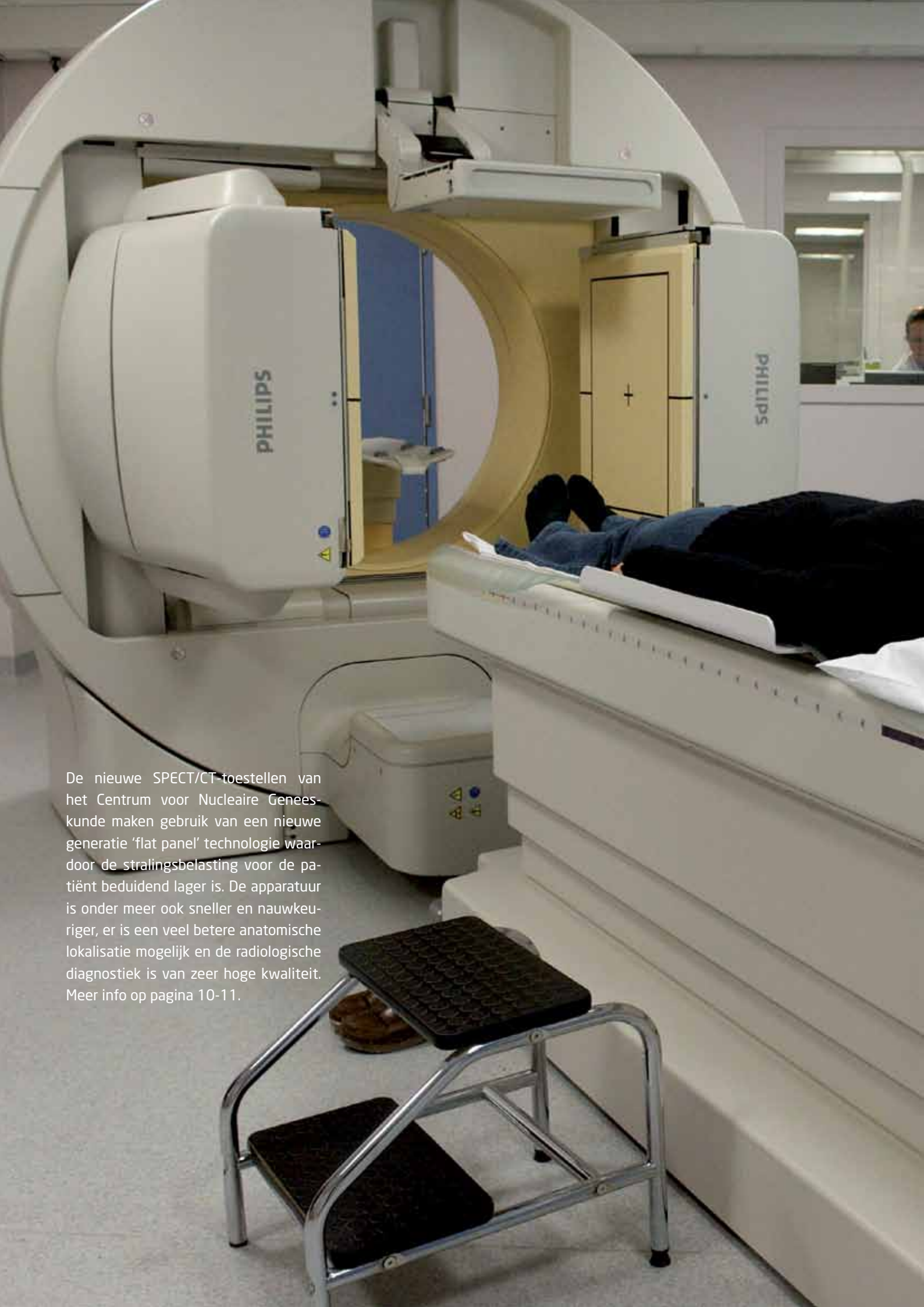


in dit nummer

**JESSA**  
ZIEKENHUIS

Nieuwe telezalen 7 | Strabisme en amblyopie 8 | Nieuwe SPECT/CT 10 | Kinderpsycholoog op de afdeling kinder- en jeugd-geneeskunde 12 | Samenwerking longziekten St.-Trudo en Jessa Ziekenhuis 14 | Geriatrische evaluatie bij keuze behandelingsstrategie 16 | Nieuwe artsen 17 | Welzijn oudere kankerpatiënten op langere termijn 18 | 15 jaar datamanagement oncologie 19 | dr. Jeroen Mebis gedoctoreerd 20 | Wellnessruimte kankerpatiënten 21 | Jessa Ziekenhuis 'Babyvriendelijk ziekenhuis' 22 | Veiligheid kent geen grenzen 23 | Verbum 24 | Symposia 27



De nieuwe SPECT/CT-toestellen van het Centrum voor Nucleaire Geneeskunde maken gebruik van een nieuwe generatie 'flat panel' technologie waardoor de stralingsbelasting voor de patiënt beduidend lager is. De apparatuur is onder meer ook sneller en nauwkeuriger, er is een veel betere anatomische lokalisatie mogelijk en de radiologische diagnostiek is van zeer hoge kwaliteit. Meer info op pagina 10-11.



## Lectori Salutem

Namens het medische departement van het JESSA ziekenhuis, wens ik u allen een gezond, uitdagend en stimulerend 2011 toe.

Binnen het JESSA ziekenhuis belooft 2011 alvast opnieuw een jaar vol uitdagingen te worden. Ruim 1 jaar na de fusie van beide Hasseltse ziekenhuizen zijn de eerste groeipijnen verteerd en staat de nieuwe organisatiestructuur op poten (samenstelling van de clusters, aanstelling van medische diensthoofden, inrichten van overlegstructuren). 24 januari 2011 zal ook het moment zijn waarop het JESSA haar eerste grote verhuisbeweging in het medische departement zal verwezenlijken: de gespecialiseerde spoedgevallenafdelingen van het voormalige Salvator-St.Ursula-ziekenhuis en het Virga Jesseziekenhuis smelten samen.

Deze samensmelting is de eerste fase in een complexe verschuifbeweging van medische diensten waarbij, over een periode van 4-5 jaren, identieke specialisten uit beide voormalige ziekenhuizen zoveel mogelijk op dezelfde campus ondergebracht worden. De belangrijkste reden om deze bewegingen door te voeren is het zorgaanbod voor patiënten en zorgverstrekkers te optimaliseren en te verbreden. Het werken binnen grotere associaties biedt voor artsen voordelen naar verdere subspecialisatie. In 2011 wordt tevens gestart met de verbouwing van het voormalige Provinciaal Geneeskundig Centrum dat onder meer huisvesting zal bieden aan het gefuseerde laboratorium pathologie. In het voorjaar start tevens de bouw van een bijkomende afdeling geriatrie op de campus Salvator zodat de afdeling geriatrie van de site St.-Ursula in het najaar overgebracht kan worden. Tijdens de zomermaanden overweegt het ziekenhuis ook een aantal interne verschuivingen van chirurgische en inwendige diensten binnen het ziekenhuis. Op elk moment kan u uiteraard de patiënt verwijzen naar de arts waarmee u al samenwerkt.

Het JESSA blad nieuwe stijl begint stilaan vorm te krijgen. In dit nummer vindt u een aantal bijdragen over vernieuwingen die zich in ons ziekenhuis afspelen.

Ik wens u veel informatiegenot met dit nummer.

Prof. dr. Frank Weekers



## RAADPLEGING BORSTCENTRUM GESTART OP CAMPUS SU

Het multidisciplinair borstcentrum van het Jessa Ziekenhuis houdt sinds maandag 4 oktober iedere maandagvoormiddag raadpleging op campus St.-Ursula. Een vertegenwoordiging van artsen van het borstcentrum bespreekt er de diagnose van patiënten met goed- of kwaadaardige borst- en gynaecologische tumoren. De raadpleging is bedoeld om de patiënten uit de regio rond Herk-de-Stad snel een kwaliteitsvolle dienstverlening te bieden, dicht bij huis. Daarnaast blijft ook de raadpleging op dondernamiddag op campus Virga Jesse behouden. Aan de raadplegingen van het borstcentrum nemen specialisten deel van gynaecologie, radiotherapie-oncologie, medische oncologie, radiologie en pathologische anatomie, samen met een borstverpleegkundige en een psychologe.

## DR. PASCAL VRANCKX IS CO-REDACTEUR VAN THE ESC TEXTBOOK OF INTENSIVE AND ACUTE CARDIAC CARE

Bij Oxford University Press verscheen zopas The European Society of cardiology Textbook of Intensive and Acute Cardiac Care. Cardioloog-Intensivist dr. Pascal Vranckx, verbonden aan het Hartcentrum van het Jessa Ziekenhuis, is één van de initiatiefnemers en co-redacteur van dit prestigieuze werk.

Het is een klinisch gericht naslagwerk voor cardiologen en geneesheer-(assistenten) die actief zijn in de intensieve zorgen en acute cardiologie. Het boek is opgebouwd rond de kennisvereisten die geformuleerd worden in the ESC kern curriculum voor de acute cardiologie. De tien onderdelen en meer dan 75 hoofdstukken zijn geschreven door internationale opinieleiders in elk domein. Meer informatie: [www.oup.com/uk/medicine](http://www.oup.com/uk/medicine).



## 800 AANWEZIGEN OP INFOAVOND PROSTAATKANKER

Op 25 oktober organiseerden het Jessa Ziekenhuis en het Sint-Franciskusziekenhuis in het CC Hasselt een informatieavond over prostaatkanker "Het taboe doorbroken". Meer dan 800 geïnteresseerden waren aanwezig om van deskundigen uitleg te krijgen over het opsporen en behandelen van prostaatkanker. "We merken dat er in de dagelijkse praktijk toch vaak nog een taboe hangt rond prostaatkanker en de prostaatproblematiek in het algemeen," zeggen de prostaatverpleegkundigen van beide ziekenhuizen. Naast huisarts dr. Marc Viane, die sprak over preventie en opsporen van prostaatkanker, gaven verschillende urologen, een prostaatverpleegkundige en een radiotherapeut-oncoloog informatie over de aspecten van de ziekte en de behandeling. Acteur Pol Goossens uit Thuis sloot op een ludieke manier af. De informatie verliep in samenwerking met de stad Hasselt en de provincie Limburg.



## HAK HERKENRODE EN JESSA ZIEKENHUIS VIEREN 25 JAAR SAMENWERKING

De huisartsenkring Herkenrode en het Jessa Ziekenhuis hebben in oktober met een symposium het 25-jarig bestaan gevierd van de contactcommissie huisartsen - ziekenhuisartsen Hasselt. "We waren indertijd één van de eerste huisartsenkringen in België die in georganiseerd verband en op regelmatige basis met de ziekenhuizen uit de regio zijn gaan samen zitten," zegt dr. Robert Nailis, die jarenlang voorzitter van de huisartsenkring Herkenrode was. "Onze samenwerkingsovereenkomst heeft wellicht model gestaan voor veel andere samenwerkingsverbanden in België. Dat is mede te danken aan een publicatie in het tijdschrift van de Nationale Raad van de Orde der Geneesheren."

"De contactcommissie vergadert enkele keren per jaar", legt dr. Jos Vandekerckhof, voorzitter medische raad Jessa Ziekenhuis uit. "We bespreken er concrete punten en problemen die in onze samenwerking naar boven komen. Dit heeft maar één doel: tot een betere zorg voor onze patiënten komen". De organisatie van de huisartsenwachtpost Hasselt is één van de meest concrete voorbeelden waarin de goede verstandhouding tussen huisartsen en ziekenhuis een belangrijke rol heeft gespeeld. Daarnaast organiseert de contactcommissie jaarlijks onder meer een symposium waarin huisartsen en specialisten op interactieve wijze een aantal patiëntencasussen bespreken.



## 'BETROKKENHEID' IS RODE DRAAD DOORHEEN KWALITEITSHAPPENING

Naar jaarlijkse gewoonte organiseerde het Jessa Ziekenhuis tussen half november en half december een kwaliteitshappening. Dit jaar kreeg het initiatief het centrale thema 'Betrokkenheid: bouwsteen voor een goede zorg'. De happening omvatte acht themasessies en dertien teams stelden een kwaliteitsproject via een poster voor. In totaal namen 475 mensen aan de kwaliteitshappening deel. Onder hen 68 artsen. De interesse van de artsen ging vooral uit naar de sessies over kinderpsychologie, revalideren.... isoleren en lean denken en doen in de zorg.

De kwaliteitshappening bood een gevarieerd programma dat domeinen belichtte zoals patiëntveiligheid (zie pagina 23), ziekenhuis-hygiëne, ouderenzorg, interne en externe audits, procesmanagement, betrokkenheid in theorie en praktijk en kinderpsychologie. Vooral het symposium 'Een kinderpsycholoog op de afdeling kinder- en jeugdgeneeskunde: (g)een evidentie' trok geïnteresseerden vanuit heel Vlaanderen aan (zie pagina 12).

## ESMO-ERKENNING MEDISCHE ONCOLOGIE EN PALLIATIEVE ZORGEN VERLENGD

De Europese vereniging voor Medische Oncologie (ESMO: European Society for Medical Oncology) heeft op zijn recente congres in Milaan (oktober 2010) de erkenning van de afdeling Medische Oncologie en Palliatieve Zorgen van het Jessa Ziekenhuis verlengd als "ESMO Designated Center of Integrated Oncology and Palliative Care".

Deze erkenning geeft aan bepaalde kankercentra een internationale erkenning voor de manier van geïntegreerde kankerbehandeling en palliatieve zorgen. De afdelingen die de erkenning wensen te behalen, moeten voldoen aan 13 criteria die bewijzen dat ze een holistische aanpak aanwenden voor de behandeling van kankerpatiënten. Op deze manier kan de patiënt zeker zijn dat er bijvoorbeeld voldoende aandacht is voor zijn kwaliteit van leven en hij de best mogelijke geïntegreerde ondersteuning krijgt uit psychologisch en sociaal standpunt. Daarnaast is het een belangrijke vereiste om research te verrichten en om opleidingsplaatsen te voorzien voor buitenlandse oncologen.

Tot op heden zijn er 91 centra geaccrediteerd na een rigoureuze evaluatieproces. Het gaat om centra in Europa, India, Argentinië, Hong Kong, Canada, USA en Australië. Alle geaccrediteerde centra hebben bewezen dat ze een sterk geïntegreerde holistische oncologische aanpak hebben voor hun patiënten met expert-aandacht voor het bestrijden van pijn, psychologische hulp en sociale omgeving. De erkenning is geldig voor 3 jaren. Naast de afdeling medische oncologie en palliatieve zorgen van het Jessa Ziekenhuis zijn in België ook het Middelheim Ziekenhuis in Antwerpen en het Jules Bordet Instituut in Brussel geaccrediteerd.



## DR. JOKE BOSSERS WINT PRIJS VAN DE VLAAMSE HUISARTS

De Hasseltse huisarts dr. Joke Bossers, die als arts palliatieve zorg ook verbonden is aan het Jessa Ziekenhuis, is laureaat van de Prijs van de Vlaamse Huisarts 2010. Ze combineerde tijdens haar loopbaan, die in 1984 startte, een praktijk als huisarts met de uitbouw van de palliatieve zorg in Limburg. Hierin fungeerde ze gedurende vele jaren als een pionier en spilfiguur. Zo lag ze mee aan de basis van verschillende initiatieven op het vlak van palliatieve zorg, die door de jaren heen een permanent karakter kregen. Voorbeelden daarvan zijn Listel (coördinatie en vorming thuisgezondheidszorg), het Netwerk Palliatieve Zorg Limburg met Pallion (Ondersteuningsequipe Palliatieve Zorg Thuis), de basiscursus palliatieve zorg voor huisartsen en de telefonische hulplijn voor huisartsen door specifiek opgeleide referentieartsen palliatieve zorg uit Limburg. Het is dan ook niet verwonderlijk dat haar kandidatuur erg brede steun kreeg van niet alleen de bovenvermelde organisaties maar ook het Limburgs Huisartsenplatform en de huisartsenkring Herkenrode.

Dr. Joke Bossers is de 28<sup>e</sup> laureaat van de prijs. De plechtige overhandiging van de oorkonde en het aan de prijs verbonden geldbedrag vindt eind januari plaats tijdens de jaarstartvergadering van Domus Medica.



## ALLE SPOEDGEVALLEN VOORTAAN OP CAMPUS VIRGA JESSE

Het Jessa Ziekenhuis heeft op 24 januari 2011 de twee bestaande diensten gespecialiseerde spoedgevallen gecentraliseerd op campus Virga Jesse. Vanaf die datum is er op campus Salvator geen opvang van spoedgevallen meer mogelijk. Hospitalisaties blijven op alle campussen van het Jessa Ziekenhuis plaatsvinden.

Na het samenbrengen van de dienst Kinder- en Jeugdgeneeskunde is de samenvoeging van de dienst spoedgevallen een tweede stap in de herschikking van medische diensten over de verschillende campussen van het Jessa Ziekenhuis. Het ziekenhuis streeft ernaar om gelijkaardige of aanverwante diensten de volgende jaren zoveel mogelijk samen te brengen op één van de drie campussen (Salvator, Virga Jesse, St-Ursula). Dit heeft als doel om de samenwerking tussen de diensten te optimaliseren en duidelijkheid te creëren voor verwijzers en patiënten.

### 40.000 patiënten

De samenvoeging van de twee spoedgevallendiensten is een complex project met impact op vrijwel alle medische diensten van het ziekenhuis. Jaarlijks komen er meer dan 40.000 patiënten naar de dienst spoedgevallen van het Jessa Ziekenhuis. Daarvan wordt 40 procent verder gehospitaliseerd. Op campus Virga Jesse werd de bestaande spoedgevallendienst uitgebreid om deze stroom patiënten vlot te kunnen verwerken. Er zijn ook extra parkeerplaatsen spoedgevallen voorzien. De samenvoeging zal geen invloed hebben op de wachttijden. In totaal werken 13 urgentieartsen en 58 medewerkers op de dienst spoedgevallen.

Het ziekenhuis voorziet in een (gratis) patiëntentransport tussen de beide campussen. Deze pendel rijdt tussen 7u30 en 20u met een frequentie van tweemaal per uur. Hierdoor kunnen patiënten vlot naar de hen toegewezen afdeling op één van de campussen.

Na het vertrek van spoedgevallen op campus Salvator zal op deze plaats gestart worden met de inrichting van een gespecialiseerde oogkliniek. Hier zal in de toekomst een groot deel van de oftalmologische activiteiten van het Jessa Ziekenhuis samengebracht worden.

### Campusverdeling

Bij de keuze voor een locatie voor spoedgevallen is voor campus Virga Jesse gekozen omdat zich hier de zorgprogramma's bevinden die afhankelijk zijn van een gespecialiseerde dienst spoedgevallen. Wettelijk gezien moet bijvoorbeeld de dienst interventionele cardiologie, hartchirurgie en dialyse op dezelfde campus liggen als de dienst spoedgevallen. Ook pediatrie en een aantal oncologische diensten blijven of komen in de toekomst op campus Virga Jesse. De samenvoeging van de kraamafdeling is voorzien in 2014. Op campus Salvator worden de volgende jaren onder meer de afdelingen voor de geplande chirurgische ingrepen, daghospitalisaties en de ouderenzorg samengevoegd. Alleen al voor geriatrie zijn er in het Jessa Ziekenhuis vijf afdelingen. Campus Sint-Ursula legt zich verder toe op revalidatie en een aantal raadplegingsactiviteiten.

## MINDFULNESS VOOR KANKERPATIENTEN

Sinds kort organiseert het borstcentrum (dienst oncologie) van het Jessa Ziekenhuis twee keer per jaar een Mindfulness training. Deze is bedoeld voor kankerpatiënten die hun (na)behandeling achter de rug hebben. Het Mindfulness-Based Stress Reduction programma is een 8 weken durende training die patiënten hulpmiddelen aanreikt om met heftige gedachten en emoties om te gaan en rust te vinden in de (emotionele) onrust. Tijdens deze wetenschappelijk onderbouwde training wordt gebruik gemaakt van ademhalingsoefeningen, meditatie, cognitieve technieken en yoga. De cursussen Mindfulness-Based Stress Reduction worden verzorgd door twee psychologen van het Jessa Ziekenhuis. De volgende training gaat van eind februari van start.

Meer info: Nathalie Cardinaels, psychologe en gedragstherapeute borstcentrum, tel 011 30 89 67, Sofie Engels, psychologe oncologie, tel. 011 30 89 15.

## ANTENNEPUNT LIMBURG CENTRUM VOOR ONTWIKKELINGSSTOORNISSEN GEOPEND

Begin februari vond de officiële opening plaats van het Antennepunt Limburg van het Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen (COS). Het is een ambulante multidisciplinaire diagnostisch centrum voor kinderen met risico op of vermoeden van een ontwikkelingsvertraging of -stoornis. Het centrum heeft als doel het stellen van een diagnose, formuleren van ontwikkelingsperspectieven, doorverwijzen naar hulpverlening op maat, zoeken naar oorzaak, coördineren van aanvullende medisch-technische onderzoeken, informatie verstrekken omtrent hulpmiddelen, sociale wetgeving, ... De antenne COS Limburg is een samenwerking tussen COS UZ Leuven, Jessa Ziekenhuis en Ziekenhuis Oost-Limburg. Het antennepunt heeft onderdak gevonden in het voormalige Provinciaal Gezondheidscentrum (op campus Virga Jesse), Stadsomvaart 9, Hasselt. De raadplegingen vinden plaats elke donderdag tussen 8u en 17u. Aanmeldingen gebeuren door verwijzers of de ouders via het centrale nummer van COS Leuven tel. 016-33 75 08.

Meer informatie in een volgende nummer van Jessalinea.

## ■ Dienst radiologie neemt nieuwe telezalen in gebruik

**De dienst radiologie van het Jessa Ziekenhuis beschikt sinds januari 2011 over drie nieuwe telezalen die uitgerust zijn met een Axiom Luminos-röntgentoestel. Met dit apparaat gebeuren fluoroscopie (doorlichting) en radiografie (opnames) via een digitale flat panel detector. Het toestel biedt heel wat voordelen voor de patiënt.**

"Het is belangrijk voor onze patiënten dat we op medisch vlak nieuwe ontwikkelingen opvolgen waarvan de kwaliteit reeds bewezen is," licht medisch manager dr. Max Guffens de investering toe. De nieuwe telezalen zijn intussen in gebruik: één op campus St.-Ursula in Herk-de-Stad, de andere twee op campus Virga Jesse in Hasselt. Campus Salvator beschikt sinds 2009 reeds over een soortgelijke telezaal.

### **Comfort voor patiënt**

Het nieuwe toestel biedt op diverse vlakken voordelen voor de patiënt:

- de stralingsdosis bij röntgenopnames ligt tot 50% lager dan bij de klassieke CR-cas-

settes. Ook tijdens fluoroscopie is in sommige zalen stralingsreductie mogelijk door het optimaal gebruik van pulsed scopie en het gebruik van softwareprogramma's.

- de beeldkwaliteit is beter dan bij andere conventionele technieken. Hierdoor en door het grote dynamische bereik van de digitale detector zijn re-takes zelden nodig.
  - de röntgentafel is gemakkelijk verstelbaar tot een lage stand waardoor oudere patiënten of patiënten met bewegingsbeperkingen gemakkelijk op de onderzoekstafel kunnen plaatsnemen.
- Het ergonomische design zorgt er bovendien voor dat de patiënt comfortabel gepositioneerd kan worden.
- doordat alles digitaal verloopt, kunnen de

opnames sneller gebeuren. De beelden zijn ook in real-time beschikbaar in de zaal zelf zodat de verpleegkundigen onmiddellijk een kwaliteitscontrole kunnen doen zonder de zaal te verlaten en de patiënt alleen te laten. Door de kortere doorlooptijd kunnen meer patiënten behandeld worden binnen eenzelfde tijdspanne.

### **Optimale werking**

De keuze van de nieuwe apparaten is er gekomen na intensief onderzoek door een team van radiologen en verpleegkundigen van de dienst. Naast de belangrijke voordelen voor de patiënt hield dit team ook rekening met andere factoren. Zo worden in de telezalen bijvoorbeeld alle beelden automatisch doorgestuurd naar de patiëntenfolder in PACS (Picture Archiving Communications System). Daarnaast laten de nieuwe apparaten toe om te werken via geoptimaliseerde procedures die reeds in de workflow van de toestellen voorgeprogrammeerd zijn. Deze procedures zijn voor de drie campussen van het Jessa Ziekenhuis identiek.



## ■ Strabisme en amblyopie nog te vaak in de taboesfeer



dr. Kathleen Dieryck en dr. Bruno Smeets

**Op 20 november verscheen in Het Belang Van Limburg een spontane getuigenis van een patiënt die na 60 jaar scheelzien geopereerd is door een strabismechirurg van het Jessa Ziekenhuis. Al die tijd liep hij met een probleem dat een zware impact had op zijn leven, maar perfect kon verholpen worden.**

Dergelijke verhalen komen in de praktijk van strabismechirurgen jammer genoeg nog vaak voor. Zowel bij het brede publiek als bij doorverwijzende artsen en opticiens is er vaak nog veel onwetendheid over strabisme en/of amblyopie. Vandaar dat dr. Kathleen Dieryck en dr. Bruno Smeets in deze Jessaline graag een opfrissing geven van de stand van zaken binnen dit domein.

Slechts 10% van de oogartsen houdt zich actief bezig met strabismechirurgie, waardoor de kans klein is dat een patiënt bij deze oogchirurgen terecht komen. Het grootste deel van de patiënten wordt moeilijk doorverwezen door de specificiteit van de afwijking. Nochtans zijn er wel degelijk correcties mogelijk.

De getuigenis van de patiënt verwoordde zeer typisch hoeveel invloed strabisme wel kan hebben op de persoon in kwestie. Mensen zijn zich meestal sterk bewust van strabisme. Soms hebben ze er een complex van, ze denken dat iedereen dit opmerkt en ze kunnen het niet verbergen. Het dragen van een bril met getinte glazen, "ontwijkend rondkijkge-

drag" en beroepskeuze aanpassen komt nog steeds regelmatig voor.

### Oogcontact

Vooraf bij scheelzien naar buiten, wordt het oogcontact ernstig verstoord. In de sociale omgang houden mensen 85 % van de tijd oogcontact, om te zien of ze de aandacht kunnen houden. Scheelzien is hier een stoorzender, vaak onbewust: hij/zij kijkt wel versus hij/zij kijkt niet naar mij. Een scheelziensoperatie is dan ook het herstel van een normale toestand (en geen esthetische ingreep). Het RIZIV voorziet hiervoor een volledige terugbetaling van de ingreep zowel bij kinderen als volwassenen. Dit is niet onbelangrijk gezien de vrees voor een financiële drempel vaak ontmoedigend kan werken.

### Het luie versus het draaiende oog

Strabisme of scheelzien komt vaak samen voor met amblyopie of een lui oog. De behan-

deling van het luie oog kan gebeuren vòòr de leeftijd van ± 7 jaar (volgens sommigen 10 jaar) met een bril en/of occlusietherapie van het goede oog. De verwijzing gebeurt in Vlaanderen zeer goed door Kind & Gezin (de schoolarts) en alle oogartsen behandelen amblyopie en verwijzen zo nodig door voor de strabismeingreep.

### Strabismechirurgie

Na de leeftijd van 7 à 10 jaar zal de strabismeingreep de visus van het luie oog niet meer verbeteren, enkel de oogstand. Deze zin, hoe juist ook, is voor volwassenen een klassiek ontmoedigend antwoord op een hulpvraag, vooral als de laatste 3 woorden niet worden vermeld. Andere doodoener is de realiteit dat slechts 80% van de ingrepen een blijvend rechte oogstand als resultaat heeft, zelfs in de handen van de beste chirurgen.

Dan is het nuttig om te weten dat "heringrepen" perfect mogelijk zijn. We mogen niet vergeten dat strabismechirurgie de enige chirurgie is waarbij het resultaat gedoseerd wordt door de afstand (aantal mm) die de insertie van de spier wordt verzet. Spieren zijn dik of dun, soepel of weinig elastisch en de fibrosereactie op een ingreep varieert. Dit zal de voorspelbaarheid van deze ingrepen begrenzen. We spreken dan ook over een bijcorrectie van een gelukte operatie. De ingreep is immers correct uitgevoerd, maar met onder- of overcorrectie.





## Orthoptie

De metingen zijn in België (en Nederland) wel bijzonder nauwkeurig. Orthopsie komt van het Grieks "ortho" recht en "opsijn" zien en staat in voor de metingen van de oogstand (en ook de visus bij kinderen). Sommige oogartsen voeren deze metingen zelf uit. Onze universiteiten en sommige privépraktijken laten dit werk over aan orthoptisten en zien daarna zelf de patiënt. Orthopsie is een weinig gekend postgraduaat van 2 jaar (in Nederland 3 jaar). Een orthoptiste kan de visus bij een kind meestal vlot meten vanaf 3-jarige leeftijd, de oogstand vanaf de geboorte en geleidelijk in alle blikrichtingen. Hij/zij kan ook bij volwassenen specifiek nameten of een nieuwe oogstand diplopie of dubbelzien kan uitlokken.

Deze mogelijkheid op postoperatief dubbelzicht vermelden, wordt overigens ook als ontmoedigend antwoord gebruikt, terwijl we de ogen zo nodig terug in de preoperatieve stand kunnen zetten. Dr. Kathleen Dieryck en dr. Bruno Smeets hebben dit dankzij hun metingen nog nooit moeten doen.

## Diplopie of dubbelzien

Wanneer de oogstand niet recht (vaak "onzichtbaar" weinig) is op volwassen leeftijd, kan binoculair dubbelzicht ontstaan. Uiteraard is een plotse parese van n III, IV of VI steeds een reden voor acute permanente diplopie. Tijdelijke occlusie kan hier helpen. Intermittente diplopie bijvoorbeeld door de-

compensatie van een lichte congenitale parese van de n IV, die enkel de musculus obliquus superior innerveert, geeft typisch een intermitterende verticale diplopie vooral aan één kant en bij blik naar beneden en met de jaren en 's avonds vooral ook bij blik rechtvoor het-

geen dan een progressieve oculaire torticollis (vaak onbewust). Chirurgie kan ook hier vaak een oplossing bieden. Voor diplopie worden ook prismabridlen of opkleefprisma's gebruikt. Ook dit is door de niet-strabologen vaak een minder gekend domein.

## NA 60 JAAR SCHEELZIEN EINDELIJK GEENEZEN



**Hasselaar Gilbert Machiels (60) stapte met zijn verhaal zelf naar de krant. Hij keek zijn hele leven scheel. "Dokters en oogartsen waren er jarenlang van overtuigd dat mijn wegdraaiend linkeroog ongeneesbaar was," zegt hij. "Tot ik de juiste oogchirurg tegen het lijf liep. Nu ik geopereerd ben, kan ik mijn vrouw voor het eerst recht in de ogen kijken."**

**Hoe dolgelukkig de heer Machiels ook is, het laat voor hem een wrange nasmaak na. "Ik heb al die jaren rondgelopen met een handicap die perfect te genezen was. Mijn leven had volledig anders kunnen lopen. Opgroeien met een wegdraaiend oog is geen lachertje. Ik droeg donkere zonnebrillen zoals Roy Orbison, en kijk zo weinig mogelijk in de ogen van andere mensen. Ik ging ook zelden tegenover andere mensen zitten. Ook mijn carrière dromen heb ik aangepast. Die ogen gingen na verloop van tijd mijn hele leven bepalen. Ik was er continu mee bezig."**

**Gilbert Machiels is met zijn verhaal naar buiten gekomen in de hoop andere mensen op de juiste weg te kunnen zetten. "Ik hoop dat andere mensen met hetzelfde probleem tijdiger bij de juiste hulpverlener terecht komen. Het bespaart hun een hele lijdensweg."**

## Nieuwe SPECT/CT-scanners voor Centrum Nucleaire Geneeskunde

**Het Centrum voor Nucleaire Geneeskunde nam in 2010 nieuwe SPECT/CT-scanners met flat panel-technologie in gebruik. De apparatuur biedt op technologisch vlak nieuwe mogelijkheden en verhoogt het comfort voor de patiënt.**

Voor het Centrum voor Nucleaire Geneeskunde (CNG) - een 10-jaar oud samenwerkingsverband tussen de Hasseltse ziekenhuizen (intussen Jessa Ziekenhuis) en het St.-Franciskusziekenhuis in Heusden - was 2010 een uitzonderlijk jaar. Zo schakelde het CNG op grote schaal over naar hybride apparatuur. Dit zijn toestellen die zowel uit een nucleair-geneeskundig als een radiologisch gedeelte bestaan. Binnen het fusieziekenhuis Jessa werd het CNG bovendien op organisatorisch vlak opgenomen in een gemeenschappelijke cluster met de dienst radiologie. Door het uitbouwen van een maximale synergie tussen de beide diensten, wil deze zorgcluster zijn dienstverlening aan patiënten en collega's-verwijzers verder optimaliseren.

De omschakeling naar hybride apparatuur bestond uit de ingebruikname van drie nieuwe SPECT/CT-scanners (SPECT = Single Photon Emission Computerized Tomography = tomografische sneden van de ruimtelijke verdeling van een radioactieve tracer in het lichaam) en van een bijzondere PET/CT-scanner (PET = Positronen Emissie Tomografie). In een volgende uitgave van Jessalinea zal PET/CT aan bod komen. In dit nummer alvast informatie over de SPECT/CT-technologie en haar praktische aspecten.

### Ervaring met SPECT/CT-technologie

In 2002 installeerde het CNG een eerste

SPECT/CT-scanner op campus Virga Jesse. Dit was toen een primeur voor Limburg. Het CNG kreeg hierdoor de mogelijkheid om een uitgebreide ervaring op te bouwen met deze heel nieuwe techniek. Het betrof een toestel van de eerste generatie, met een single-slice CT-scanner gemonteerd op het roterende gedeelte van de gamma-camera. Hiermee werd een CT-resolutie gehaald van 4 mm. Dit is voldoende voor een anatomische lokalisatie van de nucleair-geneeskundige afwijkingen en voor attenuatie-correctie (het corrigeren voor de verzwakking van de uitgezonden straling als gevolg van de absorptie door de weefsels liggend tussen de bron van de straling en de detector), maar ontoereikend voor radiologische diagnostiek. De tijd die nodig is voor een aanvullend CT-onderzoek met dit toestel is echter vrij lang (10 à 15 minuten). Daarom werden gecombineerde SPECT/CT-onderzoeken slechts in beperkte mate uitgevoerd.

### Technologisch hoogstandje

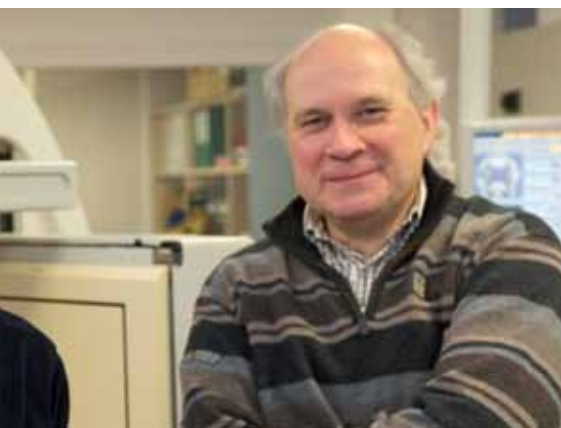
De nieuwe toestellen zijn veel sneller en nauwkeuriger. Ze laten toe om in enkele minuten een CT-scan uit te voeren met een ruimtelijke resolutie tot 0,3 mm in alle richtingen. Hierdoor is niet alleen een veel betere anatomische lokalisatie mogelijk, maar daarnaast ook radiologische diagnostiek van hoge kwaliteit. Anders dan de centra die een SPECT/CT-scanner gebruiken met als radiologische component een klassieke spiraal-CT, heeft het CNG geopteerd voor drie toestel-

len van een heel nieuwe generatie met 'flat panel' technologie. Hierdoor is de stralingsbelasting voor de patiënt beduidend lager.

### Diagnostische bijdrage

Gecombineerde SPECT/CT levert in de eerste plaats een belangrijke klinische bijdrage bij skeletscintigrafie, omdat het door de nauwkeurige lokalisatie en de radiologische correlatie een hogere gevoeligheid en specificiteit meebrengt. Dit is in het bijzonder zo op plaatsen met een complexe anatomie zoals de wervelzuil, de polsen, de enkels en de voeten. SPECT/CT is ook van grote waarde bij onderzoeken met zeer specifieke tracers die slechts door enkele doelwit-weefsels worden opgenomen, waardoor er zonder correlatie met de CT-informatie slechts een weinig nauwkeu-





v.l.n.r. dr. Axel Jacobs, dr. Michel Ingels, dr. Jean-Philippe Cambier, dr. Jean-Luc Coolens

rige lokalisatie van afwijkingen mogelijk is. En last but not least is SPECT/CT een potentieel hulpmiddel voor de chirurg bij de voorbereiding van een sentinel-node procedure of van een parathyroïdectomie.

### Vorbereiding onderzoek

De beslissing tot het bijkomend uitvoeren van een SPECT/CT-scan is de verantwoordelijkheid van de nuclearist die het onderzoek begeleidt. Dit gebeurt op basis van de klinische gegevens en/of de bevindingen op de niet-tomografische beelden. Er is dus geen speciale aanvraag van de verwijzende arts nodig, maar wel een duidelijke vermelding van de klinische vraagstelling op de verwijsbrief. Voor de patiënt is er geen bijzondere voorbereiding, bovenop zijn normale instructies voor het gevraagde onderzoek.

### AFSPRAKEN OF BIJKOMENDE INFO

Voor alle nucleair-geneeskundige onderzoeken inclusief PET/CT, kan u op de drie CNG-afdelingen informatie inwinnen of een afspraak regelen. Dit gebeurt bij voorkeur telefonisch op:

- tel. 011 28 97 27 voor CNG-campus Salvator
- tel. 011 30 98 31 voor CNG-campus Virga Jesse
- tel. 011 71 59 52 voor CNG- campus Sint-Franciskus Heusden-Zolder.

Om organisatorische redenen kan het gebeuren dat aan een patiënt gevraagd wordt om het onderzoek te laten uitvoeren op een andere campus of een ander tijdstip dan oorspronkelijk gepland. Dit wordt steeds voorafgaandelijk met de patiënt besproken en gebeurt slechts indien dit geen probleem stelt voor de patiënt. In de loop van 2011 zal het CNG overschakelen naar een centraal oproepnummer met een gemeenschappelijk afspraken- en planningssysteem voor alle campussen. Dat nummer zal ook bereikbaar zijn buiten de normale kantooruren.

## ■ Een kinderpsycholoog op de afdeling kinder- en jeugdgeneeskunde: (g)een evidentie?!



**De afdeling kinder- en jeugdgeneeskunde van het Jessa Ziekenhuis wordt reeds 10 jaar door psychopedagogen ondersteund. Naar aanleiding van deze verjaardag besloot het huidige team van twee kinderpsychologen en een orthopedagoog in samenspraak met de artsen om de Vlaamse pediatrie psychologen en orthopedagogen op 26 november te verenigen tijdens een symposium.**

De kwaliteitshappening van het Jessa Ziekenhuis bood het perfecte platform voor dit symposium. Ook kinderartsen en verpleegkundigen van Vlaamse ziekenhuizen ontvingen een uitnodiging. Het symposium, dat zich boog over de plaats van psychologen en orthopedagogen op een afdeling algemene kindergeneeskunde en in de rest van het ziekenhuis, kon op een zeer grote belangstelling rekenen.

Medisch diensthoofd **dr. Marc Raes** en klinisch psychologe **Karen Castermans** van het Jessa Ziekenhuis duiden als eerste sprekers meteen op de noodzaak van psychopedagogen op een algemene pediatrieafdeling. Uit de meerdere taken en functies die aan bod kwamen moest hun onmisbaarheid blijken. Dr. Raes schetste het ontstaan en de uitbouw van het 'Hasselts Model' en omschreef de functie-invulling van de kinderpsycholoog en de orthopedagoog op een afdeling algemene kindergeneeskunde en in de rest van het ziekenhuis, met aandacht voor de bewaking van hun professionele kwaliteit. Dit zeer diverse, specifieke en niet steeds evidente takenpakket vraagt om meer bijscholing en intervisie

voor Vlaamse psychologen en orthopedagogen op pediatriediensten.

### **Placebogebruik bij kinderen en jongeren**

Over het gebruik van placebo in de klinische praktijk zijn de meningen verdeeld. Liaison kinder- en jeugdpsychiater **dr. Kristine Swysen** (Jessa Ziekenhuis) pleitte ervoor om bij het toedienen van placebo ethisch verantwoord te werk te gaan. Naast de klinische studies, kan placebo enkel gebruikt worden bij evaluatie van een therapie of bij afbouw van medicatie. Hierbij is het van belang dat zowel ouders als kinderen hun informed consent geven om de vertrouwensband tussen arts en patiënt te vrijwaren. Placebo heeft geen plaats binnen een differentiaal diagnostisch kader. We weten immers dat er - zeker bij kinderen - een sterk placebo effect bestaat. Dat een placebo 'werkt', levert ons dus geen informatie over de etiologie van de klacht. Ten slotte dient men zich als arts bewust te zijn van de verwachtingen (placebo effect) bij ouders en kinderen die ontstaan door de vertrouwensband en dient

men deze te gebruiken ten voordele van de gezondheid van de patiënt. Meer info over dit onderwerp in een volgende uitgave van *Jessaline*.

### **Zorgwekkende gezinssituaties**

**Professor dr. Hellinckx**, orthopedagoog-emeritus KULeuven, herinnerde de aanwezigen eraan dat zorgwekkende gezinssituaties dienen ingeschat te worden met behulp van risico- én protectieve factoren. Wanneer zorgverleners geconfronteerd worden met een duidelijke risicofactor moeten ze waakzaam zijn om zware beslissingen (vb. gedwongen hulpverlening) niet te laten afhangen van hun eigen tunnelvisie en buikgevoel. Het verbreden van de blik kan door op een gestructureerde manier naar belangrijke risico- en protectieve factoren te peilen. Om de situatie te kunnen inschatten, is het van groot belang voldoende gegevens te verzamelen van verschillende bronnen. Op basis van deze informatie kan een balans van risico- en protectieve factoren opgemaakt worden. Risicofactoren zijn vooral symptomen van lichamelijke verwaarlozing of psychologisch dysfunctioneren, negatief gekleurde relatie of affectief klimaat, negatieve cognities over het kind, risicofactoren in het pedagogisch handelen, spanning in de partnerrelatie, het niet opvolgen van adviezen. Belangrijke protectieve factoren zijn een goede ouder-kind hechting, een positieve opvoedingsgeschiedenis van de ouders, het persoonlijk functioneren van de ouders en steun van de omgeving. Bij de hulpverlening aan 'risicogezinnen' is het - soms letterlijk - van levensbelang dat



één hulpverlener de verantwoordelijkheid voor opvolging op zich neemt zodat dit gezin niet door de mazen van het net glipt. Voor een uitgebreider overzicht van risicofactoren, zie [www.signaallijst.be](http://www.signaallijst.be).

### **Psychosomatische klachten: reflecties en valkuilen**

Klinisch psychologe **Hilde Seys** (Z.O.L. Genk) besprak de meerwaarde van een behandelingsaanbod in het ziekenhuis voor kinderen met psychosomatische klachten. De totstandkoming van een werkrelatie ingeval van psychosomatische klachten verloopt vaak uiterst moeizaam. Een aanname hierbij is dat een kind met een psychosomatische klacht in de onmogelijkheid verkeert om over emoties te denken, te voelen en te praten en daardoor terugvalt op aandachtseisende lichaamstaal. Veel gezinnen reageren uiterst defensief op de verwijzing naar een kinderpsycholoog, ook na gespecialiseerd somatisch onderzoek. Daarom is het zinvol dat de begeleiding van het kind en zijn ouders in een eerste fase IN het ziekenhuis kan plaatsvinden. Het ziekenhuis is voor deze mensen immers een veilige, vertrouwde plek waarbinnen de emotionele malaise, weliswaar op een lichamelijke wijze, wordt vertoond. Er wordt hierbij een werkkader (= tweesparenbeleid) geïnstalleerd waarbij de pediater het beeld somatisch blijft volgen en een kinderpsycholo(o)g(e) de andere perspectieven binnenbrengt. Het team toont begrip voor de aarzelende en defensieve reacties van alle betrokkenen en neemt hier ruimschoots de tijd voor. Uiteraard is een optimale

afstemming tussen kinderpsycholoog en kinderarts van cruciaal belang om versnippering en fragmentatie van zorg (medical shopping) tegen te gaan.

### **Orthopedagogische vraagstelling op een afdeling Kinder- en Jeugdgeneeskunde**

**Professor Vanderfaeillie**, orthopedagoog VUB, wees erop dat ziekenhuismedewerkers allemaal een opvoedende taak hebben naar gehospitaliseerde kinderen toe. Hij bood enkele handvaten aan om adequaat te reageren op de specifieke pedagogische vraagstelling van de gehospitaliseerde kinderen. Een opname betekent immers een grote verandering in een gezin en zorgverstrekkers moeten dan ook aandacht hebben voor het kind én het hele gezin. Opvoeden kan door je op een specifieke manier als persoon te presenteren (bv betrokkenheid tonen, relationeel aanbod los van medische gebeuren), door een aangepast klimaat te creëren (bv aanwezigheid spelmateriaal, ouders in de buurt!) en door situaties te hanteren (bv evenwicht verwachtingen en beschermen).

### **Kleine kinderen opvoeden tot grote eters?**

Klinisch psychologe **Jolien Laridaen**, UZ Gent, schetste hoe het multidisciplinair voedingssteam in het UZ Gent eetproblemen bij jonge kinderen vanuit verschillende hoeken benadert. Eetproblemen ontstaan vanuit een samenspel tussen biologische factoren, interactie-elementen en emotionele problemen.

Omwille van dit complexe samenspel is een grondige diagnostiek erg belangrijk. Voor een classificatie van eetproblemen baseert men zich op de categorieën van Irene Chatoor. De individuele 'ouder- en kind' multidisciplinaire behandeling hangt dan ook af van de specifieke categorie.

### **Quality of life bij kinderen met een chronische aandoening**

Kinderarts **Prof dr. De Cock** (UZ Leuven) illustreerde de toenemende aandacht voor en het uitbreidend onderzoek naar quality of life (QoL) bij kinderen met een chronische aandoening. Deze kinderen rapporteren doorgaans een lagere QoL dan hun gezonde leeftijdsgenoten. Verschillende ziektebeelden hebben een verschillende impact op aspecten van QoL. Opmerkelijk hierbij is dat ouders de impact van een aandoening op het functioneren van hun kind overschatten: kinderen signaleren zelf minder problemen dan hun ouders. **Dr. Van Trimpont**, CLB-arts, wees op het belang van aandacht voor de schoolloopbaan van chronisch zieke kinderen. Er is nog steeds te weinig aandacht voor afwezigheden en deze kinderen lopen een hoger risico op een ongekwalificeerde uitstroom. Het is dus zeer belangrijk dat hulpverleners hier steeds aandacht voor hebben en een vlotte communicatie verzekeren met de school en het CLB. Ze moeten zorgen voor een optimale integratie van kinderen en jongeren met een chronische aandoening in het gewoon onderwijs door zowel leerlingen als leerkrachten te ondersteunen.



*dr. Jikke Wynants, dr. Karolien Weytjens, dr. Joseph Aumann, dr. Karin Pat, dr. Patrick Jadoul, dr. Koen Demuyne en dr. Luc Spaas.*

## ■ Samenwerking longziekten St.-Trudo- en Jessa meerwaarde voor arts en patiënt

**Sinds twee jaar werken het Jessa Ziekenhuis en het Sint-Trudo Ziekenhuis nauw samen op het gebied van pneumologie. Dankzij één poule van artsen die in de twee ziekenhuizen actief zijn, hebben patiënten in een ruime regio rond Hasselt en Sint-Truiden toegang tot gespecialiseerde longgeneeskunde.**

“Net zoals in andere disciplines evolueren ook de inzichten in ons domein snel,” zegt pneumoloog dr. Joseph Aumann. “We krijgen te maken met een breed spectrum van long- en ademhalingsproblemen. De jongere collega’s hebben daarom naast hun algemene vorming steeds vaker een gespecialiseerde opleiding genoten binnen één of meerdere specifieke deeldomeinen. Het bundelen van deze kennis en de samenwerking in een grotere groep van artsen heeft zowel voor ons als voor de patiënt een duidelijk voordeel. De kwaliteit

van diagnose en behandeling vaart er wel bij.”

“Voor de subspecialisaties is het interessant om op een breder hinterland te kunnen terugvallen. En het is nu ook gemakkelijker om bij een vacature de beste kandidaat-artsen aan te trekken. Ze kunnen hun werk in het ziekenhuis combineren met voortgezet onderzoek en onderwijs en dat is vaak een aantrekkelijk perspectief. En het is natuurlijk ook aangenaam werken doordat we met meer artsen een gezamenlijke wachtdienst doen.”

Na het plots wegvallen in 2008 van dr. Siemons in Sint-Truiden hebben de ziekenhuizen en longartsen de eerste nood ingevuld en daar is een hechte samenwerking uit voortgevloeid. Nagenoeg alle longartsen doen nu consultaties en wachtdiensten in beide ziekenhuizen: met name dr. Aumann, dr. Demuyne, dr. Spaas, dr. Karin Pat (oncologische pneumologie), dr. Karolien Weytjens (slaapproblematiek) en ook dr. Jikke Wynants die dankzij de samenwerking in grotere groep recent kon worden aangetrokken. Hij werkt in



## VOORSTELLING DR. JOKKE WYNANTS, PNEUMOLOGIE

SPECIALISATIE: ASTMA, ALLERGIE EN IMMUNOTHERAPIE

Joke Wynants volgde zijn specialisatie tot pneumoloog in het UZ Leuven onder de leiding van Professor Maurits Demedts en Professor Marc Decramer. Gedurende deze periode heeft hij ook de mogelijkheid gehad om een jaar lang voltijds werkzaam te zijn in de Trial Unit Respiratoire Oncologie onder leiding van Professor Johan Vansteenkiste. Hierbij heeft hij kennis gemaakt met verschillende klinische fase 2 en 3 studies rond nieuwe behandelingsmodaliteiten binnen respiratoire oncologie en publiceerde hij verschillende artikels rond staging van longtumoren in internationale tijdschriften. Bovendien werkte hij mee als auteur aan een internationaal referentieboek binnen longziekten.

Na zijn opleiding tot pneumoloog volgde Joke Wynants nog een Fellowship in het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam onder leiding van professor Elisabeth Bel, een wereldautoriteit op gebied van moeilijke astma. De benadering van astma in dit centrum is sterk "bench to bedside" een term die gebruikt wordt wanneer fundamentele onderzoeksresultaten onmiddellijk gebruikt worden om nieuwe behandelingsmogelijkheden voor patiënten te ontwikkelen. Tijdens dit fellowship lag het accent dan ook op moeilijk astma. Dit is een vorm van astma die behandeld wordt met zeer hoge dosissen inhalatiesteroïden of per-orale steroïden. Maar waarbij men vaak ook, ondanks deze therapie, geen volledige controle van de symptomen bereikt. Het spreekt voor zich dat dit een specifieke aanpak vraagt en dit zowel medicamenteus als psychosociaal. Moeilijke astma kan optreden op elke leeftijd en vergt in de meeste gevallen een lange behandelingsduur. Dit houdt ook in dat medicatieschema's die belangrijke nevenwerkingen vertonen, langdurig en aan hoge dosissen toegediend worden. Een strikte opvolging van de patiënt is dan ook wenselijk.

Tijdens zijn periode te Amsterdam volgde dr. Wynants ook nog een bijkomende opleiding in de allergologie en immunotherapie onder leiding van dr. Ingrid Terreehorst. Hierbij werd het accent voornamelijk gelegd op inhalatie- en voedingsallergie. Hierbij maakt men gebruik van een diagnostische strategie doormiddel van huidpriktesten en specifieke IgE-waarden, maar ook door goed gecontroleerde provocatietesten. De rol van een pneumoloog/allergoloog bestaat erin de specifieke rol van desensibilisatie te bepalen.

De combinatie van astma en inhalatieallergie is frequent. Verschillende epidemiologische studies verwachten de komende jaren zelfs een significante toename van beiden. De nauwe samenwerking tussen pneumoloog en huisarts zal dan ook belangrijk zijn.

hoofdzaak in het Sint-Trudo Ziekenhuis en is gespecialiseerd in astma, allergie en immunotherapie (zie kaderstuk). Op korte termijn is er nog ruimte voor een tweede pneumoloog met oncologische specialisatie. In de loop van 2011 zal dr. Patrick Jadoul na een mooie carrière met pensioen gaan.

De samenwerking tussen het Jessa Ziekenhuis en het St.-Trudo Ziekenhuis beperkt zich niet enkel tot pneumologie. Zo bestaat er ook binnen een aantal andere medische specialismen een goede samenwerking.

### MEER INFO?

Contact:  
Dr. Joke Wynants  
tel. 011 24 11 81

15<sup>e</sup> REGIONAAL SYMPOSIUM LOC - KANKER BIJ OUDEREN

## Geriatrische evaluatie als begeleiding bij keuze behandelingsstrategie



dr. Marie-Louise van Leeuwen, geriater

Parallel met de sterke vergrijzing zien we een uitgesproken toename van het aantal oudere patiënten met kanker. Juist bij deze oudere patiënten is behandeling op maat van de patiënt essentieel. Biologische leeftijd is hierbij niet de juiste leidraad, functionele leeftijd daarentegen wel. Het bepalen van de functionele leeftijd vormt een uitdaging voor de toekomst. In afwezigheid van biologische parameters dient hiervoor een beroep gedaan te worden op zorgverleners met specifieke kennis binnen dit domein.

### Impact van veroudering op oncologie

Waar kanker bij de jongere patiënt doorgaans de enige pathologie betreft die het klinisch beeld domineert en potentieel dodelijk is, gaat het bij een geriatrische patiënt vaak over een co-existentie van verschillende ziekte-toestanden en handicaps. Andere ziekte-toestanden dan de oncologische problematiek kunnen de levenskwaliteit veel meer beïnvloeden. Bij oudere patiënten zien we ook een grote inter-individuele variabiliteit in tolerantie van de behandeling. Bovendien worden geriatrische patiënten zwaar ondervertegenwoordigd in klinische trials. Een vraag die bij deze patiënten primeert is of het hoofddoel van de behandeling overleving betreft of veeleer levenskwaliteit.

### Geriatric assessment

Het doel van de geriatrische evaluatie is een verbetering van enerzijds de diagnostische accuraatheid en anderzijds de verlenging van de kwalitatief goede levensstijd. De evaluatie

kan voor de behandelende arts een begeleiding vormen in de keuze tussen verschillende behandelingsstrategieën. Hiernaast zullen er aanbevelingen gedaan worden rond een optimale zorgomgeving zowel binnen als buiten het ziekenhuis. De geriatrische evaluatie heeft al bewezen bij te kunnen dragen tot verlenging van de overleving, tot een vermindering van de jaarlijkse kosten van de gezondheidszorg en tot een verminderde nood aan acute hospitalisatie en institutionalisering.

Na identificatie van de patiënten die nood hebben aan geriatrische ondersteuning volgt de uitgebreide evaluatie. Om de patiënten te identificeren wordt van de behandelend arts en zijn team gevraagd iedere patiënt te screenen door middel van score-systemen zoals het GRP (Geriatrisch Risico Profiel). De multidisciplinaire evaluatie naar co-morbiditeit, functionele beperkingen, de psychocognitieve toestand en sociale situatie wordt uitgevoerd door een team. Dit team bestaat uit een geriatrisch verpleegkundige, ergotherapeut, kinesist, sociaal assistent, geriater, aangevuld met de disciplines in functie van de problematiek van de patiënt (diëtist, psycholoog, ..).

De effectiviteit van de evaluatie berust op 2 peilers. Enerzijds de beschikbaarheid van het specifieke team: voor gehospitaliseerde patiënten kan dit voorzien worden door het team van liaisongeriatrie, voor ambulante patiënten is hiervoor het geriatrisch dagziekenhuis zeer geschikt. Anderzijds dient na de evaluatie een actieve implementatie van het geriatrisch interventieprogramma te gebeuren in combinatie met follow-up.

*“Een vraag die bij geriatrische oncologiepatiënten primeert is of het hoofddoel van de behandeling overleving of veeleer levenskwaliteit is.”*





## Belgian Minimum Geriatric Screening Tools

Het team bekijkt de patiënt holistisch. Dit wil zeggen dat men een zo breed mogelijk beeld van de patiënt probeert te krijgen om de beperkingen op alle domeinen te identificeren. Het college van geriatrie stelde hiervoor een screeningsbatterij samen, de BMGST (Belgian Minimum Geriatric Screening Tools). De BMGST is samengesteld uit een aantal screeningtools die in de geriatrie gebruikt worden om op een efficiënte wijze de pijnpunten bij een patiënt te identificeren:

- Zo wordt er gebruik gemaakt van de Katz-schaal om een beeld te krijgen van de basisactiviteiten van het dagelijks leven (B-ADL), die het mogelijk maken voor een patiënt om zelfstandig te functioneren.
- De klok-teken-test en Mini-Mental State Examination (MMSE) worden gebruikt om de cognitieve toestand in kaart te brengen.

- De Lawton-schaal wordt gebruikt om de instrumentele activiteiten van het dagelijks leven (I-ADL) te evalueren die het mogelijk maken voor een patiënt om zelfstandig te wonen.
- Er wordt ook gekeken naar de gemoedstoestand, sociale problemen, voedingstoestand, pijn en fragiliteit.
- Ook zal een evaluatie van de chronische thuismedicatie lijst gebeuren, dit om polyfarmacie tot een minimum te beperken, geneesmiddelen interacties te voorkomen en de therapietrouw van de patiënt te optimaliseren.

Na volledige evaluatie en identificatie van de te verwachten problemen volgt een rapport naar de behandelende arts, huisarts of oncoloog. De behandelende arts blijft degene die beslist over de behandelingsstrategie en de interventies van paramedische diensten. Idealiter voorziet men in een follow-up van de patiënten ook op geriatrisch vlak.

## BESLUIT

Op aanbeveling van de International Society of Geriatric Oncology dient bij iedere patiënt ouder dan 70 jaar een screening te gebeuren naar nood aan geriatrische ondersteuning. De multidisciplinaire evaluatie door liaisongeriatrieteams en het dagziekenhuis geriatrie is een geschikt medium om ongeïdentificeerde problemen te detecteren, de functionele toestand te ondersteunen en waar mogelijk te verbeteren. Aanpassing van het therapeutisch beleid gericht op optimalisatie van de kwaliteit van leven, eerder dan de kwantiteit van leven is een boeiende uitdaging die in de komende jaren veel aandacht zal vragen van alle medici en paramedici die betrokken zijn in de zorg voor onco-geriatrische patiënten.

## Nieuwe artsen



**dr. Isabel Dhollander**  
neurologe  
sinds 6 september 2010



**dr. Annelies Gillis**  
oogarts  
sinds 1 oktober 2010



**dr. Erika Wisanto**  
anatom-patholoog  
sinds 1 oktober 2010



**dr. Jean-Luc Loncke**  
acute geneeskunde  
sinds 1 november 2010



**dr. Joan Veldman**  
gynaecologe  
sinds 1 november 2010

# KLIMOP-studie peilt naar welzijn oudere kankerpatiënten op langere termijn



Laura Deckx, doctoraatsstudent  
Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde,  
KULeuven

De KLIMOP-studie situeert zich binnen het domein van de geriatrische oncologie. Dit is een sterk groeiend onderzoeksdomein, onder andere door het stijgend aantal oudere kankerpatiënten. Het domein van de geriatrische oncologie kende recent heel wat ontwikkelingen, waaronder de eerste uitgave van het vaktijdschrift 'Journal of Geriatric Oncology'. Onderzoek binnen dit domein heeft zich voornamelijk toegespitst op de eigenschappen van oudere kankerpatiënten, het gebruik van geriatrische instrumenten ter ondersteuning van therapeutische beslissingen en het voorspellen van toxiciteit van behandeling<sup>1</sup>. Over het welzijn van oudere kankerpatiënten op lange termijn is echter nog niet veel bekend. Daar ligt dan ook de focus van de KLIMOP-studie.

## Doel

De KLIMOP-studie wil in de eerste plaats nagaan wat de impact is van een kankerdiagnose, veroudering en hun interactie op de overleving en op het welzijn van oudere kankerpatiënten. Hierbij wordt welzijn geoperationaliseerd aan de hand van een set biolo-

gische (comorbiditeit), functionele (algemene dagelijkse activiteiten en instrumentele algemene dagelijkse activiteiten), psychologische (depressie, cognitieve status en kwaliteit van leven) en sociale (eenzaamheid en sociale ondersteuning) factoren. Naar veroudering wordt binnen de studie op vier manieren gekeken; veroudering als chronologische leeftijd, als kwetsbaarheid, als immuunveroudering en als telomeerlengte.

## Methoden

### Design

De opzet van de studie is een cohort studie waarbij er een gegevensverzameling gebeurt van oudere kankerpatiënten ( $\geq 70$  jaar) met een eerste diagnose van borst-, long-, of darmkanker en twee controlegroepen, namelijk jongere kankerpatiënten (50 - 69 jaar) met een eerste diagnose van borst-, long-, of darmkanker en oudere patiënten ( $\geq 70$  jaar) zonder een eerdere diagnose van kanker. Dit maakt mogelijk om apart het effect van veroudering en van een kankerdiagnose na te gaan. Verder worden ook gegevens verzameld bij de centrale mantelzorgers van alle deelnemende patiënten.

### Rekrutering

De rekrutering van de patiënten loopt gedurende drie jaar en verloopt via de ziekenhuizen (tot nu toe via het Jessa Ziekenhuis en het Ziekenhuis Oost-Limburg) en via huisartsen (tot nu toe via huisartsen uit de provincie Limburg). Data worden verzameld bij inclusie, na zes maanden follow-up, na 1 jaar follow-up en vervolgens elk opvolgend jaar tot en met overlijden of einde van de studie.

### Dataverzameling

De dataverzameling gebeurt aan de hand van:

- een persoonlijk interview bestaande uit

socio-demografische informatie, algemene gezondheidsinformatie en een 'comprehensive geriatric assessment' (aangevuld met vragenlijsten zoals kwaliteit van leven, health locus of control en een eenzaamheidsschaal)

- grijpkracht
- medische gegevens (comorbiditeit, TNM - classificatie, behandeling en medicatie)
- een vragenlijst voor de centrale mantelzorger bestaande uit vragen over depressie, belasting en coping
- eenmalig twee staaltjes wangslijmvlies en een bloedstaal bij kankerpatiënten.

## Stand van zaken

Dit project wordt mogelijk gemaakt door financiële steun van Kom op tegen Kanker, de campagne van de Vlaamse Liga tegen Kanker VZW en sinds 6 oktober 2010 ook door financiële steun van Interreg Vlaanderen - Nederland.

Daarnaast wordt dit project ook gesteund door de Katholieke Universiteit Leuven (prof. Frank Buntinx), de Universiteit Hasselt (prof. Piet Stinissen), de Universiteit Maastricht (prof. Marjan van den Akker), het Limburgs Oncologisch centrum (Jessa Ziekenhuis en Ziekenhuis Oost-Limburg, vertegenwoordigd door dr. Paul Bulens), de Limburgse Kankersamenwerking (prof. Frank Buntinx), de Limburgse Biobank (dr. Jean-Luc Rummens), het Academisch Ziekenhuis Maastricht (prof. Vivianne Tjan-Heijnn) en het Atrium Heerlen (dr. Franchette van den Berkmortel).

Naast de cohort studie staat de oprichting van een kennisnetwerk op het programma, waar de bestaande kennis en expertise bij elkaar gebracht en uitgewisseld wordt. De resultaten zullen uitgewisseld worden via bijeenkomsten van onderzoekers en zorgverstrekkers uit de regio, persmededelingen, publicaties en een website.

## 15 jaar datamanagement oncologie Op de 1<sup>ste</sup> rij bij nieuwe kankerbehandelingen



**De artsenassociatie van het Limburgs Oncologisch Centrum (LOC) is momenteel betrokken in meer dan 30 klinische studies, op het gebied van hematologie, radiotherapie en medische oncologie. Ze krijgen hierbij ondersteuning van de dienst datamanagement oncologie.**

De innovaties binnen de kankerbehandeling volgen elkaar in sneltempo op. Soms zijn nieuwe kankergeneesmiddelen letterlijk een laatste kans op genezing of betekenen ze minstens een sterke vooruitgang in de kwaliteit van leven van veel patiënten.

De artsen van het LOC werken mee aan de studies om innovaties op de voet te volgen en de nieuwste therapieën aan te kunnen bieden. De dienst datamanagement oncologie van het LOC ondersteunt intussen al 15 jaar de deelname aan deze studies.

“In de meeste gevallen gaat het om studies van nieuwe kankergeneesmiddelen die zich in ontwikkelingsfase 2 & 3 bevinden,” legt datamanager Ann Tullen uit. “Ze zijn nog niet op de markt, maar de ontwikkeling is ver genoeg gevorderd om ze veilig toe te dienen aan patiënten en de resultaten hiervan te bestuderen. De toediening gebeurt dan ook in sterk gecontroleerde omstandigheden en volgens strikte protocollen. De patiënt is op voorhand steeds zeer goed op de hoogte dat hij of zij deelneemt aan een studie, heeft hiervoor een goedkeuring getekend en uitgebreide documentatie ontvangen. Daarnaast ontwikkelen we zelf ook studieprotocollen in samenwerking met universitaire centra. De studies zijn ook steeds goedgekeurd door een ethisch comité.”

### Zes personeelsleden

De deelname en opvolging van tientallen klinische studies tegelijk vraagt een goed uitgebouwde administratieve ondersteuning. Onder impuls van dr. Paul Bulens en van wijlen dr. Dany Vanstraelen is hiervoor 15 jaar geleden de dienst datamanagement oncologie gestart. Intussen werken zes personeelsleden aan de verwerking van de gigantische hoeveelheid data.

Voor deelname aan een studie moet er over potentiële patiënten een uitgebreid dossier samengesteld worden. Vaak zijn daarbij extra onderzoeken noodzakelijk. Daarna is het erg belangrijk dat de toediening van de medicatie strikt volgens het studieprotocol gebeurt en moeten alle data en onderzoeken opgevolgd en verwerkt worden. Ten slotte is ook de kwaliteit van de eindrapportage belangrijk. De integrale begeleiding door een team van mensen die hier exclusief mee bezig zijn, leidt tot goede resultaten. Dat maakt het voor de grote farmaceutische bedrijven interessant om een samenwerking aan te gaan.

### Voordeel patiënt

Leveren de klinische studies ook rechtstreeks iets op voor de patiënt? “Dat is zeker het geval,” aldus dr. Jeroen Mebis, medisch oncoloog. “Zo hebben we recent een veelbelovend geneesmiddel voor gemetastaseerd prostaatkanker getest. Intussen zijn de studieresultaten op een internationaal congres bekend gemaakt en die zijn uitstekend. We hebben dus al een aantal patiënten kunnen helpen, nog voor de behandeling op de markt is.

Bovendien gaat het ook vaak om dure therapieën waarvan de terugbetaling niet altijd even snel in orde is. In een studiefase is de medicatie gratis voor de patiënt. Dat maakt het soms gemakkelijker. Maar het belangrijkste blijft dat we van op de eerste rij de nieuwste ontwikkelingen kunnen volgen.”



## Medisch oncoloog dr. Jeroen Mebis gedoctoreerd



**Dr. Jeroen Mebis, verbonden aan de dienst medische oncologie van het Jessa Ziekenhuis, is op dinsdag 29 juni 2010 gedoctoreerd aan de Universiteit Antwerpen. Dr. Mebis verdedigde op overtuigende wijze zijn proefschrift 'Bacterial resistance and antibiotic treatment of neutropenic fever: a clinical perspective' voor een jury van professoren.**

Hierbij een korte samenvatting van het proefschrift van dr. Mebis, met als promotoren prof. dr. Berneman en prof. dr. H. Goossens.

Het proefschrift omvat een aantal klinische studies waarbij wordt nagegaan wat de invloed is van veranderingen van antibiotica op gevoeligheidspatronen van bacteriën en lange termijn ecologie bij patiënten met een ernstig verminderde immuniteit (hematologie). De behandeling van maligne aandoeningen is een snel evoluerende wetenschap. Het aantal oncologisch immuungecompromitteerde patiënten is toegenomen en men verwacht dat dit aantal nog verder zal stijgen omwille van toenemende en meer intensievere behandelingen. Bacteriële infecties blijven de meest voorkomende complicatie van deze cytotoxische behandelingen; bij deze immuungecompromitteerde patiënten vormt neutropenie met koorts een urgentie.

Een literatuuroverzicht in het proefschrift toont de evolutie in de behandeling van neutropene koorts met de nadruk op een overzicht van de wijziging van de bacteriële spectra. Dit zal immers de huidige en toekomstige behandelingen bepalen. Ook nieuwe antibiotica en hun mogelijke indicaties komen aan bod, naast de belangrijkste bacteriële resistentiemechanismen, de betrokken antibiotica en de mogelijke alternatieve behandelingen.

Een hoge resistentie van induceerbare Enterobacteriaceae kan worden verbeterd door de introductie van een nieuw empirisch antibioticaregime bij patiënten met neutropene koorts. Vijfenzeventig procent van de induceerbare Enterobacteriaceae bleek resistent aan ceftazidime, op dat moment op de afdeling hematologie UZA gebruikt als behandeling van neutropene koorts. Door de introductie van de combinatie van een nieuw antibioticum, cefepime, met amikacine, een aminoglycoside, kon er een belangrijke vermindering van resistentie (35%) worden genoteerd.

De combinatie van cefepime en amikacine als empirische behandeling in hoog risico patiënten met neutropene koorts bleek een effectieve behandeling te zijn van deze patiëntenpopulatie. Tweehondertwintig episodes van neutropene koorts werden geanalyseerd. De initiële therapie alleen was in 56 % succesvol. De mortaliteit was vergelijkbaar met andere studies. De resultaten van de onderzoekers waren vergelijkbaar met de beschikbare literatuurgegevens.

Een overzicht van de bacteriële epidemiologie en resistentiepatronen op de afdeling hematologie UZA? gedurende 15 jaar (1994-2008) leidde tot een aantal bevindingen.

De belangrijkste bevindingen hiervan waren:

- de verbetering van resistentiepatronen van de induceerbare Enterobacteriaceae kon bewaard blijven ondanks het gebruik van dezelfde antibiotica.
- er was een stabiele balans tussen het aantal Gram-negatieve en Gram-positieve bacteriën.
- er traden wel meer oxacilline-resistente Coagulase-Negatieve Stafylokokken op.
- er werd meer resistentie genoteerd aan de profylactisch gebruikte fluoroquinolonen.
- er werd geen resistentie tegen vancomycine gedetecteerd.

Na twee meta-analyses was er bezorgdheid ontstaan dat het gebruik van cefepime verbonden zou kunnen zijn met een toegenomen mortaliteit. Dankzij de uitgebreide ervaring van de onderzoekers met cefepime en na controle van mogelijke oorzaken van deze verhoogde mortaliteit, kon besloten worden dat een veilig gebruik van cefepime (nog steeds) mogelijk is indien men rekening houdt o.a. met een correcte dosering.

In de toekomst worden een aantal veranderingen verwacht. Vanuit het huidige bacteriële spectrum kan men een toename van **Pseudomonas aeruginosa**, alsook van methicilline-resistente **Staphylococcus aureus** en **Enterococcus** verwachten. Dit zal een aanpassing van de huidige richtlijnen vereisen waarbij vermoedelijk meer nadruk op combinatie-therapie dient gelegd te worden. Met de intrede van de doelgerichte therapieën naast de cytotoxische behandeling, zullen er meer specifieke immuundeficiënties optreden. Dit zal een selectievere antibioticatherapie mogelijk maken.



In een verdere toekomst zou de ontwikkeling van meer performante diagnostische middelen voor detectie en identificatie van bacteriën bijkomend kunnen leiden tot een meer pathogeen-gerichte in plaats van empirische therapie.

### Belangrijkste publicaties:

1. Decreasing antibiotic resistance of Enterobacteriaceae by introducing a new antibiotic combination therapy for neutropenic fever patients.  
Mebis J, Goossens H, Bruyneel P, Sion JP, Meeus I, Van Droogenbroeck J, Schroyens W, Berneman ZN.  
Leukemia. 1998 Oct;12(10):1627-9.
2. Cefepime and mortality.  
Mebis J, Goossens H, Berneman ZN.  
Lancet Infect Dis. 2009 Oct;9(10):585-6.
3. Cefepime and mortality: a real issue?  
Mebis J, Goossens H, Berneman ZN.  
Scand J Infect Dis. 2010 Jul;42(6-7):545-8
4. Antibiotic management of febrile neutropenia: current developments and future directions.  
Mebis J, Goossens H, Berneman ZN.  
J Chemother. 2010 Feb;22(1):5-12

### MEER INFO?

Contact:  
Dr. Jeroen Mebis  
jeroen.mebis@jessazh.be



## ROPARUN SPONSORT 49.000 EURO VOOR WELLNESSRUIMTE KANKERPATIËNTEN JESSA ZIEKENHUIS

Het Jessa Ziekenhuis krijgt 49.000 euro van de Stichting Roparun voor de inrichting van een ontvangst- en wellnessruimte voor kankerpatiënten. Het bedrag komt uit de opbrengst van de Roparun 2011, een loopevenement van Parijs naar Rotterdam. De 20e editie hiervan vindt plaats van 11 tot 13 juni 2011. Het wellnessproject komt in het voormalige Provinciale Gezondheidscentrum naast campus Virga Jesse, en zou in het najaar van 2011 klaar moeten zijn.

“Kanker grijpt in op alle aspecten van het leven. Naast de puur medische behandeling hebben kankerpatiënten dan ook heel wat andere noden,” legt zorgmanager Chris De Smet uit. “Hiervoor bieden we al heel wat ondersteuning. Dit gaat van wekelijkse relaxerende hand-, aangezichts- of lichaamsmassages door gespecialiseerde vrijwilligers tot de maandelijkse schoonheids- en verzorgingsnamiddagen in samenwerking met het project Feel Good Look Better van de VLK. Sinds 2010 hebben we ook een samenwerking met de KTA2, waarbij de leerlingen als praktijkmoment een gezicht-, voet- en/of handverzorging aanbieden. Daarnaast zijn we in het voorjaar gestart met een pilotsessie mindfulness (zie pagina 6). Het is de bedoeling om dit verder uit te bouwen voor een brede groep van (ex-)patiënten.”

Medisch manager dr. Paul Bulens: “Al deze initiatieven kennen een groot succes en worden erg geapprecieerd door onze patiënten. De patiënten komen hiervoor frequent naar het ziekenhuis. Nu gebeurt dat meestal in een kille vergaderzaal of medische behandelruimte. We zouden dit graag zoveel mogelijk uit de ziekenhuissfeer trekken en aanbieden in een knusse, gezellige en meer huiselijke sfeer. Ook dat draagt bij aan het welzijn van de patiënten.”

Het Jessa ziekenhuis heeft hiervoor nu de geschikte locatie vrijgemaakt in het voormalige Provinciale Gezondheidscentrum naast campus Virga Jesse. Dit is een tijd geleden aangekocht door het ziekenhuis. Voor de inrichting van de ontvangstruimte en de twee wellnessruimten kan het ziekenhuis nu rekenen op de financiële steun van de Stichting Roparun. Zij stellen 49.000 euro ter beschikking voor de decoratie en het volledige meubilair van de drie ruimten. Vorig jaar sponsorde de Stichting Roparun ook al een hoofdhuidkoeler ter waarde van 15.000 euro.

De schenking is een extra motivatie voor het Roparun Team van het Jessa Ziekenhuis dat tijdens het Pinksterweekend 2011 voor de tweede keer zal deelnemen aan het loopevenement van 520 km. Het team verzamelde vorig jaar 25.000 euro voor het goede doel.

## Jessa Ziekenhuis krijgt certificaat 'Babyvriendelijk ziekenhuis'

Het Jessa Ziekenhuis Hasselt heeft het wereldwijde kwaliteitscertificaat "Babyvriendelijk Ziekenhuis" toegekend gekregen voor het stimuleren van borstvoeding binnen de kraamafdeling. Het is het eerste Limburgse ziekenhuis dat dit label mag voeren.

De uitreiking van de certificaten gebeurt door Unicef en het Federaal Borstvoedingscomité van de FOD Gezondheidszorg. In totaal ontvingen 9 Belgische ziekenhuizen het certificaat.

"Een ziekenhuis mag zich 'Babyvriendelijk Ziekenhuis' noemen als het voldoet aan een aantal wereldwijd geldende criteria van het Unicef-project 'Baby Friendly Hospital Initiative' (BFHI)," zegt kinderarts dr. Elke Janssens. "Het project wil borstvoeding in ziekenhuizen promoten. Wetenschappelijke studies hebben immers aangetoond dat borstvoeding tot de leeftijd van zes maanden en ook daarna grote voordelen heeft. Niet alleen voor de gezondheid van moeder en kind, maar ook op psychologisch, sociaal en economisch vlak."

Om het label te behalen, heeft een werkgroep van het Jessa Ziekenhuis een uitgebreid borstvoedingsbeleid uitgewerkt. Elke medewerker die betrokken is bij moeder-kindzorg, leert vaardigheden rond borstvoeding aan en moeders worden gestimuleerd en ondersteund om borstvoeding te geven. Er gaat veel aandacht naar voorlichting en opleiding voor moeders en medewerkers.

De selectieprocedure om het kwaliteitscertificaat te behalen is behoorlijk streng. Na het indienen van het dossier hebben er over een periode van meer dan een jaar drie audits plaatsgevonden.

### Twee kraamafdelingen

Het Jessa Ziekenhuis beschikt over twee kraamafdelingen: op campus Salvator en campus Virga Jesse. Pas in 2014 zullen deze samengevoegd worden. Op beide campusen wordt hetzelfde borstvoedingsbeleid gevoerd.

**JESSA**  
ZIEKENHUIS



## Tien vuistregels voor het welslagen van borstvoeding

- 1 Het ziekenhuis heeft een **borstvoedingsbeleid**. Alle betrokken medewerkers zijn hiervan op de hoogte.
- 2 Iedere medewerker die betrokken is bij de moeder-kindzorg, leert de **vaardigheden** aan die noodzakelijk zijn om het borstvoedingsbeleid uit te voeren.
- 3 Alle zwangere vrouwen krijgen voorlichting over de **voordelen** en de **praktijk** van borstvoeding.
- 4 Na de geboorte hebben moeder en kind minstens **een uur ongestoord huidcontact**. Indien nodig bieden medewerkers van het ziekenhuis hierbij hulp aan, zodat de moeder de signalen van haar baby om te willen zuigen herkent.
- 5 De medewerkers van het ziekenhuis leren iedere moeder de **correcte aanlegtechnieken**. De moeder krijgt ook aangeleerd hoe ze de **melkproductie in stand** moet houden, ook bij de scheiding van moeder en kind.
- 6 Pasgeborenen krijgen **uitsluitend borstvoeding**, tenzij anders beslist na medisch advies.
- 7 Moeder en kind blijven **dag en nacht samen** (rooming-in).
- 8 **Borstvoeding op vraag van de baby** wordt aangemoedigd.
- 9 De baby krijgt bij borstvoeding **geen spenen of fopspenen** aangeboden.
- 10 De medewerkers van het ziekenhuis brengen iedere moeder bij het ontslag uit het ziekenhuis op de hoogte van de bestaande **borstvoedingsbegeleidingsgroepen**.

Jessa Ziekenhuis vzw  
Salvatorstraat 20  
3500 Hasselt  
[www.jessazh.be/kraamafdeling](http://www.jessazh.be/kraamafdeling)

# “Veiligheid kent geen grenzen”

ZESDE LIMBURGS PATIËNTVEILIGHEIDSCONGRES

**Op 22 november organiseerde het Jessa Ziekenhuis samen met Atrium Medisch Centrum Parkstad, Academisch Ziekenhuis Maastricht, MAASTRO clinic, Ziekenhuis Oost-Limburg en de Stichting Kwaliteitskring Limburg een congres met als thema “Veiligheid kent geen grenzen”. Ruim 90 zorgverleners uit 35 verschillende zorgorganisaties waren aanwezig.**

Voor de eerste keer vond het congres plaats in Belgisch Limburg. De kwaliteitshappening van het Jessa Ziekenhuis bood het ideale platform om het congres te ontvangen in Hasselt op campus Salvator. Het initiatief ontstond vanuit het besef dat veiligheid in de zorg het noodzakelijk maakt te leren van incidenten en verbeterprojecten. Het melden van incidenten en de analyse ervan is de voorbije jaren sterk in ontwikkeling binnen de zorgorganisaties. Een aantal van dergelijke ongewenste gebeurtenissen komen in alle zorgorganisaties voor. De organisatoren willen met het Limburgs Patiëntveiligheidscongres een forum aanbieden waar belangrijke leerpunten en verbeteracties kunnen gedeeld worden.

## Grenzen openen

Het centrale thema, “Veiligheid kent geen grenzen” doelde onder meer op de landsgrenzen die door bijna de helft van de deelnemers gepasseerd werden om in Hasselt te raken. Uit de vele incident- en risicoanalyses die worden uitgevoerd, blijkt dat we ook binnen zorgorganisaties grenzen kunnen vinden. Een gekende grens is deze tussen de verschillende disciplines en afdelingen. Een praktijkvoorbeeld uit het Jessa Ziekenhuis - het werken met SBAR tijdens briefings - en uit het Atrium Medisch Centrum Parkstad - veiligheidsrondes in het operatiekwartier - toonden dat het systematisch toepassen van afspraken en een gedeeld briefingmodel tussen disciplines een positief effect hebben op de veiligheid

van zorg. Voor vele aanwezigen bleken deze eenvoudige voorbeelden een bron van inspiratie om zelf mee aan de slag te gaan.

Een andere, vaak vernoemde grens in de zorg is deze tussen de verschillende organisaties. Transmurale zorg wordt met name bemoeilijkt door een gebrek aan communicatie, gezamenlijke doelstellingen en werkwijzen doorheen het zorgproces van de patiënt. In dit kader werd het Euregionale project met focus op de aanpak van MRSA in de thuissituatie en residentiële zorg, dat gezamenlijk met de ziekenhuizen in de Euregio wordt opgezet, voorgesteld. Maar ook het opzetten van een netwerk met zorgorganisaties waarin concrete doelen

worden geformuleerd en een gezamenlijke aanpak wordt uitgewerkt blijkt een succes.

## Leermomenten benutten

Aan het einde van de dag werd tijd genomen om even te reflecteren. Dr. Pierre Scalliet (UCL) maakte de aanwezigen op gedreven en doortastende wijze duidelijk dat we binnen de gezondheidszorg nog een hele weg te gaan hebben in het bereiken van een veilige werkomgeving. We laten immers veel te veel leermomenten liggen en pakken deze niet altijd op een doortastende wijze aan. De focus in vele organisaties ligt nog steeds te veel op ‘wie’ en niet op ‘hoe’ en ‘waarom’.

Belangrijk om op te nemen in de veiligheids-cultuur van een ziekenhuis is de idee dat een bijna-incident beschouwd moet worden als een ‘free lesson’. Het leert ons iets over de organisatie, welke de sterke en zwakke punten zijn. Verder moet een bijna-incident omgevormd worden tot een opportuniteit, een kans die benut moet worden om verbeteringen door te voeren. Ten slotte leidt het melden en analyseren van een (bijna-) incident tot een hogere veiligheid en dit is uiteraard prioritair voor patiënt en ziekenhuis.



## Publicaties

Gepubliceerd in *J Clin Endocrinol Metab*, December 2010, 95(12).

### **SKELETAL MUSCLE LIPASE CONTENT AND ACTIVITY IN OBESITY AND TYPE 2 DIABETES**

*Koenraad Johan W. E. Jocken, Cedric Moro, Gijs H. Goossens, Dominique Hansen, Aline Mairal, Matthijs K. C. Hesselink, Dominique Langin, Luc J. C. van Loon, and Ellen E. Blaak.*

Departments of Human Biology (J.W.E.J., G.H.G., E.E.B.) and Human Movement Sciences (M.K.C.H., L.J.C.v.L.), Nutrition and Toxicology Research Institute Maastricht School for Nutrition, Toxicology, and Metabolism, Maastricht University Medical Centre, 6200 MD Maastricht, The Netherlands; Obesity Research Unit (C.M., A.M., D.L.), National Institute of Health and Medical Research, Unit 85B-H2MRTeam 4, Institut Fédératif de Recherche 31 Institut Louis Bugnard, 31432 Toulouse, France; and Jessa Hospital and Rehabilitation and Healthcare Research Center (D.H.), Provinciale Hogeschool Limburg University College, Department of Healthcare, B-3500 Hasselt, Belgium

**Context:** The obese insulin-resistant state is characterized by elevated lipid storage in skeletal muscle tissue.

**Objective:** We tested whether differences in muscle triacylglycerol (TAG) and diacylglycerol (DAG) lipase content and activity are associated with incomplete *in vivo* lipolysis and lipid accumulation.

**Design and Patients:** Two case-control studies were conducted on skeletal muscle biopsies from lean ( $n = 13$ ) and obese ( $n = 10$ ) men (study 1) and from 11 nonobese type 2 diabetic (T2D), obese T2D, and healthy normoglycemic men (study 2).

**Main Outcome Measures:** Skeletal muscle lipase protein content and activity and muscle lipid content (TAG and DAG) were determined.

**Results:** Skeletal muscle hormone-sensitive lipase protein content was lower ( $0.39 \pm 0.07$  vs.  $1.00 \pm 0.19$  arbitrary units;  $P = 0.004$ ) and adipose triglyceride lipase protein content was higher in obese men compared with lean controls ( $2.17 \pm 0.40$  vs.  $0.42 \pm 0.23$  arbitrary units;  $P = 0.008$ ). This apparent difference in lipase content was accompanied by a 60% lower ratio of DAG to TAG hydrolase activity in the obese men ( $11.4 \pm 2.3$  vs.  $26.5 \pm 7.3$  nmol/h • mg;  $P = 0.045$ ), implying incomplete lipolysis. Lower hormone-sensitive lipase and higher adipose triglyceride lipase content was confined to obesity per se, because it was observed solely in obese T2D men but not

in healthy normoglycemic controls and non-obese T2D men. Muscle total DAG content was not higher in obese men but was even lower ( $6.2 \pm 0.7$  vs.  $9.4 \pm 0.9$   $\mu\text{mol/mg}$  dry weight;  $P = 0.017$ ). TAG content did not differ between groups ( $84.7 \pm 18.9$  vs.  $70.4 \pm 12.4$   $\mu\text{mol/mg}$  dry weight;  $P = 0.543$ ).

**Conclusions:** Our data do not support an important role of total muscle DAG content in the development of insulin resistance in obese men.

Gepubliceerd in *Sports Med* 2010; 40(11): 1-20.

### **THE IMPACT OF TRAINING MODALITIES ON THE CLINICAL BENEFITS OF EXERCISE INTERVENTION IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASE RISK OR TYPE 2 DIABETES MELLITUS**

#### **A Review**

*Dominique Hansen,<sup>1,2,3</sup> Paul Dendale,<sup>1,2</sup> Luc J.C. van Loon<sup>4</sup> and Romain Meeusen<sup>5</sup>.*

(1) Jessa Hospital/Heart Centre Hasselt, Hasselt, Belgium (2) Faculty of Medicine, Hasselt University, Diepenbeek, Belgium

(3) Rehabilitation & Healthcare Research Centre, Department of Healthcare, PHL-University College, Hasselt, Belgium (4) Department of Human Movement Sciences, Nutrition and Toxicology Research Institute (NUTRIM), Maastricht University Medical Centre, Maastricht, the Netherlands (5) Department of Human Physiology and Sports Medicine, Vrije Universiteit Brussel, Brussels, Belgium

#### **Abstract**

Exercise training intervention represents an effective means to reduce adipose tissue mass, improve glycaemic control and increase whole-body oxygen uptake capacity (VO<sub>2</sub>peak) in obesity, metabolic syndrome, type 2 diabetes mellitus (T2DM) and heart disease patients. In this manuscript, we review the impact of different exercise training modalities on clinical benefits of prolonged exercise intervention in these patient (sub)populations. By changing training modalities, significantly greater clinical benefits can be obtained.

Greater training frequency and longer programme duration is associated with greater reduction in adipose tissue mass in obesity patients. A greater training frequency (up to 2 days/week) and a longer programme duration (up to 38 weeks) seems to be associated with greater improvements in VO<sub>2</sub>peak in heart disease patients. Longer programme dura-

tion and addition of resistance-type exercise further improve glycaemic control in T2DM patients. The first line of evidence seems to indicate that high-intensity interval exercise training has a greater impact on VO<sub>2</sub>peak in heart disease patients and insulin sensitivity in subjects with metabolic syndrome, but not on adipose tissue mass in obese subjects. However, it remains unclear whether addition of resistance-type exercise and continuous higher-intensity endurance-type exercise training are accompanied by greater improvements in VO<sub>2</sub>peak in heart disease patients. Furthermore, the impact of training session duration/volume on adipose tissue mass loss and glycaemic control in obesity and T2DM patients, respectively, is currently unknown. The impact of training frequency on glycaemic control remains to be investigated in T2DM patients.

Gepubliceerd in *Cell. Mol. Life Sci.* – 2010 Oct 24.

### **MESENCHYMAL STEM CELLS OR CARDIAC PROGENITORS FOR CARDIAC REPAIR? A COMPARATIVE STUDY**

*Remco Koninckx, Annick Daniëls, Severina Windmolders, Françoise Carlotti, Urbain Mees, Paul Steels, Jean-Luc Rummens, Marc Hendrikx, Karen Hensen.*

R. Koninckx, A. Daniëls, S. Windmolders, J.-L. Rummens, K. Hensen (✉). Laboratory of Experimental Hematology, Jessa Hospital, Campus Virga Jesse, Stadsomvaart 11, 3500 Hasselt, Belgium, e-mail: karen.hensen@jessazh.be

R. Koninckx, S. Windmolders, P. Steels, J.-L. Rummens, M. Hendrikx. Laboratory of Physiology, Faculty of Medicine, and School of Life Sciences, Hasselt University, Biomedical Research Institute and Transnational University Limburg, 3590 Diepenbeek, Belgium

F. Carlotti. Department of Molecular Cell Biology, Leiden University Medical Center, 2300 RC, Leiden, The Netherlands

U. Mees, M. Hendrikx. Department of Cardiothoracic Surgery, Jessa Hospital, Campus Virga Jesse, Stadsomvaart 11, 3500 Hasselt, Belgium

#### **Abstract**

In the past, clinical trials transplanting bone marrow-derived mononuclear cells reported a limited improvement in cardiac function. Therefore, the search for stem cells leading to more successful stem cell therapies continues. Good candidates are the so-called



cardiac stem cells (CSCs). To date, there is no clear evidence to show if these cells are intrinsic stem cells from the heart or mobilized cells from bone marrow. In this study we performed a comparative study between human mesenchymal stem cells (hMSCs), purified c-kit<sup>+</sup> CSCs, and cardiosphere-derived cells (CDCs). Our results showed that hMSCs can be discriminated from CSCs by their differentiation capacity towards adipocytes and osteocytes and the expression of CD140b. On the other hand, cardiac progenitors display a greater cardiomyogenic differentiation capacity. Despite a different isolation protocol, no distinction could be made between c-kit(+) CSCs and CDCs, indicating that they probably derive from the same precursor or even are the same cells.

**Keywords:** mesenchymal stem cells - cardiosphere-derived cells - c-kit<sup>+</sup> cardiac stem cells - heart failure - myocardial infarction - differentiation - coculture.

Gepubliceerd in Muscle and Nerve Month 2010

#### CONTINUOUS ENDURANCE-TYPE EXERCISE TRAINING DOES NOT MODULATE SATELLITE CELL CONTENT IN OBESE TYPE 2 DIABETES PATIENTS

*Tim Snijders, MSc<sup>1</sup>, Lex B. Verdijk, PhD<sup>1</sup>, Dominique Hansen, PhD<sup>2</sup>, Paul Dendale, MD, PhD<sup>2</sup>, Luc J.C. van Loon, PhD<sup>1</sup>.*

(1) Department of Human Movement Sciences, NUTRIM School for Nutrition, Toxicology and Metabolism, Maastricht University Medical Centre, P.O. Box 616, Maastricht 6200 MD, The Netherlands (2) Faculty of Medicine/Heart Centre Hasselt, Hasselt University, Hasselt, Belgium

#### Abstract

Endurance-type exercise training represents a cornerstone in type 2 diabetes treatment. However, the effects of prolonged continuous, endurance-type exercise on muscle fiber characteristics remain equivocal. Fifteen obese male type 2 diabetes patients ( $61 \pm 6$  years) participated in a 6-month continuous, endurance-type exercise program. Muscle biopsies were collected before, and after 2 and 6 months of intervention. Muscle fiber type-specific composition, size, and satellite cell (SC) and myonuclear content were determined by

immunohistochemistry. Although continuous endurance-type exercise training lowered total body weight and reduced fat mass, no changes were observed in leg lean mass. At baseline, SC content was significantly lower in type II compared with type I muscle fibers. No change in SC content was observed after exercise training. Continuous endurance-type exercise training lowers fat mass, but it does not increase leg lean mass and/or modulate muscle fiber characteristics in type 2 diabetes patients.

**Keywords:** immunohistochemistry - insulin sensitivity - muscle stem cells - myonuclei - sarcopenia.

**Abbreviations:** ACP, American College of Physicians; ADA, American Diabetes Association; ANOVA, analysis of variance; CSA, cross-sectional area; DAPI, 40,6-diamidino-2-phenylindole; EASD, European Association for the Study of Diabetes; FFM, fat-free mass; FM, fat mass; HR, heart rate; MHC, myosin heavy chain; OGTT, oral glucose tolerance test; SC, satellite cell; VO<sub>2</sub>max, whole-body oxygen uptake; Wmax, maximal workload capacity.

**Correspondence to:** L. J.C. van Loon; e-mail: l.vanloon@hb.unimaas.nl

## Presentaties

volgende abstracts zijn geaccepteerd voor presentatie:

Op het jaarlijks EuroPrevent Congress in Geneve, Switzerland (april 2011.)

#### ARE FIXED-RATE STEP TESTS MEDICALLY SAFE FOR ASSESSING PHYSICAL FITNESS?

*D. Hansen<sup>1,2</sup>, N. Jacobs<sup>1</sup>, S. Bex<sup>1</sup>, G. D'haene<sup>1</sup>, P. Dendale<sup>1,2</sup>, N. Claes<sup>1</sup>.*

(1) Hasselt University, Hasselt, Belgium (2) Jessa Hospital, Hasselt, Belgium

**Purpose:** Maximal oxygen uptake capacity (VO<sub>2</sub>max) can be predicted by fixed-rate step tests. It remains however to be analyzed what exercise intensities are reached during such tests to address medical safety. In this study, we compared the physiological response to a standardized fixed-rate step

test with maximal cardiopulmonary exercise testing (CPET).

**Methods:** 113 healthy adults executed a maximal CPET on bike, followed by a standardized fixed-rate step test one week later. During these tests heart rate (HR) and oxygen uptake (VO<sub>2</sub>) was monitored continuously. From the maximal CPET, the ventilatory threshold (VT) was calculated. Next, the phy-

biological response between maximal CPET and step testing was compared.

**Results:** The step test intensity was  $85 \pm 24\%$  CPET  $\text{VO}_2\text{max}$  and  $88 \pm 11\%$  CPET HR $\text{max}$ . The step test  $\text{VO}_2$  was significantly higher when compared to CPET VT ( $p < 0.01$ ). In 41% of the total population, step test exercise intensities  $>95\%$  CPET  $\text{VO}_2\text{max}$  were noted. A greater step testing exercise intensity (%CPET  $\text{VO}_2\text{max}$ ) was independently related to higher body mass index, and lower body height, exercise capacity ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** Standardized fixed-rate step tests elicit vigorous exercise intensities, especially in small, obese, and/or physically deconditioned subjects. Medical supervision seems therefore required during these tests.

Op het jaarlijks congres van de Belgische Vereniging voor Cardiologie, Brussel, België (februari 2011).

Op het jaarlijks EuroPrevent Congress in Geneve, Switzerland (april 2011.)

#### SUPPRESSED INCREASE IN BLOOD ENDOTHELIAL PROGENITOR CELL CONTENT AS RESULT OF SINGLE EXHAUSTIVE EXERCISE BOUT IN MALE REVASCULARISED CORONARY ARTERY DISEASE PATIENTS.

D. Hansen<sup>1,2</sup>, A. Daniels<sup>2</sup>, K. Hensen<sup>2</sup>, M. Hendriks<sup>1,2</sup>, J. Berger<sup>2</sup>, P. Dendale<sup>1,2</sup>, R. Koninckx<sup>1,2</sup>, J.L. Rummens<sup>1,2</sup>.

(1) Hasselt University, Hasselt, Belgium (2) Jessa Hospital, Hasselt, Belgium

**Background:** Endothelial progenitor cells (EPCs) significantly affect endothelial repair capacity and, hence, cardiovascular disease incidence. In healthy subjects, blood EPC content increases significantly as result of a single maximal exercise test, hereby stimulating endothelial repair capacity. It remains to be shown whether a single exercise positively affects blood EPCs in revascularised coronary artery disease (CAD) patients.

**Methods:** From male revascularised CAD patients ( $n=60$ ) and healthy volunteers ( $n=25$ ) blood samples were collected before and immediately after a maximal cardiopulmonary exercise test.

These blood samples were analyzed by

flow cytometry for blood progenitor cells and EPC content (CD34+, CD34+CD133+, CD34+VEGFR2+, CD34+CD133+VEGFR2+, and CD34+CD133-VEGFR2+ cells) and compared between groups.

**Results:** As a result of a maximal exercise test, blood CD34+, CD34+VEGFR2+ (EPC), CD34+CD133+, and CD34+CD133-VEGFR2+ (late EPC) cells increased significantly in CAD patients ( $p < 0.05$ ), but less than in healthy subjects ( $p < 0.05$ , and  $p = 0.06$  for CD34+VEGFR2+). CD34+CD133+VEGFR2+ cells (early EPC) did not change as result of exercise ( $p > 0.05$ ). The increase in blood early (CD34+CD133+VEGFR2+) and late (CD34+CD133-VEGFR2+) EPCs as result of exercise was independently related to peak oxygen uptake capacity and age, respectively ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** This study shows for the first time that blood EPCs (CD34+VEGFR2+) increase significantly as result of a single exercise bout in revascularised CAD patients, but with smaller magnitude compared to healthy subjects. Therefore, exercise should be part of any treatment to optimize cardiovascular disease prognosis in CAD patients. Moreover, when distinguishing between early vs late EPC subpopulations, different exercise-induced changes were found between patients and healthy subjects

Op het jaarlijks congres van The European Society of Cardiology 2011, Stockholm, Sweden (augustus)

#### EXPLORING THE IMPACT OF PHYSICAL FITNESS ON THE QUALITY OF SINGLE OPERATOR CONTINUOUS-CHEST-COMPRESSION-ONLY CARDIO PULMONARY RESUSCITATION

P. Vranckx<sup>1</sup>, D. Hansen<sup>1,2,3</sup>, T. Broekmans<sup>2</sup>, B.O. Eijnde<sup>2</sup>, P. Dendale<sup>1,3</sup>, P. Vandekerckhove<sup>4</sup>, P. Broos<sup>5</sup>.

(1) Jessa Hospital, Hasselt, Belgium (2) Rehabilitation & Healthcare Research Center, Dpt. Healthcare, PHIL-University College, Hasselt, Belgium (3) Hasselt University, Hasselt, Belgium (4) Red Cross Flanders, Brussels, Belgium (5) Department of Surgery, University Hospital Gasthuisberg, Leuven, Belgium

**Background:** Sustained single operator continuous-external-chest-compressions during

cardio-cerebral resuscitation (CCR) are physically demanding. Consequently, physical fatigue might induce inadequate compression rates and/or depths, and might affect the neurological and patient outcome following CCR. It might therefore be hypothesised that high caretaker cardiopulmonary fitness and/or muscle strength delays the development of physical fatigue and thus may improve CCR quality.

**Materials and methods:** Fifteen subjects (12 nurses, 3 physicians, mean age  $34 \pm 9$ y, body mass index  $24 \pm 3$ kg/m<sup>2</sup>, peak oxygen uptake capacity  $2884 \pm 755$ mL/min, ventilatory threshold  $2061 \pm 593$ mL/min, and maximal hand grip strength  $49 \pm 11$ kg) performed a 15-min hands-only CCR session on an adult CCR training manikin, with assessment of compression depth and frequency. During CCR we assessed serial blood lactate concentrations, and provided continuous heart rate monitoring. Maximal and aerobic cardiopulmonary exercise capacity, maximal hand grip and dynamometry strength, and CCR quality correlations were assessed.

**Results:** During CCR blood lactate level increased from  $2.3 \pm 1.0$  to  $3.7 \pm 2.1$ mmol/L ( $p = 0.058$ ), and heart rate rose from  $48 \pm 9$  to  $69 \pm 12\%$  of maximal heart rate ( $p < 0.001$ ). Compression depth decreased significantly from 1 up to 10 min of CCR from  $42 \pm 7$  to  $36 \pm 11$ mm ( $p < 0.05$ ), while compression rates during CCR remained stable. Univariate correlations indicated a significant relation between CCR quality and ventilatory threshold ( $r^2 = 0.45$ ), peak oxygen uptake capacity ( $r^2 = 0.29$ ), peak cycling power output ( $r^2 = 0.29$ ), isometric elbow extension peak torque ( $r^2 = 0.30$ ) ( $p < 0.05$ ). Multivariate regression analysis indicated that the ventilatory threshold was independently related to CCR quality up to the first 3 min ( $p < 0.05$ ), while maximal isometric elbow extension peak torque was independently associated with CCR quality after 10 min ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** The quality of continuous-external-chest-compressions-only CCR seems to be determined by the aerobic cardiopulmonary fitness (early stage) and muscle strength (late stage) of the CCR performing caretaker.

# Symposia 2011

## **BVOT Lentesymposium 2011**

**Datum:** zaterdag 2 april 2011  
**Locatie:** Auditorium H6, UHasselt campus Diepenbeek.  
**Onderwerp:** Extra-articulaire Humerusfracturen, acute behandeling en chirurgische toegangswegen (met demo van chirurgische toegangswegen op kadavers).  
**Doelgroep:** geneesheer-specialisten orthopedie, revalidatie en geneesheer-assistenten  
**Meer informatie:** OB@medicongress.com

## **15<sup>de</sup> Regionaal symposium navormingscyclus oncologie**

**Datum:** zaterdag 2 april 2011  
**Locatie:** Centrum Duurzaam Bouwen te Heusden-Zolder

## **Symposium 15 jaar Multidisciplinair Borstcentrum Jessa Ziekenhuis**

**Datum:** zaterdag 14 mei 2011  
**Locatie:** aula campus Virga Jesse, Jessa Ziekenhuis Hasselt

## **Live surgery congres urologie Jessa Ziekenhuis- St. Franciskusziekenhuis Kliniek voor Urologie**

**Datum:** zaterdag 22 oktober 2011  
**Locatie:** aula campus Salvator, Jessa Ziekenhuis Hasselt  
**Programma:** 08u00: aanvang congres  
08u30: ontvangst artsen  
09u00: start chirurgische procedures  
13u00: einde congres

<b>Operatoren:</b>	<b>dr. Peter Martens</b>	TURP op camera
	<b>dr. Patrick Willemen</b>	TUR-blaas met Hexvix op camera
	<b>dr. Dirk Herremans</b>	TVT urethrasuspensie
	<b>dr. Jo Stragier</b>	Flexibele urethrocystoscopie
	<b>dr. Kurt Dilen</b>	Laparoscopische pyelumplastie ( <b>assistentie dr. Dirk Herremans</b> )
	<b>dr. Kris Vekemans</b>	Artificiële urinaire sfincter
	<b>dr. Koen van Renterghem</b>	Inflatable erectieprothese

**Anesthesisten:** **dr. Jean-Paul Ory**  
**dr. Werner Wijckmans**  
**dr. Jan Dewandre**

De ingrepen worden georganiseerd in drie simultane zalen, elke casus wordt interactief besproken bij aanvang van de ingreep. Tevens wordt een "state of the art" lezing gegeven over de desbetreffende pathologieën.

## **Symposium 20 jaar Kindergastroenterologie**

**Datum:** zaterdag 17 september 2011  
**Locatie:** aula campus Virga Jesse, Jessa Ziekenhuis Hasselt

## **3<sup>de</sup> regionaal symposium Insomnia**

**Datum:** zaterdag 8 oktober 2011  
**Locatie:** aula campus Virga Jesse, Jessa Ziekenhuis Hasselt

## **13<sup>de</sup> wetenschappelijke zitting Milieu & gezondheid**

**Datum:** zaterdag 10 december 2011  
**Locatie:** aula campus Virga Jesse, Jessa Ziekenhuis Hasselt

JESSALINEA NR 2 - FEBRUARI 2011

**Verantwoordelijke uitgever:** Prof. dr. Frank Weekers, medisch directeur Jessa Ziekenhuis

**Eindredactie:** dienst communicatie Jessa Ziekenhuis, Salvatorstraat 20, 3500 Hasselt  
tel. 011-30 82 21, [jessalinea@jessazh.be](mailto:jessalinea@jessazh.be)