond dat natriurese gecorrigeerd voor diuretica dosis een krachtige voorspeller is van klinische prognose, zelfs na correctie voor

onderliggende glomerulaire filtratiesnelheid. Een slechte natriurese is geassocieerd aan inadequate decongestie en meer uitgesproken neurohormonale activatie.

De pathofysiologie van systemische congesties en zijn impact op verschillende orgaansystemen is complex en blijft onvolledig begrepen. In deze doctoraatsthesis werd daarom een ratmodel ontwikkeld om de effecten van abdominale congestie op de nieren en abdominale organen te bestuderen. Dit model kan gebruikt worden voor verder basiswetenschappelijk onderzoek.

Ook de hart-long interacties zijn belangrijk in het hartfalen syndroom. In een ambitieus studieprotocol werden invasieve hemodynamische metingen uitgevoerd bij hartfalenpatiënten in rust en tijdens inspanning net na stabilisatie van acuut hartfalen met decongestieve therapie. In deze studie werd aan-

getoond dat inspanningshemodynamica een betere fenotypering van dergelijke patiënten mogelijk maakt en kan voorspellen wie goed reageert op zuivere afterload reducerende therapie en bij wie anderzijds bijkomende therapeutische opties overwogen moeten worden.

In een laatste studie van deze doctoraatsthesis werd gebruik gemaakt van cardiaal magnetisch resonantie onderzoek om aan te tonen dat episodes van hartfalen decompensatie samengaan met de aanwezigheid van myocard oedeem. Dit fenomeen is omkeerbaar na een decongestieve behandeling en werd niet geobserveerd in de perifere spier. Verlichting van myocard oedeem bleek uitstekend gecorreleerd met ventriculaire drukontlasting, maar niet met veranderingen in gewicht en vochtbalans. Dit illustreert de ont koppeling tussen volume en druk in het vasculaire compartiment in hartfalen, hoewel beide vaak als synoniemen gebruikt worden bij het definiëren van congestie.

Ten slotte zijn om de bevindingen van deze thesis te implementeren in de klinische praktijk efficiënte zorgmanagement strategieën nodig. Het concept van een moderne hartfalenkliniek met een transmuraal zorgplan waarbij patiënten met hartfalen niet geconcentreerd zitten in één gespecialiseerde afdeling maar waarbij zorg op maat aan elke patiënt met hartfalen wordt aangeboden in het ziekenhuis is reeds in werking in het Ziekenhuis Oost-Limburg. Het werd aangetoond dat met dit concept heropnames in het ziekenhuis bij patiënten met vergevorderd hartfalen drastisch verminderd kunnen worden.

**Dr. Frederik Verbrugge**  
Assistent Cardiologie



Dr. Dirk Mergeay en dr. Peter Hallet, revalidatiegeneeskunde: "Het revalidatieprogramma in het ZOL bestaat steeds uit functietraining, vaardigheidstraining en educatie. Het leerproces richt zich op verbetering of herstel van functies, zowel op motorisch als neuropsychologisch vlak. Dit stimuleert het aanpassingsvermogen (plasticiteit) van de hersenen."

# HET REVALIDATIECENTRUM BIEDT THERAPIE OP MAAT VAN ELKE PATIËNT

Twintig jaar geleden verhuisde de klinische revalidatieafdeling van het ZOL van campus Sint-Jan naar campus Sint-Barbara.

De medische staf en het paramedisch personeel verhuisden mee. De afdeling werd state-of-the-art gereconditioneerd volgens de architecturale en facilitaire vereisten voor de opvang en behandeling van patiënten met mobiliteits- en ADL-problemen. De afdeling werd zo een comfortabele zorgafdeling voor de revalidanten en een aangename werkplek voor de zorgverleners. Jaarlijks stromen er meer dan 50 patiënten van de revalidatieafdeling door naar de ambulante werking. Even een stand van zaken.

## De klinische revalidatieafdeling

De klinische revalidatieafdeling is een ziekenhuisafdeling van het ZOL die zich richt op patiënten met revalidatienood, vooralsnog in ziekenhuissetting. De opnameafdeling bevindt zich op campus Sint-Barbara op de eerste verdieping en heeft 22 bedden ter beschikking in 1-, 2- en 3-persoonskamers.

De therapieruimten bevinden zich op de afdeling zelf, evenals de dagzaal met gezamenlijke eettafels, een TV-hoek en een internethoek.

Het doktersbureau en de verpleegpost bevinden zich side-by-side in het midden van de afdeling.

Op de campus zelf kan een beroep gedaan worden op de meeste medisch-technische diensten, alsook op specialistische consulten inclusief een internistische wachtdienst buiten de normale werkuren, het grote voordeel van een revalidatieafdeling in een algemeen ziekenhuis.

## Doelpopulatie

De klinische revalidatieafdeling maakt deel uit van het RIZIV-geconventioneerd revalidatiecentrum voor neurologische en locomotorische revalidatie in het ZOL. De afdeling staat ter beschikking van patiënten die om medische, accidentele of heelkundige redenen nood hebben aan multidisciplinaire revalidatie in een ziekenhuissetting.

Jaarlijks neemt de revalidatieafdeling zo'n 200 patiënten op, tweederde neurologische patiënten en éénderde locomotorische (orthopedische).

De neurologische patiënten proberen we op drie maanden tijd te revalideren en de orthopedische op één maand, om ze dan naar huis te oriënteren, vanwaar het revalidatieprogramma in ons ambulant centrum wordt verder gezet.

## Opnamecriteria voor de klinische revalidatieafdeling

- Een **recent** neurologisch of orthopedisch

**letsel** (revalidatieterm: stoornis),

- met functionele **uitval** (revalidatieterm: **beperking**),
- met nood aan **multidisciplinaire** revalidatie,
- bij een medisch **stabiele** patiënt,
- die beschikt over minstens een minimaal **leervermogen**.

Die opnamecriteria worden in grote mate mee bepaald door de door het RIZIV opgestelde limitatieve pathologielijsten voor aanrekenbare revalidatienomenclatuur:

- **neurologisch:** hersenletsels, dwarslaesies, polyneuropathieën.
- **locomotorisch:** amputaties, polytrauma's, belangrijke operaties ter hoogte van de grote gewrichten.

Opname op de afdeling gebeurt na medische screening ter bepaling van de revalidatiediagnose (via informatie verstrekt bij de medische aanvraag, via ter beschikking zijnde medische documenten en via ad hoc

## Definitie revalidatie

Revalidatie(therapie) is de promotie van fysieke en cognitieve functies, activiteiten en participaties, inclusief levenskwaliteit, in interactie met persoonlijke- en omgevingsfactoren (UEMS - union européenne des médecins spécialistes).



medische liaisonwerking) en nà maatschappelijke screening ter inschatting van de psychosociale achtergrond waarop de gevraagde revalidatiezorg zich afspeelt.

Zodoende is de revalidatieafdeling een afdeling met een eigen karakter – ‘care, not cure’ - waarbinnen gestructureerd en georganiseerd gewerkt wordt om de opgenomen patiënten gepaste revalidatiezorg te bieden ter bevordering van de functionele autonomie.

### Multidisciplinaire samenwerking

De personeelsbezetting van de revalidatieafdeling is van medische, paramedische en verpleegkundige aard. Het paramedisch team omvat kine, ergo, logo en psychologische begeleiding. Er is ondersteuning vanuit het ZOL voor patiëntenbegeleiding (maatschappelijk werk) en voedingsadvies (diëtetiek). De voornoemde medewerkers nemen deel aan de wekelijkse klinische revalidatie-teamvergadering.

Technische orthopedie wordt voorzien door externe, gespecialiseerde en erkende firma's. Het ziekenhuis biedt op de afdeling liaisongewijs medisch/verpleegkundige ondersteuning voor diabetesproblemen, wondproblemen, infectieproblemen of psychiatrische problemen.

Tijdens het revalidatieverblijf op de afdeling wordt vooral voor neurorevalidanten een familiegesprek georganiseerd ter informatieuitwisseling en ter afstemming van de ontslagtiming en -voorbereiding. Meestal worden vòòr het ontslag één of meer proefweekends thuis georganiseerd.

### Netwerk intern / extern

- De revalidatiedienst maakt intern deel uit van divisie 4 van het ZOL waar ook de verschillende ‘toeleveranciers’ deel van uit maken: neurologie, neurochirurgie, orthopedie (en pijnkliniek). De interface met de toeleverende afdelingen wordt ingevuld door liaisonrevalida-

tieartsen: dr. Van Goethem, dr. Gheysen, en dr. Anné. Zij spelen een niet meer weg te denken voorbereidende rol voor de transfer naar de revalidatieafdeling. Dr. Van Goethem vanuit een neurochirurgisch bekwaamheidsprofiel en dr. Anné vanuit een orthopedisch bekwaamheidsprofiel.

- De revalidatiedienst heeft extern een bevoorrechte samenwerkingsrelatie met het revalidatie- en MS-centrum te Overpelt, die verder versterkt en uitgebouwd zal worden. Bedoeling is om meer en meer ‘langliggers’, die dat wensen, in een steeds vroeger stadium naar MS-Overpelt te transfereren om op de revalidatieafdeling de turnover gestaag te kunnen versnellen en de verwijzende afdelingen zo vlot mogelijk te kunnen ontlasten van revalidatiebehoeftige patiënten.

### Het ambulant revalidatiecentrum

Jaarlijks stromen er meer dan 50 patiënten van de revalidatieafdeling door naar de ambulante werking. Ook patiënten die ontslagen worden uit een andere afdeling van het ziekenhuis en nood hebben aan revalidatie, kunnen naar de revalidatiearts verwezen worden. Tot slot kan ook de huisarts een patiënt verwijzen.

Tijdens een gesprek met de revalidatiearts zal bekeken worden hoe en waar de revalidatie kan georganiseerd worden. Indien er nood is aan verdere therapie in ons revalidatiecentrum, wordt er meteen bij het ziekenfonds van de patiënt een aanvraag gedaan tot tussenkomst in de vergoeding van de therapie. Revalidanten die moeilijk te been zijn, kunnen in aanmerking komen voor terugbetaling van aangepast (rolstoel)taxivervoer.

Er wordt voor elke revalidant een multidisciplinair programma op maat uitgeschreven waarbij de revalidatiearts, de kinesist, de logopedist, de ergotherapeut, de neuropsycholoog, de sociaal verpleegkundige en de diëtist kunnen ingeschakeld worden. Er wordt



steeds uitgegaan van de doelstellingen die samen met het team voor de aanvang van de revalidatie besproken zijn.

De patiënt en zijn of haar familie worden op regelmatige tijdstippen bij de revalidatiearts uitgenodigd voor een evaluatie. Op die manier is de revalidant steeds actief betrokken bij zijn of haar revalidatie.

Het ambulant revalidatiecentrum heeft met de jaren op meerdere domeinen een specifieke expertise opgebouwd wat betreft:

- cognitieve revalidatie, gericht op:
  - cognitieve veranderingen zoals aandachts- en geheugenstoornissen, vertraagd werk- en denktempo, verminderd vermogen tot plannen en organiseren, waarnemingsstoornissen.
  - emotionele veranderingen zoals angst, depressiviteit, prikkelbaarheid
  - gedragsveranderingen zoals verminderde sociale vaardigheden, initiatiefverlies
  - verminderde (mentale) belastbaarheid: stressbestendigheid, gevoeligheid voor drukte, prikkels, verhoogde vermoeidheid
  - impact van deze veranderingen op persoonlijk en professioneel leven.
- arbeidsreïntegratie.
- technische loophulpmiddelen, waaronder orthesen en prothesen, maar ook orthopedisch schoeisel,
- rolstoelvoorziening op maat, advies en opstellen van rapporten voor de aanvraag van mobiliteitshulpmiddelen,
- werken met communicatiehulpmiddelen,
- opstellen van dossiers voor het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH): personen met een handicap kunnen hier terecht voor ondersteuning.

## Conclusie

Het revalidatieprogramma in het ZOL bestaat steeds uit functietraining, vaardigheidstraining en educatie. Het leerproces richt zich op verbetering of herstel van functies, zowel op motorisch als neuropsychologisch vlak. Dit stimuleert het aanpassingsvermogen (plasticiteit) van de hersenen.

Daarnaast moet een revalidant soms dingen op een andere manier leren doen en worden nieuwe vaardigheden aangeleerd. Ten slotte krijgen de revalidant en zijn omgeving informatie over de gevolgen van het letsel en worden zij begeleid om hiermee te leren omgaan. Revalidatie moet zich richten op activiteiten die betekenisvol zijn voor het dagelijks leven van de revalidant.

**Dr. Dirk Mergeay**

fysisch geneesheer, revalidatiearts

**Dr. Eric De Smet**

neuroloog, revalidatiearts

**Dr. Peter Hallet**

revalidatiearts

## Uitgeleide: 'De berg':

In Lanaken noemen ze het vroegere 'Medisch Instituut Sint-Barbara' en de huidige campus Sint-Barbara van het ZOL: 'de berg'. We kunnen ons voorstellen dat het revalidatieteam de revalidatiepatiënten helpt om de berg te beklimmen waar ze plots, ongevraagd en noodgedwongen voor komen te staan. Om dan, eens de top bereikt, een nieuwe horizon van het leven te aanschouwen en de nieuwe mogelijkheden en uitdagingen tegemoet te treden.

Sabine Markovitz werkt als onco-psychologe op de dienst Gynaecologie. In haar begeleiding van borstkankerpatiënten stelde ze over de jaren heen vast dat veel vrouwen, ondanks de significante emotionele stress die ze ervaren, op een veerkrachtige wijze de uitdagingen van hun diagnose en behandeling leken te weerstaan. Om dit klinisch aanvoelen te staven en om tot evidence-based psychologische begeleiding te komen, werd een studie opgezet onder supervisie van prof. M. Peeters en prof. A. Arntz van de Universiteit Maastricht en Amsterdam en met statistische ondersteuning van prof. W. Schrooten (UHasselt, ZOL). Deze studie loopt binnen TRACE, een samenwerkingsproject van de KU Leuven en ZOL.



# DE ROL VAN MENTALE VEERKRACHT BIJ BORSTKANKERPATIËNTEN

## Onderstaande tekst is een Nederlandstalige samenvatting van:

Markovitz, S., Schrooten, W., Arntz, A., & Peters, ML. (2015). Resilience as a predictor for emotional response to the diagnosis and surgery in breast cancer patients. *Psycho-oncology*, DOI: 10.1002/pon.3834

De diagnose en behandeling van kanker worden beschouwd als ingrijpende levensgebeurtenissen die het emotioneel en fysiek functioneren ernstig kunnen beïnvloeden. Wetenschappelijk onderzoek naar de psychologische gevolgen van kanker richt zich doorgaans op alle negatieve gevolgen. Omwille van sterk verbeterde overlevingskansen van deze patiënten, heeft psychologisch onderzoek zich gaandeweg ook meer gericht op het emotionele welzijn en de kwaliteit van leven op langere termijn. Studies toonden aan dat een minderheid (10-25%) wel degelijk psychologische problemen ontwikkelt (o.a. depressie, angststoornis...), maar dat de meerderheid van de kankerpatiënten psychologisch evenwichtig blijven functioneren, ondanks de vele fysieke en psychische uitdagingen waar zij voor staan. In de zoektocht naar een theoretisch concept om deze sterke verschillen in reactiewijze te verklaren, wordt het concept "resilience" (mentale veerkracht) naar voor geschoven. Resilience wordt gedefinieerd als de capaciteit van een individu om een mentaal gezond evenwicht te behouden ondanks blootstelling aan een ingrijpende gebeurtenis die het leven ernstig kan verstoren. Het concept bestaat uit een combinatie van persoonlijkheidskenmerken zoals o.a.

volharding, doelgerichtheid, optimisme, gerichtheid op positieve emoties en mentale flexibiliteit.

Resilience werd al vaak bestudeerd bij mensen die een ernstig trauma hebben meegemaakt (natuurrampen, terroristische aanslag, misbruik, ...). Telkens opnieuw stelde men vast dat een kleine groep mensen als gevolg hiervan psychopathologie ontwikkelde, maar dat de meerderheid er in slaagt om het leven nadien opnieuw op te nemen of zelfs tot een verbeterde levenskwaliteit te komen. De rol van resilience bij trauma werd dus al vaak aangetoond, maar werd tot op heden nauwelijks bestudeerd bij kankerpatiënten.

Het doel van dit onderzoek in het ZOL was het verwerven van inzicht in de rol van resilience bij het verwerken van de diagnose en ingreep van borstkanker. Er werd ook een controlegroep geïnccludeerd om een vergelijking te kunnen maken met het psychologisch functioneren van vrouwen die niet werden geconfronteerd met kanker. We verwachtten hierbij dat vrouwen met een hoge mate van resilience beter 'beschermde' zijn tegen de negatieve psychologische gevolgen van kanker (m.a.w. minder depressie en angst, minder negatieve emoties, meer positieve emoties, en een algemeen gelukkiger gevoel hebben ondanks de ingrijpende gebeurtenis).

Tijdens de uitvoerende fase van het onderzoek (2009-2013) werden 253 borstkankerpatiënten met een primaire diagnose van borstkanker (stadium 1 of 2) geïnccludeerd, alsook 211 vrouwen

**Sabine Markovitz, oncopsiycholoog: "Borstkankerpatiënten blijken even veerkrachtig te zijn als vrouwen uit de controlegroep, m.a.w. veerkracht lijkt een stabiele persoonlijkheidstrek die niet wordt ondermijnd door een ernstige levensgebeurtenis."**

voor de controlegroep (geworven bij een Limburgse vrouwenbeweging en vrouwelijk ZOL-personeel). Aan borstkankerpatiënten werd bij opname (tussen chirurgie en ontslag) gevraagd om een aantal gestandaardiseerde vragenlijsten in te vullen. Naast het verzamelen van medische en demografische gegevens, peilden de vragenlijsten naar de mate van resiliënce, depressie, angst, positief en negatieve emoties en geluksgevoel (i.c. geluk op dat moment en geluk over hun hele leven). In deze periode werden de vrouwen uit de controlegroep gevraagd om dezelfde vragenlijsten in te vullen.

#### **Samenvatting van de resultaten:**

Borstkankerpatiënten blijken even veerkrachtig te zijn als vrouwen uit de controlegroep, m.a.w. veerkracht lijkt een stabiele persoonlijkheidstrek die niet wordt ondermijnd door een ernstige levensgebeurtenis: m.a.w. je hebt het of je hebt het niet. Vrouwen met een recente diagnose van borstkanker rapporteren begrijpelijkerwijze over het algemeen wel meer depressie, angst

en negatieve emoties en voelen zich op het moment van afname minder gelukkig dan controlevrouwen. Opvallend echter is dat vrouwen met een hoge veerkracht wel meer negatieve en minder positieve emoties ervaren, maar dat ze geen depressieve of angstgevoelens hebben en dat hun geluksgevoel intact blijft. Vrouwen met een laag niveau van resiliënce hadden hoge tot zeer hoge scores op depressie, angst en negatieve emoties en zeer lage scores op positieve emoties en geluksgevoel.

Huidige bevindingen bevestigen voorafgaand onderzoek dat de diagnose en ingreep van borstkanker een aanzienlijke impact hebben op het emotionele welzijn, en er werd evidentie gevonden dat hoge resiliënce een individu beter beschermt tegen de negatieve gevolgen. Op basis van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat kankerpatiënten met een hoge resiliënce niet immuun zijn voor emotionele stress gezien ze wel degelijk negatieve emoties ervaren, maar lijken ze beter uitgerust om er mee om te gaan en lopen ze minder risi-

co om psychologische problemen (depressie, angst...) te gaan ontwikkelen.

Momenteel loopt een tweede longitudinaal onderzoek waarin de psychologische kenmerken van patiënten en vrouwen uit de controlegroep gedurende 1,5 jaar werden opgevolgd. Dit kan helpen om meer inzicht te verwerven in het verwerkingsproces en in de rol van resiliënce op lange termijn, en bij de optimalisatie van de huidige psychologische hulpverlening. Zo hopen we onze zorg beter te kunnen richten op de meest kwetsbare patiënten.

#### **Dankwoord onderzoeker**

Graag neem ik deze gelegenheid te baat om alle vrouwen die deelnamen aan dit onderzoek oprecht te danken: in eerste plaats de patiënten die op een moeilijk moment de moed en energie vonden om de vragenlijsten in te vullen, het ZOL-personeel alsook de leden van de vrouwenbeweging Femma over heel Limburg! Ook dank aan de borstverpleegkundigen Mirella & Ellis voor hun praktische ondersteuning!



**Dr. Peter Sieprath, gynaecoloog:** "Door de toenemende levensverwachting van de modale vrouw, wordt de beleving en behandeling van de menopauzale ongemakken steeds belangrijker."

# HOE KOMEN TOT EEN HARMONIEUZE BELEVING VAN DE MENOPAUZE?

Door de betere levensstandaard en levenswijze is er een zekere toename van de levensverwachting. In België is de gemiddelde levensverwachting voor vrouwen 83 jaar. In 1880 was dit slechts 46,5 jaar. Dit betekent dat een vrouw meer dan één derde van haar leven in de postmenopauze toestand verkeert. Een globale aanpak van haar medische problemen beperkt zich dan niet meer louter tot het behandelen en/of voorkomen van opvliegers of osteoporose.

Door het uitvallen van de werking van de ovaria komen er minder vrouwelijke hormonen in de circulatie. Dit leidt tot specifieke fysische en psychische veranderingen die een onwelzijnsgevoel creëren.

De menopauze begint rond de leeftijd van 45 à 50 jaar. De eerste klachten worden gekenmerkt door onregelmatige, overvloedige soms langdurige en pijnlijke regels. Bij het bijna volledig wegvallen van de eierstokhormonen zullen de regels helemaal wegblijven en starten een hele reeks andere klachten met gevolgen op korte en lange termijn.

Vóór de menopauze begint, beïnvloeden de oestrogenen de werking van vele organen. Zo wordt de botaanmaak gestimuleerd, de huid blijft tonisch en er is een gunstige beïnvloeding van de lipidensamenstelling in het bloed.

Het uitvallen van de oestrogenensecretie na de menopauze leidt dus niet alleen tot warmteopwellingen, maar de huid zal ook sneller verouderen, er ontstaat osteopenie en osteoporose en atherosclerose wordt bevorderd.

## Wat zijn ze gevolgen ?

### • Korte termijn:

#### 1) Algemene symptomen:

warmte-opwellingen, nachtelijk zweten, slaapstoornissen, hartkloppingen, duizeligheid, hoofdpijn en tintelingen in de vingers.

#### 2) Psychologische symptomen:

Stemmingsveranderingen, angst, agressiviteit, prikkelbaarheid, zenuwachtigheid, concentratiestoornissen, vermoeidheid, depressie.

#### 3) Urogenitale symptomen:

Dyspareunie, atrofie, jeuk, infecties, urine-incontinentie, vaginale prolaps.

### • Lange termijn:

Osteoporose, atrofie van huid en slijmvliezen, androgenisatie en gewichtstoename.

Deze gegevens verklaren waarom er meerdere behandelingen kunnen worden ingesteld om één of meerdere problemen op te lossen.

## Onderzoek

Vrouwelijke hormonen hebben wel degelijk

een invloed op het risico op borstkanker. De WHI-studie toont aan dat de dagelijkse inname van CEE (geconjugeerd paardenoestrogeen) samen met MPA (medroxyprogesteronacetaat) de kans op borstkanker verhoogt met 30%. Dit is dus een toename met 0,7 gevallen per 1000 vrouwen die deze hoog gedoseerde preparaten innemen. Wanneer daarentegen dezelfde hoge dosis CEE alleen, dus zonder MPA werd ingenomen, was er een significante vermindering van het risico op borstkanker, namelijk 30%. Dit leert dat verschillende hormonale preparaten of verschillende combinaties van preparaten een tegengestelde invloed kunnen uitoefenen.

Een grote Franse studie toonde dezelfde verhoging aan van de borstkankerprevalentie wanneer oestrogenen werden gecombineerd met MPA of andere synthetische progestativa. Een combinatie van oestrogenen met natuurlijk progesteron gaf echter geen aanleiding tot een verhoging van het risico op borstkanker. Een grote (meer dan vier miljoen vrouwen en jarenlange follow-up) Deense studie heeft aangetoond dat ook de dosis van de oestrogenen en de progestativa belangrijk is.

**Dr. Peter Sieprath: "Hormonale substitutie is nu zonder twijfel de beste therapie voor climacterische symptomen. De Cochrane-review van gerandomiseerde studies toont aan dat meer dan 90% van de vrouwen met klachten daadwerkelijk wordt geholpen."**

Een vrouw van 50 jaar loopt een risico van 2,3 op 1000 om in het volgende jaar borstkanker te ontwikkelen. Een toename van 30% betekent dat diezelfde vrouw een risico loopt van 3 op 1000 op borstkanker (dus een absolute toename van 0,7 kansen op 1000).

Er zijn sterke aanwijzingen dat het regelmatige gebruik van alcohol en gewichtstoename het risico op borstkanker beduidend verhogen. Het regelmatige gebruik van één glas alcohol per dag zou een toename van het risico met 10% teweegbrengen. Concreet betekent dit dat bij een vrouw die één aperitief en één of twee glazen alcohol drinkt tijdens de maaltijd het basisrisico verhoogt van 2,3 op 1000 per jaar naar 3 op 1000 (idem als de toename van borstkanker door het gebruik van hoog gedoseerde oestrogenen met synthetische progestativa). Vrouwen met een hoog BMI hebben tot 50% meer kans op borstkanker (2,3 naar 3,5 per 1000 vrouwen per jaar). Anderzijds verlaagt één uur sport per week het risico op borstkanker met 6%.

De alarmerende cijfers van 10 jaar geleden waren wel het gevolg van hooggedoseerde preparaten die volledig zijn verdwenen. Hormonale substitutie is nu zonder twijfel de beste therapie voor climacterische symptomen. De Cochrane-review van gerandomiseerde studies toont aan dat meer dan 90% van de vrouwen met klachten daadwerkelijk wordt geholpen. Placebogecontroleerde studies onderlijnen dat de toediening van een lage dosis vrijwel even doeltreffend is als een hoge dosis. Er is voldoende bewijsmateriaal om te beweren dat dit een gunstig effect heeft op het botmetabolisme.

Er moet worden gestreefd naar de best mogelijke toedieningsweg, de laagst mogelijke

dosis en een haalbare en aanvaardbare, min of meer, korte duur. Ook de eventuele combinatie met calciumsupplementen, bifosfonaten, Serms en vitamine D wordt met de nodige aandacht besproken.

Alternatieve therapieën al dan niet uit plantenextracten met of zonder oestrogenenwerking (genistein, soya, primrose, SSRI's ...etc) worden, indien gewenst, eveneens uitvoerig toegelicht.

### Hoe behandelen?

**1.** De hormonale substitutie heeft meerdere positieve impulsen gekregen.

Ten eerste: de perimenopauzale klachten worden het best behandeld met laaggedoseerde, liefst natuurlijke vrouwelijke hormonen.

Ten tweede: de beste preventieve behandeling tegen osteoporose is vroegtijdig starten met hormonale substitutie.

Ten derde: de stijging van het risico op borstcarcinomen is quasi vergelijkbaar met de stijging door obesitas of alcoholconsumptie.

Ten vierde: vroegtijdig starten met HST werkt beschermend voor hart- en vaatlijden. Men moet HST wel starten vóór de leeftijd van 60 jaar.

Na meer dan tien jaar opvolging van de vrouwen uit de WHI-studie is gebleken dat de mortaliteit met 30% afneemt wanneer vrouwen binnen de eerste tien jaar na de menopauze beginnen met hormoonsubstitutie. Dit is in overeenstemming met de recente resultaten van andere gerandomiseerde studies en met

de bevindingen van de grote, prospectieve, observationele "Nurses' Health"-studie. Men mag nu met vrij grote zekerheid stellen dat hormoonsubstitutie geen negatieve invloed uitoefent op het hart en de bloedvaten mits de hormonen toegediend worden kort na de menopauze en indien er een lage dosis transdermale of perorale producten wordt gebruikt.

Ten vijfde: HST zorgt voor een verbetering van 'Quality of life' en er is een individueel aangepast schema mogelijk voor elke vrouw.

**2.** Urogenitale klachten worden intensief onderzocht (urodynamische testen: dr. E. De Cuyper) en behandeld met kinesitherapie, medicatie of een chirurgische ingreep indien aangewezen.

**3.** Veel aandacht wordt geschonken aan psycho-sociale problematiek (depressies, geheugenstoornissen...).

### Risico's

Enkel een hormonale substitutietherapie zal alle klachten tegelijk aanpakken en de aftakeling van sommige organen tegengaan.

Vandaag hebben mensen wereldwijd beter toegang tot informatie over gezondheid, geneeskunde en therapie. Door de massale mediabelangstelling is iedereen zich meer bewust geworden van de voordelen en de risico's van o.a. de hormonale substitutietherapie in de peri- en postmenopauze.

Door de toenemende levensverwachting van de modale vrouw, wordt de beleving en behandeling van de menopauzale ongemakken steeds belangrijker.

## Menopauze ZOL Anno 2014

In het ZOL consulteerden in 2014, 59.869 patiënten de dienst Gynaecologie. 8.912 dames waren ouder dan 50 jaar. Dit betekent 15% van alle consultaties. Voor de leeftijd van 50 – 59 jaar waren er 4.519 dames, voor de leeftijd 60 – 69 jaar waren er 2.844 dames en boven de 70 jaar waren er 2.153.

Bij de meeste patiënten zal een hormonale behandeling alle klachten doen verdwijnen en het risico op osteoporose doen afnemen. Maar geen enkele behandeling is zonder risico's. Angst voor carcinomen doet veel vrouwen twijfelen aan het al dan niet innemen van hormonen.

Als artsen moeten we dan ook zeer nauwkeurig waken over de 'risk – benefit'-verhouding van hormonale substitutie. Een grondige counseling en een goed gesprek met elke patiënt moet op individuele basis worden gevoerd. Een zorgvuldige uitleg over de veiligheid en toedieningswijze van elk preparaat als ook nauwgezette opvolging moet de levenskwaliteit doen toenemen voor vele jaren.

### De nieuwe opgaven van de moderne gynaecoloog

Tijdens het '8ste European Congress on Menopause' (EMAS) te London van 16 tot 21 mei 2009 werd veel aandacht gevraagd voor de cardiovasculaire risico's die in de menopauze belangrijker worden dan borstkanker, genitale aandoeningen en/of osteoporose. Een globale aanpak van haar medische problemen beperkt zich dan niet meer louter tot het behandelen en/of voorkomen van opvliegers of osteoporose, maar daadwerkelijk ook alle andere kwalen, zoals o.a. ook het 'Metabool Syndroom'.

Het uitvoeren van gerichte bloedanalyses, het regelmatig controleren van de bloeddruk, het meten van de lendenomtrek en het evalueren van een cardiaal risico via vb. de SCORE – index of de FRAMINGHAM-score moet door de gynaecoloog worden gehanteerd.

Hart- en vaatziekten moeten worden opgespoord, maar aandacht voor het risico op borstkanker en osteoporose mag niet worden verwaarloosd. Voor het borstsonderzoek blijven kliniek en beeldvorming de belangrijkste tools.

Er bestaan meerdere evaluatiesystemen ter bepaling van het risico op borstkanker vb. GAIL-Curick-Tyler-scores. Om eveneens rekening te houden met het gebruik van hormonale preparaten kan men een hulpmiddel gebruiken via [www.SeeMyRisk.com](http://www.SeeMyRisk.com).

Om het risico op osteoporose in te schatten kan men de berekening van de FRAX-index gebruiken. Deze index is gebaseerd op de aanwezigheid van risicofactoren voor osteoporose die niet samenhangen met het bot, en waaraan men indien gewenst de waarde van de DEXA-botmeting kan toevoegen. De OSIRIS-score is eveneens interessant, want aan de

hand van het risiconiveau kan een therapeutische strategie worden uitgewerkt.

De moderne gynaecoloog zal multidisciplinair trachten om het zo optimaal mogelijk functioneren van de oudere dame te vrijwaren.

### Follow-up

De menopauze is een nieuwe levensfase en een uitdaging voor de ouder wordende vrouw.

Bij aanvang wordt de diagnose biochemisch bevestigd, de risicofactoren en lipiden worden bepaald. Een grondig klinisch onderzoek met een papsmear wordt uitgevoerd. Een botmeting wordt indien geïndiceerd, voorgeschreven. Een RX-mammo en echo wordt aangevraagd. Risicovol gedrag wordt ontmoedigd (roken, alcoholconsumptie, geneesmiddelen abuse, drugs...). De patiënte wordt aangezet tot meer beweging en een actieve levenswijze.

We bieden de patiënt een rigoureuze follow-up aan. De eerste controle en counseling gebeurt na 3 maanden. Indien nodig kan de therapie worden aangepast. Daarna volstaat meestal een jaarlijkse controle en een tweejaarlijks RX-mammo en echografie.

### Besluit

In het ZOL, zoals ook elders, worden patiënten met menopauzale klachten rigoreus gecounseld en behandeld volgens de standpunten die in de consensusvergadering van de Belgian Menopause Society werden vastgelegd.

Door de stijging van de levensverwachting moet de 'nieuwe gynaecoloog' niet alleen aandacht schenken aan borstpathologie, osteoporose en uro-genitale aandoeningen maar ook aan cardio-vasculaire problematiek en het 'Metabool Syndroom'.

Een grondige follow-up is aangewezen. De therapie kan worden aangepast. Risicovol gedrag wordt ontmoedigd en de patiënte wordt aangezet tot meer beweging en een actieve levenswijze.

Dit resulteert in een harmonieuze beleving van de nieuwe levensfase: 'de menopauze'.

**Dr. Peter Sieprath**  
Gynaecologie



# NAAKT

De Freikörperkultur (FKK) is een levenshouding waarbij de mens een harmonieus evenwicht probeert te vinden met de natuur. Om dit te bereiken doet hij alles zo spontaan en natuurlijk mogelijk. Hij leeft en eet gezond en loopt naakt in de natuur. Naturisten, zoals ze ook genoemd worden, beleven een directer contact met het omgevend groen, de lucht, de zon en het water. Er ontstaat een gevoel van opgenomen te zijn in een weidser universum dan dit van het dagelijkse keurslijf van maatpak of slobberjeans. Geest en psyche komen tot een zalig welbevinden. De lichamelijke beloning is een naadloos bruine huidteint.

Het naakt-zijn is de basisvoorwaarde om dit zalig welbevinden te bereiken. Met een natte zwembroek die aan je billen plakt, ijskoud aanvoelt en je rillend kippenvel geeft gaat het niet. Maar als de zonnestralen de volledig naakte huid omvatten ontstaat een warm gevoel dat energie vrijmaakt. Naakt rondlopen geeft iemand ook het meest intense gevoel van vrijheid. Vrij van alles wat lichamelijk en geestelijk beknellend en beklemmend is. Naaktlopen heeft ook een rebels en uitdagend kantje. Zoals Robert Musil het in zijn roman *De man zonder eigenschappen* verwoordde: 'Ik wil naakt als een banaan uit de schil steken'.

FKK wordt in familieverband of in groep beleefd en in een groep ontstaan spontaan enkele leefregels. De belangrijkste ervan is de gelijkheid. Gelijkheid van iedereen, zonder onderscheid van stand, titel, geslacht, ras of ouderdom. Man, vrouw, kinderen, vrienden wandelen, zingen, baden, eten en slapen naakt in Gods wondere natuur als gelijkgezinden. Een andere leefregel is respect. Respect voor zichzelf en respect voor de anderen. Ook respect voor de natuur en al wat erin rondkruipt, leeft en vliegt. Behalve steekwespen en dazen natuurlijk. Negatieve waarden in de FKK beleving zijn schaamte, voyeurisme en erotiek.

## Atmosferische Kuur

De FKK beweging ontstond midden de 19de eeuw als een terug-naar-de-natuur beweging. Weg van de verstikkende en luidruchtige stad en de enge, smerige achterbuurten. Ook weg van het Pruisische stijve fatsoen en de oubollige moraal. Terug naar het paradijselijke Eden van Adam en Eva. Een van de eersten die de heilzame werking van zon, open lucht en water inzag, was de Zwitser en stichter van de 'Atmosferische Kuur', Arnold Rikli (1823-1904). Deze zonnedokter richtte in Bled, Slovenië een wellness paradijs avant la lettre op. Je had er koud- en warmwaterbron-

nen en een groot meer om in te zwemmen. De gasten liepen de ganse dag naakt rond en namen waterkuren en zonnebaden. 's Nachts sliepen men onder de blote hemel. Het principe van Rikli was: in de atmosferische wisselwerking van water, lucht en licht, het fysieke en mentale evenwicht vinden (of terugvinden voor iemand die het kwijt was).

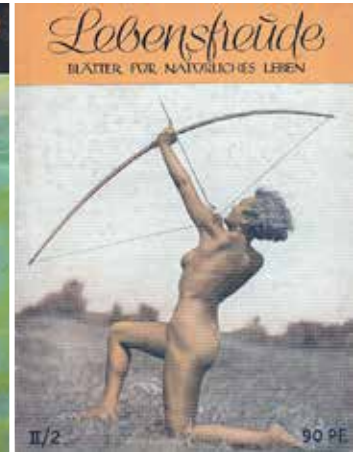
## 1900

Rond 1900 zagen verschillende initiatieven rond Freikörperkultur het levenslicht. Zowel initiatieven van enkelingen als van groepen. Zo richtte de Belgische rijkelui zoon Henri Oedenkoven een kuuroord op in Ascona. Hij noemde het 'De berg van de Waarheid', de Monte Verità. Henri Oedenkoven baseerde zich op de levenswijze en de natuurlijke geneeswijzen van Rikli maar ging verder dan het naakt zonnen, sporten en dansen. Hij injecteerde er ook spirituele ideeën in om, naast het lichamelijke evenwicht, tevens een spiritueel evenwicht te bereiken met de kosmos. Veel van zijn ideeën zouden 70 jaar later opnieuw opduiken in de hippie beweging. De Monte Verità werd een ontmoetingsplaats van revolutionaire geesten en een pelgrimsoord waar fantasieën de kans kregen om uit te groeien tot utopieën.

In Duitsland ontstond rond 1900 de Wandervogel beweging. Aangevuurd door de idealen van de romantiek en reagerend tegen de oorverdovende industriële omwenteling verzamelde zich een aantal jongens en meisjes die de verstikkende dwang van ouders en gezag wilden ontlopen. Ze trokken de ongerepte natuur in om zelf te ontdekken wat voor hun persoonlijke ontwikkeling het beste en meest aangename was. In het begin kwamen de meisjes en jongens samen om te wandelen, liederen te zingen, te dansen en naar concerten te luisteren. Maar toen ze een oud militair kamp op Sylt overnamen werden ze betoverd door het uitgestrekte strand, de zee en de baldadige zon. In een spontane reactie trokken ze alles uit en liepen naakt het water in. Voor velen was het een eerste confrontatie met de naaktheid van een ander, en het werkte betoverend. De Wandervogel beweging zou de ontwikkeling van de Freikörperkultur een grote stimulans geven.

## Wege zu Kraft und Schönheit

Een grote doorbraak in het taboe rond publiekelijk naakt kwam er in 1925 met de Film "Wege zu Kraft und Schönheit". De zwart-wit film begint met een schets van het hectisch drukke stadleven en het oorverdovende lawaai van transportbanden om dan geleidelijk over te gaan in



de schoonheid en de rust van de natuur. In die weidse natuur voeren naakte mannen en vrouwen allerlei esthetische dansconfiguraties uit van de Mary-Wigman dansschool en doen aan sport en gymnastiek. Gymnastiek komt trouwens van het oud Griekse woord voor naakt: 'Gymnos'. Het is ook terug te vinden in het woord gymnasium en voor de muziekliefhebbers, in de Gymnopédies van Erik Satie.

Rond 1900 was de Freikörperkultur een vrij ongekend verschijnsel maar in het interbellum kwam een grote bloeitijd. Tijdens de Weimar Republiek braken de jonge Duitsers uit de oude patronen. Ze dansten de Foxtrot, vrouwen rookten sigaartjes en hier en daar verscheen een diepgaand decolleté. De badmode werd luchtiger en uit de lap stof van één badpak anno 1900 konden er 25 jaar later twee of drie gestikt worden. Maar de borsten en de schaamstreek bleven bedekt. Ze mochten niet gezien of getoond worden, tenzij in de bordelen op de Reeperbahn (Hamburg) of de Moulin Rouge (Parijs). In die dure tenten betaalden mannen graag om te zien wat gratis te zien was op de FKK stranden. Van die hypocriete toestand maakte tekenaar Salak een veelzeggende cartoon (cfr). In de bloeitijd van de FKK verscheen een waaier aan rijk geïllustreerde tijdschriften met op de cover en binnenin heel wat kijkplezier. Mannen, vrouwen en kinderen naadloos mooi bruingebrand. De titels spreken voor zichzelf: Der Naturist, Lebensfreude, Sonnenfreunden, Nahtlos Braun en misschien de meest rebelse en trotse: 'die neue Zeit', opzettelijk niet met hoofdletters geschreven zoals het in het Duits hoort.

### De nieuwe preutsheid

Frankrijk ontvangt elk jaar 2 miljoen bezoekers die aan naturisme doen maar het aantal Freikörperkultur leden daalt jaar na jaar. De reden van die terugval is dezelfde als die van de teloorgang van de monokini. De Freikörperkultur was anno 1900 een statement: breek uit je burgerlijk keurslijf en ontdek de mooie natuur. De monokini was in de sixties ook een statement: wij vrouwen mogen wat mannen mogen! Vandaag hebben die standpunten duidelijk aan kracht verloren maar er zijn nog andere redenen waarom het topless zonnen uit de mode is geraakt. De allergrootste boosdoener is vandaag het alziend oog van de iPad, iPhone en de andere camera phones. 7/7 en 24/24 staan ze overal paraat en klaar om stiekeme foto's of filmpjes van een stuk blote epidermis te schieten en onmiddellijk via het WWW te verspreiden. Sommige meisjes en vrouwen malen daar niet om. Ze draaien zelfs hun camcorder naar zich toe om

wereldwijd alles te tonen wat ze in huis hebben. Maar anderen huiveren alleen al bij de gedachte ooit in hun blootje op het internet te prijken. En het is vlug gebeurd en kan dramatisch aflopen zoals bij de Canadese tiener Amanda Todd. Nadat naaktfoto's van haar op het internet waren verspreid stapte ze uit het leven. Vandaag zijn de adolescente meisjes niet preutser geworden dan de topless girls uit de seventies. Ze zijn gewoon verstandiger en gedisciplineerder. Hun schijnbaar neopuriteins gedrag is niet het gevolg van schaamte maar het gevolg van het rationele besef dat het verdomd verkeerd kan aflopen.

Naast de schrik voor camera's hebben vrouwen vandaag nog de schrik dat hun figuur, maten en gewichten een aanfluiting zijn van het hedendaagse schoonheidsideaal. Een recente enquête in de Flair wijst uit dat slechts 19% van de vrouwen tevreden is met hun figuur. 81% dus niet. Vooral meisjes die zich spiegelen aan de gefotoshopte of plastisch bewerkte lichamen zijn ontevreden over hun eigen lichaam. En wie ontevreden is, is onzeker en durft niet in bikini of monokini rondlopen.

### Is FKK terminaal?

Het oorspronkelijke FKK-ideaal spreekt jonge mensen niet meer aan. Wat jonge twintigers wel aanspreekt zijn exclusieve private naaktparty's en allerlei naakte sportieve activiteiten. In diverse Amerikaanse steden is er elk jaar rond Halloween de Naked Pumpkin Run. In Saragossa en Londen is er de World Naked Bike Ride. In Denemarken heb je tijdens het jaarlijkse muziekfestival in Roskilde de Naked Race. Naakt joggen, fietsen, tennissen, worstelen, basketbal, kajakken, valschermspringen, benji, je kan geen sport bedenken die al niet eens in puris naturabilis is uitgeprobeerd. En het kan ook op cruiseschepen. De rederij Carnival Cruise Lines vult eenmaal per jaar haar cruiseschip Carnival Freedom met 3000 gasten die zich onder de Caraïbische zon volledig naadloos laten bruinbakken. Zeg nu toch zelf, zo'n Caraïbisch kleurtje is toch niet van enige charme ontbloot?



**Dr. Johan Van Robays**  
Anatomopatholoog

# WETENSCHAPPELIJKE RAAD >

Aula (G9.10)

campus Sint-Jan (tenzij anders vermeld)

- Zaterdag 17 oktober 2015  
**GERIZOL: geriatisch congres over infecties in het woonzorgcentrum, diagnostiek en aanpak**  
Praktisch: aula LiZa | van 8.30 tot 12 uur
- Donderdag 22 oktober 2015  
**Schildklierproblematiek**  
Bekeken vanuit het standpunt van endocrinologie, nucleaire geneeskunde en KNO  
Praktisch: aula LiZa | vanaf 20.30 uur
- Donderdag 26 november 2015  
**Pré-operatief antithromboticabeleid**  
Praktisch: aula LiZa | vanaf 20.30 uur
- Donderdag 17 december 2015  
**Nieuwe antivirale therapie tegen Hepatitis infectie: pro en contra**  
Inhoudelijk coördinator:  
dr. G. Robaey | Gastro-enterologie  
Praktisch: aula LiZa | vanaf 20.30 uur
- Donderdag 28 januari 2016  
**Goedaardige slokdarmpathologie:**  
nieuwe inzichten - diagnostiek - behandeling  
Multidisciplinaire aanpak, bekeken vanuit gastro-enterologie, abdominale heilkunde en medische beeldvorming.  
Praktisch: aula ZOL | vanaf 20.30 uur
- Donderdag 4 februari 2016  
**Sexuele dysfunctie bij de vrouw**  
Multidisciplinaire aanpak, wordt bekeken vanuit de volgende invalshoeken: de rol van de huisarts, de rol van de gynaecoloog, de rol van de seksuoloog  
Inhoudelijk coördinator:  
prof. dr. E. de Jonge | Verloskunde en gynaecologie  
ZOL | Praktisch: aula ZOL | vanaf 20.30 uur
- Donderdag 25 februari 2016  
**Obesitas, vanuit multidisciplinair perspectief**  
Multidisciplinaire aanpak wordt bekeken vanuit onder andere de volgende invalshoeken: gynaecologie, heilkunde, psychologie en diëtetiek.  
Inhoudelijk coördinator:  
dr. T. Vleugels | Abdominale heilkunde ZOL  
Praktisch: aula ZOL | vanaf 20.30 uur
- Zaterdag 27 februari 2016  
**Kwaliteitsbeleid, nieuwe trends en netwerking in de gezondheidszorg**  
Naar aanleiding van de pensionering van medisch diensthoofd Nefrologie dr. P. Leenaerts  
Praktisch: Eurocoop Genk | van 9.30 tot 12.30 uur
- Donderdag 17 maart 2016  
**Endocrinologie doorheen het leven**  
Endocrinologie@zol.be: 10-jarig jubileum  
Inhoudelijk coördinator:  
dr. Y. Kockaerts | Endocrinologie  
Praktisch: aula ZOL | vanaf 20.30 uur
- Zaterdag 19 maart 2016  
**Medisch-wetenschappelijk onderzoek in de Limburgse Ziekenhuizen: innovatie in de gezondheidszorg (LCRP)**  
Praktisch: aula ZOL | van 8.30 tot 12 uur
- Donderdag 24 maart 2016  
**Een inwendige oogontsteking (uveïtis): wat nu?**  
Inhoudelijk coördinator:  
dr. M. Wirix | Oogziekten  
Praktisch: aula ZOL | vanaf 20.30 uur
- Zaterdag 23 april 2016  
**Symposium Cardiologie 2016**  
Inhoudelijk coördinator:  
dr. M. Vrolix – dr. H. Van Herendael | Cardiologie  
Praktisch: interventioneel centrum, K-blok, Sint Jan van 9 tot 17 uur
- Donderdag 28 april 2016  
**Spine Unit 2.0: Update en Quo Vadis?"**  
Inhoudelijk coördinator:  
dr. J. van Zundert | Anesthesiologie (pijntherapie)  
Praktisch: aula ZOL | vanaf 20.30 uur
- Donderdag 26 mei 2016  
**Neuropediatrie in het ZOL**  
Inhoudelijk coördinator:  
dr. E. Buelens | Neurochirurgie  
Praktisch: aula ZOL | vanaf 20.30 uur
- Donderdag 23 juni 2016  
**DNR en zorgplanning: uniform beleid huisartsen-ZOL**  
Inhoudelijk coördinator:  
dr. P. Noyens | Cardiologie- voorzitter Comité Medisch Ethie  
Praktisch: aula ZOL | vanaf 20.30 uur

Voor alle lezingen wordt accreditatie aangevraagd.

## LOCATIES >

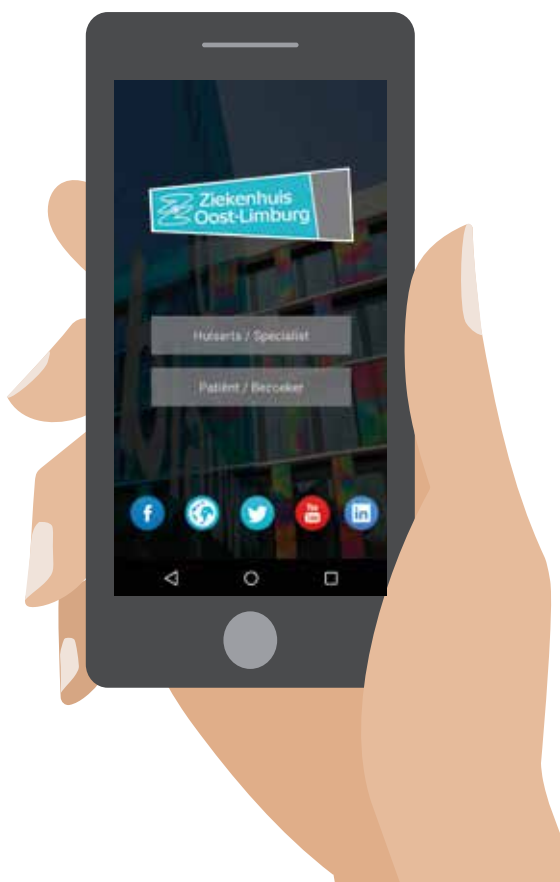
**Aula LiZa** (Limburgse Zorgacademie)  
Schiepse Bos 5, 3600 Genk  
Parkeren kan op de bezoekersparking van het ZOL.

**Aula ZOL**  
campus Sint-Jan, G9.10, Schiepse Bos 6, 3600 Genk  
U kan parkeren in het nieuwe parkeergebouw voor personeelsleden (volg richting Spoed).

# HEEFT U DE **ZOL-APP** VOOR HUISARTSEN EN SPECIALISTEN AL GEDOWNLOAD?

**De app is nu beschikbaar  
voor Android-versie en iOS-versie.**

Vraag uw wachtwoord aan met  
uw Riziv-nummer bij: [communicatie@zol.be](mailto:communicatie@zol.be)  
en download 'ZOL' in de  
Google Play Store of in de App Store.



## COLOFON

### Verantwoordelijke uitgever:

Dr. Griet Vander Velpen  
Medisch directeur ZOL

### Redactie en samenstelling:

Grete Bollen

### Werken mee:

Dr. Martine Burin  
Dr. Jens Deckers  
Dr. Eric De Jonge  
Dr. Sabine Fransis  
Dr. Peter Hallet  
Sabine Markovitz  
Dr. Dirk Mergeay  
Prof. dr. Dieter Nuyens  
Prof. dr. Willem Ombelet  
Dr. Pamela Poblete  
Dr. Peter Sieprath  
Dr. Jan Truijien  
Dr. Griet Vander Velpen  
Dr. Jan Vandevenne  
Dr. Johan Van Robays  
Dr. Frederik Verbrugge  
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

### Foto's:

Grete Bollen  
Luc Borgers  
Mine Dalemans  
Jurgen Ritzen  
Micha Vandormael  
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](mailto:zolarium@zol.be)

**[www.zol.be](http://www.zol.be)**

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

# PARTNERS IN ZORG



Evelien Brosens (22) uit Oud-Turnhout had al een paar maanden last van hoofdpijn. De huisarts stuurde haar naar de neuroloog die uiteindelijk een MRI-scan liet maken. Hierop was te zien dat Evelien een cavernoom had, dit is een bloedvatmisvorming bestaande uit een kluwen van abnormale bloedvaatjes met verkalkingen en bindweefsel, waaruit lekkage van bloed kan optreden via de abnormale dunne vaatwand.

Evelien: "Eerst dacht ik dat het niet zo erg was en dat ze mij met medicatie konden helpen. Maar dan drong het door dat het toch serieuzer was. Ik ben doorgestuurd naar neurochirurg dr. Jens Deckers. Hij heeft me laten kiezen: het cavernoom operatief wegnemen of jaarlijks opvolgen met elk jaar een cumulatief bleedingsrisico. Het belangrijkste nadeel was dat het cavernoom in mijn motorisch spraakcentrum gelegen was, dus er was een risico dat ze dit zouden raken tijdens de operatie. Anderzijds zou ik in de loop van mijn leven een spontane hersenbloeding kunnen krijgen als het cavernoom ter plaatse bleef. Ik kon dan eventueel verlamd raken of een definitief probleem krijgen met mijn spraak."

"Ik heb redelijk snel beslist om voor een operatie te gaan. Dr. Deckers heeft mij alles supergoed uitgelegd. En omdat ik verpleegkunde studeer, begreep ik goed wat hij zei. Hij heeft me ook gerustgesteld. Het was eigenlijk de eerste keer dat ik echt veel vertrouwen had in een dokter. Ik ben een zestal keer op afspraak geweest en telkens opnieuw kreeg ik een heel uitgebreide uitleg. Mijn vriend is telkens met mij meegegaan en hij heeft me heel erg gesteund."

"Voor de eigenlijke operatie moest ik naar het ZOL in Genk. Het zou immers wake-up neurochirurgie worden, met behulp van neuronavigatie. Ik heb eerst nog een afspraak gehad met logopediste Daniëlle Nelissen. Zij heeft op voorhand een aantal oefeningen met mij gedaan die ik

ook tijdens de wake-up fase van de operatie moest doen. Opdrachten waren het herkennen van afbeeldingen, het onthouden van woorden, het leggen van verbanden en het geven van persoonlijk informatie zoals mijn naam, geboortedatum enz. Dit is nodig om de functionaliteit van de verschillende spraakzones waar de neurochirurg aan het opereren is, te kunnen inschatten."

"Van de operatie, het extubereren en het wakker maken terwijl de operatie bezig was, weet ik niet veel meer. Ik herinner me dat de logopediste naast me zat, dat ze me vragen stelde en dat ik heel slaperig was. 'Evelien, wakker blijven', zei ze de hele tijd. Ik heb geen pijn gevoeld of gemerkt dat ze met mij bezig waren. En alles is prima verlopen."

"Twee dagen na de operatie ben ik terug naar het ziekenhuis van Turnhout overgebracht. Daar kreeg ik last met mijn spraak. Ik kon mijn woorden niet meer vinden en begon te stotteren. Blijkbaar had ik zwelling of oedeemvorming in de buurt van de operatie met kleine focale epilepsie-aanvallen. Ik heb daar cortisone en anti-epileptica voor gekregen en was snel weer beter. De logopediste in Turnhout heeft me ook geholpen met oefeningen. Uiteindelijk ben ik 10 dagen in het ziekenhuis moeten blijven. Mijn ouders en grootouders zijn mij vaak komen bezoeken. Het rustig aan doen thuis was voor mij het moeilijkste maar na een week begon ik me beter te voelen. Met school ben ik wel tijdelijk moeten stoppen."

"Ik ben blij dat ik voor de operatie gekozen heb. Anders had ik nog jaren in onzekerheid gezeten. Ik voel me goed en kan mijn studies verderzetten. Er zou eventueel op een andere plaats in mijn hoofd wel nog een nieuw cavernoom kunnen ontstaan. Via een jaarlijkse controle zal dr. Deckers dit verder opvolgen."