

TIJDSCHRIFT VAN DE WETENSCHAPPELIJKE RAAD

bpost
PB-PP |
BELGIE(N) - BELGIQUE

ZoLarium

Jaargang 18 nr. 75 • 2020

NIEUWE RAADPLEGING
VOOR BEGELEIDING VAN
sport en diabetes type 1

COGNITIEVE
REVALIDATIE VOOR
patiënten met dementie

ACUUT NETVLIESPROBLEEM
KAN OP ELK MOMENT IN HET
ZOL BEHANDELD WORDEN

Op naar de honderd





“Een echte succesformule om ouder te worden, bestaat er niet. Maar wie gezond ouder wil worden, moet van zijn mentale gezondheid een topprioriteit maken.” Zo besluit tv-presentator Marcel Vanthilt na heel wat wetenschappelijke testen waar hij voor het televisieprogramma 'Op naar de 100' aan deelnam.

Hij bracht zijn verhaal op het eindejaarsevenement van het BlueHealth Innovation Center (BHIC) in Genk, een publieke-privé samenwerking die de digitale transformatie in de gezondheidszorg ondersteunt. Ook Vlaams minister voor Gezondheid Wouter Beke en dr. Griet Vander Velpen, medisch directeur van het ZOL, gaven hun kijk op de recente ontwikkelingen. Dr. Griet Vander Velpen: “Duizend jaar zullen we nooit worden, en dat is ook niet onze betrachting. Het menselijk lichaam takelt af en die zogeheten slijtage kunnen we niet stoppen.” Maar de drie gastsprekers waren het er wel over eens dat het ooit haalbaar zal zijn om 120 jaar te worden.

Belangrijke factoren zijn sowieso gezond eten en beweging. Maar Marcel Vanthilt wijst ook graag op het belang van mentale gezondheid en sociaal contact. “Hechte, sociale banden en een duidelijke zingeving spelen een belangrijke rol om een lang en kwalitatief leven uit te bouwen”, aldus Marcel Vanthilt. “Ook yoga en meditatie kunnen daarbij een positieve rol spelen”.

Dr. Vander Velpen is het er mee eens dat welzijn belangrijker is dan leeftijd. “Door onze goede en hoogtechnologische gezondheidszorg worden we inderdaad allemaal veel ouder. Maar we moeten meer aandacht hebben voor onze levensstijl en onze omgeving, want ook zij hebben een belangrijke impact op onze gezondheid en dus ook op onze levenskwaliteit.” Dit bevestigt Vlaams minister Wouter Beke: “Ouderen stellen zich vandaag de vraag hoe ze op een kwaliteitsvolle manier ouder kunnen worden. De actuele vraag om de mogelijkheden van euthanasie uit te breiden, gaat vaak niet om het verlengen van het leven maar over het verkorten.” Wouter Beke gaf ook aan dat de vergrijzing van de bevolking en de extra nood aan gezondheidszorg thema's zijn waar de Vlaamse regering tijdens deze legislatuur erg op zal inzetten. ■

Het evenement werd gesteund door verschillende organisaties die inzetten op technologische innovatie zoals de Mobile Health Unit van het ZOL

“

Naast een goede gezondheidszorg is ook een gezonde leefomgeving van primair belang voor een gezond leven.

dr. Griet Vander Velpen



Dr. Griet Vander Velpen,
Medisch directeur

Edito

Onlangs debatteerde ik op het eindejaarsevent van het Blue-Health Innovation Center met Wouter Beke en Marcel Vanthilt. De bekende Limburger die met Op naar de 100! een opmerkelijk tv-programma heeft gemaakt over gezond en waardig oud worden.

Gezondheid is met stip een van onze belangrijke zorgen. Wetenschap en onderzoek hebben ons de afgelopen decennia veel wijzer gemaakt rondt wat ons schaadt en baat. Daarnaast vliegen de adviezen om gezond te eten, regelmatig te bewegen en voldoende te slapen ons om de oren.

Zelf wil ik het discours opentrekken en mijn bezorgdheid uitdrukken over het milieu, samen met de vele jongeren die zich engageerden in de klimaatmarsen in 2019. Naast een goede gezondheidszorg is immers ook een gezonde leefomgeving van primair belang voor een gezond leven. Het is een basisrecht. Een belangrijk ingrediënt van ons welzijn. In de realiteit groeien velen nu op in een wereld met vervuilde lucht, radiatie, industriële sneeuw en weinig groen.

De generaties die nu almaar ouder worden, genoten meestal van een gezondere leefomgeving. Ze kookten zelf voedzame maaltijden met producten uit eigen bodem of stal en ging vaak met de fiets of te voet naar het werk. Daarbij genieten ze ook wel van de mogelijkheden van de technologische revolutie binnen de gezondheidszorg.

Zal de huidige generatie jonge mensen de eerste zijn die misschien minder lang zal leven dan hun ouders? Globaal nemen de blue zones af, regio's waar mensen lang en gelukkig leven en waar ook Marcel Vanthilt naar verwees. De discussie over milieu en klimaat en een meer 'blauwe' wereld, lijkt me belangrijker dan ooit.

Andere uitdaging is meer inzetten op 'levensstijlgeneskunde'. We weten al lang dat je met een gezonde levensstijl, aangeleerd van kindsbeen af, ziektes kan voorkomen. Of klachten kan verlichten bij mensen met chronische ziekten. Samen met de overheid en de collega's van de eerste lijn moeten we onze expertise op dit vlak verder blijven ontwikkelen. Ook de overheid kan hier zeker een rol in spelen.

Met collegiale groeten,

Dr. Griet Vander Velpen
Medisch directeur

Inhoud

- 08 Vitreo-retinale chirurgie is minder invasief geworden**
Door verfijning van de techniek wordt de drempel voor bepaalde indicaties minder hoog

- 14 Diabetes type 1 en sport**
Nieuwe raadpleging voor patiënten met passie voor intensief bewegen

- 18 Zwangeren met verhoogd risico op pre-eclampsie**
Premom II onderzoek of telemonitoring moet toegevoegd worden aan het prenatale zorgprogramma

- 24 LEIF richt Limburgse afdeling op**
Zorg met betrekking tot beslissingen rond het levenseinde

- 26 Prof. dr. Jan Van Zundert aangesteld tot hoogleraar pijngeneeskunde**
aan de Universiteit van Maastricht

- 36 30 jaar IVF in Hasselt/Genk**
Luisteren naar het verleden, klaar voor de toekomst

- 50 Dissectiekamer**
Jan Neyens, de eerste ambulancier van het Sint-Jansziekenhuis



Over 10 jaar meten we onze cholesterol en onze nierfunctie met een app, terwijl daar nu nog een bloedprik voor nodig is. Er worden nieuwe sensoren ontwikkeld, die gewoon door onze huid heen zullen kunnen kijken.”

Prof. dr. Pieter Vandervoort, cardioloog en medisch coördinator
Future Health, over de toekomst van digital health op VRT NWS



Prof. dr. Pieter Vandervoort,
cardioloog en medisch
coördinator Future Health



“

Iedereen kan vroeg of laat
wel eens met ons in contact
komen omdat hij of zij een
vitrectomie nodig heeft

dr. Koen Willekens, netvlieschirurg

Dr. Koen Willekens en
dr. Cathérine Deghislage

“Vitreo-retinale chirurgie is minder invasief geworden.”

De dienst Oogziekten van het ZOL telt momenteel tien oogartsen. Iedere oogarts heeft zich toegelegd op één of meerdere subspecialiteiten zodat bijna elke oogafwijking op een kwaliteitsvolle manier in het ZOL kan behandeld worden. De vitreo-retinale chirurgen dr. Cathérine Deghislage en dr. Koen Willekens zorgen ervoor dat patiënten met een netvliesprobleem 24/7 kunnen geholpen worden. Het ZOL is het enige ziekenhuis in Limburg dat deze permanentie aanbiedt.

Netvlieschirurg dr. Koen Willekens startte enkele maanden geleden in het ZOL. Hij neemt, samen met dr. Cathérine Deghislage, (niet-)acute netvlieschirurgie op zich. Dr. Deghislage werkt al 10 jaar in het ZOL. “Het was een erg drukke tijd, vooral ook om alle urgenties op te vangen. Maar ik heb dit met plezier gedaan. Enkel als ik met vakantie was, moesten patiënten naar Leuven verwezen worden. Met de uitbreiding van de wacht door de komst van dr. Willekens kan de permanentie verder verstevigd worden.”

Dr. Deghislage volgde haar specialistenopleiding in UZ Leuven en bleef er nog enkele jaren werken voor ze naar het ZOL kwam. De afgelopen 10 jaar slaagde ze erin een gerenommeerd centrum voor netvlieschirurgie uit te bouwen in het ZOL.

Dr. Willekens is ook opgeleid in Leuven en specialiseerde zich verder aan de Augmentkliniek Sulzbach (Duitsland). Hij promoveerde tot doctor in de biomedische wetenschappen en werkte nog enkele jaren als stafid in het UZ Leuven. Zijn start in het ZOL ziet hij als een nieuwe uitdaging, zeker ook omdat hij door de goede samenwerking met UHasselt zijn wetenschappelijk werk kan verderzetten.

Waarom hebben jullie destijds voor vitreo-retinale heelkunde gekozen?

Dr. Deghislage: “Ik heb altijd geweten dat ik oogheelkunde wilde studeren. Het is een combinatie van raadpleging, technische onderzoeken en chirurgie. Wij kunnen praktisch elke diagnose helemaal afwerken en dat geeft voldoening.”

Dr. Willekens: “Eerst dacht ik voor cardiologie te kiezen omdat dit zeer technisch is, maar ik deed ook graag chirurgie. Het is uiteindelijk oogchirurgie geworden omdat dit met de vele onderzoeken en onder andere (micro)chirurgie ook een heel technische discipline is die uitdagende pathologie combineert met continue innovatie.”

Veel netvliesandoeningen kunnen behandeld worden met een laser of een injectie van medicijnen in het oog. Wanneer wordt de stap gezet naar chirurgie?

Dr. Willekens: “Medisch retina is inderdaad sterk geëvolueerd de jongste jaren, maar de injecties met medicatie pakken meestal de oorzaak van de pathologie niet aan, enkel de symptomen.”

“De keuze voor medische of chirurgische retina wordt bepaald door het type pathologie. Er zijn pathologieën die je alleen chirurgisch kan behandelen maar soms moet je ook een

keuze maken. Voor bijvoorbeeld leeftijdsgebonden maculadegeneratie of diabetische retinopathie zijn de chirurgische technieken goed ontwikkeld maar ofwel zeer complex, ofwel met een belangrijk nevenwerkingsrisico. Hierdoor zijn ze enkel voor zeer specifieke gevallen nuttig. De moeilijkheid is weten wanneer je wel of beter niet opereert, dan wel conservatief behandelt met medicatie.”

Dr. Deghislage: “Langs de andere kant is netvlieschirurgie minder invasief geworden omdat de operatie-instrumenten veel fijner geworden zijn. De nazorg wordt daardoor ook minder intensief. Dit maakt dat we in bepaalde gevallen sneller de stap naar chirurgie kunnen zetten.”

Dr. Willekens: “De operaties zijn nu ook veel minder zwaar. Aan een vitrectomie werd vroeger 4 tot 5 uur gewerkt. De ogen zagen er gigantisch slecht uit na de ingreep. Patiënten moesten ook weken in het ziekenhuis blijven. Met de evolutie van de techniek is dat drastisch veranderd. Nu is de tijd van de ingreep veel korter en meestal kan de patiënt dezelfde of de volgende dag al naar huis.”

Wat zijn de belangrijkste pathologieën die door jullie behandeld worden?





Dr. Koen Willekens

Dr. Deghislage: "Primaire pathologieën voor ons zijn maculair lijden, diabetische retinopathie, netvliesloslatingen, oogtrauma's, bloedingen, complicaties van cataractchirurgie..."

Dr. Willekens: "Iedereen kan vroeg of laat wel eens met ons in contact komen omdat hij of zij een vitrectomie nodig heeft. Als je alle indicaties optelt, zeker indien de mogelijke toekomstige gen- en/of stamceltherapieën worden meegeteld, kom je aan 1 op 10 mensen die vroeg of laat voor de keuze gesteld worden. Gewoon om floaters (troebelingen) bij veroudering van het glasvocht te verwijderen bijvoorbeeld. Vroeger werd daar niets aan gedaan maar nu is de techniek zodanig verfijnd dat de drempel minder hoog is. Of in geval van een macula pucker (vervorming van de macula door littekenweefsel) die een significante visusdaling geeft."

Vinden patiënten met dringende oogproblemen tijdig de weg naar de oogarts of netvlieschirurg?

Dr. Willekens: "Het grote probleem is dat mensen twee ogen hebben. Omdat het goede oog overneemt en compenseert, kan het soms maanden duren voor mensen door hebben dat ze met één oog slechter zien. Zelfs in geval van een netvliesloslating. Pas als hun beeld grote vervormingen vertoont en het zicht sterk achteruit gaat, merken ze dit op. Een ander probleem is dat het netvlies geen pijn doet. Je kan helemaal blind worden, zonder dat je iets hebt gevoeld."

"Ik had ooit een patiënte, een jongedame van 28 jaar, die door haar oogarts was doorverwezen met een netvliesloslating onderaan die zeer traag geëvolueerd was. Toen ze bij mij kwam zat het litteken al tot in het midden van haar zicht. Ze heeft er dus weken tot maanden mee rondgelopen zonder dat ze iets gemerkt heeft. Daarom zeggen we altijd: test thuis zelf regelmatig je beide ogen apart en als je iets merkt, probeer dan zo snel mogelijk een oogarts te zien."

Dr. Deghislage: "Hoe langer het duurt voor een patiënt bij de oogarts komt, hoe slechter de prognose. We proberen het letsel altijd anatomisch te herstellen zodanig dat het functioneel is maar in hoeverre het zicht terugkomt, kunnen wij vooraf ook niet altijd voorspellen."

Dr. Willekens: "Het resultaat kan inderdaad

“

Het grote probleem is dat mensen twee ogen hebben. Omdat het goede oog overneemt en compenseert, kan het soms maanden duren voor mensen door hebben dat ze met één oog slechter zien.

zeer wisselend zijn, wat zeer frustrerend is voor ons en zeker ook de patiënt. Je kan een goede operatie hebben uitgevoerd met een mooie foto achteraf maar met een ontevreden patiënt omdat zijn zicht niet is wat hij verwacht had."

Dr. Deghislage: "We proberen hier pre- en postoperatief goed met de patiënt over te communiceren. De patiënt apprecieert het heel erg als je eerlijk bent vanaf het begin en de juiste informatie geeft."

Wanneer moet je heel dringend een oogarts zien? Wat zijn de alarmsignalen?

Dr. Willekens: "Plots lichtflitsen zien of heel veel bewegende vlekjes... Dat zijn de typische alarmsymptomen. 1 op 40 van de mensen met deze verschijnselen heeft meestal een netvliesscheur. En de helft daarvan krijgt een netvliesloslating nog voor ze bij de oogarts zijn. Dat zijn relatief grote aantallen want de meeste mensen hebben in hun leven wel eens last van plotse lichtflitsen."

Is een netvliesloslating of een macula pucker te voorspellen?

Dr. Willekens: "Neen, er zijn wat degeneratieve defecten die het risico op een loslating verhogen en die preventief kunnen verstevigd worden, maar dan zou je een populatiescreening moeten doen om te weten wie je moet behandelen. Ook door het toegenomen aantal cataractoperaties, vooral bij jonge mensen, is het aantal netvliesloslatingen gestegen."

Dr. Deghislage: "Mensen vragen me soms wat ze preventief kunnen doen om problemen te vermijden. Eigenlijk niets zeg ik dan, gewoon verder leven. Ook een bril helpt niet meer natuurlijk als de schade er is, en dat begrijpen ze niet altijd. Uitzondering hierop is de diabeet die zijn suikerspiegel niet onder controle houdt. Hij kan zijn prognose wel verbeteren met een betere opvolging."

Zijn jullie voorstander van preventieve screeningsinitiatieven?

Dr. Willekens: "We staan zeker achter screenings op een goede manier, bijvoorbeeld naar glaucoom."

Dr. Deghislage: "Er gebeurt op dit moment heel veel onderzoek naar screeningstools, vaak zelfs via apps of de gsm. Aan de hand van een computeralgoritme wordt

daarna uitgefilterd welke beelden niet normaal zijn. Deze mensen worden dan naar een arts gestuurd. In de toekomst gaat dit zeker voor een grote stap voorwaarts zorgen."

Dr. Willekens, u wil starten met wetenschappelijk onderzoek aan de Universiteit Hasselt. Met welk onderzoek bent u bezig?

Dr. Willekens: "Enerzijds moleculair en cytologisch onderzoek en dan hopelijk stamcelonderzoek en het ontwikkelen van therapieën. Onder andere voor ouderdomsgerelateerde maculadegeneratie, een van de meest voorkomende oogaandoeningen wereldwijd."

"Tijdens mijn fellowship heb ik al meegewerkt aan onderzoek in die richting. Bedoeling is om minimaal invasieve, chirurgische technieken te ontwikkelen waarmee we stamcellen tot onder het netvlies kunnen brengen om zo een oorzakelijke behandeling te ontwikkelen. Als we hierin slagen, zal dit voor mensen met macula degeneratie een enorm verschil maken. Belangrijk is wel dat we ze kunnen opereren op het moment dat ze nog goed zien. Want het netvlies bestaat uit zenuwweefsel en op het moment dat dit beschadigd raakt, kunnen we het jammer genoeg niet meer regenereren." ■



Dr. Cathérine Deghislage



Ambassadeur Joanna Siemaszkiewicz-Dury
en dr. Yves Kockaerts, endocrinoloog



We willen patiënten met diabetes type 1 begeleiden in hun sportambities

Na de positieve ervaring met DiaTop1 starten de endocrinologen van het ZOL met een raadpleging voor patiënten met diabetes type 1 die met een zekere passie en met fanatisme een sport beoefenen , aldus endocrinoloog dr. Yves Kockaerts. Deze patiënten krijgen advies op maat over voeding en glycemie-opvolging. Zowel professionele als niet-professionele sporters zijn welkom.

Onze interesse voor sport en diabetes 1 is inderdaad aangewakkerd door het project DiaTop," verduidelijkt dr. Yves Kockaerts. Het educatieve jaarprogramma werd vijf jaar geleden voor de eerste keer georganiseerd door het diabetescentrum van UZ Leuven. "We namen met elf patiënten, drie endocrinologen, twee diabetesverpleegkundigen en een diëtiste deel aan het project. De ervaringen waren zeer positief, velen zijn in een zeer positieve flow terechtgekomen door meer aandacht te hebben voor hun suikerspiegels en te kiezen voor een gezonde levensstijl. In het verleden gaven we al advies aan patiënten met diabetes 1 die intensief sporten maar nu willen we dit meer gestructureerd aanpakken op een aparte raadpleging," aldus dr. Kockaerts.

Dr. Yves Kockaerts: "Elke begeleiding zal gebeuren op maat van de sporter want de verschillende sporttypes, de duur en de intensiteit van de sport vragen telkens om een andere aanpak. Lopen of fietsen is vaak aeroob en dus minder verzurend, minder kort en explosief dan bijvoorbeeld krachttraining of gevechtssport. De glycemie gaat sneller dalen bij aerobe sporten dan bij anaerobe sporten. Ploegsporten zijn nog een ander verhaal, eigenlijk vaak een mengeling tussen de twee. Hier zal de intensiteit van de inspanning ook verschillen naargelang de tegenstander die de sporter op dat moment voor zich heeft."

Is er veel vraag naar sportbegeleiding bij patiënten met diabetes type 1?

"We hebben inderdaad al verschillende vragen gekregen en als je de mogelijkheden bespreekbaar maakt, zijn mensen zeer enthousiast. De 'fanatieke' sporters hebben vaak zelf al met schade en schande geleerd om hun diabetes zelf te regelen tijdens het sporten. Bij deze mensen zullen we daar zeker op verder bouwen. Maar we zien dat er nog heel veel bij te leren is en dat er nog veel verkeerd loopt."

Wat is jullie opzet? Waarop ligt de focus van de begeleiding?

"We gaan natuurlijk geen trainingsschema's uitschrijven. Onze focus ligt op diabetesmanagement tijdens de sportbeleving. We geven adviezen over voeding en sportspecifieke supplementen (eiwitten en koolhydraten). We meten de conditie met lactaattesten om te bepalen waar de vetverbrandingszone en de koolhydraatverbrandingszone zitten. Afhankelijk van de hartslagzone waarin hij traint, moet de sporter immers zijn insuline en koolhydraatinname aanpassen."

"We kunnen dus de glycemie sturen om de diabetes niet de spelbreker te laten zijn, en dan is het aan de sporter en de trainer om via training en schema's de sportprestatie te verbeteren en het doel te behalen."

Hoe gaan jullie tewerk?

"We geven voedingsadvies samen met onze diëtisten die zich hier verder in bekwaamd hebben. We houden rekening met de lichaamssamenstelling van elke sporter. Veel sporters zijn immers bezig met hun gewicht en willen niet te veel vet maar wel voldoende spierkracht ontwikkelen. Om spieren op te bouwen moet je eten maar als je te veel eet, wordt dit opgeslagen in vet. Wie te weinig eet, krijgt minder vermogen en spierkracht. Zeker bij mensen met diabetes type 1 is dit een zeer moeilijke evenwichtsoefening."

“

Ik vind het een grote meerwaarde dat ik zelf heel graag sport en weet hoeveel inspanning het kost om een bepaald doel te bereiken.

dr. Yves Kockaerts

"Een ander aspect is de glycemie-opvolging. Te hoge suikers in de bloedbaan geeft minder suiker en dus minder brandstof in de spieren. Gevolg is dat de sporter zal verzuren en verkrampen en minder zal presteren. Wie een te laag bloedsuikergehalte heeft, zal botsen tegen een hypoglycemie en niet meer vooruit geraken."

De glycemie onder controle houden, is vaak het moeilijkste voor sporters met diabetes 1. Welke hulpmiddelen bestaan hiervoor?

"Daar wringt inderdaad vaak het schoentje: de glycemieregeling is het meest belangrijke. Met de mogelijkheden die we de laatste jaren hebben, kan een patiënt/sporter zich 24/7 monitoren op glycemie. Vaak gaat het

om sensoren die een alarm geven bij een te lage of een te hoge glycemie en af te lezen zijn op een smartphone of zelfs een smartwatch. Het tijdperk dat een type 1-diabeet zich monitort met 4 bloedprikken op een dag is natuurlijk al lang voorbij."

"Wie een beetje goed wil presteren, heeft continue glucosesensoren nodig. Er zijn goede spelers op de markt die ons geweldig kunnen ondersteunen. Zo ken ik een triatleet die een volledige triatlon doet met een glucosesensor en die gedurende het hele traject perfect weet hoe zijn suikerspiegel is, wanneer hij suiker moet innemen of insuline moet bijspuiten. Naar die perfecte controle willen we sporters begeleiden. De sporter die voor zichzelf een bepaalde ambitie heeft, willen wij zo helpen dat de diabetes geen hinderpaal is die de sportieve uitdaging in de weg staat."

Wie is er allemaal betrokken bij dit project?

"We organiseren ons in een multidisciplinaire raadpleging voor sport en diabetes type 1 met onze endocrinologen dr. Lowyck, dr. Stinkens en mezelf, samen met 2 diabetesverpleegkundigen en 2 diëtisten die zich bekwaamd hebben in sport en diabetes. Het zijn allemaal mensen die in hun eigen leven een link hebben met sport en dus vanuit een eigen passie hierin stappen. Na DiaTop hebben ze voldoende ervaring opgebouwd om sporters te begeleiden."

"Daarnaast werken we samen met radioloog dr. Bruno De Peuter voor de impedantie-metingen en sportcardioloog dr. Johan Van Lierde voor de lactaattesten en het bepalen van de conditie en de hartslagzones."

"Naast glycemie, voeding en lichaamssamenstelling zullen we ook nakijken of er eventueel andere verwikkelingen of aspecten zijn die we moeten opvolgen. De begeleiding is uiteindelijk een heel complex maar boeiend maatwerk. Er zijn niet zo veel artsen of endocrinologen die ervaring hebben met sport en diabetes type 1. Ik denk dat we veel mensen zullen kunnen helpen en dat er nog veel opportuniteiten op onze weg zullen komen."

U bent zelf een fervent sporter. Is dit een project dat u zelf ook in uw hart draagt?

"Ja zeker, ik vind het een grote meerwaarde dat ik zelf heel graag sport en weet hoeveel inspanning het kost om een bepaald doel te bereiken. Als je je kan inleven, is het gemakkelijker om in de sportieve ambitie van onze patiënten mee te gaan. Het is een surplus om op dezelfde golflengte te zitten." ■

Inschrijven voor de raadpleging
'sport en diabetes type 1' kan via het
afsprakenbureau T 32 50 50

AMBASSADEUR

Joanna Siemaszkiewicz-Dury, ambassadeur voor het project sport en diabetes, heeft sinds haar 25ste diabetes type 1. "Het is niet eenvoudig geweest maar sinds ik me laat begeleiden en opvolgen in het diabetescentrum van het ZOL kan ik mijn sport opnieuw beoefenen zonder dat mijn diabetes mij belemmert. Ik kan opnieuw intensief bewegen en vier keer per week gaan hardlopen zoals ik gewoon was."



Scan de QR-code
voor het filmpje
met Joanna

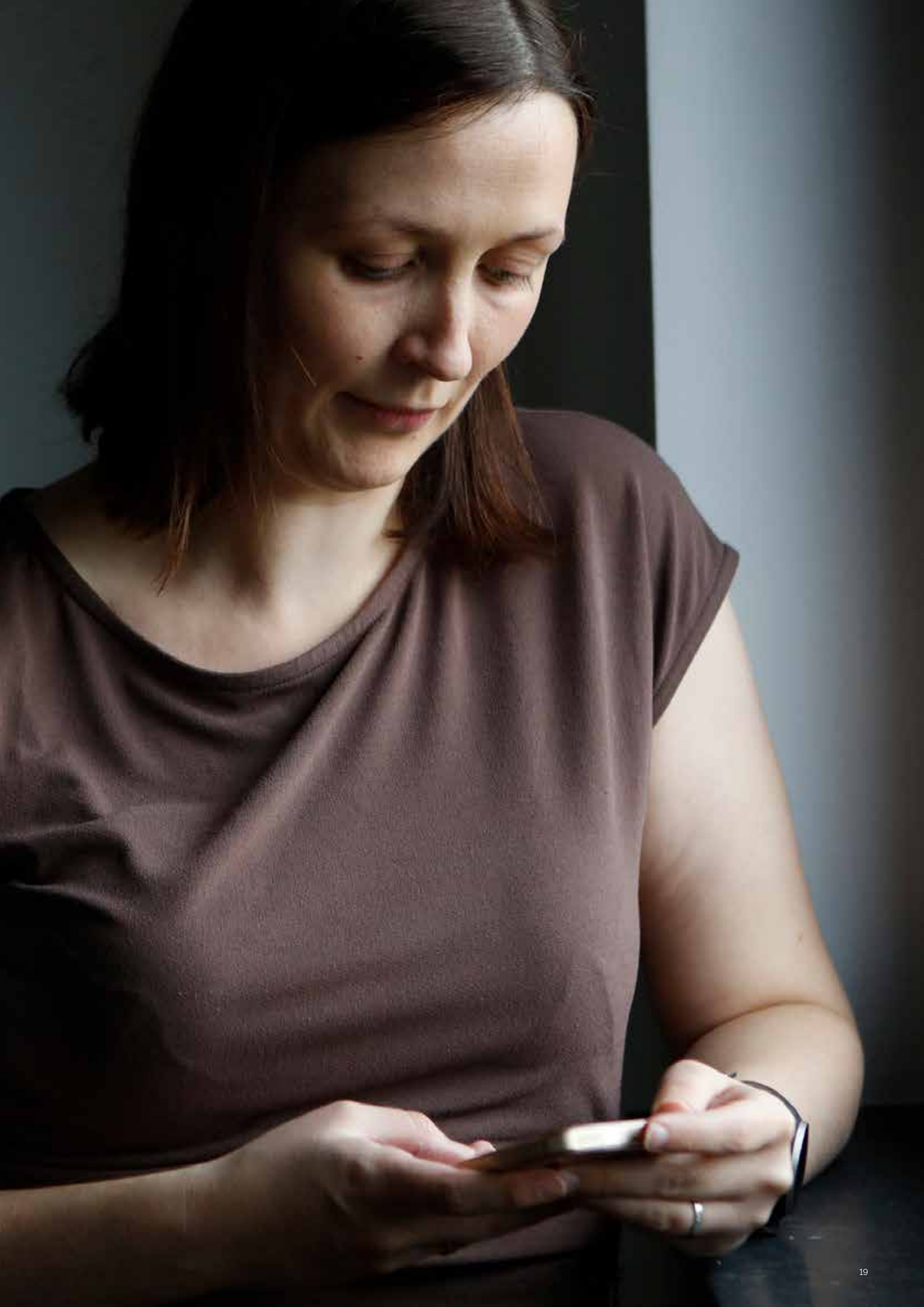


Zwangeren met een verhoogd risico op pre-eclampsie

PREMOM II onderzoekt of telemonitoring moet toegevoegd worden aan het prenatale zorgprogramma

De resultaten van het PREMOM-project toonden aan dat telemonitoring bijdraagt aan een betere follow-up van zwangeren met gestationele hypertensieve aandoeningen, in vergelijking met de controlegroep. Een opvolgonderzoek, gestart in het najaar van 2019 op de Maternele Intensieve Zorgen-afdeling van vier Vlaamse ziekenhuizen, zal het effect van telemonitoring onderzoeken op de prenatale zorgen en opvolging van de aandoening van de moeder.







Deze studie, die de verderzetting is van de doctoraatsthesis van Dorien Lanssens, wordt gesubsidieerd door het Fonds Wetenschappelijk Onderzoek (FWO).

Vijf tot acht procent van alle zwangerschappen wereldwijd worden gediagnosticeerd met gestationele hypertensieve aandoeningen. In de Vlaamse ziekenhuizen en het UZ Brussel komt deze aandoening bij 4,6 procent voor (Studiecentrum Perinatale Epidemiologie, 2016), wat betekent dat jaarlijks ongeveer 3.000 van de 64.000 zwangerschappen gecompliceerd worden met deze aandoening. Ongeveer 50% van de zwangeren die deze diagnose krijgen, ontwikkelen tussen de 24 en 35 weken zwangerschap pre-eclampsie. Wanneer pre-eclampsie onbehandeld blijft, kan dit dodelijk zijn voor zowel de moeder als de neonat. In lage inkomenslanden is deze aandoening één van de hoofdoorzaken van maternale en foetale mortaliteit.

Zwangeren met een verhoogd risico op pre-eclampsie worden intensiever opgevolgd dan vrouwen met een ongecompliceerde zwangerschap. Dit leidt tot een verhoging van het aantal prenatale consultaties en, indien nodig, hospitalisaties op de maternale intensieve zorgen afdeling (MIC) ter observatie van de moeder en het ongeboren kind, het op punt stellen van een medicatieschema of ter inleiding van de bevalling.

Hoewel verschillende randomized controlled trials hebben aangetoond dat het adequaat nemen van de bloeddruk een belangrijk onderdeel van de zorg is, is dit nog niet voorzien in het zorgproces in de klinische praktijk. Door telemonitoring toe te voegen aan het huidige prenatale zorgprogramma, zou er wel tegemoet gekomen worden aan de bovenstaande tekortkoming.

PREMOM

Om de toegevoegde waarde van telemonitoring voor zwangeren met een verhoogd risico op gestationele hypertensieve aandoeningen te onderzoeken, werd in januari 2015 het Pregnancy Remote Monitoring (PREMOM) project opgestart, in samenwerking met UHasselt, het ZOL en zeven andere Belgische ziekenhuizen: (het AZ Vesalius (Tongeren), Heilig Hart Ziekenhuis (Mol), het Jessa Ziekenhuis (Hasselt), Maria Ziekenhuis Noord Limburg (Overpelt), Sint-Franciskusziekenhuis (Heusden), St.-Trudo (Sint Truiden) en het Ziekenhuis Maas & Kempen (Bree – Maaseik). De zwangeren die deelnamen aan de te-



Hoewel verschillende randomized controlled trials hebben aangetoond dat het adequaat nemen van de bloeddruk een belangrijk onderdeel van de zorg is, is dit nog niet voorzien in het zorgproces in de klinische praktijk.

lemonitoringstudie ontvingen obstetrisch toezicht met behulp van een bloeddrukmeter, stappenteller en weegschaal. Er werd aan de zwangeren gevraagd om twee maal per dag een bloeddrukmeting uit te voeren ('s morgens en 's avonds), om de stappenteller continu te dragen en om één maal per week hun gewicht in de app te registreren. Dit tot het moment van hun bevalling of tot ze opgenomen worden in het ziekenhuis.

De data die verzameld werden met behulp van deze apparaten werden getransporteerd naar een online dashboard DHARMA, ontwikkeld door de Mobile Health Unit van UHasselt en Future Health van het ZOL. Op voorhand werden alarmsignalen ingesteld. Indien er zich events voordeden, dan werden deze gecommuniceerd met de behandelende gynaecoloog zodat behandelopties afgesproken konden worden, voordat er contact werd opgenomen met de zwangere. De therapeutische interventies waren in overeenstemming met de lokale behandelmethodes.

De resultaten van het PREMOM-project toonden aan dat telemonitoring bijdraagt aan een betere follow-up van zwangeren met gestationele hypertensieve aandoeningen, in vergelijking met de controlegroep.

1. Telemonitoring verbeterde de klinische uitkomsten van zowel de zwangere als de neonat en verminderde hun prenatale zorgconsumptie;
2. Telemonitoring zorgde voor een gemiddelde kostenvermindering van 740,39 euro per zwangerschap (in 2015) tot 1950,37 euro per zwangerschap (in 2015 en 2016 samen) voor de Belgische gezondheidszorg, grotendeels te wijten aan de daling van de prenatale consultaties, de prenatale opnames en de opnames van de neonaten op de neonatale intensive zorgen (NIC);
3. Telemonitoring werd ervaren als een positieve toevoeging aan de prenatale zorgen door de vroedvrouwen, de gynaecologen en de zwangeren;
4. De mate van therapietrouw voor het nemen van de bloeddruk is hoog: 89,16% voor het nemen van de bloeddruk 's ochtends, en 89% voor het nemen van de bloeddruk 's avonds.

PREMOM II

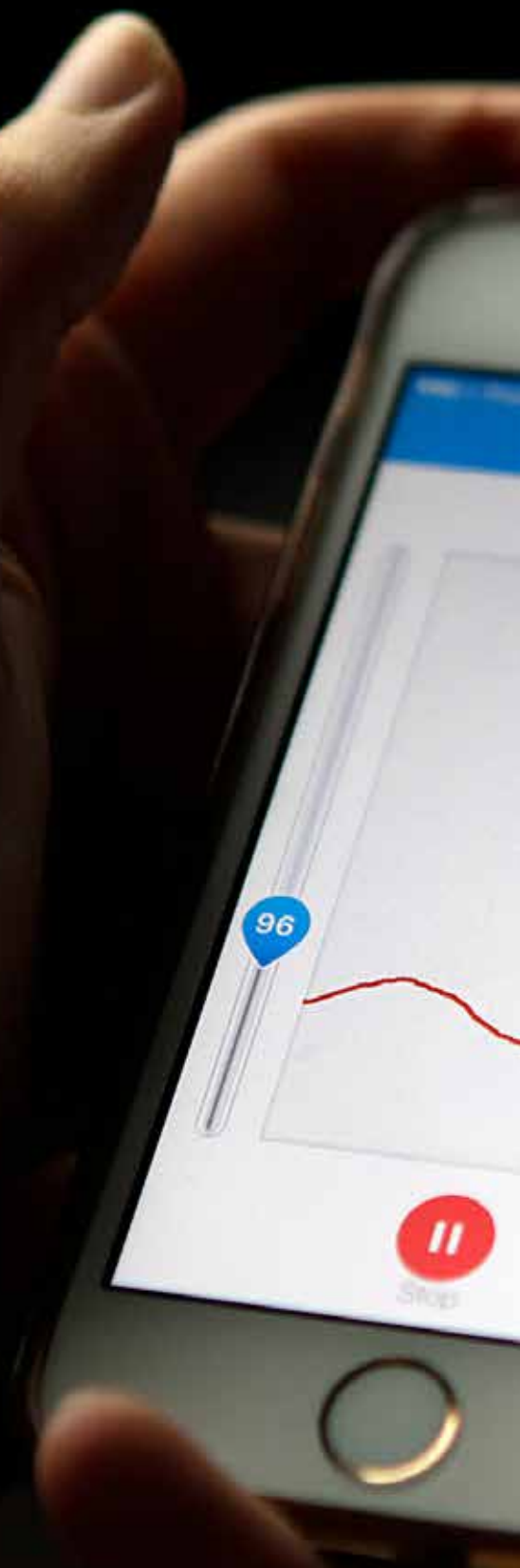
Hoewel deze resultaten positief zijn, zijn er nog enkele aspecten die verder onderzocht moeten worden, nl. het effect van telemonitoring op de prenatale zorgen en de aspecten die bijdragen aan de toegevoegde waarde van telemonitoring voor gestationele hypertensieve aandoeningen.

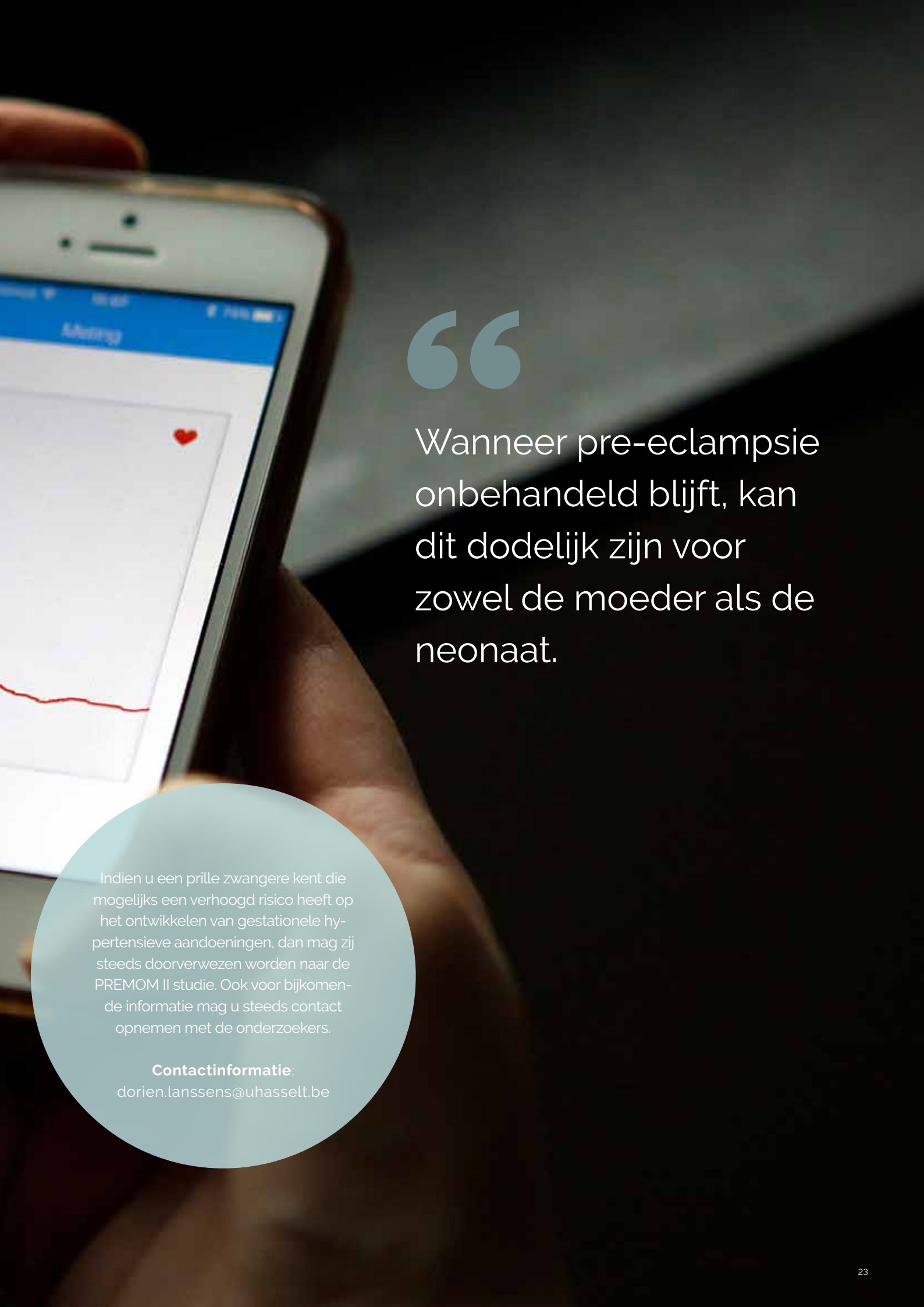
In september 2019 ging PREMOM II officieel van start op de Maternal Intensive Care van het ZOL. De PREMOM II studie zal de toegevoegde waarde van telemonitoring bij zwangeren met een verhoogd risico op gestationele hypertensieve aandoeningen onderzoeken door middel van een prospectieve, multicentrische randomized controlled trial. Dit gebeurt door het vergelijken van de prenatale follow-up, de zwangerschapsuitkomsten, de kosten voor de samenleving, de specifieke toegevoegde waarde van telemonitoring en tot slot de tevredenheid van zorgverleners en zwangeren.

De volgende aspecten zijn nieuw in vergelijking met de huidige stand van de wetenschap: (1) het multicentrische opzet; (2) het studie-opzet nl. een randomized controlled trial; (3) de inclusie van de patiënt; (4) de gedetailleerde registratie van de interventies; (5) de kostenanalyse en een 'willingness to pay'-analyse; en tot slot (6) de percepties van de belanghebbenden.

De MIC's van volgende ziekenhuizen nemen deel aan de studie: het ZOL, Sint-Jan & Sint-Lucas Brugge, UZ Leuven en UZ Antwerpen. Patiënten worden gerandomiseerd in drie studie groepen: een telemonitoring groep, een 'patiënt zelf monitoring' groep en een controlegroep.

Er wordt beoogd om 6.107 zwangeren met een verhoogd risico op gestationele hypertensieve aandoeningen te includeren. De risicoberekening gebeurt met behulp van de tool van de Fetal Medicine Foundation. Patiënten kunnen worden geïncludeerd wanneer hun risico hoger is dan 1/100. ■





“

Wanneer pre-eclampsie onbehandeld blijft, kan dit dodelijk zijn voor zowel de moeder als de neonat.

Indien u een prille zwangere kent die mogelijks een verhoogd risico heeft op het ontwikkelen van gestationele hypertensieve aandoeningen, dan mag zij steeds doorverwezen worden naar de PREMOM II studie. Ook voor bijkomende informatie mag u steeds contact opnemen met de onderzoekers.

Contactinformatie:
dorien.lanssens@uhasselt.be



LevensEinde Informatie Forum richt Limburgse afdeling op

In de zomer van 2019 werd LEIF Limburg boven de doopvont gehouden. Doel van de vzw is te groeien tot een netwerk, waarbij er vooral naar gestreefd wordt om de hiaten die er nog bestaan met betrekking tot de levenseindeproblematiek op te vullen en vorm te geven, met de hulp van vrijwilligers. Dit kan gaan van praktische hulp en advies voor collegae, tot het uitklaren van specifieke vragen rond het levenseinde, aldus voorzitter van LEIF Limburg Kristof Thevissen, reumatoloog in het ZOL.

In 2003 werd het LevensEinde Informatie Forum (LEIF vzw) opgericht, een initiatief van onder andere prof. dr. W. Distelmans. Concrete aanleiding was de wetgeving van 2002 met betrekking tot patiëntenrechten, euthanasie en palliatieve zorg. Doel van de vereniging is om nuttige, aangepaste en toegankelijke informatie en vorming te bieden aan burgers en zorgverstrekkers over het bestaande, wettelijke kader rond het levenseinde.

Er wordt voorzien in een passende opleiding en ondersteuning voor professionele zorgverleners die zich bekwamen in de levenseinde-problematiek. LEIF is een organisatie van voornamelijk vrijwilligers waarbij er in iedere provincie initiatieven worden ondersteund die deze doelen uitdragen. Naast LEIF bestaan er ook andere organisaties, die op meerdere vlakken bijdragen aan een waardig levenseinde en/of vragen rond het levenseinde uitklaren.

Uit de praktijk blijkt dat patiënten, zeker op oudere leeftijd, vragen hebben over het levenseinde. Het is belangrijk dat zorgverleners zich er van bewust zijn dat gesprekken over het levenseinde niet enkel gevraagd worden door terminale patiënten maar door iedereen, zowel jong als oud, op het moment dat men er zelf behoefte aan heeft. Het is ook een taak van alle zorgverleners om dit topic bespreekbaar te maken in hun directe omgeving, zowel professioneel maar ook in hun familiale en vriendschappelijke setting. Voorbeelden hiervan zijn legio: een gesprek rond niet-reanimeren tijdens een ziekenhuisopname, "voorafgaande zorgplanning" waarbij vooraf gepeild wordt naar de wensen van de patiënt, palliatieve zorgen in de dagelijkse praktijk.

Oprichting LEIF Limburg

In de provincie Limburg doen de LEIF-artsen zeer goed werk, maar vaak worden deze collegae overstelpt met vragen over euthanasie en de uitvoering daarvan. Omdat er in het veld van levenseindebeslissing veel meer leeft dan enkel euthanasie - slechts een klein percentage van alle overlijdens gebeurt door euthanasie - leek het opportuun om een provinciale tak van LEIF vzw op te richten, bedoeld als netwerk rond reeds bestaande organisaties.

Het voorstel voor de oprichting van een provinciale vzw werd zeer positief onthaald door de LEIF-artsen, door het bestuur van LEIF vzw en door een aantal andere huisartsen en -specialisten. Eén van de partners is HuisvandeMens. Zij hebben reeds een uitgebouwd netwerk van geschoolde consultants, die de bevolking te woord staan en informeren.

In augustus 2019 werd de vzw boven de doopvont gehouden. In eerste instantie wordt gestart met het aanbieden van vormingen, informatie en bekendmaking van de werking in het algemeen.

LEIF is meer dan euthanasie

Zoals eerder al aangehaald staat LEIF voor veel meer dan euthanasie. Een levenseindebeslissing wordt idealiter voorafgegaan door zorgplanning. Dit concept vindt steeds meer bijval de laatste jaren. Voorafgaande zorgplanning staat voor een continu proces van reflectie waarin zowel de patiënt als de zorgverlener groeien, om de wensen van de patiënt te leren kennen met betrekking tot eventuele behandelingen en uiteindelijk het levenseinde. Dit kan gaan van een thuisverpleegkundige die een patiënt verzorgt tot een huisarts die door zijn/haar jarenlang contact een patiënt goed kent en een specialist die in het verhaal komt wanneer een patiënt door de tweede lijn behandeld wordt. Maar ook familie, vrienden en kennissen kunnen deel uitmaken van het proces rond voorafgaande zorgplanning. Zo maakt een patiënt het voor zichzelf maar ook voor zijn omgeving gemakkelijker wanneer er op een gegeven moment een vraag rond het levenseinde naar voren komt.

Taboe van 'palliatief' te zijn

Palliatieve zorg of palliatieve geneeskunde heeft een negatieve connotatie of bijklank. Mensen associëren deze term met sterven, met 'opgegeven' zijn. Niets is minder waar. Jaren geleden is er reeds een studie verschenen waarbij werd aangetoond dat de overleving bij longkankerpatiënten werd verlengd door goede palliatieve zorg. Palliatieve zorg kan een tijdelijk iets zijn, bijvoorbeeld bij een behandeling voor kanker, waarbij nadien de palliatieve zorg stopt, bijvoorbeeld bij genezing. Palliatieve zorg sluit een andere behandeling niet uit, doch gaat idealiter hand in hand met de behandeling die een patiënt reeds krijgt. Voorbeelden kunnen zijn: een pijnbehandeling tijdens chemotherapie, wondbehandeling bij een patiënt met vaatproblemen waarvoor er stents worden geplaatst of bij wie een amputatie plaatsvindt, ondersteuning met zuurstof bij een patiënt met chronische longaandoeningen, enz...

Toekomst

Dr. Kristof Thevissen: "We hopen met LEIF Limburg uit te groeien tot een degelijk netwerk, vooral in de ambulante setting, dat een brug slaat tussen de eerste lijn en de tweede/derde lijn, tussen de huisarts en de specialist. Eerste initiatieven, zoals het reanimatiebeleid bij patiënten, lopen reeds goed maar we willen verder



We hopen met LEIF Limburg uit te groeien tot een degelijk netwerk, vooral in de ambulante setting, dat een brug slaat tussen de eerste lijn en de tweede/derde lijn, tussen de huisarts en de specialist.

dr. Kristof Thevissen

gaan en ook voorafgaande zorgplannen communiceren zodat de wensen van patiënten te allen tijde gerespecteerd kunnen worden." ■

Dr. Kristof Thevissen

Reumatoloog
Voorzitter LEIF Limburg

De andere bestuursleden van LEIF Limburg zijn: secretaris Sara Dubois (LEIF-consulent), penningmeester dr. Marc Daenen (pneumoloog ZOL), dr. Wim Distelmans (Oncoloog UZ Brussel, voorzitter LEIF nationaal), en Paul De Strooper (LEIF-consulent, verantwoordelijke LEIF-opleiding). Dr. Thevissen en dr. Daenen volgden bei-

den een postgraduaatopleiding palliatieve zorgen, alsook de opleiding tot LEIF-arts.

Meer info:

www.leiflimburg.be

Vragen of opmerkingen:

info@leiflimburg.be





PROF. DR. JAN VAN ZUNDELT
AANGESTELD ALS HOOGGLERAAR
PIJNGENEESKUNDE AAN DE
UNIVERSITEIT VAN MAASTRICHT



Less is **more**

Prof. dr. Jan Van Zundert, medisch diensthoofd van het Multidisciplinair Pijncentrum van het ZOL, werd zopas aangesteld tot hoogleraar Pijngeneeskunde aan de Faculty of Health, Medicine and Life Science van de Universiteit van Maastricht. Op 20 december sprak hij zijn inaugurale rede 'Less is more' uit.

Prof. dr. Van Zundert beschouwt het als een grote eer om de derde pijnhoogleraar te zijn in Maastricht, in opvolging van prof. Menno Sluijter en prof. Maarten van Kleef, beiden zeer grote namen in het vakgebied.

Geschiedenis, een stokpaardje van prof. Van Zundert, leert dat pijngeneeskunde nog een erg jonge discipline is. Toch zijn er reeds vijf universiteiten in Nederland met een anesthesioloog als hoogleraar Pijngeneeskunde. De prevalentiecijfers tonen de nood hiervoor aan. In Nederland lijden naar schatting twee miljoen mensen aan chronische pijn. In België werd aanbevolen om chronische pijn te erkennen als een probleem van de volksgezondheid. Een aanbeveling die prof. Van Zundert belooft verder te ondersteunen en in de praktijk om te zetten. Chronische pijn immers is niet alleen in België en Nederland een probleem. In de vijfjaarlijkse, wereldwijde ziektehitparade van The Lancet staat chronische pijn en in het bijzonder lage rugpijn op de eerste plaats.

Waarom is pijn toch zo een majeur medisch en maatschappelijk probleem geworden, vraagt de kersverse hoogleraar zich af. Tot op heden bestaat er nog geen diagnostische gouden standaard. En helaas is er ook geen wonderbehandeling of een 'one size fits all'-aanpak. Vandaar de noodzaak tot het ontstaan van Evidence Based Medicine in de pijngeneeskunde, een wetenschappelijk onderbouwde samenvatting van alle bestaande kennis met betrekking tot geneeskunde. EBM geeft de individuele arts een leidraad bij de keuze van de beste behandeling voor de individuele patiënt, door de eigen kennis en ervaring te koppelen aan de best beschikbare bewijzen in de wetenschappelijke literatuur.

En dan komen we bij het thema van zijn inaugurale rede: 'Less is more', een term die Van Zundert ontleende van de Duits-Amerikaanse Bauhausarchitect Ludwig Mies van der Rohe. Deze filosofie moet het leitmotiv blijven in de pijngeneeskunde bij het zoeken naar een gulden middenweg, tussen enerzijds het te veel behandelen, met overconsumptie en therapeutische hardnekkigheid tot gevolg en anderzijds een fatalistische non-houding van te weinig behandelen en zelfs onderconsumptie. 'Keep it simple' en doe alleen zinnige zorg! En daarbij: stel het



“

'Less is more', wil niet zeggen dat alles opnieuw verboden moet worden. Wel dat sterke opioïden voornamelijk voorbehouden moeten worden voor patiënten met kankerpijn. En hetzelfde geldt voor (medicinale) cannabis en de behandeling van pijn zolang er geen evidentie bestaat voor de effectiviteit.



Links: prof. dr. Jan Van Zundert en prof. dr. Kris Vissers

verwachtingspatroon correct voor aan de patiënt en durf ook niet behandelen als dit de beste optie is."

Hoe het zeker niet moet, leert ons de opioïden-crisis in de Verenigde Staten, aldus prof. Van Zundert. De toegenomen aandacht voor pijn heeft door een samenloop van omstandigheden helaas tot deze catastrofe geleid waar het voorschrijven van sterke opioïden zoals door de WHO bepaald voor kankerpatiënten om hen nog een humane laatste dag te geven, geleidelijk aan werd overgenomen voor de behandeling van een grote groep van patiënten met chronische niet-kankerpijn. Gelukkig nog binnen de perken in België en Nederland, aldus Van Zundert, maar hij beschouwt het ook als een illustratie van waar de niet-toepassing van EBM in geneeskunde toe kan leiden.

'Less is more', en dat wil niet zeggen dat alles opnieuw verboden moet worden, aldus de pijnspecialist. Wel dat sterke opioïden voorname-lijk voorbehouden moeten worden voor patiënten met kankerpijn. En hetzelfde

geldt voor (medicinale) cannabis en de behandeling van pijn. Zolang er geen evi-dentie bestaat voor de effectiviteit, is een evolutie naar een mogelijke cannabis-crisis binnen vijf of tien jaar niet uit te sluiten. Toch worden deze producten bij de bevolking gehypet als wonderoplossing voor chronische pijn.

academicus. Vandaag kan iedereen zich nog altijd pijnarts of pijnspecialist noemen, bij gebrek aan een wettelijke regeling. Om kwaliteitsredenen is een regulering en erkenning als pijnarts gewenst, met ook een duidelijke omschrijving van de competenties en verantwoordelijkheden. Gezien het maatschappelijke probleem van chronische

pijn, geen overbodige luxe. Zowel in Nederland als in België worden er momenteel belangrijke initiatieven uitgezet om dit doel te bereiken, aldus Van Zundert.

SAMENWERKING PIJNONDERZOEKSCENTRUM MUMC+ EN MULTIDISCIPLINAIR PIJNCENTRUM ZOL GEOFFICIALISEERD

In het kader van de aanstelling van prof. dr. Jan Van Zundert als hoogleraar Pijngeneeskunde aan de Universiteit Maastricht wordt er ook een akkoord gesloten tussen de raden van bestuur van het Maastricht Universitair Medisch Centrum en het Ziekenhuis Oost-Limburg, voor een formele samenwerking tussen het internationaal geroemde pijnonderzoekscentrum van het MUMC en anderzijds het state of the art Multidisciplinair Pijncentrum van het ZOL in Lanaken. Hiermee wordt de samenwerking die reeds meer dan 20 jaar bestaat geofficialiseerd op het vlak van onderzoek, onderwijs en opleiding. In de toekomst zullen ook de samenwerkingsmogelijkheden voor patiëntenzorg geëxploreerd worden.

Voor de komende vijf jaar heeft prof. Van Zundert een plan van aanpak uitgewerkt in het kader van zijn leerstoel Pijngeneeskunde. Dit plan omvat zowel gezondheidszorg, onderwijs, opleiding en onderzoek. Het inzetten op multidisciplinair samenwerken, geherwaardeerde academische aandacht voor onderwijs en het ondersteunen van onderzoek dat een medische nood-

Dit slechte voorbeeld, alsook de hoge prevalentie en de complexiteit van het pijnprobleem, illustreert nogmaals de nood aan een verdere professionalisering, besluit de

zaak, wetenschappelijk voldoende interessant en maatschappelijk relevant is, zullen de belangrijke pijlers van zijn leerstoel vormen. ■



Gastro-enterologen organiseren **HERFSTSYMPOSIUM**

Het herfstsymposium van de Vlaamse Vereniging voor Gastro-enterologie werd georganiseerd door de gastro-enterologen van het Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL) in Genk en van het Ziekenhuis Maas en Kempen (ZMK) in Maaseik.

In de voormiddag kwamen de vijf deelgebieden van de gastro-enterologie aan bod. De sprekers maakten het publiek wegwijs in de klinische toepassing van pathofysiologische inzichten. Er werden multidisciplinaire casussen toegelicht met de collega's van abdominale heelkunde, radiotherapie, radiologie en dermatologie.

In de namiddag was er een debat over hoe de beste en toch betaalbare medische zorg kan behouden worden. Dit complexe ethisch-economische probleem werd vanuit verschillende oogpunten toegelicht en klinisch toegepast. Het symposium werd afgesloten met een netwerkmoment.



Cognitieve revalidatie voor personen met dementie

“Bedoeling is de zelfredzaamheid van patiënten te verhogen en families te ondersteunen in hun draagkracht”

Nicolas Timmermans, psycholoog, dr. Joris Meeuwissen, geriater en Marie Cortoos, ergotherapeut

Bij aanhoudende geheugenklachten worden mensen vaak doorverwezen naar de neuroloog of een multidisciplinair geheugencentrum, beter bekend als de geheugenkliniek. In de geheugenkliniek zal de geriatrater trachten een diagnose te stellen op basis van een uitgebreid medisch-technisch en neuropsychologisch testonderzoek. Voor personen met de diagnose ‘dementie’ worden drie mogelijke cognitieve revalidatietrajecten aangeboden in het ZOL, meestal in samenwerking met vzw Menos.

Dementie is een onomkeerbaar proces dat gekenmerkt wordt door progressieve achteruitgang. Wat zijn de mogelijke behandelingen?

Nicolas Timmermans, psycholoog: "He-las bestaat er tot op de dag van vandaag geen genezende behandeling voor dementie. De bestaande medicatie heeft slechts bij een beperkt aantal mensen een tijdelijk remmend effect op het ziekteproces. Mensen met dementie en hun familie hebben er dus alle belang bij dat we blijven inzetten op begeleidingen om mensen te ondersteunen na hun diagnose. Al te vaak wordt nog in zwart-wit termen gedacht over dementie en gaat men er van uit dat een dementerende niet meer in staat is iets nieuws te leren. In de realiteit wordt het leren inderdaad moeilijker, maar het is niet onmogelijk. Doorheen het traject 'Individuele cognitieve revalidatie' trachten we bijvoorbeeld ervaren ongemakken bij de patiënt op te vangen door het installeren van de meest geschikte memotechnische hulpmiddelen binnen de cognitieve mogelijkheden van de patiënt. Bovendien gaat de ergotherapeute hiervoor op huisbezoek zodat patiënten deze tips onmiddellijk kunnen toepassen in hun vertrouwde omgeving. Daarnaast kunnen actieve lichaamsbeweging en een adequate daginvulling zinvol zijn om mensen extra comfort te bieden in hun levenskwaliteit. Wanneer gedragstherapeutische interventies onvoldoende zijn om eventuele gedragsproblemen op te vangen, verwijzen we meestal door naar de

gerontopsychiater om te laten evalueren of ook extra medicamenteuze ondersteuning wenselijk is."

"In het ZOL proberen we een zorgtraject dementie uit te stippelen waarbij mensen



Er zijn 11 erkende geheugenklinieken in België die het cognitieve revalidatietraject met een psycholoog, een ergotherapeut en een sociaal assistent kunnen aanbieden. De geheugenkliniek van het ZOL is de enige erkende geheugenkliniek in Limburg met zulke begeleiding onder huidige terugbetalingsvoorwaarden.

de kans krijgen om op elk moment tijdens hun ziekte met begeleiding te starten. We kunnen hiervoor een beroep doen op drie trajecten: een individueel begeleidingstraject ('Individuele cognitieve revalidatie'), een

groepsprogramma onder lotgenoten ('Dementie! Wat nu?') evenals nazorg door psychologen van het ouderenteam, verbonden aan het CGG/litp, meestal in samenwerking met vzw Menos. Als mensen hierin geïnteresseerd zijn, proberen we zoveel mogelijk op maat te werken en rekening te houden met hun eigen voorkeur. Sommigen kiezen een individueel traject. Anderen komen liever in contact met lotgenoten."

Wat is het uitgangspunt van een begeleidingstraject? En wat is de doelstelling?

Nicolas Timmermans, psycholoog: "We proberen meestal zoveel mogelijk te vertrekken vanuit de vragen en noden van de patiënt en zijn familie. In die zin wordt de doelstelling individueel bepaald. Meestal gaat het om het verhogen van de zelfredzaamheid van de persoon met dementie, wat dan weer een positieve impact kan hebben op hun zelfwaardegevoel. Daarnaast kan het even belangrijk zijn om met de familie te kijken hoe we hen kunnen ondersteunen in hun draagkracht zodat ze in staat zijn om de thuissituatie zo goed en zo lang mogelijk te hanteren. In het groepsprogramma zal dan weer vooral het ervaringsgericht leren en het stimuleren van sociaal contact voorop staan. Het is inmiddels bewezen dat dergelijke initiatieven wel degelijk het moment van een residentiële opname kunnen uitstellen.

Hoe ziet dan bijvoorbeeld het traject 'Individuele cognitieve revalidatie' er uit?

Nicolas Timmermans, psycholoog: "Tot voor kort kregen we tijdens dit cognitief revalidatietraject één jaar de tijd om gedurende een maximum van 25 sessies de patiënt en zijn/haar mantelzorgers te begeleiden. Doorheen een psychologische gespreksbegeleiding proberen we mensen uitvoerig te informeren, stil te staan bij mogelijke sterktes en eigen kwetsbaarheden, hen wegwijs te maken hoe ze om kunnen gaan met de ziekte en uit te leggen wat daarin noodzakelijke maatregelen kunnen zijn. In het traject zijn de psycholoog, de ergotherapeut en de sociale dienst betrokken met dr.

V.l.n.r. Nicolas Timmermans (psycholoog),
Marie Cortoos (ergotherapeut)
en dr. Joris Meeuwissen (geriater)



Meeuwissen als verantwoordelijke arts voor de medische opvolging binnen het begeleidingstraject."

"Ervaring leert dat een begeleidingsperiode van 1 jaar relatief kort is voor mensen met een neurodegeneratieve ziekte, een ziekte die meestal eerder traag evolueert. De overheid is ons daarin gelukkig bijgetreden. We mogen de sessies waar patiënten recht op hebben sinds kort spreiden over twee jaar, wat ons de kans geeft om nog beter af te stemmen op het verwerkings- en het ziekteproces van mensen. Nog een wijziging is dat personen met een diagnose van jongdementie een uitbreiding hebben gekregen naar een maximum van 35 sessies gedurende die twee jaar. Hun begeleiding is vaak nog intensiever omdat er andere noden zijn en je er met heel andere vragen te maken krijgt. Vaak zijn ze bijvoorbeeld zelf nog aan het werk, net zoals hun partner."

Een belangrijk onderdeel van het revalidatietraject is de mogelijkheid om huisbezoeken te doen. Wat is de meerwaarde hiervan?

Marie Cortoos, ergotherapeut: "Als ergotherapeut bekijk ik samen met de patiënt en de mantelzorger waar mogelijke knelpunten liggen en zoeken we samen naar mogelijke oplossingen. Die oplossingen kunnen gevonden worden door gebruik te maken van hulpmiddelen, aanpassingen van de

handelingsstrategie of omgeving. "Een persoon kan heel zelfredzaam lijken maar als je hem in de thuissituatie ontmoet, zie je soms heel andere dingen. Thuis zie je hoe mensen echt functioneren. Tijdens een eerste huisbezoek brengen we de zorgvraag in kaart. Later kunnen er meerdere vervolgspraken of huisbezoeken volgen om de eerder besproken adviezen of aanpassingen te evalueren of bij te sturen."

De opvolging van personen met dementie vraagt een multidisciplinaire aanpak. Wie is er nog allemaal betrokken?

Nicolas Timmermans, psycholoog: "Er zijn 11 erkende geheugenklinieken in België die het cognitieve revalidatietraject met een psycholoog, een ergotherapeut en een sociaal assistent kunnen aanbieden. De geheugenkliniek van het ZOL is de enige erkende geheugenkliniek in Limburg met zulke begeleiding onder huidige terugbetalingsvoorwaarden. Er wordt samengewerkt met geriateren, neurologen, gerontopsychiaters, verpleegkundigen van verschillende afdelingen en alle andere hulpverleners die met deze doelgroep werken."

"Ook de huisarts wordt vanaf het begin betrokken. Huisartsen zijn trouwens goed op de hoogte van wat wij hier aanbieden. Dat is belangrijk want een goede verwijzing is nodig om snel de gepaste begeleiding te kunnen opstarten."



“

Door de toenemende vergrijzing en daardoor het stijgend aantal diagnoses van dementie is het belang van het bestaan van een individueel cognitief revalidatietraject niet te onderschatten.

Dr. Joris Meeuwissen, geriater

Welke feedback krijgen jullie van de mantelzorgers?

Nicolas Timmermans, psycholoog: "We horen vaak van mantelzorgers dat het een hele geruststelling is dat ze bij ons terecht kunnen met vragen, 'te voelen dat ze er niet alleen voor staan', ook als het thuis niet meer gaat. En dat er iemand is die meekijkt naar de situatie en hen bevestigt in hun zorg. Heel veel mantelzorgers zijn ondanks hun goede zorgen zeer onzeker."

Jullie organiseren ook praatcafés voor mantelzorgers?

Nicolas Timmermans, psycholoog: "Deze praatcafés worden als zeer nuttig en waardevol ervaren door de deelnemers. Bedoeling van de praatcafés is mantelzorgers en/of patiënten informatie te geven over specifieke thema's, gerelateerd aan dementie. Er is ook altijd ruimte om vragen te stellen. Het is immers vaak zoeken naar een goede aanpak als mantelzorger: wat goed is voor de ene patiënt

werkt niet noodzakelijk voor de andere."

Merken jullie dat mensen met dementie vaak eenzaam zijn of geen mantelzorgers hebben?

Nicolas Timmermans, psycholoog: "Eenzaamheid is sowieso een heel relevant thema bij ouderen. Als je iemand treft die een heel beperkt netwerk heeft, is het vaak moeilijk om daar verandering te bewerkstelligen. Mensen hebben een netwerk nodig. Zonder netwerk is het voor ons ook veel moeilijker om de situatie in de gewenste richting bij te sturen. De juiste beslissingen nemen en proberen de zorgprothese uit te breiden, is op dat moment van zeer groot belang. Anders raak je deze personen helemaal kwijt en vallen ze tussen de mazen van het net."

"Daarnaast merk ik ook dat mantelzorgers vaak onder enorme druk staan. Omdat ze bijvoorbeeld ook nog verplichtingen en verantwoordelijkheden hebben binnen

hun eigen gezin en op hun werk. Het is er voor velen zeker niet eenvoudiger op geworden." ■

Het volgende praatcafé dementie vindt plaats op woensdag 11 maart van 19 tot 21 uur. Spreker is vrederechter Lode Vrancken.

Locatie: OCMW-dienstencentrum Ter Hooie Hooiplaats 14/1 - B 3600 Genk.

Deelname is gratis, info of inschrijven via T 089 57 34 82 of 089 32 56 89 (Katrien Schabregs)

Personen met geheugenproblemen kunnen terecht op de geheugenraadpleging van de dienst Geriatric of in het dagziekenhuis Geriatric. Enkel (huis)artsen kunnen een aanvraag tot opname in het dagziekenhuis doen via het telefoonnummer T 089 32 55 20.

Meer info: www.zol.be/geriatric/dagziekenhuis-geriatric



30 jaar

IVF IN GENK/HASSELT

In augustus 1989 werden vijf gezonde baby's geboren na in-vitrofertilisatie in november 1988 in het Sint-Jansziekenhuis in Genk. Vanaf het begin waren de IVF-resultaten geruststellend en bemoedigend.

LUISTEREN NAAR HET VERLEDEN, KLAAR VOOR DE TOEKOMST

De eerste 12 behandelingscycli in Genk werden in oktober 1980 uitgevoerd met steun en onder supervisie van het IVF-team van Pretoria, Zuid-Afrika. Professor Jan Van der Merwe en Professor Zen Fourie (embryoloog) waren afgezakt naar Genk om alles in goede banen te leiden; in de eerste plaats omdat men in Leuven niet echt warm liep voor dit project, in de tweede plaats was Pretoria de plaats waar dr. Ombelet in 1985 een jaar lang in het IVF-centrum had gewerkt en getuige was geweest van de geboorte van de 2e IVF-baby in Afrika.

Het spreekt voor zich dat steun vanuit Zuid-Afrika wegens het 'apartheidsregime' niet echt voor de hand lag, toch bleef de kritiek in de media minimaal.

Met een voor die tijd uitzonderlijk resultaat van 5 zwangerschappen uit 12 IVF-pogingen was iedereen dadelijk overtuigd van de kwaliteit van het nieuwe centrum.

Gedurende de eerste 6 jaar telde het Genkse IVF-team slechts vijf leden: drs Willem Ombelet en Hubert Vandeput, Eugene Bosmans, Annemie Cox en Mia Janssen. Ter vergelijking: tegenwoordig zijn er 23 leden dagelijks bij het centrum betrokken en worden er meer dan 2.000 cycli per jaar geteld, inclusief IVF, ICSI, IUI met homoloog en donorsperma etc.

Mannelijke infertiliteit

Petra Jacobs (vroedvrouw, consulente) kwam in 1995 bij het team, gevolgd door Martine Nijs (embryologe) en dr. Greet Mestdagh (gynaecoloog) in 1999. Dr. Nathalie Dhont vervoegde het team in 2011. Ze behaalde haar doctoraat aan de Universiteit van Gent in 2010 met het onderzoek 'Klinische, epidemiologische en sociaal-culturele aspecten van onvruchtbaarheid in arme omgevingen, bewijsmateriaal uit Rwanda'. Kristien Vandenborne (kwaliteitsmanager) en Ingrid Van der Auwera (embryologe) vervoegden het team in 2013 en 2014.

volle en internationaal erkende bijeenkomst die herhaald werd in Genk in 1995 en 1998, maar ook in Norfolk (VS), Kaapstad, Antalya, Leuven en Antwerpen.

Dr. Willem Ombelet ontmoette kunstenaar Koen Vanmechelen in 1996. Hoewel ze uit twee zeer verschillende werelden kwamen, deelden ze een nieuwsgierigheid en een verlangen om de menselijke identiteit beter te begrijpen. Het contact tussen de wetenschapper en de kunstenaar resulteerde in een enigmatisch glazen ei met de poten van een kip: 'The WalkingEgg'. Het was het begin van jaren van debat en samenwerking.

The Walking Egg Magazine

In 1999 werd de artistiek-wetenschappelijke kruisbestuiving voor het eerst gedocumenteerd in zes nummers van 'The Walking Egg Magazine', een unieke mix van wetenschap, kunst en filosofie, verspreid onder onvruchtbaarheidsspecialisten over de hele wereld. Willem Ombelet promoveerde in 1998 aan de Universiteit van Leuven op 'De waarde van spermamorfologie en andere spermaparameters bij de diagnose en behandeling van menselijke subfertiliteit' onder de supervisie van Professor Omer Steeno (promotor, KUL) en Professor Thinus Kruger (co-promotor, Stellenbosch, Zuid-Afrika).

In 2003 was hij één van de experts die de Belgische regering ervan overtuigde om IVF-behandelingsprocedures te vergoeden, een unicum wereldwijd en een project dat later in vele andere landen werd nagevolgd. Een paar jaar later was hij de drijvende kracht achter een nieuwe



In het vooruitzicht van het schrijven van een PhD rond mannelijke infertiliteit besloot dr. Ombelet een internationale meeting te organiseren genaamd 'Andrology in the Nineties'. In april 1993 trok de eerste internationale meeting over mannelijke onvruchtbaarheid onverwacht 750 deelnemers uit meer dan 40 landen aan. Het werd een zeer succes-

mijlpaal: de terugbetaling van intra-uteriene inseminaties.

Vanaf het begin heeft het Genkse IVF-centrum zeer veel aandacht besteed aan betaalbaarheid en veiligheid, zowel voor de patiënten als de nakomelingen. Tussen 2004 en 2016 publiceerde de Genk-groep een aantal onderzoeken over de 'maternal and perinatal outcome' na toepassing van kunstmatige voortplantingstechnieken, waarbij het belang van het verhinderen van meerlingzwangerschappen werd benadrukt en de transfer van enkelvoudige embryo's werd aanbevolen. Het Genks IVF-centrum was één van de eerste centra die een studie publiceerde waarin de verhoogde kans op vroeggeboorte en laag geboortegewicht werd geassocieerd na IVF, ook bij eenlingen, een boodschap die in het begin niet echt goed werd onthaald in de IVF-wereld, maar uiteindelijk bevestigd werd in vele andere studies.

Het vernieuwde IVF-centrum opende zijn deuren in 2006. Een deel van het centrum werd een one-stop diagnostische en therapeutische kliniek voor baarmoederproblemen. Onder toezicht van dr. Rudi Campo werd deze hysteroscopische kliniek een gerenommeerd referentie- en trainingscentrum. Koen Vanmechelen en Willem Ombelet creëerden 'Born', een artistiek concept rond het ei, permanent tentoongesteld in het IVF-centrum in Genk.

In 2010 richtten ze The Walking Egg vzw op. Dr. Ombelet werd intussen de eerste coördinator van de ESHRE Special Task Force 'Ontwikkelingslanden en onvruchtbaarheid' in 2007. Als afdeling organiseerden ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryo-



logy), en GIFT (Genk Institute for Fertility Technology vzw) een expertmeeting in Arusha, Tanzania, december 2007, met steun van de WHO. 37 Experts uit 22 landen waaronder gynaecologen, embryologen, antropologen, epidemiologen, gezondheidseconomen, ethici, politici en journalisten vergaderden gedurende twee dagen. Een actieplan en een routekaart werden opgesteld als blauwdruk om hun doelstelling, namelijk 'toegankelijke en betaalbare onvruchtbaarheid-zorg', te bereiken.

Samen met prof. Jonathan Van Blerkom (Colorado, USA) werd in 2010 een nieuwe vereenvoudigde, goedkope IVF-methode ontwikkeld en onderzocht in Genk. Tot nu toe zijn meer dan

180 gezonde baby's geboren na toepassing van deze techniek in Genk en Accra (Ghana) met veelbelovende slagingspercentages en een goede perinatale outcome. Alles lijkt erop te wijzen dat de baby's het zelfs beter doen op het gebied van prematuriteit in vergelijking met de routine IVF en ICSI, mogelijk het gevolg van het feit dat het hier een meer natuurlijke methode van IVF betreft. Deze bevinding zal in de volgende jaren wetenschappelijk worden onderzocht.

In 2009 richtte prof. dr. Ombelet het door PubMed geciteerde internationale wetenschappelijke tijdschrift 'Facts, Views & Vision in ObGyn' op, waarvan hij ook hoofdredacteur werd. In 2019 werd dit het officiële tijdschrift van de ESGE (European Society

“

Vanaf het begin heeft het Genkse IVF-centrum zeer veel aandacht besteed aan betaalbaarheid en veiligheid, zowel voor de patiënten als de nakomelingen.

for Gynaecological Endoscopy).

In juli 2013 besloten de centra voor reproductieve geneeskunde van Genk en Hasselt nauwer samen te werken om de kwaliteit van de reproductieve zorg in de provincie Limburg verder te verbeteren. De spermadonorbank van Genk werd in 2015 geopend. Annelies Thijssen (UHasselt) schreef een doctoraat met veel internationaal geciteerde artikels over dit onderwerp. Het eiceldonatieprogramma werd gestart in 2017, onder toezicht van dr. Dhont.

Sinds 1985 bevorderde Willem Ombelet het gebruik van IUI ('intra-uteriene inseminaties) als een succesvolle eerstelijnsbehandeling in geselecteerde gevallen van onvruchtbaarheid. In 2014 publiceerde hij samen met dr. Ben Cohen een praktijkgericht boek over de waarde van IUI en schreef hij de richtlijnen voor IUI voor de Wereldgezondheidsorganisatie, gepubliceerd in 2018.

Referentiecentrum

Het Genkse centrum wordt wereldwijd beschouwd als referentiecentrum voor IUI-onderzoek. Deze behandeling is uitgegroeid tot de meest gebruikte techniek van geassisteerde reproductie wereldwijd. Na een visitatie in januari 2018 verkreeg het Genkse IVF-centrum de 'ESHRE / EBCOG Center-accreditatie van een subspecialistisch trainingsprogramma in reproductieve geneeskunde', een nieuwe mijlpaal.

Op zaterdag 14 december 2019 werd in het auditorium van het ZOL de meeting '30 jaar IVF Genk/Hasselt' gevierd. Achttien nationale en internationale sprekers gaven hun visie op het wel en wee van 30 jaar IVF in Genk/Hasselt. Er werd eveneens een overzicht gegeven van het aantal behandelingen die in de periode van 30 jaar in Genk werden uitgevoerd en het aantal geboren kinderen die hiervan het gevolg waren (zie kader). De meeting werd afgesloten met een laudatio voor prof. Ombelet door kunstenaar Koen Vanmechelen. Met een bezoek en receptie in LABIOMISTA (studio Koen Vanmechelen) kreeg deze viering een gepast en waardig slot. Tijdens deze receptie werd het volledige Genkse IVF-team in de bloemetjes gezet door prof. de Jonge, in naam van alle Genkse gynaecologen. ■



Prof. dr. Willem Ombelet werkt samen met kunstenaar Koen Vanmechelen



The Walking Egg Ghana

IVF/ICSI verse cycli	17079 cycli	4321 kinderen
Ingevoren embryo's van IVF/ICSI	9299 cycli	1638 kinderen
Inseminaties (partnerzaad)	9784 cycli	1076 kinderen
Inseminaties (donorzaad)	5566 cycli	918 kinderen
Totaal 30 jaar IVF Genk	41782 cycli	7953 kinderen

WERELDWIJDE TOEGANG TOT VRUCHTBAARHEIDS- BEHANDELINGEN:

VAN DROOM NAAR REALITEIT

Op 12 en 13 december werd er in het ZOL een expert-meeting georganiseerd met de bedoeling een actieplan op te stellen om wereldwijd de toegang tot infertiliteitsdiagnoses en -behandelingen te verhogen. Wetenschappers van over de hele wereld waren aanwezig.

Dit initiatief kon enkel worden gerealiseerd door de samenwerking tussen The Walking Egg vzw en ESHRE, de grootste infertiliteitsvereniging wereldwijd. 41 internationale experts uit 22 landen hebben zich gedurende 2 dagen gebogen over de moeilijkheden en de opportuniteiten die zich aanbieden anno 2020 op het gebied van beschikbaarheid van 'family-planning' wereldwijd, inclusief infertilititeit.

Alle belangrijke wetenschappelijke verenigingen die betrokken zijn bij dit onderwerp werden vertegenwoordigd door hun voorzitter of adjunct-voorzitter. Het doel was om tot actie over te gaan en gebruik te maken van de verschillende sterke punten, eigen aan de diverse verenigingen. Naast gynaecologen en infertiliteitsspecialisten was er ook een sterke delegatie van de WHO, antropologen, sociologen,

ethici, 'foundations' en NGO's. Alle deelaspecten van het thema vruchtbaarheid werden in kleine groepen bediscussieerd en actievoorstellen werden tot slot besproken en goedgekeurd door de hele groep.

De werkgroep van ESHRE (Developing countries and infertility) onder leiding van prof. Willem Ombelet werd gevraagd de leiding en coördinatie op te nemen van dit project. Een eerste follow-up meeting van deze werkgroep is gepland in maart 2020 in Brussel. Deze meeting hoort een uiterst belangrijke mijlpaal te worden voor miljoenen infertiele en kinderloze koppels wereldwijd. Een opmerkelijk detail: de goedkope IVF-techniek die in Genk werd ontwikkeld werd unaniem aanvaard als de 'method-of-choice' voor de toekomstige projecten in 'low- and middle income countries'. ■



TOPDOKTERS

Vanaf 27 januari kan u
prof. dr. Ombelet zien in de
nieuwe reeks van Topdokters
op 4, elke maandag om
20.35 uur.

FACTS, VIEWS & VISION MMIX-MMXVIII

Op 14 december 2019, ter gelegenheid van de viering van 30 jaar IVF Genk/Hasselt, werd het boek 'Facts, Views & Vision MMIX-MMXVIII' uitgebracht, een mooi overzicht van 10 jaar 'Facts, Views & Vision in ObGyn', een internationaal wetenschappelijk tijdschrift.

In juni 2009 verscheen het eerste nummer van FV&V onder impuls van prof. dr. Ombelet, op dat ogenblik als internationaal tijdschrift van de VVOG (Vlaamse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie), 5 jaar later als uithangbord van 'The Walking Egg vzw'.

Vanaf de start werd gekozen voor een aanpak die duidelijk verschillend was van die van de meeste wetenschappelijke tijdschriften. De samenwerking tussen kunstenaar Koen Vanmechelen en wetenschapper Willem Ombelet werd een enorme uitdaging die binnen de wetenschappelijke wereld met argusogen werd gevolgd.

Kruisbestuiving werd het motief: naast de klassieke 'original papers, structured reviews en guidelines' was er zeer veel aandacht voor 'opinion- en

viewpoint papers', niet alleen vanuit gynaecologische hoek, maar ook met een significante inbreng van ethici, sociologen, epidemiologen, filosofen, gezondheidseconomen etc. Deze aanpak resulteerde in de realisatie van een uniek tijdschrift.

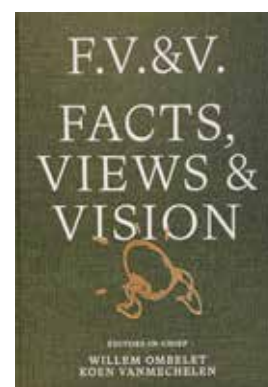
Er werd gekozen voor 'free access', dit wil zeggen dat alle artikels via de website gratis kunnen worden bekeken, opgeslagen en uitgeprint, waar ook ter wereld. Globalisatie als garantie voor aandacht en bron voor discussie.

Gedurende de periode 2009-2018 werden in totaal 582 artikels uit meer dan 30 landen ingestuurd waarvan er na 'peer-review' uiteindelijk 310 (53,2%) werden aanvaard en gepubliceerd. Visionaire artikels en opiniestukken waren verantwoordelijk voor 20% van de artikels, een merkwaardig hoog aantal.

In 2014, na 5 jaar, werd FV&V aanvaard door PubMed en dat was toch wel een opmerkelijke prestatie aangezien een eerste aanvraag slechts mag worden ingestuurd na 4 jaar en minder dan 15% van de aanvragen een positief antwoord krijgen.

Op dit ogenblik is FV&V geïndexeerd door PMC (PubMed Central), PubMed, Web of Science, Google Scholar, BMJ Clinical Evidence en Europe PMC. De artikels werden onverwacht goed geciteerd met dank aan de auteurs, de referees, de 'editorial board' en het team van Universa Press (Gent).

Willem Ombelet was gedurende deze 10 jaar de 'editor-in-Chief' en Koen Vanmechelen werd de 'artistic reviewer', verantwoordelijk voor de prachtige covers en 2 tot 3 beelden per nummer, beelden die werden gecon-



FV&V is a paragon of 21st century communication. In addition to new information, emphasis on discussion and the social interface makes it special while it strives to put related subspecialties in orbit around the star named reproduction

Howard Jones,
gynecologist,
Norfolk, USA



Dr. Johan Van Wiemeersch, dr. Rudi Campo, Jo Vandeurzen, prof. Piet Stinissen, prof. dr. Ombelet, dr. Hubert Vandeput, Erwin Bormans en dr. Yves Breyssem.

fronteerd met de betrokken artikels.

Sedert 2019 werd FV&V het officiële tijdschrift van de ESGE (European Society for Gynaecological Endoscopy), de grootste vereniging van gynaecoloog-endoscopisten. Een substantieel aandeel van de artikels blijft trouw aan het oorspronkelijke idee, een groot deel van de artikels zal nu ook worden aangebracht door endoscopisch gerichte wetenschappers.

Vanaf 2020 zullen ook video-artikels aan bod komen, een nieuw tijdperk is aangebroken, ook de volgende 5 jaar blijven Willem Ombelet en Koen Vanmechelen actief betrokken.

Met zijn 320 pagina's en 85 beelden is dit aantrekkelijk boek een voorbeeld van een opmerkelijke wetenschappelijk-artistieke kruisbestuiving. Het boek werd gedrukt in een beperkte oplage van 200 exemplaren, een mooi overzicht van een succesvol project. ■

DR. RUDI CAMPO GEHULDIGD OP ANNUAL ESGE MEETING IN THESSALONIKI

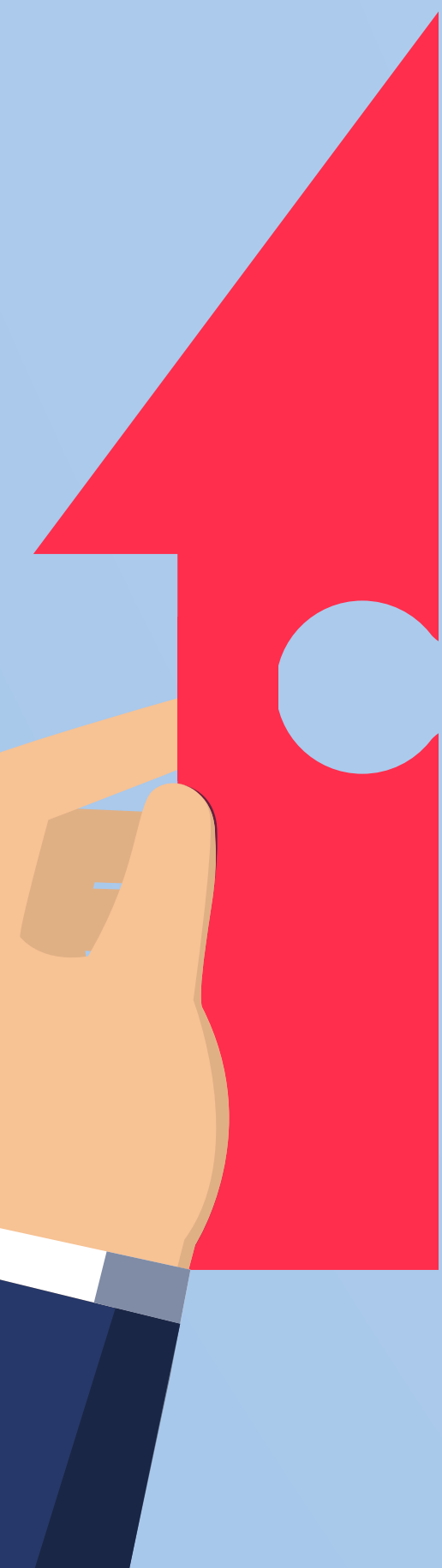
De European Society for Gynaecological Endoscopy (ESGE) is met meer dan 6.000 leden de grootste internationale wetenschappelijke vereniging van gynaecologische endoscopisten.

Op de '28th annual meeting' in Thessaloniki van 6 tot 10 oktober 2019 werd dr. Rudi Campo gehuldigd als erelid, een bekroning voor zijn inzet en werk gedurende de laatste 25 jaar.

Dr. Campo heeft deze vereniging ontegensprekelijk een elan gegeven als voorzitter in de periode van 2014 tot 2016. De laudatio werd uitgesproken door prof. Gordts (Leuven). ■

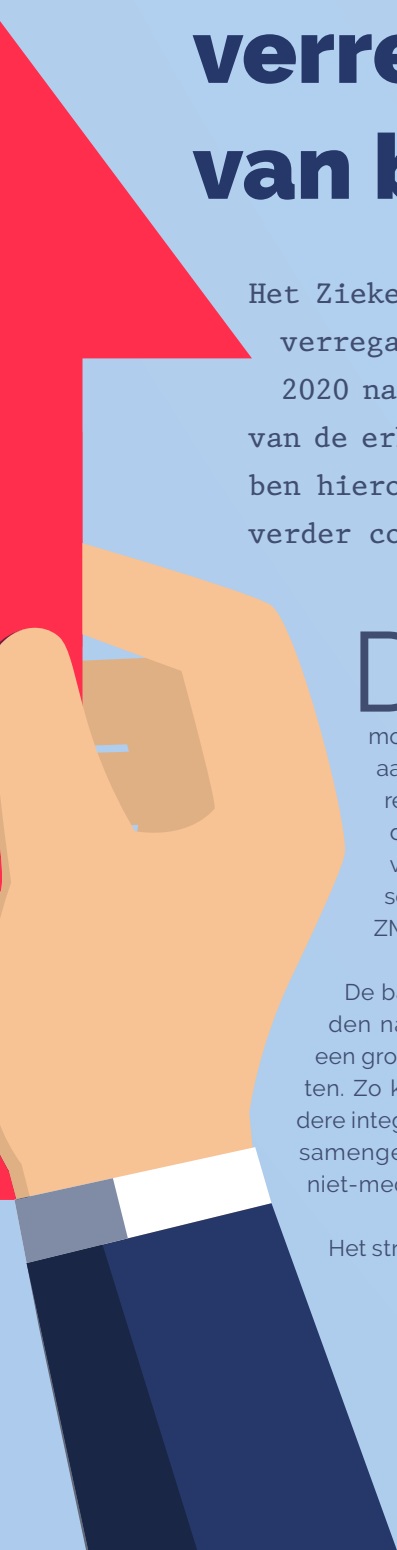


Prof. Gordts en dr. Campo

A stylized illustration of a hand in a light orange color placing a large red puzzle piece into a light blue background. The puzzle piece has a circular hole in the center. To the right, another red puzzle piece is partially visible, also with a circular hole. The background is a solid light blue color.

“

Het is de
bedoeling dat
binnen het jaar
ZMK en ZOL
geïntegreerd
zijn tot één
ziekenhuis met
behoud van ieders
erkenning.

A stylized illustration of a hand holding a red ribbon, positioned on the left side of the page. The hand is orange, and the ribbon is red. The background is a solid light blue.

ZOL en ZMK kiezen voor verregaande integratie van beide ziekenhuizen

Het Ziekenhuis Maas en Kempen (ZMK) en het ZOL werken samen aan een verregaande integratie. De ziekenhuizen evolueren in de loop van 2020 naar één structuur, één organisatie en één beleid, met behoud van de erkenningen van beide ziekenhuizen. De raden van bestuur hebben hierover een principebeslissing genomen die de komende maanden verder concreet gemaakt wordt.

De ziekenhuissector bevindt zich in een situatie waarin het voor kleinere ziekenhuizen steeds moeilijker wordt een volledig zorgaanbod aan te bieden. Met deze realiteit voor ogen resulteerde een denkoefening over de toekomst van ZMK in een overeenkomst tussen de stad Bree, de stad Maaseik, ZMK en ZOL.

De banden tussen ZMK en ZOL worden nauwer aangehaald en er wordt een groeperingsovereenkomst afgesloten. Zo kan er in aanloop naar een verdere integratie tussen beide ziekenhuizen samengewerkt worden op medisch en niet-medisch vlak.

Het streefdoel is om op woensdag 1 juli

2020 de fusie tussen het ZOL en ZMK te bekrachtigen.

Het is de bedoeling dat binnen het jaar ZMK en ZOL geïntegreerd zijn tot één ziekenhuis met behoud van ieders erkenning. Hierbij worden drie duidelijke doelstellingen voor ogen gehouden:

- de patiënten van het Maasland en Oost-Limburg van de best mogelijke zorgen blijven voorzien door een behoud van het medische aanbod;
- streven naar een maximaal behoud van de tewerkstelling bij ZMK;
- dit alles binnen een gezond en stabiel financieel kader.

De integratie van beide voorzieningen zal betekenen dat er bestuurlijk met één beleid en één visie gewerkt wordt. Op die manier kunnen we in het gewijzigde landschap de beste zorgen blijven garanderen voor alle inwoners van Oost-Limburg en het Maasland. ■

Aankondiging



DR. LINE HEYLEN

Nefrologie

Dr. Line Heylen behaalde haar diploma geneeskunde met grootste onderscheiding met felicitaties van de jury aan de KU Leuven in 2011. Haar specialistenopleiding inwendige geneeskunde volbracht ze in Leuven onder leiding van prof. dr. Peetermans gevolgd door de voortgezette opleiding nefrologie onder leiding van prof. dr. Kuypers.

Ze combineerde dit met een doctoraat getiteld 'Ischemia in kidney transplantation: clinical risk factor & epigenetic modifier'.

In november 2019 volgde ze een klinische stage in de Mayo Clinic (Rochester, VS) o.l.v. dr. Fernando Fervenza en dr. Nelson Leung, ter verdieping in glomerulonefritis en renale aandoeningen geassocieerd met monoclonale gammopathie. In januari 2020 is ze gestart als nefroloog in het ZOL.



DR. GRIET SWENNEN

Hematologie

Dr. Griet Swennen behaalde haar diploma geneeskunde met grote onderscheiding aan de KU Leuven in 2013. Haar vorming tot algemeen internist volgde ze in het St-Nikolaus Hospital in onder leiding van dr. P. Jousten, het Mariaziekenhuis Noord-Limburg in Pelt onder leiding van dr. G. De Hondt en UZ Leuven onder leiding van prof. W. Peetermans. Haar specialisatieopleiding tot hematoloog tot slot behaalde dr. Swennen in UZ Leuven, onder leiding van prof. Verhoef.

In het ZOL zal dr. Swennen actief zijn op de dienst Hematologie-Oncologie. Ze zal zich toeleggen op algemene hematologie, met inbegrip van stollingsziekten. Haar bijzondere interesse gaat uit naar lymfoproliferatieve aandoeningen.

NIEUWE ZOL ARTSEN

Het beheer, de directie en de artsen van het Ziekenhuis Oost-Limburg hebben het genoegen u de uitbreiding van de medische staf aan te kondigen. Volgende artsen zijn in het ZOL gestart.



DR. MARIA DESMEDT

Mond-, Kaak- en Aangezichtsheelkunde

Dr. Maria Desmedt behaalde haar artsen-diploma aan de Universiteit Antwerpen in 2003 en haar tandartsendiploma aan de Universiteit Catholique de Louvain in 2006.

Haar specialistenopleiding MKA volgde ze aan het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis in Tilburg, UCL Brussel, de KU Leuven en de Eeuweestkliniek (AZ Monica) in Antwerpen onder leiding van prof. dr. J. Schoenaers.

Dr. Desmedt werkte tot begin 2018 in de Fachklinik Hornheide in Münster (Duitsland) en tot juni 2019 in het MUMC Maastricht. In het ZOL zal dr. Desmedt werken op de dienst MKA waar ze zich zal focussen op weke delen chirurgie. Daarnaast is ze actief in AZ Vesalius in Tongeren.



DR. JAN VERDUYCKT

Medische beeldvorming

Dr. Jan Verduyckt behaalde zijn artsendiplo-ma in 2013. Zijn specialistenopleiding volgde hij in Sint-Lucas Brugge onder leiding van dr. Kristof Ramboer en in UZ Leuven onder leiding van prof. dr. R. Oyen.

Dr. Verduyckt werkte eerder als resident in het ZOL en als staflid in het Sint-Trudo Ziekenhuis van Sint-Truiden.

In het ZOL zal dr. Verduyckt actief zijn op de dienst Medische Beeldvorming. Hij zal zich focussen op hoofd-halsradiologie en foetale beeldvorming.



DR. OLIVIER BECKERS

Mond-, Kaak- en Aangezichtsheelkunde

Dr. Olivier Beckers behaalde zijn artsdiploma in 2011 en zijn tandartsdiploma in 2014 aan de KU Leuven. Zijn specialistenopleiding MKA volgde hij in UZ Leuven onder leiding van prof. dr. J. Schoenaers en UZ Brussel onder leiding van prof. dr. M. Mommaerts.

Na zijn opleiding was dr. Beckers één jaar actief als fellow hoofd- en halsoncologie in de Technischen Universität München (TUM) – Klinikum rechts der Isar onder leiding van prof. dr. K-D. Wolff. Hij behaalde het 'diplôme d'université' (DU) in plastische aangezichtschirurgie aan de universiteit van Lyon.

Onder promotorschap van de

wereldbepaalde prof. dr. Mult. M. Mommaerts werkt dr. Beckers aan zijn doctoraats thesis 'Towards a genderspecific approach in malar (re)construction surgery' in het European Face Centre van UZ Brussel, waar hij nog twee dagen per week actief is.

In het ZOL werkt dr. Beckers op de dienst MKA waar hij zich zal focussen op hoofd- en halsoncologie, reconstructieve en esthetische aangezichtschirurgie en kaakorthopedische afwijkingen.

Tot slot is dr. Beckers oprichter en medisch adviseur bij 'Meddiction', een start-up die medische software ontwikkelt om de gezondheidszorg te optimaliseren (www.meddiction.com).



DR. FADI BAKAL

Plastische heelkunde

Dr. Fadi Bakal behaalde zijn diploma geneeskunde met onderscheiding aan de KU Leuven in 2011. Zijn specialistenopleiding volgde hij in UZ Brussel onder leiding van prof. dr. Moustapha Hamdi, in CHU Tivoli La Louvière onder leiding van dr. M. Abboud en in het Catharina Ziekenhuis Eindhoven onder leiding van dr. Maarten Hoogbergen. Hij studeerde af in 2019 met grote onderscheiding.

Hij wordt hierna fellow van het Collegium Chirurgicum Plasticum (CCP) en fellow van de European Board of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery (EBOPRAS). Vervolgens was hij actief als internationale Fellow Plastic & Aesthetic Surgery bij dr. Rafic Kuzbari in Wenen gedurende 3 maanden na zijn opleiding.

Dr. Bakal zal werken op de dienst Plastische, Reconstructieve en Esthetische Heelkunde waar hij zich hoofdzakelijk zal focussen op borstreconstructies, esthetische chirurgie.

MET PENSIOEN



DR. LUC VERRESEN
nefroloog

Op 31 december ging nefroloog dr. Luc Verresen met pensioen. Hij werkte van 1987 tot 1992 als staflid op de afdeling Nefrologie en de nierdialyse in UZ Leuven. Samen met dr. Peter Leenaerts, die op 1 maart 2016 op pensioen ging, richtte hij in 1992 de dienst Nefrologie en de dialyse-afdeling op in het toenmalige Sint-Jansziekenhuis in Genk. Er werd gestart met 4 dialyseverpleegkundigen en 4 patiënten.

Al snel nam het aantal dialysepatiënten toe. Ook met de opstart van de dienst Cardiochirurgie in april 1992 en de verzwarende van de pathologie in het ziekenhuis in het algemeen was er nood aan acute dialyse postoperatief op Intensieve Zorgen. Daarnaast toonden cijfers aan dat er in Limburg minder dialyses gebeurden dan in de rest van Vlaanderen. De dienst groeide

progressief, mede door de bevolkingsvergroting.

Dr. Verresen behaalde in 1994 zijn doctoraats- en aggregaatstitel. In 1995 werd hij als deeltijds docent aangesteld aan UHasselt en zetelde hij in allerlei commissies. Van 2003 tot 2016 was hij lid van de redactieraad van ZOLarium.

Dr. Verresen werd medisch diensthoofd Nefrologie in 2016. In het vooruitzicht van zijn pensioen gaf hij op 1 januari 2019 de fakkel als medisch diensthoofd door aan zijn collega dr. Jacques Peeters.

De plannen voor zijn pensioen zijn concreet: filosofie studeren was alleen jongensdroom die hij nu op een of andere manier hoopt te realiseren. Achteraf bekeken vindt hij het inderdaad. ■



Jan als jonge
mechaniker



Jan als jonge renner en winnaar



Jan Neyens als
18-jarige

JAN NEYENS

de eerste ambulancier van het Sint-Jansziekenhuis

Toen op 21 april 1936 het Sint-Jansziekenhuis feestelijk werd ingehuldigd, ging men op zoek naar een ziekenwagen en een chauffeur. Instapklare ambulances met alles erop en eraan bestonden toen nog niet. Stonden ook in geen enkele catalogus van enig automerk vermeld.

Grote uitdaging dus om creatief aan de slag te gaan. Bij garagist Verstraeten in de Grotestraat (later garage Geurts) werd een bruikbaar chassis gevonden van een indertijd populair type Ford. Op dit stalen onderstel met vier wielen schroefden werknemers uit een Luikse firma een stalen karkas, dat aan de primitiefste behoeften van een ambulance moest voldoen, namelijk dat een zieke of gewonde er voluit achterover kon liggen.

Dit wonder van speelse creativiteit en doordacht concept werd 'Tarzan' genoemd. Een redelijk toepasselijke naam voor een uit de kluiten gewassen automobiel, die aangedreven werd door een zware achtcilinder motor. Een ambulancewagen dient immers om iemand zo snel mogelijk ergens op te laden en in een ziekenhuis weer uit te laden. Dat dit grotesk gevaarte enkele onvolkomenheden bezat, was begrijpelijk gezien het bric-à-bracwerk. De plaatstalen carrosserie was veel te breed en te hoog voor de smalle onderbouw zodat het zwaartepunt hoger kwam te liggen en het geheel gevaarlijk kwam te hellen in scherpe bochten. Als

sirene fungeerde een doordeweekse huisbel, die in die tijd ook al geen wonder van technisch vernuft was. Even primitief was de Spartaanse binnenbekleding. Een verwarming ontbrak totaal. Maar met een startknop, een stuurwiel en een V8 benzinemotor kom je al een heel eind.

De eerste ambulancier-chauffeur

Toen 'Tarzan' aan het oude Sint-Jansziekenhuis werd afgeleverd, was er geen enkel personeelslid dat ermee kon rijden. Ook geen enkele zuster van de Congregatie van de Dochters van het Kruis, die instonden voor de ziekenzorg. Gelukkig woonde pal voor het ziekenhuis, aan de overkant van de Weg naar As, een zekere Jan Neyens. In zijn garage verkocht hij naast fietsen en Vespa's ook automobielen van het merk Borgward, Goliath en Lloyd. Jan was al van jongs af aan geïnteresseerd geweest in mechaniek én hij reed al in de jaren twintig rond met verschillende stoere Belgische merken die nu niet meer bestaan. Een rijbewijs had hij niet, maar in België was dat toen nog geen verplichting. Trouwens, om er



Jan met zijn drie zonen



Sint-Jansziekenhuis 1965

een te halen was het niet eens zo moeilijk. Je stuurde gewoon 50 frank op naar het Ministerie van Openbare Werken, dienst wegverkeer, en je had een rijbewijs op zak.

Zo werd Jan Neyens de eerste en voor geruime tijd de enige ambulancier-chauffeur van het Sint-Jansziekenhuis. Het was een bijverdienste die werd betaald door de C.O.O (het latere O.C.M.W). Vóór WO II was het nog niet zo druk in het ziekenhuis. Verkeersslachtoffers vielen nauwelijks te betreuren omdat er praktisch geen wagens reden op de stofferige Limburgse zandwegen. Toch diende Jan elke dag van de week en 24 op 24 uur paraat te staan. Om overdag of 's nachts onmiddellijk te kunnen uitrukken, parkeerde hij 'Tarzan' niet aan het ziekenhuis maar in zijn garage. Als er een dringende oproep in het ziekenhuis binnenkwam, rende een zuster de Weg naar As over, en trok aan de huisbel. Geen twee tellen later sloeg de V8-motor aan en scheurde Jan met één of twee zusters naar de noodlijdende patiënt.

Oorlogstijd

Bij het uitbreken van WO II werd het aanzienlijk drukker voor de ambulancier. Al op de tweede oorlogsdag, 11 mei 1940, kwam hij oog in oog te staan met twee Duitse soldaten op een motorfiets. Ze hadden zijn ambulance zien staan en eisten die op

om enkele Duitse militairen op te halen die verwond lagen aan het Albertkanaal. Met lede ogen zag Jan hoe die aanmatigende Duitsers er met zijn mooie ziekenwagen, ook al was die nog zo Spartaans, vandoor gingen. Maar een dik uur later hoorde hij het ronken van zijn V8 'Tarzan' en lagen in de laadruimte enkele gekwetste Duitse soldaten opeengestapeld. Samen met dokter Hermans bracht Jan ze één voor één op brancards het Sint-Jansziekenhuis binnen. Om de gewone zieke patiënten en bevallende moeders niet af te schrikken, werden ze met de nodige discretie in een aparte zaal gelegd.

“

Omwille van de benzineschaarste, werd zo weinig mogelijk met de ambulance op en af gereden. Zieken en gewonden konden wel worden opgehaald maar niet terug naar huis gebracht. Voor de terugweg werd hun fiets meegenomen, die boven op het dak van de ambulance werd vastgebonden.



Sleutelen aan
go-cart



Binnenzicht garages



Garage Neyens jaren 1950

de luchtbombardementen werd besloten om boven op het dak een groot rood kruis op witte achtergrond te schilderen.

Nijpend tekort aan alles

Na een week daalde een betrekkelijke rust over het ziekenhuis neer, maar geleidelijk aan begon zich het probleem van de rantsoenering te stellen. De bevoorrading van voedsel, medicijnen, serum en benzine kwam in het gedrang. Omdat de zware benzinemotor van 'Tarzan' zoop als een tempelier, en benzine schaars werd, kocht de C.O.O in Brussel een Studebaker aan, die was uitgerust met drie grote gasflessen. Het gas was afkomstig uit Luik en moest worden afgehaald aan het kanaal in Hasselt, vaak onder een loeiend luchtalarm of een onverhoeds bombardement. In het begin was het gas voldoende rijk om er vlot mee te rijden. Maar naarmate de oorlog vorderde, knoeide men aan het gasmengsel en werd het te arm om de Studebaker op te starten. Ook bombardementen op de Luikse gasinstallaties waren niet bevorderlijk voor een vlotte hulpverlening. De gasflessen hadden echter het grote nadeel dat ze vrij zwaar waren, zodat de ambulance moeilijker bestuurbaar was en gevaarlijk kon hellen in razend scherpe bochten. Bovendien droogde het gas de gesmeerde onderdelen van de motor vrij snel uit, zodat ze op regelmatige tijdstippen met olie moesten worden geïnjecteerd.

Aan voldoende voedsel komen was een ander probleem. Temeer daar er patiën-

ten opgenomen werden die geen rantsoenkaart bijhadden. Gelukkig waren er enkelen die na hun herstelperiode thuis werden gebracht en hun genezing in natura wilden vergoeden. Zoals een boer uit Tongerlo die, in ruil voor zijn genezing, een half varken schonk. Maar hoe moest Jan in volle oorlogstijd honderd pond lillend vlees zo ongezien mogelijk transporteren voor eventuele hongerige kapers op de terugweg? Dat deed hij met behulp van de twee meereizende zusters. Het halve varken werd zeer zorgzaam in een laken gewikkeld en onder de brancard geschoven. Op de brancard installeerde zich één van de zusters in de pose van een 'zwaargekwetste'. Om dit 'pijnlijk' tafereel voor een eventuele Duitse wegcontrole nog aangripender te maken, depte de zuster een snelverband in vers varkensbloed en wikkelde het om haar hoofd. Gelukkig werd die maskerade onderweg niet opgemerkt, maar bij het binnenrijden van het Sint-Jansziekenhuis was het toch even schrikken voor de Congregatieleden van de Dochters van het Kruis, die hun 'zwaargekwetste' medezuster van de brancard hielpen. Tot ze, levendiger dan ooit, haar hoofdverband afrukte en de schat onder de brancard uit het laken wikkelde. God werd jubelend geprezen voor zo'n onverwacht varkensfestijn.

Andere wonderen

Geen oorlog zonder bloedvergieten en dus is serum een zeer kostbaar iets. De

dichtstbij gelegen farmaceutische opslagplaats lag in Luik maar daar was de voorraad niet onbeperkt. Meermaals had Jan Neyens het meegemaakt dat er bijna niets los te peuteren viel. Zonde dus om in volle oorlogstijd met een quasi lege wagen op en af te rijden. Toen het Sint-Jansziekenhuis op een dag volledig door de voorraad serum zat, bedacht Jan een snood plan. Hij leende 50 verse eieren uit de keuken, wikkelde ze voorzichtig in stro en verstopte ze onder de brancard. In Luik aangekomen vernam hij wat hij al had gevreesd: er waren maar twee dozen serum beschikbaar. Daarop riep hij de hoofdmagazijnier bij zich en toonde wat voor lekkers hij had meegebracht. Op voorwaarde natuurlijk, dat de Luikenaar zijn ambulance vol serum zou stoppen. De hoofdmagazijnier viel bijna op zijn knieën van dankbaarheid want in oorlogstijd had iedereen honger, en dus ook zijn kroostrijk gezin. De lucratieve deal werd onmiddellijk bezegeld met een volle ambulance serum. Aan het ziekenhuis gekomen, sprong zuster Antoine-Marie in de lucht van hemelse vreugde en klapte in haar handen. En zo kon Jan een nieuwe parabel aan het Oude Testament toevoegen, de parabel van de wonderbare eieren.

Een ambulance-expeditie naar iets broodnodigs kan soms ook eens dik tegenvallen. Een boer uit de streek van Opitter had in een gulle bui de zusters van het Genkse ziekenhuis een pak graan beloofd. Omdat in oorlogstijd het oog groter is dan de



Studebaker ambulance met twee zusters



Nieuwe Mercedes ambulances 1960

maag, stapten twee zusters in de ambulance. Kwestie van zo'n karrevracht graan niet in hun eentje te moeten verslepen. Jan was de boerderij niet mee binnengegaan omdat hij dacht dat de zusters, in hun Gewijde Gewaden, méér graan konden meepikken, dan hij in zijn sjofele garageplunje. Na een behoorlijk lange wachttijd kwamen de zusters naar buiten met elk ... één (1) kilogram graan.

Bij nacht en ontij

's Nachts uitrijden met de ambulance was geen pretje. Vooreerst omdat de burgers dachten dat het patrouillerende (of dronken) Duitsers waren met kwade bedoelingen. Ten tweede omdat het in het rurale Limburg pikdonker was en de koplampen verplicht moesten worden afgedekt tot twee kleine spleetjes. Want twee kolossale lichtbakens in een duister landschap zouden al snel door verkenningsvliegtuigen worden opgemerkt. Toen Jan eens een man met dreigende ademsnoed in de ambulance vervoerde, en geen steek voor zijn ogen zag, rukte hij de verduistering van de lampen af om sneller in het ziekenhuis te zijn. Maar ter hoogte van het station van As hoorde hij in de lucht bommen gieren en op de grond uiteen knallen. Als de weerlicht monteerde hij de afdekkappen terug op de koplampen terwijl de meereizende zusters er alles aan deden om de kortademige patiënt in leven te houden. Het meest frustrerende aan nachtelijke ritten met een ambulance was

dat het opgegeven adres soms al te vaag was aangegeven of in de meanderende boerenwegels niet te vinden was. Dan moest Jan bij nacht en ontij ergens in de buurt aankloppen bij een willekeurig huis. Panische angst bij de bewoners natuurlijk,

“

In 1960 besloot het Sint-Jansziekenhuis een eigen ambulancedienst op te richten. Er werden nieuwe ziekenwagens aangekocht en een eigen garage ingericht voor onderhoud en klein herstel.

tot hij zei dat hij de ambulancier van het Sint-Jansziekenhuis was en als ultiem bewijs zijn paspoort onder de deur schoof.

Omwille van de benzineschaarste en het bom- en granaatgevaar onderweg, werd zo weinig mogelijk met de ambulance op en af gereden. Zieken en gewonden konden

wel worden opgehaald maar niet terug naar huis gebracht. Voor de terugweg werd hun fiets meegenomen, die boven op het dak van de ambulance werd vastgebonden.

De verhuis van het ziekenhuis

Eind mei 1944 werden massaal veel gekwetste Duitse soldaten naar het Sint-Jansziekenhuis gebracht. Vooral nadat het militair ziekenhuis in Leopoldsburch en Beverlo door de Engelsen was gebombardeerd. In open vrachtwagens, en liggend op verend stro, kwamen de zwaargewonde Duitsers binnen. Het waren vreselijke taferelen. Kapotgeschoten gezichten, bebloede uniformen en ledematen die rijp waren om te worden geamputeerd. Om te herstellen wat nog hersteld kon worden, eisten de Duitsers het volledige ziekenhuis op. De meeste van de 100 aanwezige patiënten werden naar huis gestuurd. De besmettelijke zieken werden overgebracht naar het A. Dumontziekenhuis en naar Hasselt. De pas geopereerden naar het 'Hôtel de la Cloche' en het 'Hôtel des Artistes'. In meer idyllische tijden was het 'Hôtel des Artistes' de verblijfplaats geweest van talloze landschapsschilders die Genk eind 19de en begin 20ste eeuw bezochten. Nu stond op de voorgevel in plaats van de naam in grote letters: 'ZIEKENHUIS'. Enkel het hoogst noodzakelijke medisch materiaal mocht worden meegenomen, dit dankzij de tussenkomst van oorlogs-burgemeester Jef Olaerts. Voor het vervoer stonden

de ambulance van Jan en de taxi's van de heer Vastmans in. Dankzij de gezamenlijke inspanning van vele bereidwillige burgers en de K.S.A leden verliep de gigantische verhuis gedisciplineerd en in de grootste orde.

Nieuwe ontwikkelingen

Op het einde van de oorlog was er praktisch geen benzine meer te verkrijgen, maar Jan Neyens wist toch ergens clandestien 200 liter te bemachtigen. Broodnodig want tegen die tijd was het gas zó arm geworden, dat zijn ambulance niet meer inzetbaar was. De vier benzinebidons van elk 50 liter werden op een geheime plek achter het ziekenhuis onder de grond gestopt en bedolven onder de voorraad aardappelen. Maar toen het ziekenhuis tijdelijk naar het 'Hotel des Artistes' diende te verhuizen, gingen ook de aardappelen mee en kwamen de bidons open en bloot te liggen. Met behulp van ingenieur d'Haese en vier gemeentewerklieden werd de kostbare benzinevoorraad opgegraven en in de omgeving van het Kozenhuisje opnieuw ingegraven. En zo kon de ziekenwagen van de eerste ambulancier-chauffeur van het Sint-Jansziekenhuis opnieuw rijden en kreeg het Oude Testament er weer een nieuwe parabel bij, die van de benzine onder een aardappelberg.

Tot in het jaar 1960, vierentwintig jaar lang dus, heeft Jan Neyens in zijn eentje de ambulancedienst verzekerd. Het waren drukke tijden met onnoemelijk veel menselijk leed en tragische toestanden, maar ook tijden van mooie herinneringen. In dit jaar besloot het Sint-Jansziekenhuis een eigen ambulancedienst op te richten. Er werden nieuwe ziekenwagens aangekocht (nu wel te

vinden in de catalogus van Mercedes) en een eigen garage ingericht voor onderhoud en klein herstel.

Historische bedenking

Als jonge man heeft Jan in de jaren twintig van vorige eeuw nog met een Ford 'Conduite Interieure' rondgereden, een voor die tijd zó moderne wagen dat hij zich niet kon voorstellen wat er nog aan auto's verbeterd kon worden. Vandaag, een eeuw later, stellen we ons de omgekeerde vraag en kijken op elk autosalon uit naar alweer de allernieuwe snuffjes. Zo ook is het met de ambulancewagens vergaan. Die zijn geëvolueerd van een Spartaanse rammelkast met huisbel, tot loeiend razende interventie-kliniekjes met de allerfijnste medische apparatuur aan boord. Maar het pionierswerk dat Jan Neyens met zijn 'Tarzan' en Studebaker deed, blijft een staaltje heroïsch doorzettingsvermogen om met zó weinig middelen zoveel mensen te helpen. Net geen vier maanden vóór zijn honderdste verjaardag, overleed hij op 10 oktober 2003. ■



Dr. Johan Van Robays

Anatomopatholoog

(Met dank aan de Heemkring 'Heidebloemke' voor documentatie en foto's)

Save the dates

WETENSCHAPPELIJKE RAAD PROGRAMMA 2019|20

Donderdag 20 februari 2020	Auto-immuunserologie: alles wat u altijd wilde weten maar nooit durfde vragen
Donderdag 26 maart 2020	Endocrino@ZOL 2020: unlimited
Zaterdag 28 maart 2020	Symposium cardiologie
Donderdag 23 april 2020	Behandeling van kanker... maar vergeet de pijn niet
Donderdag 28 mei 2020	Penicilline-allergie en de impact op correct antibioticagebruik
Donderdag 25 juni 2020	Patiënten met niet aangeboren hersenaandoeningen

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
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. Griet Vander Velpen, dr. Johan Van Robays, prof. dr. Willem Ombelet, dr. Kristof Thevissen. ■ **Redactieadviesraad:** dr. Marc Daenen, dr. Jan De Koster, dr. Eline Macken, prof. dr. Dieter Mesotten, prof. dr. Willem Ombelet, dr. Griet Vander Velpen, dr. Johan Van Robays, dr. Luc Vrielinck ■ **Foto's:** ZOL, Micha Vandormael, Marco Mertens, Boumediene Belbachir, Imapictures, Tony van Galen, Harry Heuts, HBvL, BlueHealth Innovation Center, Dissectiekamer: @PhotoStraka ■ **Lay-out:** Lisa Castelli & Liesbeth Grondelaers, dienst Communicatie ■ **Redactie:** Schiepse Bos 6, B, 3600 Genk - Belgium ■ T +32 (0)89 32 17 62 ■ zolarium@zol.be ■ www.zol.be ■ **Niets uit deze uitgave mag overgenomen of vereenvoudigd worden zonder schriftelijke toelating van de uitgever.** ■ Jaargang 17 nr. 74 • oktober • november • december • 2019

Partners in zorg

Elke Janssen, verpleegkundige op de Recovery van het operatiekwartier op campus Sint-Jan, schonk beenmerg aan een onbekende Amerikaan. "De ontvanger en ik bleken een gouden match. Als je iemand met een zeldzame of dodelijke ziekte zijn leven kan redden, ga je dit toch niet weigeren?"

Elke Janssen was al acht jaar bloeddonor bij het Rode Kruis toen ze vorige jaar besliste om zich ook als stamcel donor te registreren. Haar gegevens werden in een internationale databank opgenomen.

Elke Janssen: "De kans dat er een match is, is slechts 1 op 30.000 als er geen familiale band bestaat, dus verder stond ik daar niet bij stil. Totdat ik een viertal maanden geleden een telefoontje kreeg dat er een mogelijke match was maar dat bijkomend onderzoek nodig was."

"Ik ben dan opnieuw bloed gaan geven. Pas een maand later kreeg ik een brief. Ik bleek de geschikte donor te zijn en er werd gevraagd om me drie maanden beschikbaar te houden omdat de medische toestand van de patiënt optimaal moest zijn om de kans op een succesvolle transplantatie zo groot mogelijk te maken. Ik kon kiezen waar de afname zou plaatsvinden en UZ Leuven bleek het dichtste bij. Vanaf dan neemt de spanning wel toe. Ze vragen je om in een zwart gat te springen, zonder dat je de gevolgen kent. Toen ik hoorde dat ze niet gewoon bloed zouden trekken maar beenmerg via de heupen zouden verzamelen, moest ik toch even slikken. Deze ingreep gebeurt immers onder narcose en wordt uiterst zelden toegepast. Ik vermoed dat hierdoor de kansen voor de ontvanger groter zijn."

"De ingreep vond uiteindelijk half januari plaats en alles is goed verlopen. Ik had veel pijn en stijfheid verwacht maar dat viel mee. Om opnieuw aan te sterken, moet ik twee weken rusten en krijg ik een ijzerkuur en een zak met mijn eigen bloed toegediend, dat eerder afgetapt werd."

"Ik hoop dat mijn getuigenis meer mensen zal inspireren om zich als stamcel donor te registreren. Als je eigen kind in zo'n situatie terecht komt, wil je toch ook dat er iemand gevonden wordt die zijn leven kan redden."

“

Als je iemand met een zeldzame of dodelijke ziekte zijn leven kan redden, ga je dit toch niet weigeren?