

HARTslag

Medisch magazine van RZ Heilig Hart Tienen • december 2019

rz **tienen**

regionaal ziekenhuis
heilig hart tienens vzw

Artsen aan boord van KWS

**Interview Jo Vandeurzen,
voorzitter ziekenhuisnetwerk
Oost-Vlaams-Brabant**

**Nieuwste diagnostische mogelijkheden
in fertilitieitskliniek**

Endocrinologie breidt uit

3	Voorwoord
4-5	Artsen en paramedici mee aan boord van KWS
6-7	Nieuwste diagnostische mogelijkheden in fertilitieitskliniek
8-9	Wat is nieuw op de dienst Pediatrie?
10-11	Interview Jo Vandeurzen, voorzitter ziekenhuisnetwerk Oost-Vlaams-Brabant
12-13	Dienst Endocrinologie-Diabetologie breidt uit
14-15	20 jaar obesitaschirurgie in RZ Tienen
16	Ontwerpwedstrijd nieuw ziekenhuis Tienen
17	Kort Nieuws
18-19	Symposium Patiëntenparticipatie
20-23	Wetenschappelijke publicaties
24	Nieuwe artsen

COLOFON

Hartslag is het medisch magazine van RZ Heilig Hart Tienen.

Hoofredactie: dr. Ann Cornelis

Eindredactie: Karla Venken

Redactieraad:

dr. Ann Cornelis - dr. Philippe Borreman

dr. Frank Martens - dr. Hans Struyven

dr. Frederik Temmerman - Karla Venken

Vormgeving: Liebens Reclame

Foto's: Heidi Rombouts,

Merlijn Moonen

Druk: Drukkerij Trudo

Verantwoordelijke uitgever:

dr. Frank Martens,

Kliniekstraat 45 - 3300 Tienen

Redactieadres:

hartslag@rztienen.be



Dr. Frank Martens

Hoofdarts

Nieuwe werven voor de regionale zorg

Ons project RISE, op weg naar een **nieuw elektronisch patiëntendossier** met KWS, vierde in oktober zijn eerste verjaardag. Onze artsen en paramedici zijn nu mee aan boord en eind januari gaat de module **medisch dossier live**. Dan vormen we één digitaal forum met onze netwerkpartners en vele andere Vlaamse zorginstellingen. Voor de patiënt zal midden februari zijn KWS-dossier in RZ Heilig Hart Tienen zichtbaar zijn op mynexuzhealth. Huisartsen kunnen nu al verslagen van hun patiënten bekijken via mynexuzhealthpro. Ons RISE-team bereidt ondertussen ook de afsprakenmodule voor. Wanneer die live gaat, sluiten we onze huidige webtoepassing voor huisartsen, **Artemis**, af en worden de functionaliteiten overgenomen door de webtoepassing of app **mynexuzhealthpro**. Huisartsen die hier vragen rond hebben, kunnen terecht bij ons RISE-team (*zie pag. 5*).

2020 brengt nieuwe werven voor ons ziekenhuis en voor de samenwerking in de regio. Op 1 januari moet elk ziekenhuis in ons land deel uitmaken van een erkend **ziekenhuisnetwerk**. Het netwerk voor de regio Oost-Vlaams-Brabant houdt op 20 december zijn installatievergadering: AZ Diest, RZ Heilig Hart Leuven, UZ Leuven en RZ Heilig Hart Tienen ondertekenen het protocolakkoord en de statuten van de vzw die ze hebben opgericht, onder de naam **Plexus**. Jo Vandeurzen wordt voorzitter en heeft in aanloop naar de formele start ook al informele gesprekken gevoerd met regionale partners in de eerste lijn, de geestelijke gezondheidszorg en de revalidatiezorg. Hij toont zich verderop in deze *Hartslag* enthousiast over de netwerkdynamiek die hij in ons huis ervaart. Het netwerk moet nu verder inhoud krijgen door de opmaak van een **zorgstrategisch plan**. Dat zal onder meer ook de infrastructurele noden van de ziekenhuizen mee onderbouwen. Andere zorgactoren worden actief betrokken bij de zorgstrategische planning via het

regionaal zorgplatform. Doel is dat ziekenhuisnetwerk, GGZ-netwerk en eerstelijnszone elkaar vinden en in dialoog gaan voor de patiënt.

Vijf architectenbureaus en -consortia werken momenteel een concept uit voor ons **nieuwbouwziekenhuis** in Tienen. Eind januari velt een jury een oordeel en nadien gaan we met de gekozen architect aan de slag in werkgroepen. We willen zo veel mogelijk *stakeholders* betrekken: medewerkers, zorgpartners, patiënten en familie, de buurt. We streven naar een **innovatief** project. Daarin zal bijvoorbeeld het ambulante verhaal belangrijker worden en dus ook de link met de eerste lijn voor kwalitatieve opvolging.

Ik maak er u graag attent op dat we begin 2020 starten met een volwaardig **geriatisch dagziekenhuis**, op Campus Mariëndal. Tot dusver was dit geïntegreerd in het niet-chirurgisch dagziekenhuis op Campus St.-Jan. De doorstart impliceert vooral meer mogelijkheden voor diagnostiek.

Op zondag 15 maart nemen we in Tienen deel aan de **Dag van de Zorg**. Op deze open dag willen we zorgkwaliteit en patiëntenparticipatie in de kijker zetten, ook in **transmurale projecten** met de eerste lijn en GGZ.

In 2020 nemen we de aanloop naar onze tweede accreditering met NIAZ. De audit is gepland voor juni 2021.

We zijn tot slot bijzonder verheugd dat **dr. Lieselot Brepoels** op 1 januari het directieteam komt versterken. De raad van bestuur heeft haar benoemd tot **adjunct-hoofdarts**. Dr. Brepoels werkt sinds 2010 in ons ziekenhuis als nuclearist. Zij volgde de Vlerick-opleiding ziekenhuismanagement en verdiende al haar sporen als voorzitter van de medische raad in 2018 en 2019.

Rest mij nog de prettige taak om u een warme eindejaarsperiode en een gezond en inspirerend 2020 te wensen. Graag tot op onze nieuwjaarsreceptie in Tienen of Aarschot, de uitnodiging kreeg u al in de bus.

HEBT U VRAGEN OF OPMERKINGEN?

Uw suggesties of vragen aan het ziekenhuis, en opmerkingen over een hospitalisatie of ander patiëntencontact, zijn welkom op het e-mailadres huisarts@drztienen.be.

Artsen en paramedici mee aan boord van KWS



Het was een druk eerste RISE-jaar op weg naar het nieuwe geïntegreerde patiëntendossier KWS van nexuzhealth. Het administratief pakket voor de registratie van de patiënt en zijn bewegingen in het ziekenhuis, ging live op 16 juni. Ondertussen was de module Medisch Dossier al in voorbereiding en na de zomervakantie ging de projectgroep voor de module Afsprakenbeheer van start. Voorjaar 2020 schakelen we ook over op de nexuzhealth-portalen voor zorgverleners en patiënten.

In de module Medisch Dossier is de kop eraf: sinds 5 november maken de artsen van de niet-snijdende disciplines hun verslagen van raadplegingen in KWS, op 10 december volgden de chirurgen. Alle artsen kregen vooraf een opleiding van het RISE-team, in kleine groepjes per discipline. Ook multidisciplinaire teams zoals de geheugenkliniek werken al met KWS.

OPLOSSINGSGERICHT

Urgentiearts **dr. Tineke Crits** zetelt als aanspreekpunt voor de artsen in de projectgroep Medisch Dossier. "De omschakeling is succesvol en vlot verlopen, het RISE-team kon rekenen op enthousiasme en bereidheid van onze artsen. Natuurlijk is er weerstand bij veranderingen en duiken er problemen en vragen op, ons huidige in huis ontwikkelde medisch dossier is immers sterk op maat gemaakt. Maar het RISE-team, met onze zorgapplicatiebeheerders

en de medewerkers van nexuzhealth, stelt zich zeer oplossingsgericht op en zoekt constructief mee om het voor iedereen werkbaar te maken. Ook bij de livegang stelden ze alles in het werk om niemand in de kou te laten staan, ze hadden vooraf van iedereen zelfs de *whereabouts* voor die dag in kaart gebracht. Het is heel fijn samenwerken met hen."

VOLGENDE MIJLPALEN: 21 JANUARI EN 15 FEBRUARI

Op 21 januari starten de artsen op de hospitalisatiediensten, de paramedici, de afdelingen PAAZ en Spoedgevallen, de OK's en de dienst Patiëntenbegeleiding met de verslaggeving, DNR-registratie en de opvolgnota's (enkel door artsen en paramedici) in KWS. Huisartsen met toegang tot mynexuzhealthpro kunnen nu al verslagen van hun patiënten raadplegen. Op 15 februari wordt het KWS-dossier ook toegankelijk voor

patiënten. Patiënten zullen alleen nieuwe verslagen kunnen raadplegen (7 dagen na validatie = ten vroegste 22 februari), huisartsen hebben toegang tot alle verslagen.

AFSPRAKENBEHEER

In september is de projectgroep voor de module Afspraken gestart. Ondertussen zijn de eerste agenda's al in KWS opgebouwd. Alle huidige afsprakenagenda's (van specialisten, teams zoals de pijn- of geheugenkliniek, verpleegkundigen of paramedici met raadplegingen, dagziekenhuizen) worden naar KWS overgezet in hun huidige vorm. Het gaat om ruim 150 agenda's die geconfigureerd moeten worden. Uitzondering is de agenda van het team Kine-Ergo-Logo: die wordt later meegenomen met de module Revalidatie.

Voorjaar 2020 informeren we patiënten en verwijzers over de datum waarop



Zorgapplicatiebeheerder Stefaan Bauwens maakt onze neurologen wegwijs. De artsen kregen hun KWS-opleiding medisch dossier van onze zorgapplicatiebeheerders, in kleine groepjes per discipline.

zij via de portalen mynexuzhealth en mynexuzhealthpro een overzicht kunnen zien van hun afspraken en zelf afspraken kunnen maken.

AGENDA 2020

Momenteel is de module Medicatie (met onder meer het elektronisch medisch voorschrift) in voorbereiding. In 2020 starten de modules Zwangerschapsdossier, Zorg en Revalidatie hun voorbereidingen. Patiënten en externe zorgverleners zullen dan ook het KWS-dossier in ons ziekenhuis kunnen raadplegen via de respectieve portalen van nexuzhealth (zie kader).

4.000.000
4 MILJOEN

Zoveel verslagen, brieven en andere documenten van 1999 tot nu zijn al overgezet naar het KWS. (1999 is het geboortjaar van ons in huis gemaakt EPD.)

WAT VERANDERT ER VOOR DE HUISARTSEN?

Artemis, de huidige webtoepassing voor de huisarts, verdwijnt vanaf midden 2020. De functionaliteiten worden overgenomen door de webtoepassing of app van nexuzhealth: mynexuzhealthpro. Gebruikers van mynexuzhealthpro hebben vandaag al toegang tot bepaalde gegevens. Huisartsen die mynexuzhealthpro vandaag nog niet gebruiken, kunnen toegang krijgen via www.mynexuzhealthpro.be. Hebt u vragen hierover, dan kunt u contact opnemen op (t) 016 80 91 43 of helpdesk-ictzorgapplicaties@rztienen.be en maken wij graag een afspraak met u voor meer informatie.

Wat is er nu al zichtbaar van RZ Tienen in mynexuzhealthpro?

- Contacten/Verslagen uit het verleden en alle nieuwe verslagen
- Documenten en beelden uit het verleden en alle nieuwe die aan het dossier toegevoegd worden: ingescande verwijsbrieven, rapporten uit meettoestellen, laboresultaten.
- De aanwezigheden van de patiënt.

Wat komt er in de loop van 2020?

- Vragenlijsten
- Afspraken: overzicht raadplegen + zelf maken
- Verwijsbrieven
- Radiologische en nucleaire beelden

WAT VERANDERT ER VOOR DE PATIËNT?

Voor de patiënt zal vanaf 15 februari zijn KWS-dossier in RZ Heilig Hart Tienen zichtbaar zijn via www.mynexuzhealth.be of de app.

- De patiënt zal verslagen van contacten vanaf 15 februari 2020 kunnen raadplegen, geen historische verslagen. Standaard zijn verslagen zichtbaar 7 dagen na validatie door de arts.
- Vanaf april zijn vragenlijsten mogelijk in mynexuzhealth.
- In de loop van 2020 wordt ook de afsprakeninformatie zichtbaar in KWS en zal de patiënt via mynexuzhealth zelf een afspraak kunnen maken. We informeren onze patiënten hier tijdig van: wanneer we overschakelen, sluiten we immers onze huidige online afspraken-toepassing op de website af.



Dr. Lieselore Vandermeulen

**gynaecoloog RZ Tienen,
consulent fertiliteit UZ Leuven**

Nieuwste diagnostische mogelijkheden in fertiliteitskliniek

Vrouwelijke patiënten met fertiliteitsproblematiek konden in RZ Tienen al langer terecht voor basisdiagnostiek (echografie, bloedafname, diagnostische endoscopie) en opvolging tijdens fertiliteitsbehandelingen (follikelmetingen en bloedafnames). De voorbije jaren werd ingezet op de nieuwste diagnostische mogelijkheden voor fertiliteitsoppuntstelling.

Sinds najaar 2017 is er aan een uitbouw gewerkt van de fertiliteitskliniek binnen RZ Tienen, dit voornamelijk in de vorm van optimalisatie van de fertiliteitsoppuntstelling met inbegrip van:

- 3D-echografie voor nazicht uteriene caviteit en diagnose van (congenitale) uteriene afwijkingen,
- HyFoSy, hysterosalpingo-foam-sonografie, een patiëntvriendelijke en accurate evaluatie van de doorgankelijkheid van de eileiders op basis van echografie,
- GIS, gelinstillatiesonografie, voor diagnose van intra-uteriene pathologie (bv. adhesies, poliepen),
- diagnose van diepe endometriose (mapping en evaluatie invasiegraad) en adenomyose.

Deze onderzoeken gebeuren door dr. Thierry Van den Bosch (staflid UZ Leuven met detachering naar RZ Tienen, zie hiernaast) en mezelf.

Door de nauwe samenwerking met het Leuvens Universitair fertiliteitscentrum (LUFC) in ons ziekenhuisnetwerk, waar ik wekelijks consulteer, kunnen

patiënten sneller en efficiënter geholpen worden voor de opstart van een fertiliteitsbehandeling (inseminatie- of IVF-ICSI-behandeling).

DOORGANKELIJKHEID EILEIDERS

Bij het doorgankelijkheidsonderzoek van de eileiders werd het pad verlaten van de RX-hysterosalpingografie, een radiologisch onderzoek waarbij de uterus en tubae zichtbaar gemaakt worden door middel van contrastvloeistof en de doorgankelijkheid van de eileiders bepaald wordt. Sinds ruim twee jaar wordt hiervoor een nieuwe techniek aangeboden, de hysterosalpingo-foam-sonografie of kort verwoord HyFoSy. Dit is een echografisch onderzoek waarbij men gebruik maakt van een echogene vloeistof, een gelfoam, om het traject van het contrast van het interne

os tot voorbij het fimbriale uiteinde van de eileiders te volgen.

TIMING ONDERZOEK

Bij dit vruchtbaarheidsonderzoek is ook een correcte timing van het echografische onderzoek van belang. Het aspect van de ovaria en het endometrium is cyclusafhankelijk. Een doorgankelijkheidstest van de eileider wordt daarom enkel uitgevoerd in de periode na de menstruatie en vóór de ovulatie. In praktijk maken de patiënten telefonisch een afspraak bij aanvang van de menses. Het onderzoek zal dan in deze menstruele cyclus gepland worden. We raden aan een half uur op voorhand Ibuprofen 400 mg in te nemen, dit om krampen van de baarmoeder en de eileiders te voorkomen of te verminderen. Na het onderzoek wordt als voorzorg 1 g azithromycine meegegeven.

DR. VAN DEN BOSCH STAFLID IN UZ LEUVEN



Gynaecoloog dr. Thierry Van den Bosch heeft zijn activiteiten verschoven binnen het ziekenhuisnetwerk Oost-Vlaams-Brabant.

Dr. Van den Bosch doet onderzoek naar diagnostische mogelijkheden bij fertiliteitsproblemen en abnormaal uterien bloedverlies (PhD 2007). Door toenemende activiteit op dat vlak, als consultant in UZ Leuven en ook internationaal, en de wens om meer te focussen op de academische opdrachten, heeft hij beslist om staflid in UZ Leuven te worden. Via detachering zal hij in RZ Heilig Hart Tienen de fertiliteitskliniek mee helpen uitbouwen.

Dr. Van den Bosch is wekelijks op woensdag in ons ziekenhuis voor:

- raadplegingen
- fertiliteitsexploratie en endometriose
- expertise echografie (bv. oncologie)
- ondersteuning bij operaties (bv. ingrepen onder echogeleide)

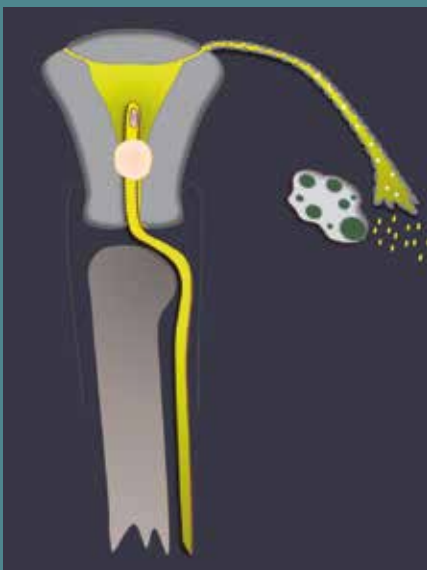
Dr. Van den Bosch zal dus geen bevallingen of opnames meer doen.

Dr. Lieselore Vandermeulen, gynaecoloog in RZ Heilig Hart Tienen en consultant fertiliteit in UZ Leuven, coördineert onze fertiliteitskliniek. De klemtoon ligt op fertiliteitsoppuntstelling met behulp van de nieuwste diagnostische mogelijkheden (zie hiernaast) en diagnose van diepe endometriose (*mapping* en evaluatie invasiegraad) en adenomyose.

De diensten Gynaecologie van het ziekenhuisnetwerk Oost-Vlaams-Brabant in wording zullen hun samenwerking verder verdiepen en structureel formaliseren. Naast fertiliteit zijn er vandaag al nauwe samenwerkingen voor senologie, pelviene oncologie, verloskunde, benigne gynaecologie en urogynaecologie. Uitwisseling en mobiliteit van medische stafleden tussen netwerkziekenhuizen zal in de toekomst verder toenemen.

DRINGENDE AFSpraak NODIG BIJ GYNAECOLOOG?

Is uw patiënt zwanger of heeft zij een dringend probleem? Ook als er online geen afspraak meer beschikbaar is, kunnen wij uw patiënten snel inplannen. Zij kunnen in dat geval het best telefonisch contact opnemen met het afsprakensecretariaat van Medisch Centrum Tienen of Medisch Centrum Aarschot.



Figuur 1: Schematische voorstelling van de HyFoSy-procedure waarbij een fijne katheter doorheen de baarmoederhals geschoven wordt. Enkele milliliters van het schuim worden via de katheter in de baarmoederholte gebracht. Als dit schuim doorheen de eileider loopt en de buikholte bereikt, betekent dit dat deze eileider open is. (Bron: Echografie in het vruchtbaarheidsonderzoek bij de vrouw. PhD thesis D Van Schoubroeck - 2017 – KU Leuven)



Figuur 2: Echografiebeelden tijdens een HyFoSy. De echogene vloeistof (de gelfoam) kan doorheen de tubae tot in de buikholte gevolgd worden. (Bron: Echografie in het vruchtbaarheidsonderzoek bij de vrouw. PhD thesis D Van Schoubroeck - 2017 – KU Leuven)



Dr. Stefaan Van Lierde

diensthoofd

Wat is nieuw op de dienst Pediatrie?

In de zomervakantie zijn de raadplegingen Pediatrie in Tienen naar een ruimere locatie verhuisd en kregen ze verpleegkundig-administratieve ondersteuning. De medische staf maakt ondertussen werk van verdere uitbreiding. In november gingen we van start met medische dossiervoering in KWS. En eind 2019 zal een nieuw monitoringsysteem op de kinderafdeling operationeel zijn.

Begin augustus kreeg onze medische equipe versterking van assistent in opleiding dr. Elise Exelmans. Zij verblijft een jaar bij ons en is, onder supervisie van een kinderarts-staf lid, actief op alle fronten van onze zorg: raadpleging, spoedgevallen, zaalrondes, verloskwartier. Contactnummer voor huisartsen is 016 80 98 31. In het kader van de academisering van de opleiding tot specialist organiseren we maandelijks een *journal club* en wordt recente literatuur snel gedeeld onder collega's.

Pediater is al langer dan vandaag een knelpuntberoep, het is verre van evident om nieuwe kinderartsen aan te trekken. We zijn dan ook blij dat over enkele maanden een nieuwe collega kan starten, we informeren onze verwijzers te gepasten tijde.

CENTRALE LIGGING

De raadplegingen Pediatrie in Tienen verhuisden in augustus van het medisch centrum naar het hoofdgebouw Campus Mariëndal, nabij de ingang. Een belangrijk voordeel van deze centrale ligging in het ziekenhuis is de directe nabijheid van de afdelingen Spoedgevallen, Pediatrie en het verloskwartier. De ouders schrijven hun kind in aan de

hoofdbalie van het ziekenhuis en vinden wachtzaal, raadplegingslokalen en onderzoekskamer in de gang onmiddellijk links. De pediaters beschikken nu over vier nieuwe consultatieruimtes. De artsen krijgen er ondersteuning van een vaste verpleegkundige, Silvia Vandael, die dagelijks van 13 tot 17 uur aanwezig is (behalve op vrijdag). Contactnummer voor huisartsen is 016 80 94 34.

INVESTERINGEN

Een stevige investering in betere informatiedeling is het Klinisch Werkstation (KWS) van nexuzhealth als nieuw patiëntendossier, dat gefaseerd ziekenhuisbreed wordt uitgerold. De dienst Pediatrie startte op 5 november als eerste groep artsen met de implementatie hiervan op de raadpleging, samen met de andere beschouwende disciplines (zie ook pag. 4).

Een belangrijke investering in de patiëntveiligheid is het nieuwe monitoringsysteem op onze hospitalisatieafdeling. Naar analogie met de diensten Intensieve Zorgen, Telemetrie en Spoedgevallen zal eind december centrale bewaking van alle gehospitaliseerde patiëntjes operationeel zijn op de kinderafdeling.





De nieuwe locatie van de raadplegingen Pediatrie telt 4 consultatieruimtes en ligt centraal in de hoofdcampus, dichtbij Spoedgevallen, Pediatrie en het verloskwartier.

De kinderartsen kregen op hun nieuwe raadplegingslocatie ook extra hulp. Silvia Vandael ondersteunt hen met verpleegkundige en administratieve taken. Zo kunnen sommige technische onderzoeken op de raadpleging zelf gebeuren, wat tijdswinst en meer comfort voor ouders en kind oplevert. Zij regelt ook interne en externe verwijsafspraken en registreert onder meer de vaccinaties.

JO VANDEURZEN VOORZITTER VAN ZIEKENHUISNETWERK OOST-VLAAMS-BRABANT

“Gedeelde ambitie om schakel te zijn in geïntegreerd gezondheidssysteem”

De ziekenhuishervorming is federale materie, maar de Vlaamse overheid heeft vanuit haar bevoegdheden en beleidsplannen ter zake een actieve bijdrage geleverd aan het ziekenhuislandschap dat op 1 januari 2020 werkelijkheid wordt. Een van de architecten wordt nu ook bouwheer. Een gesprek met voormalig minister van Welzijn Jo Vandeurzen, voorzitter van ons ziekenhuisnetwerk Oost-Vlaams-Brabant.

Jo Vandeurzen: “Onze zorgverzekering heeft betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg als doelen. Dat blijft zo, maar we moeten het beleid heroriënteren naar de veranderende zorgvragen. Ik denk hier bijvoorbeeld aan chronische zorg, geestelijke zorg en ouderenzorg. Maar ook: hoe houden we, met de innovatie en technologische ontwikkelingen die de gezondheidszorg doormaakt, de focus op de noden van de patiënt en het behoud van zijn levenskwaliteit? Voor ziekenhuis betekent dit: samenwerken! Zeker op het vlak van de specialistische basiszorg, die dicht bij de eerste lijn staat. Het beleid moet ziekenhuizen aanmoedigen om concentratie van die basiszorg mee te bewerkstelligen, om zich als partners in de zorg op te stellen, om in te spelen op de zorgnoden in hun regio en samen nieuwe stappen te zetten voor de zorg van morgen. Vandaar de vraag om een gezamenlijk zorgstrategisch plan op te maken in netwerken. De ambitie om een schakel te zijn in een geïntegreerd



Jo Vandeurzen stelde als minister van Welzijn op ons symposium n.a.v. 25 jaar Medisch Centrum Aarschot in 2013 al dat een “koerswijziging van het zorgschip” nodig was in antwoord op maatschappelijke trends: “De groeiende noden in de geestelijke gezondheidszorg, chronische zorg, ouderenzorg en thuiszorg maken multidisciplinariteit en ketenzorg vanuit een netwerkidee onontbeerlijk.”

gezondheidszorgsysteem, heb ik alvast ervaren in de ziekenhuizen van Oost-Vlaams-Brabant.”

Op 1 januari 2020 moet elk ziekenhuis lid zijn van een erkend ziekenhuisnetwerk. In Vlaanderen is de kaart ondertussen

ingekleurd. “Alle netwerken samen moeten het volledige grondgebied dekken en binnen het voorziene maximale aantal van 13 blijven (naast 8 in Wallonië en 4 in Brussel). Het proces van netwerkvorming is in Vlaanderen in de voorbije legislatuur nauw opgevolgd, de

ambities zijn realistisch. Ik verwacht dus geen verrassingen.”

POLITIEKE LOOPBAAN

“Ik ben mijn politieke loopbaan gestart als OCMW-voorzitter en heb in die rol samen met anderen de fusie van ziekenhuizen in Limburg bewerkstelligt. Ik ben nadien ook voorzitter geworden van het Ziekenhuis Oost-Limburg. Ik ben altijd geïnteresseerd geweest en gebleven in welzijn en gezondheidszorg, en in ziekenhuisbeleid in het bijzonder. Als jurist kijk ik vooral naar het juridisch-organisatorische aspect. Het was voor mij een uitgemaakte zaak dat ik na mijn politieke loopbaan opnieuw naar de sector zou terugkeren. Toen ik werd gepolst door het ziekenhuisnetwerk Oost-Vlaams-Brabant, ben ik graag ingegaan op die vraag.”

TROEVEN

“Ik heb ondertussen in de vier ziekenhuizen de overtuiging gevoeld dat de samenwerking een goede zaak is, en het besef dat deze weg bewandeld moet worden. Vanuit een eigen autonomie. Er is een gedeeld inzicht over de eigen rol in de gezondheidszorg: als klinisch netwerk zijn we deel van een zorgtraject en plaatsen we ons in een zorgcontinuïteit in een regio. Die gedeelde visie vind ik belangrijk. Wat niet wegneemt dat ik de eigen geschiedenissen van de ziekenhuizen en van hun artsenassociaties, goed moet begrijpen en wil respecteren.”

“Ook sterk is dat er weinig discussie is over de supraregionale zorg. Elke partner beseft dat UZ Leuven hierin een unieke plaats inneemt. We kunnen ons als netwerk dus volop concentreren op de organisatie van de basisspecialistische zorg – dat is een niet onbelangrijk verschil met sommige andere netwerken met meerdere ‘grotere’ spelers. Belangrijk om te benadrukken: dat betekent niet dat er een strakke grens zou zijn tussen supraregionale zorg en specialistische basiszorg, er zijn zeker grijze zones waarover ook in ons netwerk gepraat zal worden.”

“Nog een duidelijke troef van het netwerk is het gezamenlijk elektronisch patiëntendossier. De vier ziekenhuizen werken met hetzelfde EPD of bereiden dat voor. Dat is ook een unieke context voor onze partners in de eerste lijn én voor onze patiënten. Bovendien bestaan er al vele mooie projecten rond samenwerkingen en netwerken, ook met de eerste lijn. We moeten niet van een theoretisch wit blad vertrekken. Er liggen dus al belangrijke kansen klaar.”

INFRASTRUCTUUR

“Ik heb in RZ Tienen een bijzonder enthousiaste directie, raad van bestuur en medisch raad gevonden. Het ziekenhuis heeft een turbulente geschiedenis gekend. Misschien net daarom is er een duidelijk gedeelde ambitie om samen aan een mooie toekomst voor het ziekenhuis te bouwen, in het netwerk. RZ Tienen heeft ook een goede analyse gemaakt van de context van de zorg vandaag in de regio, van zijn rol in het ziekenhuisnetwerk en in de alliantie met de andere zorgpartners. Dat werkt aanstekelijk, het enthousiasmeert mij.”

“Tegelijk is duidelijk dat een aangepaste infrastructuur voor RZ Tienen een belangrijke ambitie en uitdaging is. Dat geldt ook voor de andere ziekenhuizen. Boodschap aan het netwerk is hoe we omgaan met die infrastructurele nood en hoe ons gezamenlijk zorgstrategisch plan dit kan onderbouwen. RZ Tienen heeft in voorbereiding van zijn nieuwbouw overigens een

interessante oefening gehouden rond het groenboek *Hospital of the Future*, lektuur die ik iedereen in onze sector kan aanbevelen.”

INVENTARISEREN

“Na de formele oprichting (*zie kader*) verwacht ik zo snel mogelijk een erkenning door de Vlaamse administratie. We organiseren nu al heel wat informatieve gesprekken en inventariseren welke projecten lopen. Ik hoop dat we uiteindelijk een plan met prioritaire dossiers kunnen maken. Er zal daarover uiteraard voorafgaandelijk in alle ziekenhuizen van het netwerk en met de medische raden het nodige overleg moeten georganiseerd worden. Ik hoop ook veel te leren van wat er in de andere netwerken gebeurt.”

“Kijk, dat ziekenhuizen voortdurend op zoek zijn naar een efficiënte organisatie getuigt gewoon van goed beheer. Uiteindelijk moeten belangrijke investeringsprogramma's gefinancierd kunnen worden. Maar op dit ogenblik zijn er nog geen concrete nieuwe plannen. Ook hier zal eerst overleg en onderzoek nodig zijn. We gaan de zaken projectmatig aanpakken, denk ik. En daarbij zullen keuzen gemaakt moeten worden.”

NIEUWE NAAM, STATUTEN EN PROTOCOLAKKOORD

Deze *Hartslag* was onderweg naar de drukker toen op 20 december de statuten van de vzw en het protocolakkoord tussen de vier ziekenhuizen getekend werden. Dat gebeurde in het mooie decor van de Faculty Club in het Groot Begijnhof van Leuven.

Het netwerk maakte ook zijn naam bekend:

Plexus, Zorgnetwerk Oost-Vlaams-Brabant



Dr. Deborah Masfrancx

coördinerend arts

Dienst Endocrinologie-Diabetologie breidt uit

Jaarlijks neemt het aantal diabetespatiënten toe, wereldwijd en ook in ons land. Er is een stijgende trend van obesitas, en ook schildklierlijden en hypofysaire pathologie worden steeds meer herkend. Het endocrinologieteam stelt dit ook vast in de dagelijkse praktijk. Een uitbreiding van de dienst was dus logisch en noodzakelijk.

De diabetesconventie bestaat al langer in ons ziekenhuis, maar eertijds waren er weinig mogelijkheden tot opvolging van andere endocrinopathieën dan diabetes en schildklierlijden. Met de komst van een eerste endocrinoloog (dr. Masfrancx) in 2015 werd het aantal raadplegingen uitgebreid, en vandaag komen alle subdisciplines binnen de endocrinologie aan bod: patiënten komen langs met diabetes, afwijkingen van de bijnier, schildklier- en bijschildklierlijden, obesitas en metabole ziekten, hypercholesterolemie, andrologie en hypofysaire pathologie. Het team is actief op de campussen in Tienen en in Aarschot.

TWEEDE ENDOCRINOLOOG

Met de komst van een tweede endocrinoloog in september van dit jaar, dr. Laura Van den Mooter MD PhD,



Op de vooravond van Wereld Diabetes Dag opende Medisch Centrum Aarschot officieel de nieuwe locatie voor het uitgebreide team Endocrinologie-Diabetologie en het Huis van de Chronische Zorg van LMN Hageland.
Foto: LMN-coördinator Katrien Verschueren toont huisartsen en andere genodigden haar nieuwe stek.



Het team bestaat intussen uit twee endocrinologen, zes educatoren, drie diëtist-educatoren en een administratief medewerker diabetesconventie.

(v.l.n.r.) Sue Hernalsteen, Martine Raymaekers, An Van Bael, dr. Laura Ven den Mooter, Stefanie De Ceuster, Riet Beckers, Marijke Vanormelingen, dr. Deborah Masfrancx, Luce Van Goidsenhoven, Kim De Winter en Marieke Zobot. Niet op de foto: Elien Schepmans.

hebben we de raadplegingscapaciteit in Tienen en Aarschot verdubbeld en zijn de wachttijden ook sterk afgenomen. Tegelijk kunnen we hierdoor ook multidisciplinaire projecten zoals de diabetesvoetklinik, verder uitbouwen. Dr. Van den Mooter praktiseert alle domeinen binnen de endocrinologie.

NIEUWE LOCATIE IN AARSCHOT

Om de patiënten efficiënter te kunnen helpen, kreeg het endocrinologieteam een eigen raadplegingsblok in het Medisch Centrum Aarschot. Tot dusver zaten zij verspreid over de campus. Een voormalige woning nabij het medisch centrum werd volledig ingericht voor raadplegingen. De artsen, educatoren en diëtisten zitten hier samen om de patiënt in één wachttijd te kunnen helpen. Educatie is de hoeksteen voor goede diabeteszorg: de patiënt is immers

in grote mate zelf verantwoordelijk voor de het succes van de dagelijkse behandeling, door zelfcontrole en preventie van complicaties.

SUCCEFACTOREN

Ook het Huis van de Chronische Zorg, van het Lokaal Multidisciplinair Netwerk Hageland (LMN), is in hetzelfde bijgebouw gevestigd. Dit bevordert de communicatie met de eerste lijn, want samenwerking met huisartsen is van primordiaal belang. Intussen kent de dienst bijna duizend diabeteszorgtrajecten, een zeer ruime patiëntengroep. Samenwerking met de eerste lijn, luisteren naar de noden van de regio en continue optimalisatie van de diabeteszorg zijn succesfactoren voor het welslagen van deze trajecten.



Dr. Joost Vankeirsbilck

diensthoofd

20 jaar obesitaschirurgie in RZ Tienen

In 1999 startte RZ Tienen met obesitaschirurgie. In de voorbije 20 jaar is er onafgebroken zorg verleend aan deze belangrijke groep patiënten. We blikken terug en vooruit.



Dr. Ivan Kerschaever

Meer dan de helft van de Belgen kampt met overgewicht. Regelmatig klinkt in de media dat de obesitasepidemie niet te stuiten is. Dat leidt tot de vraag: waarom is afvallen zo moeilijk? Wat is de beste methode om te vermageren? Unaniem zal iedereen verklaren dat je gewicht verliest als je gezond eet en meer brandstof verbruikt dan je inneemt. Met de smartphone hebben we toegang tot *activity trackers* en fitheidsapps die ons vertellen of we goed bezig zijn. Op elk voedingsproduct lees je hoe gezond het is, samen met de nutriscore en het aantal calorieën. En toch neemt het aantal obese mensen toe. Het ultieme bewijs dat het helemaal niet zo eenvoudig is.

MORBIDE OBESITAS

In de huidige wetenschappelijke literatuur wordt obesitas meer en meer als een ziekte beschouwd die gericht behandeld moet worden. Langetermijnstudies tonen aan dat gewicht verliezen, en het gezonde gewicht langdurig houden, slechts bij een heel kleine groep patiënten lukt. Bij patiënten die een bariatrische ingreep ondergaan, is kans op blijvend gewichtsverlies veel groter. De behandeling van morbide obesitas vraagt dus een multidisciplinaire aanpak waarin chirurgie een belangrijke rol speelt.



GOUDEN STANDAARD

Obesitaschirurgie heeft in RZ Tienen een evolutie gekend gelijklopend met de omringende landen. Initieel werd de laparoscopische *gastric banding* uitgevoerd. In 2005 ging ons obesitascentrum van start met de *gastric-bypass*stechniek, die steeds laparoscopisch wordt uitgevoerd. Ondanks nieuwe niches als minibypass en endoscopische *sleeve* gastroplastie blijft de *gastric bypass* de gouden standaard, met zeer goede resultaten op lange termijn. De verblijfsduur voor deze ingreep is gestaag kunnen dalen (tot doorgaans 2 overnachtingen vandaag) dankzij de gestandaardiseerde werkwijze: de operatie door een duo van chirurgen, een intensieve begeleiding van de patiënt postoperatief, met snelle mobilisatie en

hervatting van de normale activiteiten. Deze systematische aanpak resulteert ook in een zeer laag risico op complicaties.

CRITERIA VOOR DIABETICI VERLAGEN?

De criteria om in aanmerking te komen voor bariatrische chirurgie zijn door het Riziv vastgelegd (*zie kader*). Het effect op diabetes type II is indrukwekkend. Antidiabetica kunnen vaak snel afgebouwd, of zelfs volledig gestopt worden. In de literatuur zijn er daarom verschillende stemmen om de drempel voor een bariatrische ingreep bij diabetici te verlagen. Patiënten met obstructief slaapapneusyndroom (OSAS) kunnen na bariatrische chirurgie meestal stoppen met de nachtelijke CPAP-therapie.

INZET EN VOLHARDING

De patiënt wordt preoperatief in ambulante setting geëvalueerd door de chirurg, een gespecialiseerde diëtist, een psycholoog en een endocrinoloog. Dat heelkunde een krachtig hulpmiddel is om te vermageren maar niet het zaligmakende wondermiddel, wordt van bij de selectie ingelepeld. De inzet en volharding van de patiënt is noodzakelijk om een duurzaam resultaat te bekomen.

Om patiënten te ondersteunen in de keuze voor gezonde voeding, voldoende beweging en een goede geestelijke ingesteldheid heeft onze dienst een extramurale partner gezocht die onze multidisciplinaire aanpak mee schraagt. Met het Motion Center in Tienen hebben we het *Get In Motion*-programma uitgewerkt voor mentale, fysieke en nutritionele coaching. We informeren patiënten en motiveren hen tot deelname aan dergelijk programma's, in dit centrum of elders. Wellicht zal het Riziv deze initiatieven in de toekomst meer en meer stimuleren of zelfs als voorwaarde stellen om in aanmerking te komen voor een bariatrische ingreep.

We kijken dus met trots en tevredenheid terug op 20 jaar obesitascentrum in Tienen en hopen dat we met gedreven medewerkers deze weg verder kunnen bewandelen.

VOORWAARDEN BARIATRISCHE HEELKUNDE

- Minstens 18 jaar
- Onvoldoende effect van dieet
- Minimale BMI van 40
- BMI \geq 35 + co-morbiditeiten:
 - diabetes
 - therapieresistente hypertensie
 - slaapapneusyndroom
 - heringreep na eerdere bariatrische heelkunde





Dr. Hans Struyven

algemeen directeur

Ontwerpwedstrijd nieuw ziekenhuis Tienen

Op 21 januari oordeelt een jury over de ontwerpwedstrijd die we hebben uitgeschreven voor het nieuwe ziekenhuis in Tienen. Stuk voor stuk sterke en ervaren bureaus stelden zich kandidaat.

Een van de belangrijkste strategische doelstellingen van RZ Tienen is de realisatie van een eengemaakt nieuwbouwziekenhuis. De laatste jaren werd veel tijd en energie gestoken in het zoeken van een geschikte locatie. Er werd met de provincie Vlaams-Brabant, de stad Tienen en het stedenbouwkundig bureau BUUR een locatieonderzoek uitgevoerd, dat ons samen met het natraject eind van dit jaar zal leiden naar de definitieve locatie: de site van onze huidige Campus St.-Jan of een site ten oosten van de Tiense vesten, grenzend aan de Feed Food Health Campus (bedrijventerrein).

CONCEPTNOTA

De volgende stap was het uitschrijven van een conceptnota, die de handleiding zal vormen voor de architecten om een concept van ziekenhuis te ontwerpen. Deze conceptnota werd door de stuurgroep nieuwbouw opgesteld na een literatuurstudie, onder meer van *Hospital of the future. The future of hospitals*, een groenboek van het Leuvens Instituut voor Gezondheidszorgbeleid van de KU Leuven en de Vlerick Business School in opdracht van de Vlaamse overheid (2019).

In de stuurgroep is er vertegenwoordiging van de raad van bestuur, de directie, de artsen, de departementen Zorg en Facilitaire diensten, de communicatiedienst en de ondernemingsraad.

Een conceptnota bevat een plan van eisen, maar ook de visie van de bouwheer. Die hebben we samengevat in vijf pijlers die doorheen het ontwerp en de uitbouw van het ziekenhuis moeten terugkomen, vijf toetsstenen voor patiënt, medewerker en maatschappij gelinkt aan de algemene missie en visie van het ziekenhuis: beleving, flexibiliteit, efficiëntie, duurzaamheid en innovatie.

OPENBARE AANBESTEDING

De aanstelling van een architect voor de nieuwbouw van een ziekenhuis moet via een procedure van openbare aanbesteding gebeuren. Het lastenboek werd gepubliceerd op 5 augustus en we waren blij dat we tien zeer sterke kandidaturen toegestuurd kregen. De stuurgroep ging hiermee aan de slag en maakte op 15 oktober een selectie van vijf kandidaten, waaronder drie consortia: ar-te / G.A.F. / STABO, Assar Architects, B2Ai / EGM architecten, Detoo Architects / M4 architecten / SDKE, en VK Studio architects. Stuk voor stuk zeer ervaren en bekwame

bureaus met heel wat referenties in ziekenhuisbouw. Zij werden uitgenodigd voor een infovergadering en gingen nadien aan de slag in de wedstrijd om hét nieuwbouwziekenhuis voor RZ Tienen te ontwerpen. Hiervoor hebben ze de tijd tot 10 januari 2020.

GUNNINGSCRITERIA

De wedstrijdjury, samengesteld uit leden van de stuurgroep en externe experts, zal hierover samenzitten op 21 januari. Uiteraard zal de jury zich baseren op de gunningscriteria van het lastenboek: kwaliteit van de concept- en visievorming en het ontwerpend onderzoek, projectbudget en kostencontrole, projectplanning en plan van aanpak, duurzaamheid, stedenbouwkundige integratie, *landscaping* en omgeving, ereloon. Hierna zal de definitieve keuze van ontwerper bekendgemaakt worden. Het zal u niet verbazen dat we hier naar uitkijken!

Multidisciplinair overleg MS

Onze dienst Neurologie werkt samen met het Transmuraal MS-team van het Nationaal MS Centrum (NMSC). De artsen en paramedici van dit team komen naar ons ziekenhuis om de MS-patiënt medisch, paramedisch, psychologisch en sociaal te ondersteunen in een omgeving die hij kent, samen met de vertrouwde neuroloog. Doel is om als team de noden en problemen van de patiënt te bepalen en hem via specifieke zorgprogramma's te begeleiden. Tijdens de multidisciplinaire raadpleging ziet de patiënt dus zijn neuroloog, een revalidatiearts, sociaal assistent, verpleegkundige, kinesist en diëtist. Omdat dit kadert in een specifieke conventie, is er geen meerkost voor de patiënt.

Het team stelt na de raadpleging een behandelplan op en gaat na welk ambulant zorgprogramma het meest geschikt is voor de patiënt. Mogelijke programma's die vanuit de screening kunnen starten, zijn: mobiliteit en sport, support en selfmanagement, low vision, urinaire en faecale incontinentie, seksualiteit, behoud van werk en energiemanagement, communicatie en organisatie van de thuiszorg.

Momenteel organiseren we twee vergaderingen per jaar met telkens zes MS-patiënten. Voorlopig includeerden we nog geen neurodegeneratieve aandoeningen. Afwisselend nemen dr. Vanhee en dr. Govaerts deel aan dit overleg. Voor de meeste patiënten betekent deze aanpak een echte meerwaarde. De verschillende invalshoeken zorgen voor een bredere kijk op deze invaliderende ziekte.

Dr. Anneke Govaerts, diensthoofd Neurologie



Slaaplabo is verhuisd voor meer capaciteit

In september verhuisde het slaaplabo van zijn locatie nabij de afdeling Neonatologie naar de afdeling Kort Verblijf. Er werden vier kamers ingericht met de nodige apparatuur. Het nieuwe slaaplabo ontvangt nu twaalf patiënten per week (t.o.v. zeven voordien). De onderzoeken gebeuren van maandag tot donderdag, telkens met drie patiënten die respectievelijk om 16.30, 17.30 en 18.30 uur op de afdeling worden verwelkomd – voordien moesten patiënten zich al in de namiddag aanmelden.



Rechtzetting

Het contactnummer van het secretariaat Radiologie in Tienen voor de huisartsen stond foutief in het vorige raadplegingskatern bij *Hartslag*. Dat moet 016 80 96 27 zijn.

Opleiding wondzorg voor eerste lijn

Wondzorgspecialisten Magali Nys van RZ Heilig Hart Tienen en Martine Vrijs van AZ Diest verwelkomden op 18 november thuisverpleegkundigen en huisartsen uit de regio Tienen-Diest voor een opleidingsnamiddag - een illustratie van (opleidings)samenwerking in het netwerk. Stemmige locatie was de kloosterkapel van de Grauwzusters op onze Campus Mariëndal. Op het programma onder meer de nieuwste aanpak van incontinentiegeassocieerde dermatitis en andere vochtletsels, vasculaire insufficiëntie en compressietherapie, en de wetswijziging m.b.t. de terugbetaling van actieve verbandmiddelen.



Joeri Dejaeger

Afdelingshoofd Kwaliteit & Procesoptimalisatie

In debat over betrokkenheid en open disclosure

De vraag naar patiëntenparticipatie in de zorg klinkt steeds luider. Hier invulling aan geven is geen evidente opdracht voor de sector. Onze diensten Patiëntenbegeleiding en Kwaliteit organiseerden een symposium voor duiding bij het concept en mogelijke aanpak. Een pittig debat over open communicatie bij ernstige incidenten (*open disclosure*) en de aanwezigheid van patiëntenverenigingen maakte het plaatje compleet.

Algemeen directeur **dr. Hans Struyven** opende het symposium met de stapsgewijze introductie van patiëntenparticipatie in onze organisatie vanuit onze missie- en visieontwikkeling. Hij zoomde in op de interne denktank, de uitgeschreven beleidsvisie en de uitrol van gericht gekozen projecten zoals een *open disclosure*-beleid, responsabilisering van zorgverleners én patiënten via de methodiek '3 goede vragen' en de structurele samenwerking met zelfhulpgroepen.

ONDERBENUTTE BRON

Onderzoeker **Eva Marie Castro** van Trefpunt Zelfhulp gaf het theoretisch kader mee rond patiëntenparticipatie. Hierbij werd duidelijk dat participatie nodig is op alle beleidsniveaus. Daarnaast moeten ook de graad van participatie en de methode doordacht gekozen worden, in functie van het doel en het liefst ook samen met patiënt en familie. De zorgcontext is namelijk vaak complex, maar die complexiteit mag zeker geen reden zijn om de patiënt niet actief te betrekken. Patiënten zijn de meest onderbenutte bron van informatie, en de complementariteit

tussen ervaringsdeskundigen en professionals is een verrijking voor beiden.

ORGANISATIECULTUUR

Ulrike Pypops van Jessa Ziekenhuis deelde haar ervaringen als *patient experience officer*. Ze benadrukte

dat patiëntenparticipatie een organisatiecultuur moet worden, geïnduceerd door welgekozen acties. Het gaat veel ruimer dan patiënttevredenheid. Pypops hield een pleidooi om het overaanbod aan tevredenheidsmetingen kritisch te evalueren. Het is belangrijker om in de



Op de receptie achteraf konden de deelnemers ook informeel kennismaken met enkele van de patiëntenverenigingen die sinds mei structureel met ons ziekenhuis samenwerken: **COPD** (chronisch longlijden), **De Maretak** (chronische pijn), **EnVie** (borstkanker), **Stoma-Actief** en **RAP** (Regionale Adviesraad GGZ-Participatie).



diepte te peilen en om tijd en energie te steken in verbetertrajecten - waarin we nu nog vaak falen. Tot slot gaf ze adviezen om tot een *mindswitch* te komen, bv. door patiëntenparticipatie als centraal thema mee te nemen in beleidsdagen, jaarplannen en inwerkprogramma's voor nieuwe medewerkers.

VERTROUWENSRELATIE

In het tweede deel van de avond kwam het *open disclosure*-proces aan bod. Met een ernstig incident als concrete casus werden vragen aan het publiek gesteld over wie wat wanneer communiceert naar de patiënt. Nadien volgde een pittige discussie in en met een panel van experts uit verschillende domeinen. Die leverde duidelijke inzichten op. Zo moet je snel communiceren maar beschrijf je het best de zuivere feiten – geen schuldbekentenis. En dat het onmogelijk is om in een eerste gesprek met een volledige analyse en (financieel) voorstel te komen. Belangrijk is daarom

Het pittige debat rond *open disclosure* bij een ernstig incident startte met enkele vragen die het publiek via smartphone kon beantwoorden. Het expertenpanel: **Jeroen Brouwers** (beleidsmedewerker patiëntveiligheid en medische schade Vlaams Patiëntenplatform), prof. dr. **Steven Lierman** (hoogleraar administratief en medisch recht KU Leuven; hoofddocent gezondheidsrecht Universiteit Antwerpen; ondervoorzitter beheerscomité Fonds voor de Medische Ongevallen), dr. **Mia Honinckx** (directeur Fonds voor de Medische Ongevallen; bestuurslid RZ Heilig Hart Tienen), dr. **Ivan Kerschaever** (abdominaal chirurg en diensthoofd Operatiekwartier RZ Heilig Hart Tienen) en **Simon Godecharle** (coördinator gezondheidsethiek Emmaüsgroep). Moderator was De Standaard-journalist Guy Tegenbos.

dat je dit proces goed opvolgt (deze rol is toevertrouwd aan onze ombudspersoon) en dat de betrokken partijen gefaseerd communiceren. Dit leidt vaak tot een goede oplossing, waarbij ook de vertrouwensrelatie tussen patiënt en zorgprofessional minimaal tot niet geschaad wordt.

NAZORG

Directeur Zorg **Micheline Lefèvre** sloot het symposium af. Ze vatte de verkregen inzichten mooi samen. "Van onze sprekers en panelleden hoorden we dat in een ideale wereld zonder

juristen en verzekeringsmaatschappijen (*dixit* prof. Steven Lierman) we uiteraard altijd met patiënten moeten praten (Simon Godecharle). We vernamen ook dat een trein alleen maar rijdt met dwarsliggers waarbij de 'amour' voor onze patiënten onze drijfveer moet zijn om patiëntenparticipatie verder vorm te geven (Ulrike Pypops). We werden vanuit het publiek ook getriggerd om voldoende zorg te hebben voor de *after care* (dr. Roel Mestrum)."

Wetenschappelijke publicaties

Endocrinologie - Diabetologie

Science. 2019 Nov 22;366(6468):1029-1034. doi: 10.1126/science.aaw9886. Peritumoral activation of the Hippo pathway effectors YAP and TAZ suppresses liver cancer in mice.

Moya IM, Castaldo SA, Van den Mooter L, Soheily S, Sansores-Garcia L, Jacobs J, Mannaerts I, Xie J, Verboven E, Hillen H, Algueró-Nadal A, Karaman R, Van Haele M, Kowalczyk W, De Waegeneer M, Verhulst S, Karras P, van Huffel L, Zender L, Marine JC, Roskams T, Johnson R, Aerts S, van Grunsven LA, Halder G.

ABSTRACT

The Hippo signaling pathway and its two downstream effectors, the YAP and TAZ transcriptional coactivators, are drivers of tumor growth in experimental models. Studying mouse models, we

show that YAP and TAZ can also exert a tumor-suppressive function. We found that normal hepatocytes surrounding liver tumors displayed activation of YAP and TAZ and that deletion of Yap and Taz in these peritumoral hepatocytes accelerated tumor growth. Conversely, experimental hyperactivation of YAP in peritumoral hepatocytes triggered regression of primary liver tumors and melanoma-derived liver metastases. Furthermore, whereas tumor cells growing in wild-type livers required YAP and TAZ for their survival, those surrounded by Yap- and Taz-deficient hepatocytes were not dependent on YAP and TAZ. Tumor cell survival thus depends on the relative activity of YAP and TAZ in tumor cells and their surrounding tissue, suggesting that YAP and TAZ act through a mechanism of cell competition to eliminate tumor cells.

Gynaecologie

**J Ovarian Res. 2019 Nov 8;12(1):105.
Organoids of epithelial ovarian cancer
as an emerging preclinical in vitro tool:
a review.**

Dumont S, Jan Z, Heremans R, Van Gorp I, Vergote I, Timmerman D.

ABSTRACT

Epithelial ovarian cancer (EOC) remains the most lethal gynecological cancer in developed countries, indicating the need for further research. Although current cancer models prove useful, they have major limitations. Organoids, a novel in vitro 3D cell culture technique, derived from stem cells, could provide a bridge between the current preclinical platforms. However, this technique is still in its early stages. After conducting a systematic literature search, only sixteen manuscripts concerning ovarian related organoids could be retrieved. In this review, we discuss current tumor models, including organoids and provide a comprehensive review about organoids of ovarian tissue. Potential future applications are addressed, proving organoids to be an interesting platform for modeling tumorigenesis, drug testing and screening and other applications. Recent advancements could usher in a new era of highly personalized medicine in EOC.

**J Minim Invasive Gynecol. 2019 Sep 11
The LACC Trial and Minimally Invasive
Surgery in Cervical Cancer.**

Vergote I, Magrina JF, Zanagnolo V, Magtibay PM, Butler K, Gil-Moreno A, Feijoo BD, Kimmig R, Canis M, Bourdel N, Ind T, Estape R, Persson J, Lim P, Coronado P, Ponce J, Lambaudie E, Van Gorp I, Maggioni A, Narducci F, Van Nieuwenhuysen E, Van Trappen P.

ABSTRACT

The world was at peace with minimally invasive radical hysterectomy for early

cervical cancer until the Laparoscopic Approach to Cervical Cancer (LACC) trial was made public. How can the results be so radically different than those of previous studies including 2 meta-analyses? Surgical proficiency should be considered the most important issue of any surgical trial. Randomization is a way to avoid bias in recruiting patients, but it does nothing to compensate for the differences in surgical proficiency.

**J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2019
Aug 7.**

**Sarcopenia and ovarian cancer
survival: a systematic review and
meta-analysis.**

Ubachs J, Ziemons J, Minis-Rutten IJG, Kruitwagen RFPM, Kleijnen J, Lambrechts S, Olde Damink SWM, Rensen SS, Van Gorp I.

ABSTRACT

Background

Sarcopenia is the loss of skeletal muscle mass and function that occurs with advancing age and certain diseases. It is thought to have a negative impact on survival in cancer patients. Routine computed tomography imaging is often used to quantify skeletal muscle in cancer patients. Sarcopenia is defined by a low skeletal muscle index (SMI). Skeletal muscle radiation attenuation (SMRA) is used to define muscle quality. The primary aim of this meta-analysis was to study the association between sarcopenia or SMRA and overall survival (OS) or complications in patients with ovarian cancer.

Methods

Medline, Embase, CINAHL, and PEDro databases were searched from inception to 15 February 2019. Studies evaluating the prognostic effect of SMI and SMRA on ovarian cancer survival or surgical complications were included. Risk of bias and study quality

were evaluated with the Quality in Prognosis Studies Instrument (QUIPS) according to the modified Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation (GRADE) framework.

Results

The search strategy yielded 4262 hits in all four databases combined. Ten and eight studies were included for qualitative and quantitative analysis, respectively. Meta-analysis revealed a significant association between the SMI and OS [0.007; hazard ratio (HR): 1.11, 95% confidence interval (CI): 1.03-1.20]. SMRA was also significantly associated with OS (P < 0.001; HR: 1.14, 95% CI: 1.08-1.20). Association between the SMI and surgical complications had borderline statistical significance (0.05; HR: 1.23, 95% CI: 1.00-1.52). The risk of bias assessed with QUIPS was high in all studies. The quality of the evidence was very low.

Conclusions

Whereas our meta-analysis indicated that a low SMI and low SMRA are associated with survival in ovarian cancer patients, the low quality of the source data precludes drawing definitive conclusions.

Clin Radiol. 2019 Oct;74(10):790-796.

**Assessment of parametrial invasion
of cervical carcinoma, the role of T2-
weighted MRI and diffusion weighted
imaging with or without fusion.**

Mongula JE, Bakers FCH, Muhl C, van Gorp I, Kruitwagen RFPM, Slangen BFM.

ABSTRACT

Aim

To evaluate the diagnostic performance of diffusion-weighted imaging (DWI), with and without fusion images,

in addition to regular T2-weighted (T2W) sequences for assessment of parametrial invasion.

Materials and methods

This prospective cohort included cervical cancer patients who underwent preoperative magnetic resonance imaging (MRI) with T2W and axial DWI sequences prior to radical hysterectomy. Retrospectively, two radiologists independently and blindly scored the likelihood of parametrial invasion by means of a six-point confidence scale. Parametrial invasion was determined by surgical-pathological results. Performance indices for diagnostic tests and area under the receiver operating characteristic curve (AUC) analyses were performed. P-Values of <0.05 were considered statistical significant. Ethical board approval was obtained.

Results

Of 65 included patients, parametrial invasion was found in eight patients. A statistically significant increase in diagnostic performance for the assessment of parametrial invasion was found when T2W MRI was fused with DWI (fusion T2W/DWI), especially decreasing false-positive findings: the positive predictive value of parametrial invasion using T2W MRI versus fusion T2W MRI/DWI increased from 29% to 50% for observer 1 and from 23% to 50% for observer 2 (AUC=0.80-0.67 versus 0.94-0.94).

Conclusions

Fusion T2W MRI/DWI shows a significant increase in diagnostic performance for the assessment of parametrial invasion in early-stage cervical carcinoma.

Acta Oncol. 2019 Jul;58(7):983-989.

Trends in incidence, treatment and survival of borderline ovarian tumors in the Netherlands: a nationwide analysis.

Schuurman MS, Timmermans M, van Gorp T, de Vijver KKV, Kruitwagen RFFM, Lemmens VEPP, van der Aa MA.

ABSTRACT

Background

Population-based data on borderline ovarian tumors (BOTs) are scarce and information regarding recent trends in incidence, treatment and survival is lacking. The purpose of this study was to analyze these trends in the Netherlands and to assess the risk of developing a subsequent invasive ovarian tumor.

Material and methods

All consecutive patients diagnosed with BOTs between 1993 and 2016 (n=7113) were identified from the Netherlands Cancer Registry (NCR). Annual age-adjusted incidence rates were calculated. Relative survival (RS) analyses and multivariable analyses estimating excess

mortality were conducted. Patients with a subsequent invasive ovarian tumor were identified by the NCR.

Results

Age-adjusted incidence increased from 2.1/100,000 person-years in 1993 to 4.2/100,000 in 2011, after 2011 the incidence declined. The proportion of bilateral tumors decreased over time from 16% in 1993-1998 to 11% in 2005-2010 and remained stable onwards. Survival improved over time (excess mortality ratioadjusted 2011-2016 versus 1993-1998: 0.25; 95%CI: 0.13-0.47). Five-year RS increased from 91% in 1993-1998 to 98% in 2011-2016 and 10-year RS from 88% in 1993-1998 to 96% in 2005-2010. Fewer patients were treated with chemotherapy (4.4% in 1993-1998 versus 0.7% in 2011-2016). During a median follow-up time of 8 years, 0.9% developed a subsequent invasive ovarian carcinoma.

Conclusions

The incidence of BOTs increased over time from 1993 until 2010 but declined since 2011. This decline may be partly due to changes in the classification of gynecological tumors, as serous BOTs are now more often diagnosed as low grade serous ovarian cancers. Survival is high and has improved since 1993. The risk of a subsequent invasive ovarian carcinoma seems low.

Orthopedie

Acta Scientific Orthopaedics 2.12 (2019): 14-17.

Patellar Osteomyelitis in A 7-Year-Old Boy: A Case Report

De Wachter E, Robijn H, Wernaers P, Gielissen N

ABSTRACT

The patella is a rare site for osteomyelitis. Because symptoms are mild and variable, diagnosis is often difficult and delayed. We present a case of a 7-year-old boy where diagnosis was only reached by MRI and not by blood sample, ultrasound, bone scintigraphy or X-ray. The patient did well under conservative treatment with antibiotics. We recommend an MRI for early diagnosis as it has a high sensitivity and specificity without any radiation.

Vaatheekunde

J Cardiovasc Surg (Torino). 2019 Apr;60(2):230-236.

BeGraft Peripheral PMCF Study: 12-month results.

Deloose K, Bosiers M, Callaert J, Peeters P, Verbist J, van den Eynde W, Maene L, Beelen R, Keirse K.

ABSTRACT

Background

The BeGraft Peripheral PMCF study is a prospective, non-randomized study, conducted at the vascular departments of 4 hospitals in Belgium. This manuscript reports the findings up to 12-month follow-up time for the total cohort. The primary endpoint of the study is primary patency at 12 months. Primary patency is defined as a target lesion without a hemodynamically significant stenosis on Duplex ultrasound (>50%, systolic velocity ratio no greater than 2.4) and without target lesion revascularization (TLR) within 12 months.

Methods

Between June 2014 and March 2015, 70 patients with TASC II Class A (77.1%), B (14.3%), C (5.7%) or D (2.9%) aortoiliac lesions were included. The mean lesion length was 34.3 mm with a mean degree of stenosis of 83.16%.

Results

Primary patency rate for the total patient population was 94.4% at 12-month follow-up. Freedom from TLR at 12-month was 96.7%.

Conclusions

These results confirm the already existing enthusiasm of the use of covered stents in the aortoiliac field. Longer follow-up and more complex lesions have to be studied in the upcoming future.

J Cardiovascular Surg Aug, 60 (4), 490-495, 2019.

EVOLUTION Study: Twelve-month results.

Bosiers M, Deloose K., Callaert J, Peeters P, Verbist J, Van Den Eynde W, Maene L, Beelen R, Keirse K, Wauters J.

ABSTRACT

Background

The EVOLUTION Study is a prospective, non-randomized study, investigating the iVolution stent (iVascular, Barcelona, Spain). The study was conducted at the vascular departments of four hospitals in Belgium. This manuscript reports the findings up to 12-month follow-up time for the total cohort. The primary endpoint of the study is primary patency at 12 months. Primary patency is defined as a target lesion without a hemodynamically significant stenosis on duplex ultrasound (>50%, systolic velocity ratio no greater than 2.4) and without Target Lesion Revascularization (TLR) within 12 months.

Methods

Between April 2015 and November 2016, 120 patients with TASC A&B femoropopliteal lesions were included. The mean lesion length was 89.63 mm. Most of the lesions were stenotic lesions (60.00%).

Results

Primary patency rate for the total patient population was 86.30% at 12-month follow-up. Freedom from TLR at 12-month was 88.00%.

Conclusions

These results confirm the already existing enthusiasm of the use of bare metal self-expandable nitinol stents in the treatment of TASC A&B femoropopliteal lesions. Longer follow-up and a comparison or addition with drug-eluting technology has to be studied in the future.

Nieuwe artsen



RADIOLOGIE
Dr. Mattias Seghers

Onze dienst Radiologie in Medisch Centrum Aarschot kreeg er in augustus een nieuw staflid bij. Dr. Seghers studeerde geneeskunde aan de Universiteit Antwerpen en bekwaamde zich nadien in de radiologie met assistentschappen in AZ Klina (Brasschaat) en UZ Antwerpen. Sinds augustus 2017 was hij staflid radiologie in het Sint-Franciscus Ziekenhuis (Heusden-Zolder). Dr. Seghers heeft een bijzondere interesse in abdominale, thoracale en musculoskeletale radiologie.



ANATOMOPATHOLOGIE
Dr. An-Katrien De Roo

In september kreeg ook onze dienst Anatomopathologie versterking. Dr. De Roo rondde dit jaar haar master-na-masteropleiding in de pathologische ontleedkunde af aan UZ Leuven. Een deel van haar opleiding genoot ze in het Frans aan de UCL Saint-Luc. Als aspirant voor het Fonds Wetenschappelijk Onderzoek Vlaanderen behaalde ze eerder al een doctoraat in de biomedische wetenschappen aan de KU Leuven. De resultaten van haar onderzoek, over de moleculaire pathogenese van cornea-endotheeldystrofie, deelde ze met kinderen van de lagere school tijdens de Wetenschapsbattle 2017, en met kunstenaars van de stedelijke kunstacademie Leuven voor het Pilot 1 project (2017). Momenteel volgt ze de opleiding Management en Beleid van de Gezondheidszorg (richting ziekenhuismanagement) aan de KU Leuven. Speciale interesses zijn digitale pathologie en kwaliteitsmanagement.



ENDOCRINOLOGIE-DIABETEOLOGIE
Dr. Laura Van den Mooter

Begin september is een tweede endocrinoloog gestart in ons ziekenhuis. Dr. Laura Van den Mooter houdt raadplegingen in Medisch Centrum Aarschot en op Campus St.-Jan. Zij genoot haar opleiding tot internist-endocrinoloog in UZ Leuven en behaalde ook een PhD in biomedische wetenschappen aan de KU Leuven. Naast algemene endocrinologie en diabetes is zij gespecialiseerd in (bij)schildklierziekten, hypofyse, bijnieren, metabole aandoeningen, lipidenstoornissen en andrologie. Haar bijzondere interesse gaat uit naar mentale en fysieke fitheid van personen met diabetes.



RADIOLOGIE
Dr. Tine Hulstaert

Op 1 december is dr. Tine Hulstaert op onze dienst Radiologie in Tienen gestart. Zij behaalde haar master Geneeskunde aan de Vrije Universiteit Brussel in 2013 en specialiseerde zich nadien in de radiologie in het UZ Brussel en OLV Ziekenhuis Aalst. Na haar opleiding bleef ze werkzaam in beide ziekenhuizen waar ze zich, naast de algemene radiologie, toelegde op borstpathologie (inclusief MRI-, echo- en mammografisch geleide biopsies). Verder heeft ze nog een bijzondere interesse in abdominale en musculoskeletale radiologie.