

2021



JAARVERSLAG





5 | Voorwoord

7 - 9 | 2014: investeren in innovatie
Interview met prof. dr. Marc Decramer
en prof. dr. Guy Mannaerts

11 - 14 | Het jaar van ebola
Interview met
prof. dr. Johan Van Eldere

16 - 24 | 3 vragen aan 7 nieuwe diensthoofden

26 - 51 | Nieuwsartikels 2014

53 | Samenstelling directiecomité

54 | Samenstelling bestuurscomité



JAARVERSLAG

Annex | UZ Leuven in cijfers



VOORWOORD

Graag stellen wij u het jaarverslag 2014 van UZ Leuven voor.

Naar goede gewoonte vindt u hierin een aantal kerncijfers over onze activiteiten en medewerkers. Die cijfers tonen aan dat we een groot huis zijn, wat niet onlogisch is gezien de verschillende functies die we vervullen. Voor de meest complexe aandoeningen wordt uit binnen- en buitenland doorverwezen naar de hoog-gespecialiseerde zorg die UZ Leuven kan bieden. Tegelijk vervullen we een regionale rol, zetten we volop in op innovatief klinisch onderzoek en worden in ons ziekenhuis vele artsen en zorgverleners opgeleid.

Cijfers alleen kunnen echter niet vatten wat er in een jaar gebeurt. Daarom brengen we u ook een selectie van concrete feiten en verhalen die onze werking en visie illustreren.

Diverse nieuwsartikels belichten onze expertise en innovatieve aanpak op vele zorgdomeinen, wat ook tot uiting komt in primeurs, erkenning uit binnen- en buitenland, publicaties in gerenommeerde vaktijdschriften en deelnames aan internationale studies.

Zorg voor mensen in een veranderende maatschappij vraagt een toekomstvisie en daarbij aansluitende investeringen: dit aspect

lichten we als voorzitter van het bestuurscomité en voorzitter van het directiecomité graag wat meer toe in dit jaarverslag. Verder beschrijft de hoofdgeneesheer aan de hand van een concreet geval – de opvang van mogelijke ebolapatiënten – hoe we ook een lerende organisatie zijn: door intensieve samenwerking en doortastende maatregelen slaagden we erin om snel in te spelen op deze toch wel bijzondere uitdaging.

In 2014 zijn ook maar liefst zeven nieuwe medische diensthoofden aangesteld. Zij vormen een belangrijke schakel in het realiseren van de strategische doelstellingen en lichten kort toe welke accenten zij op hun domein willen leggen.

Wij hopen dat deze selectie van cijfermateriaal, interviews en nieuwsfeiten u een goed beeld biedt van wat in UZ Leuven centraal staat: aan onze patiënten de best mogelijke zorg bieden dankzij de dagelijkse inzet van een team deskundige medewerkers.

prof. dr. Marc Decramer
voorzitter directiecomité
UZ Leuven

prof. dr. Guy Mannaerts
voorzitter bestuurscomité
UZ Leuven





2014: INVESTEREN IN INNOVATIE

Prof. dr. Marc Decramer, gedelegeerd bestuurder van UZ Leuven, en prof. dr. Guy Mannaerts, voorzitter van het bestuurscomité, blikken terug op een jaar waarin innovatie en investeringen centraal stonden.

Prof. dr. Marc Decramer: "2014 zal mij blijven als een jaar waarin we resoluut geïnvesteerd hebben in innovatieve projecten, samen goed voor een budget van twintig miljoen euro. Die som werd verdeeld over drie pijlers. Een eerste belangrijke pijler is het medisch impulsbudget: medische diensten kregen een som die ze naar eigen keuze konden gebruiken voor vernieuwende projecten, zoals IT-projecten om de medische zorgverlening efficiënter te laten verlopen."

STRATEGISCH PLAN

Een tweede luik van de investeringen ging naar de uitwerking van nieuwe strategische projecten in UZ Leuven. Er werd ook een nieuwe strategische visie ontwikkeld. Prof. dr. Guy Mannaerts: "Het is bij mijn weten de eerste keer dat er op zo'n grote schaal een visie voor de toekomst vastligt, het resultaat van samenwerking en overleg tussen het bestuurscomité, verschillende werkgroepen, de medische raad en de raad voor medische diensthooften. De visie schetst waar UZ Leuven voor staat en waar het

ziekenhuis naartoe wil, met bijvoorbeeld meer aandacht voor innovatie, voor de interactie tussen ziekenhuis en universiteit, voor internationalisering en het stimuleren van klinisch onderzoek. In 2013 gingen we van start, in 2014 was de tekst klaar. In de loop van 2015 wordt die tekst uitgewerkt tot een concreet actieplan."

MOLECULAIRE KANKERBEHANDELING

Als derde belangrijke investeringspijler van 2014 verwijst professor Decramer naar de

medische investeringen. “UZ Leuven wil innovatieve en kwaliteitsvolle patiëntenzorg leveren. Medische investeringen zijn in die context absoluut noodzakelijk. In 2014 hebben we geld toegewezen aan een aantal bijzondere projecten. Zo is er Genomics Core, waar nieuwe genetische toepassingen bij onder andere kankerbehandeling onderzocht worden. Door de genomen van verschillende soorten kankers in kaart te brengen, willen wetenschappers begrijpen welke genetische veranderingen aanleiding geven tot het ontstaan van een bepaald kankertype. Een op het eerste gezicht gelijkaardige tumor bij twee patiënten kan genetisch een heel andere samenstelling hebben. Een gerichte of moleculaire aanpak van tumoren is een enorme stap vooruit in de behandeling van kanker.”

In 2014 werden ook de plannen geconcretiseerd voor een protontherapiecentrum in Leuven. “Samen met de KU Leuven en de UCL willen we investeren in een gloednieuw centrum voor protontherapie. Die behandeling is de voorbije jaren succesvol gebleken in de strijd tegen kanker bij kinderen en tegen tumoren in het centrale zenuwstelsel.”

HIGHTECHCHIRURGIE

Het operatiekwartier van UZ Leuven kreeg een nieuwe operatirobot om te helpen bij chirurgische ingrepen. Professor Decramer: “De tweede generatie Da Vinci-robots heeft een besturingssysteem voor twee personen. Net zoals bij een auto uit de rijopleiding kan de supervisor samen met zijn assistent een operatie uitvoeren en overnemen wanneer het nodig is.”

Eveneens hightech is de techniek van 3D-printing voor gezichtsreconstructies. “We investeerden in 3D-software om reconstructies te kunnen doen van bijvoorbeeld mond of kaak. Zeker bij ernstige ontstekingen, schade door een tumor of ongevallen kan die techniek voor veel mensen een oplossing zijn.”

BETERE BEELDVORMING

Nieuwe machines werden ook aangekocht om beter aan medische beeldvorming te kunnen doen. Professor Mannaerts: “Een grote stap voorwaarts is bijvoorbeeld een CT-scan-

ner die we installeerden in de ambulance. Recente studies tonen aan hoe belangrijk het is om onder andere bij een beroerte zeer snel te kunnen ingrijpen. Door de CT-scan al in de ziekenwagen te maken, kunnen de artsen bij aankomst in het ziekenhuis de patiënt onmiddellijk de juiste behandeling geven.”

UZ Leuven zal binnenkort ook als eerste ziekenhuis in België een PET-MRI-toestel krijgen, dat twee bestaande beeldvormingstechnieken combineert. “PET maakt het mogelijk om met behulp van contrastmiddelen, zogeheten tracers, bijvoorbeeld een beschadiging van de hartspeer na een infarct of een tumor in beeld te brengen. Gecombineerd met MRI kunnen we daarbij ook beelden van organen en bloedvaten maken. De twee technieken worden samengevoegd tot één beeld: daarmee is de ziekte beter te lokaliseren en kan men de aard van de tumor of aandoening beter beoordelen.”

TRANSPLANTATIE

Niet onbelangrijk is ook de investering die UZ Leuven deed op het vlak van bewaring van organen bij transplantaties. Professor Decramer: "We kunnen met een nieuwe be- waartechniek donororganen in een steeds betere conditie houden, waardoor de slaag- kans van een transplantatie toeneemt. Met in-vitroperfusie bewaren we een lever of long in een afgesloten machine, waar het orgaan blijft functioneren. Op die manier kan een orgaan langer overleven buiten het lichaam, eventueel functioneel verbeterd worden en winnen we kostbare tijd om een orgaan te transplanteren van een donorlichaam naar een ontvanger."

NIEUWBOUWPROJECTEN

2014 was ook het jaar waarin een grote stap gezet werd in de verdere uitbouw van de Health Sciences campus Gasthuisberg. Pro- fessor Mannaerts: "UZ Leuven bouwt samen met de KU Leuven aan een campus waar het ziekenhuis, biomedisch onderwijs en onder-

zoek samenkomen om elkaar te inspireren en te versterken. Het nieuwe niercentrum en de innovatieve afdeling neonatologie waren de afsluiters van het gloednieuwe gebouw voor kritieke diensten. Ook de nieuwbouw psychiatrie werd in 2014 geopend. Maar de bouwwerken op en rond campus Gasthuis- berg zullen nog enkele jaren duren. In 2014 werd gestart met de bouw van het vrouw- en kindziekenhuis en het nieuwe ambulante centrum voor dagbehandelingen en consul- taties. In principe zullen die in 2018 hun eer- ste patiënten kunnen ontvangen."

EMPLOYER OF THE YEAR

Tot slot wil professor Decramer benadrukken dat de bovenstaande projecten en realisaties de verdienste zijn van gedreven UZ Leuven- medewerkers. "Onze grootste rijkdom is de competentie en inzet van onze medewer- kers. Daarom is een personeelsbeleid no- dig dat inzet op ontwikkeling van mensen, vertrouwen, respect en bevologenheid. We zijn dan ook fier dat het personeelsbeleid van UZ Leuven in 2014 bekroond werd met de Employer of the year-award in de social-

profitsector. De award is een pluim op de hoed van iedereen die aan dat personeels- beleid heeft bijgedragen."





HET JAAR VAN EBOLA

Prof. dr. Johan Van Eldere is sinds de zomer van 2014 hoofdgeneesheer van UZ Leuven. Het ziekenhuis voorbereiden op de komst van een mogelijke ebolapatiënt werd een van zijn eerste grote uitdagingen. Vandaag blikt hij tevreden terug: "We hebben getoond dat we in dit ziekenhuis op korte tijd veel kunnen realiseren door samen te werken."

Professor Van Eldere, voordien diensthoofd laboratoriumgeneeskunde, werd in zijn nieuwe functie als hoofdgeneesheer onmiddellijk geconfronteerd met de eboladreiging. In de zomer van 2014 nam de ebolabesmetting in de Afrikaanse landen Guinee, Sierra Leone en Liberia onrustwekkend toe. De kans dat een patiënt met ebola in ons land zou toekomen, werd realistisch.

Professor Van Eldere: "Eind augustus gingen we in ons ziekenhuis van start met een ebolawerkgroep. Het team bestond uit collega's van onder andere de dienst ziekenhuishygiëne, laboratoriumgeneeskunde, medische intensieve afdelingen, de spoedgevallendienst, technische diensten en preventie en milieu. Samen werkten we een scenario uit voor de opvang van vermoedelijke ebolapatiënten."

REFERENTIEZIEKENHUIS

"In het begin was de communicatie van de overheid nogal verwarrend en werden er tegenstrijdige adviezen gegeven. Het was niet duidelijk naar welke Belgische ziekenhuizen een mogelijke ebolapatiënt zou gaan. Toch zijn we in actie geschoten en ons blijven voorbereiden. In oktober 2014 werd dr. Erika Vlieghe aangesteld als nationaal ebolacoördinator en werden de richtlijnen duidelijk. UZ Leuven werd een van de drie officiële referentieziekenhuizen voor ebola: samen met het UZA in Antwerpen en het UMC Sint-Pieter in Brussel kregen we een beurtrol om vermoedelijk besmette personen op te vangen."

In november 2014 was het scenario voor de

komst van een eventuele ebolapatiënt klaar. "Ik heb gezien hoe iedereen op korte tijd grote inspanningen leverde. In samenwerking met de technische dienst hebben we een speciale ruimte ingericht op de afdeling medisch intensieve geneeskunde, waar een risicopatiënt kan verblijven. We kochten beschermende kledij en startten opleidingen om die veilig aan en uit te trekken voor en na het contact met een risicopatiënt. Niet alleen mensen op de intensieve afdeling moeten daarmee vertrouwd zijn, maar ook spoedverpleegkundigen en verpleegkundigen op een intensieve afdeling voor kinderen moeten kunnen inspringen als het nodig is."

PROCEDURES

Al snel bleek dat het opnemen van een mogelijke ebolapatiënt een uitdaging is voor het hele ziekenhuis. “Met de medewerkers van preventie en milieu werkten we een procedure uit voor het afvoeren van afval. We deden oefeningen met het leger om te checken hoe het transport van de luchthaven naar het ziekenhuis zo efficiënt mogelijk kan verlopen. Ook met de diensten bewaking, onthaal en communicatie werkten we protocols uit. Welk traject moet een patiënt volgen van de spoedgevallendienst naar de medisch intensieve afdeling? Wie moet gewaarschuwd worden en op welke manier? Hoe wordt het lab op de hoogte gesteld? Hoe brengen we de familieleden van een patiënt op de hoogte?”

De eigenlijke test voor de diagnose van ebola gebeurt in het Instituut voor Tropische Geneeskunde in Antwerpen. “Toch moesten we ook in ons lab investeren in speciale toestellen om testen af te nemen van eventueel besmette patiënten. Die testen gebeuren in ons biosafety 3-lab, een ruimte met hoge beschermingsgraad waar je enkel in pak en via een speciaal sas naar binnen kunt. Ook op de afdeling radiologie moesten we nieuwe toestellen aankopen, om vermoedelijke ebolapatiënten te

NIEUW PROJECT: BEGELEIDING VAN MEDISCHE DIENSTHOOFDEN

In 2014 startte de hoofdgeneesheer in samenwerking met de personeelsdienst en de afdeling ontwikkeling en opleiding een project om medische diensthoofden beter te begeleiden. Professor Van Eldere: “Diensthoofden spelen een belangrijke rol in het ziekenhuis. Ze proberen de grotere en strategische doelstellingen te vertalen naar de artsen. Door een samenloop van omstandigheden begonnen er in 2014 maar liefst zeven nieuwe medische diensthoofden.”

“We merken al een tijdje dat de mentaliteit bij artsen veranderd is. Vroeger beschouwden ze zichzelf als een soort van zelfstandige in het ziekenhuis, vandaag voelen ze zich veel nauwer betrokken bij de organisatie. Ze zijn een belangrijk lid van het team en willen meer inspraak krijgen en beter begeleid worden. Daarom willen we onze vaste medische staf en in het bijzonder de medische diensthoofden de nodige ondersteuning geven. We bieden hen vormingssessies aan en een coach bij wie ze terecht kunnen.”

De rol van een diensthoofd is ook anders dan pakweg twintig jaar geleden. “Toen werd je diensthoofd omdat je een uitstekend clinicus was of omdat je het meest ervaring had. Maar een toparts is niet noodzakelijk een goede manager. Een modern diensthoofd staat voor een grote uitdaging. Hij moet beter tegen kritiek kunnen, meer inspraak dulden en toch resultaten kunnen voorleggen. Dat vereist een bepaald talent. We willen daarom mensen met managementcapaciteiten voorbereiden op een loopbaan als leidinggevende. Dat leidt hopelijk tot diensthoofden die zich goed in hun vel voelen en bijgevolg ook tot medewerkers die meer tevreden zijn op de werkvloer. Want een leidinggevende die kan motiveren en op een aangename manier leiding kan geven, draagt bij tot een betere werksfeer voor elke medewerker.”

kunnen onderzoeken zonder gevaar voor andere patiënten of medewerkers.”

Kortom: de ebolavoorbereidingen vereisten een intensieve samenwerking tussen heel wat mensen. “In het begin voelde je een zekere angst onder de medewerkers, zeker toen in de pers de eerste verhalen opdoken van besmette zorgverleners in Afrika. Maar we hebben onze mensen kunnen geruststellen. En we blijven ook in de toekomst alert. De trainingen voor het aan- en uitkleden lopen door.”

TOEKOMSTIGE NOODGEVALLEN

Professor Van Eldere gelooft dat de ebola-samenwerking in het ziekenhuis ook een basis heeft gelegd voor andere casussen. “Wat we op die korte tijd verwezenlijkt hebben, zal ook nog in de toekomst bruikbaar zijn. De wereld is een dorp geworden, het risico op infectieuze aandoeningen die zich razendsnel verspreiden, neemt toe. Mensen nemen het vliegtuig en zijn ‘s anderendaags aan de andere kant van de wereld. We weten dus dat er nog gelijkaardige problemen zullen opduiken. We hebben ons niet enkel

NIEUW PROJECT: INGEBAKKEN KWALITEITSCULTUUR

In 2014 werd Jo Vandersmissen het nieuwe diensthoofd kwaliteit in UZ Leuven. Een goed moment om het begrip kwaliteit in het ziekenhuis nog eens onder de loop te nemen. Als nieuwe hoofdgeneesheer wil professor Van Eldere een verandering in de beleving van kwaliteit op de werkvloer. “De indruk leeft nog te veel dat de JCI-accrediteringen een moment van kwaliteitscontrole zijn, waarbij we om de drie jaar in een hogere versnelling moeten schieten. Kwaliteit beperkt zich niet tot een audit, maar is iets van elke dag. Het zit in de manier waarop we met onze patiënten omgaan en in de manier waarop we ons ziekenhuis organiseren. Een audit moet dat gewoon bevestigen.”

Voor professor Van Eldere zou in de toekomst de JCI-audit een controle van ons systeem moeten zijn in plaats van een controle op de werkvloer. “We willen zelf indicatoren opstellen die aangeven hoe onze zorg verloopt: hoe vaak wassen we onze handen? Vullen we op tijd papieren in? Hoelang moet een patiënt wachten op een onderzoek? Wat is het resultaat van bepaalde ingrepen? Die indicatoren stellen ons in staat om onze kwaliteit zelf op de voet te volgen. Een JCI-audit zou dan die indicatoren kunnen controleren om te zien hoe onze kwaliteitsbewaking functioneert. Die ommekeer zal natuurlijk tijd vergen: het opstellen van de indicatoren vraagt veel werk. En het veronderstelt een andere manier van denken. Werken aan kwaliteit moet ingebakken zijn in de waarden van het ziekenhuis.”

op ebola voorbereid, maar op alle types van infectieuze noodgevallen en rampen.”

“Daarnaast was het voor mij interessant en belangrijk te zien hoeveel we in dit ziekenhuis kunnen realiseren als we samenwerken. Hoewel we geen ervaring hadden met het

ebolavirus, hebben we ons in een korte tijd kunnen bewijzen als referentiecentrum. Dat blijft een van de meest opmerkelijke gebeurtenissen tijdens mijn eerste maanden als hoofdgeneesheer.”







3 VRAGEN AAN 7 NIEUWE DIENSTHOOFDEN

In 2014 zijn maar liefst zeven nieuwe medische diensthoofden aangesteld. Aan de hand van drie vragen blikken ze kort terug op 2014 en schetsen ze in enkele zinnen welke accenten zij op hun domein willen leggen.



Prof. dr. Johan Flamaing

diensthooft geriatric



2014: Wat zijn voor u de belangrijkste realisaties in deze periode?

In 2014 hebben we de bestaande zorgtrajecten verder uitgerold. De samenwerking met externe zorgpartners stond centraal in het zorgproject OOTT (Oriëntatie en OpgvolgingsTraject Thuiszorg) voor kwetsbare ouderen en in het optimaliseren van de zorgcontinuïteit en informatieoverdracht tussen ziekenhuis en woon-zorgcentra. Binnen UZ Leuven lag de focus op het beter bereiken van zowel gehospitaliseerde geriatriche patiënten als patiënten op de spoedgevallendienst. Verder kregen het daghospitaal en de valkliniek meer structuur. De uitbreiding van onze klinische staf met twee jonge stafleden was een opsteker.

2015: Waar wilt u met uw dienst naartoe?

Ons hoofddoel is ouderenzorg in UZ Leuven een nog groter aanzien geven. Binnen de geriatriche afdelingen willen we nog efficiënter werken door de multidisciplinaire zorg verder te uniformiseren. Over het hele ziekenhuis streven we naar een meer geïntegreerde samenwerking op diensten zoals traumatologie, cardiochirurgie en oncologie, bijvoorbeeld door de betrokkenheid van een geriatric en geriatriche verpleegkundige.

Welke ontwikkelingen in uw medische discipline volgt u met bijzondere interesse?

Binnen onze dienst ligt het accent op onderzoek naar zorgmodellen en -kwaliteit en hebben we aandacht voor geneeskundige ontwikkelingen op het vlak van bijvoorbeeld de ziekte van Alzheimer, osteoporose en spierverswakking. Een meer persoonlijke interesse is het onderzoek rond epidemiologie en infecties. Ondanks de ontwikkeling van nieuwe vaccins zijn ouderen vatbaarder voor infecties en zijn de gevolgen ernstiger. We moeten dus blijven zoeken naar manieren om infecties te voorkomen.

Gluc 5%
250 ML

500 ML

Glucose 5%

Perfusalgan

Natriumchloride 0.9%
100 ML

Natriumchloride 0.9% 500 M

Glucose 5% 1000ml

Natriumchloride 0.9% 1000 M

NaCl 0.9%+Gluc 5%
(= Glucosolyn)

Glucion 10%
1000 ML

Volum

Prof. dr. Inge Fournneau

diensthooft vaatheelkunde



2014: Wat zijn voor u de belangrijkste realisaties in deze periode?

Als diensthooft heb ik vooral een faciliterende rol. Het is mijn taak de omstandigheden te creëren die topgeneeskunde mogelijk maken. Daarbij is peoplemanagement een belangrijk aandachtspunt. Sinds mijn aanstelling heb ik daarom al vaak met de verschillende stafleden aan tafel gezeten. Dat heeft tot een coherenter team geleid en tegelijk geresulteerd in actieplannen op korte en langere termijn. Met de dienst creëren we zo een solide basis om verder in te zetten op sterke medische prestaties.

2015: Waar wilt u met uw dienst naartoe?

Elke vaatpatiënt moet bij ons terecht kunnen voor hoogkwalitatieve zorg. Daarnaast willen we extra nadruk leggen op lymfepathologie, en investeren in een multidisciplinaire aortakliniek en een multidisciplinaire consultatie diabetesvoet. 'Evidence-based' waar mogelijk, 'evidence-creating' waar de evidence nog ontbreekt. Twee stafleden zijn in dat kader gestart met een doctoraatsonderzoek.

Welke ontwikkelingen in uw medische discipline volgt u met bijzondere interesse?

Vaatchirurgie is de laatste decennia alsmaar minder invasief geworden dankzij technologische innovaties. Dat maakt dat de drempel voor een chirurgische behandeling steeds lager komt te liggen. Maar de kosten van deze innoverende technieken lopen hoog op. Willen we de zorg betaalbaar houden, dan is er doorgedreven outcomeonderzoek nodig om na te gaan bij welke indicaties deze innovatieve behandelingen een meetbare en duurzame meerwaarde opleveren. Zo kunnen we de technieken heel gericht toepassen en vermijden we al te grote uitgaven in de gezondheidszorg zonder dat de zorgkwaliteit eronder lijdt.

Prof. dr. Guy Molenaers

diensthooft orthopedie



2014: Wat zijn voor u de belangrijkste realisaties in deze periode?

In ons ziekenhuis, waar de acute orthopedische zorg traditioneel is ondergebracht in een afzonderlijke dienst traumatologie, zijn goede afspraken tussen orthopedie en traumatologie cruciaal. Daarop heb ik mij dan ook in eerste instantie geconcentreerd bij mijn aantreden. Ondertussen verloopt de samenwerking tussen orthopedie en traumatologie uitstekend. Dat komt onder andere tot uiting in de opleiding, waarbij de assistenten nu vlot door beide diensten circuleren.

2015: Waar wilt u met uw dienst naartoe?

Als universitair ziekenhuis zetten we in op innovatie en onderzoek. Jammer genoeg beschikken we daarvoor niet altijd over voldoende middelen. Daarom hebben we dit jaar de stap gezet naar een consortium met enkele grotere ziekenhuizen uit de periferie. Die zijn vanwege hun grote patiëntenaantallen aantrekkelijk voor sponsoring vanuit de industrie, maar beschikken niet over het juiste kader voor goed opgezet onderzoek. Via die doorgedreven samenwerking willen we onze knowhow en infrastructuur ten dienste stellen van de medische vooruitgang voor de patiënt.

Welke ontwikkelingen in uw medische discipline volgt u met bijzondere interesse?

In de orthopedie wint een dynamische en interdisciplinaire visie op zorg meer en meer aan belang. Zo is er bij het bepalen van de outcome groeiende aandacht voor de levenskwaliteit en het vermogen van de patiënt om te participeren in de samenleving. Ook op een meer technisch niveau doet dynamiek zijn intrede. Zo hebben we sinds kort in UZ Leuven een 3D-beeldvormingstoestel, waarbij de patiënt niet ligt maar rechtop staat en zijn gewrichten dus onder belasting in beeld worden gebracht. Net zoals ze in het dagelijkse leven worden gebruikt.

Prof. dr. Marc Van Ranst

diensthoofd laboratoriumgeneeskunde



2014: Wat zijn voor u de belangrijkste realisaties in deze periode?

Automatisatie is een belangrijke trend in de laboratoriumgeneeskunde, met als doel kwaliteitsverbetering en snellere resultaten. Ook ons laboratorium wordt continu geautomatiseerd: de voorbije jaren installeerden we een intralaboratorium-stalentransportsysteem. Ook in 2015 zetten we deze trend verder met onder andere het automatiseren van de afdeling bacteriologie.

2015: Waar wilt u met uw dienst naartoe?

In de toekomst willen we het bestaande regionale netwerk van ziekenhuislaboratoria verder uitbreiden en versterken. Zo werken we al intensief samen met AZ Diest en UPC KU Leuven. Een transportsysteem met bestelwagentjes moet ervoor zorgen dat het overbrengen van de stalen tussen de verschillende ziekenhuizen in Vlaanderen sneller en efficiënter gebeurt. In huis zie ik veel toekomst in het uitbouwen van een performant diagnostisch platform, waarbij diagnostische diensten zoals pathologie, laboratoriumgeneeskunde, menselijke erfelijkheid en forensische geneeskunde meer en hechter gaan samenwerken.

Welke ontwikkelingen in uw medische discipline volgt u met bijzondere interesse?

'Near-patient testing' wordt steeds belangrijker en zal in de toekomst nog uitbreiden. Glucosemetingen en bloedgasen worden nu al vaak niet meer naar het lab gebracht, maar worden ter plaatse bij de patiënt gemeten. Hoewel het lab de stalen dus niet analyseert, kunnen we vanuit onze expertise toch een grote rol spelen in dit proces: door de 'near-patient testing' mee te organiseren, voor opleiding te zorgen, de kwaliteit ervan te bewaken en te werken aan een vlotte resultaatsrapportering.

Prof. dr. Eric Van Wijngaerden

diensthofd algemene interne geneeskunde



2014: Wat zijn voor u de belangrijkste realisaties in deze periode?

Op het moment dat mijn aanstelling inging, was het ebola-alarm volop van kracht. Dat betekende intensieve trainingen en permanent overleg met alle betrokkenen om optimaal voorbereid te zijn als een vermoedelijke ebolapatiënt zich zou aandienen. Toen het dan zover was, stelden we vast dat de voorbereidingen hun nut hadden bewezen en de opvang van de patiënt voorspoedig verliep. Ook buiten het eigen ziekenhuis hebben we op het ebolafront goed werk geleverd door onze betrokkenheid bij en invloed op het nationale beleid.

2015: Waar wilt u met uw dienst naartoe?

In 2015 passen we de organisatie van onze dienst verder aan met het oog op een vlotte doorstroming van patiënten uit de spoedgevallendienst. Er is namelijk afgesproken dat de interne pathologieën deels door de urgentieartsen van de spoedgevallendienst, en deels door onze artsen worden opgevangen. Voorts kijk ik uit naar de informatisering van de zorgprogramma's voor hiv/aids en reispergeneeskunde. Centralisering van data en een geautomatiseerde workflow maken efficiëntere zorg voor minder geld mogelijk.

Welke ontwikkelingen in uw medische discipline volgt u met bijzondere interesse?

In een universitair ziekenhuis ligt de focus uiteraard op topgeneeskunde. Maar op onze dienst is de aandacht voor meer courante aandoeningen ook cruciaal. Hoe bewaren we het precaire evenwicht tussen specialisatie en allroundkennis, is dan ook een fascinerende vraag. Als infectioloog volg ik de ontwikkelingen in de hiv/aids-behandeling op de voet. De nadruk verschuift meer en meer naar chronische zorg, die lang niet altijd infectiegerelateerd is. De infectioloog moet daarom opnieuw hoe langer hoe meer algemeen internist zijn.

Prof. dr. Sandra Verelst

diensthooft urgentiegeneeskunde



2014: Wat zijn voor u de belangrijkste realisaties in deze periode?

De komst van het triagesysteem, dat bepaalt welke patiënt eerst gezien moet worden volgens de ernst van pathologie, is een heel belangrijke ontwikkeling geweest. Voor de veiligheid van patiënten en de kwaliteitscontrole is de invoering van dit systeem zeker een meerwaarde geweest. Verder is ook de start van de aparte opleiding voor urgentiegeneeskunde het vermelden waard. Deze zesjarige opleiding dient nog continu bijgeschaafd en geoptimaliseerd te worden.

2015: Waar wilt u met uw dienst naartoe?

Mijn grootste ambitie is natuurlijk dat we nooit nog patiënten zouden moeten weigeren. Het optimaliseren van de doorstroming naar de hospitalisatie-eenheden is daarbij een cruciale factor. Verder wil ik de dienst graag naar een semigesloten model laten evolueren, waarbij het grootste deel van de patiënten gezien zal worden door een ploeg van internisten, traumatologen en urgentieartsen. Dit zal een goede voorbereiding vragen. En natuurlijk is er de uitdaging dat de spoedgevallendienst verhuist naar een nieuwe locatie, met een verdubbeling in oppervlakte.

Welke ontwikkelingen in uw medische discipline volgt u met bijzondere interesse?

Waar we erg naar uitkijken is de opstart van ECMO, de extra-corporele membraan-oxygenatie. Plastisch gezegd gaat het om een soort hart-longmachine voor een heel selecte groep van voornamelijk jonge patiënten die langdurige reanimatie hebben ondergaan en er om medische redenen niet doorkomen. Ik denk bijvoorbeeld aan een patiënt die zich geïntoxiceerd heeft met medicatie. Met de ECMO kunnen we voor deze patiënten tijd winnen.

Prof. dr. Geert Verleden

diensthooft pneumologie



2014: Wat zijn voor u de belangrijkste realisaties in deze periode?

Ik denk hierbij meteen aan mijn voorgangers die de dienst als eersten hebben opgedeeld in zorgprogramma's en zo nieuwe mensen hebben aangetrokken. Dit heeft ervoor gezorgd dat onze dienst pneumologie de grootste en meeste uitgebouwde dienst van het land is. En daar mogen we trots op zijn. Het is dan ook van primordiaal belang dat we de huidige zorgprogrammastructuur verder optimaal laten functioneren en versterken.

2015: Waar wilt u met uw dienst naartoe?

We zijn volop bezig met het opstarten van satellietcentra in grote perifere ziekenhuizen. Zo kunnen we door onbezoldigde consulentschappen en continue interactie de relaties versterken, betere afspraken maken, patiënten capteren ... In het AZ Groeninge werd bijvoorbeeld al een programma pulmonale hypertensie opgestart en in het Jessa Ziekenhuis wordt binnenkort een satelliet voor interstitieel longlijden ontwikkeld.

Welke ontwikkelingen in uw medische discipline volgt u met bijzondere interesse?

De belangrijkste ontwikkeling lijkt me de komst van de gepersonaliseerde geneeskunde, zoals we die nu al zien in pulmonale oncologie met specifieke target-chemotherapieën. Zeker in de context van de evolutie dat een ziekte niet langer gezien wordt als één type pathologie, maar als een conglomeraat van verschillende types. Die types manifesteren zich wel op eenzelfde manier, maar ze hebben een andere prognose en vragen dus ook een andere aanpak en behandeling.



Wereldprimeur: baby krijgt een hartklep via katheter langs de lever

In UZ Leuven is bij een baby van een jaar een nieuwe hartklep ingebracht via een katheter langs de lever. Omdat op die leeftijd de aders nog erg klein zijn en dus niet bruikbaar voor het transport van de klep naar het hart, moest een andere toegangsweg worden gebruikt: de lever. De techniek werd eerder nog nergens ter wereld toegepast.

TWEDE HARTKLEP

De baby had vlak na de geboorte al een nieuwe hartklep gekregen. Dat was toen via een openhartoperatie gebeurd. Maar omdat het afweersysteem van baby's nu eenmaal heel actief is, werd die eerst klep al snel afgebroken en had het patiëntje na één jaar weer een hartklep nodig. "Een tweede openhartoperatie zou erg belastend zijn en grote gezondheidsrisico's inhouden", legt cardioloog Marc Gewillig uit, "vandaar dat we een ingreep via een katheter in overweging moesten nemen. Normaal gezien gaan we dan met de katheter door de ader in lies of hals naar het hart. Maar in dit geval was dat geen optie: een katheter heeft een diameter van

zeven à acht millimeter; dat is te breed voor kinderen die minder dan tien kilo wegen en bij wie de aders nog erg klein zijn."

SPONS

Als alternatief voor de aders is dan gekozen voor de lever. Professor Gewillig: "Dat orgaan is als het ware een spons waarin relatief gemakkelijk openingen kunnen worden gemaakt. Maar die aanpak is niet zonder risico's: als de opening achteraf niet goed wordt afgesloten, zijn bloedingen mogelijk die fatale gevolgen kunnen hebben. Daarom stond tijdens de operatie een leverchirurg stand-by om in te grijpen als er zich onverhoopt een probleem zou voordoen." Ook een hartchirurg stond

klaar mocht de katheterisatie niet slagen en er alsnog een openhartoperatie nodig was.

VERKLEINDE HARTKLEP

Een bijkomende moeilijkheid was het formaat van de kunstklep. De baby had immers een klep nodig die standaard alleen in een groter formaat beschikbaar is. Professor Gewillig: "Daarom heeft een collega de klep vooraf verkleind en aangepast aan de afmetingen van het patiëntje. Om er zeker van te zijn dat de volledige katheterisatieprocedure afgestemd was op de dimensies van een eenjarige, zijn onderdelen van de ingreep trouwens vooraf gesimuleerd."







Neonatologie trendsetter met architectuur voor 'koesterende zorg'

Begin 2014 nam de dienst neonatologie van UZ Leuven zijn intrek in een gloednieuw gebouw. De architectuur en het design zijn volledig gebaseerd op het concept 'koesterende en ontwikkelingsondersteunende zorg' voor vroeggeborenen en baby's met een aangeboren aandoening.

MENSELIJK ÉN HIGHTECH

Koesterende zorg legt de nadruk op het menselijke en liefhebbende aspect in een omgeving waar spitstechnologie en medische vooruitgang centraal staan. Onderzoek toont aan dat de manier waarop prematuren worden opgevangen, bepalend is voor hun levenskansen en algemene ontwikkeling.

Ook de interactie tussen ouder en kind heeft een grote impact op de ontwikkeling van deze vaak kritieke patiëntjes. Daarom koos UZ Leuven voor de gulden middenweg tussen medische topzorg en een maximale inbreng van de ouders.

PRIVACY

Met de keuze voor uitsluitend individuele familiekamers op neonatale intensieve zorg is UZ Leuven een trendsetter in Europa. In drie cirkelvormige 'baaien' liggen telkens twaalf kamers rond een centrale werkzone voor artsen en verpleegkundigen. Privacy voor ouders en hun baby's wordt verzekerd door afzonderlijke kamers, aparte ingangen voor ouders en ziekenhuispersoneel, indirecte lichtinval, knusse hoekjes, hotelkamers voor ouders en een discreet gelegen rouwkamer.

Optimale geneeskundige zorg en snelle medische interventies worden bevorderd door

onder andere de cirkelvormige structuur, die een uitstekend overzicht geeft op alle kamers. Energie-aansluitingen komen uit het plafond en monitors en infuuspompen staan op een mobiele arm.

UZ Leuven werkte niet alleen met artsen, verpleegkundigen, ingenieurs en architecten aan het nieuwe concept, maar betrok ook de ouders intensief tijdens enquêtes en testfasen van de nieuwe zorgkamers.



4 000e niertransplantatie UZ Leuven: uitdagingen sterk geëvolueerd

Op 6 maart 2014 werd de 4 000e niertransplantatie in UZ Leuven met succes uitgevoerd. Het niertransplantatieprogramma van UZ Leuven startte in 1963 en nam al snel een hoge vlucht. Momenteel zijn er 120 tot 140 nieuwe niertransplantaties per jaar. Dat is ongeveer een derde van alle niertransplantaties in België.

Dat grote aantal bepaalt mee het succes van het niertransplantatieprogramma: de vijfjaarsoverleving voor patiënten in UZ Leuven bedraagt 88 procent. Dat is hoog aangezien de afgelopen drie decennia de gemiddelde leeftijd van de nierreceptor gestegen is van 38 naar 54 jaar. Bovendien bedraagt de vijfjaars-overleving van de donornier (gecorrigeerd voor overlijden van de nierontvanger) in UZ Leuven 91 procent. Dat is bij de hoogste van de wereld.

DE DONORUITDAGING

Sinds de jaren tachtig is de gemiddelde leeftijd van nierdonoren gestegen van 30 naar 48 jaar. Dat uit zich ook in het profiel van de her-

sendode donor: orgaandonoren zijn gemiddeld meer cardiovasculair belast en hebben vaker geassocieerde medische problemen.

Deze evolutie – gekoppeld aan de grote vraag naar organen – heeft het Leuvense team aanzegget het gebruik van alternatieve typen van orgaandonatie te optimaliseren, zoals donatie na circulatoire dood, donoren met 'uitgebreide criteria' en uiteraard ook levende donatie.

Sinds een tweetal jaren wordt in UZ Leuven bij meer dan 50 procent van alle transplantaties gebruikgemaakt van dergelijke alternatieve typen donoren.

RECEPTOR OUDER EN COMPLEXER PROFIEL

De gemiddelde leeftijd van de nierontvanger is gestegen: meer dan 21 procent van de receptoren zijn ouder dan 65 jaar. Hun medisch profiel is ook sterk veranderd: patiënten hebben meer uitgebreide hart- en bloedvatziekten, meer diabetes mellitus en geassocieerde aandoeningen van andere organen. Dit uit zich ook in het aantal gecombineerde niertransplantaties (nier samen met hart, longen, lever, pancreas en darm) dat wordt uitgevoerd in UZ Leuven: gemiddeld 20 per jaar.



Schisis: zorgprogramma van het jaar

Het zorgprogramma schisis werd gehuldigd als zorgprogramma van het jaar in UZ Leuven. Het zorgprogramma comité heeft deze nieuwe titel in het leven geroepen als extra ruggeleuning voor een zorgprogramma dat een uitzonderlijke vooruitgang boekte.

MULTIDISCIPLINAIR

Het Leuvense schisisteam levert multidisciplinaire zorg aan patiënten geboren met een spleet in lip, tandenboog of verhemelte. Een lipspleet gaat uiteraard met esthetische hinder gepaard, maar ook tandafwijkingen zijn frequent en kinderen met een verhemeltespleet kunnen problemen hebben met voeding, spraak en gehoor.

De opvolging en behandeling van schisis is dan ook complex. Het multidisciplinaire team van UZ Leuven begeleidt patiënten en hun ouders voor een lange periode en voorziet in alle aspecten van de zorg, waaronder primaire heelkundige ingrepen maar ook logopedische, sociale en psychologische begeleiding. Het team ziet de patiënten tijdens een gemeenschappelijke consultatie. Dat

bespaart gezinnen veel verplaatsingen en geeft de specialisten de kans om eventuele behandelingen in onderling overleg te plannen. Daarnaast kent het zorgprogramma een belangrijke rol toe aan externe partners, zoals de school, het CLB, revalidatiecentra en ambulante therapeuten.

DATA VERZAMELEN

Sinds enkele jaren is het schisisteam ook gestart met de systematische verzameling van gegevens over spraak, gelaatsgroei en patiëntentevredenheid op sleutelleeftijden. Dat maakt klinisch wetenschappelijk onderzoek, interne kwaliteitsbewaking en externe audits mogelijk.

INITIATIEVEN

In 2014 heeft het team diverse initiatieven genomen om de werking van het zorgprogramma te optimaliseren. Zo werd in september een succesvolle patiëntendag georganiseerd om 40 jaar multidisciplinair schisisteam te vieren. Verder werden in 2014 de wachtlijsten korter dankzij een wekelijkse multidisciplinaire consultatie en kreeg de website van het schisisteam (www.uzleuven.be/schisisteam) een opknapbeurt.





Nieuwe test betekent **doorbraak** in diagnose en behandeling eierstokkanker

Leuvense onderzoekers hebben een nieuwe test ontwikkeld waarmee artsen makkelijker en nauwkeuriger eierstokkanker kunnen vaststellen. De test maakt het ook mogelijk om het type tumor te identificeren en daarbij aansluitend de meeste geschikte behandeling op te starten. De resultaten van de studie verschenen in oktober 2014 in de British Medical Journal.

Bestaande onderzoeksmodellen maken een onderscheid tussen goed- en kwaadaardige eierstoktumoren, maar dat is vaak niet voldoende: ze kunnen namelijk niet bepalen om welk type kwaadaardige tumor het gaat. Daardoor is het bepalen van een juiste behandeling moeilijk.

TYPE TUMOR

De nieuwe test, ADNEX genaamd, werd ontwikkeld door professor Ben Van Calster (KU Leuven) in samenwerking met de 'International Ovarian Tumour Analysis' (IOTA)-groep, die geleid wordt door prof. dr. Dirk Timmerman van UZ Leuven. De test maakt

niet enkel het onderscheid tussen goed- en kwaadaardige tumoren, maar laat ook toe om met grote nauwkeurigheid kwaadaardige tumoren te verdelen in vier types: borderline kwaadaardig, kanker in een vroeg stadium, gevorderde kanker en secundaire metastase (uitzaaiing van een andere kanker naar de eierstokken). De test is gebaseerd op de klinische informatie van de patiënt, een bloedtest met een tumormerker en elementen die zichtbaar zijn op een echografie.

JUISTE SPECIALIST

Het juist identificeren van het type tumor is van groot belang voor een succesvolle be-

handeling en de overlevingskansen van de patiënte. De juiste identificatie was tot op vandaag moeilijk, waardoor veel vrouwen niet naar de juiste specialist werden doorverwezen. Soms ondergingen ze daardoor een zwaardere operatie dan strikt noodzakelijk, want een goedaardige tumor hoeft dikwijls niet eens behandeld te worden. Zeker bij kwaadaardige tumoren is het bepalen van het soort tumor cruciaal om de patiënt door te verwijzen naar de juiste specialist en de juiste behandeling.

De ADNEX-test is gebaseerd op onderzoeksgegevens van bijna 6 000 patiënten, die verzameld en bestudeerd werden door de IOTA-groep.

Volgehouden aandacht voor handhygiëne werkt

UZ Leuven voert al tien jaar campagne voor een correcte handhygiëne. Met resultaat: in 2014 waren er 107 nieuwe patiënten met een klinisch staal positief voor MRSA, een stafylokokvariant die resistent is tegen antibiotica. Tien jaar eerder, in 2004, ging het nog over 377 stalen.

Prof. dr. Annette Schuermans, diensthoofd ziekenhuishygiëne: “Toen we in 2004 van start gingen met een handhygiëne campagne, kozen we resoluut voor een positieve en educatieve insteek, en niet voor een belerende of betuttelende aanpak. We merkten meteen dat er resultaten geboekt werden via een exponentiële stijging van het verbruik van handalcohol en een spectaculaire daling van de incidentie van MRSA.”

SENTINELLEN EN MASCOTTE

Om de campagne een continu karakter te geven werkt UZ Leuven met sentinellen. Het gaat om meer dan tweehonderd personen werkzaam op de diensten zelf, die de procedures uitdragen naar hun collega's en nauw betrokken worden bij de campagne.

Met de mascotte Ziggy, een sympathiek figuurtje, heeft de campagne ook een herkenbaar uithangbord.

De campagne focuste in eerste instantie op de medewerkers, maar richt zich sinds enige tijd ook op patiënten en bezoekers. Via infoschermen en brochures krijgen ze tips om zelf ziekenhuisinfecties te voorkomen. Het afgelopen jaar konden ze tijdens de campagneweek in mei bovendien meedoen aan een online quiz.

CAMPAGNEWEEK IN MEI

De jaarlijkse campagneweek, die traditiegetrouw in mei valt, vraagt met infostanden en andere laagdrempelige activiteiten expliciet aandacht voor een correcte handhygiëne en

zorgt op die manier voor een extra impuls. Bovendien is het een goede gelegenheid om een bepaald thema aan te kaarten, bijvoorbeeld handhygiëne voor medicatietoediening.

Handhygiëne blijft de komende jaren uiteraard hoog op de agenda staan, benadrukt professor Schuermans. “Het is een relatief eenvoudig maar bijzonder efficiënt middel in de strijd tegen MRSA en andere multi-resistente kiemen, waarmee we vermijden dat ze vaste voet aan de grond krijgen in ons ziekenhuis.”







UZ Leuven implanteert 100e hartondersteunende Heartmate II-pomp.

Eind 2014 werd in UZ Leuven de 100e Heartmate II-pomp ingeplant. Dergelijke hartondersteunende pompen verbeteren drastisch de levenskwaliteit bij hartfalen.

WANNEER HET HART FAALT

Bij patiënten met hartfalen heeft het hart het zwaar om het bloed rond te pompen en het lichaam van zuurstof te voorzien. Simpele activiteiten als eten of wandelen kunnen de patiënt dan al uitputten. Als het hart faalt, volgen bovendien vaak ook andere organen zoals lever en nieren.

Een mechanische bloedpomp kan dan soelaas bieden en het hart extra ondersteunen. De huidige hartpompen (Heartmate II) kunnen volledig ingeplant worden. De elektrische aandrijfkabel wordt door de huid naar buiten gebracht en de patiënt kan met behulp van een set oplaadbare batterijen volledig mobiel worden en het leven thuis hervatten.

JARENLANGE, VEILIGE ONDERSTEUNING

In UZ Leuven worden deze hartpompen sinds 1986 toegepast. In het begin gebruikte UZ Leuven de methode enkel om mensen in kritieke omstandigheden te stabiliseren en dan snel te transplanteren met een nieuw hart. De laatste jaren is er een toenemend gebruik van hartondersteunende pompen, enerzijds door het tekort aan donoren en anderzijds dankzij de technische verbeteringen aan de pompen.

Zo worden patiënten nu al ondersteund voordat ze in een kritieke situatie komen. Verder is het huidige type pomp volledig implanteerbaar, kan het jarenlang veilig

werken en kan het de levenskwaliteit van patiënten drastisch verbeteren. Heel wat patiënten kunnen na de operatie weer normale activiteiten opnemen. Voor sommige patiënten is de pomp een alternatief voor een harttransplantatie, met name als de risico's van een transplantatie groter zijn dan die van leven met een hartpomp.

OVERLEVING VERBETERD

UZ Leuven heeft het programma voor mechanische hartondersteuning uitgewerkt tot het grootste in België, met een twintigtal implantaties per jaar. Dankzij de Heartmate II-pomp is de overleving van de patiënten sterk verbeterd met een eenjaarsoverleving van meer dan 80 procent. 

UPC KU Leuven: koninklijk bezoek en nieuw gebouw

Hare Majesteit Koningin Mathilde bezocht op woensdag 11 juni 2014 de dienst ouderenpsychiatrie van het Universitair Psychiatrische Centrum KU Leuven.

De dienst ouderenpsychiatrie werd in 2013 opgericht naast de diensten kinder- en jeugdpsychiatrie en volwassenenpsychiatrie en speelt in op een groeiende maatschappelijke nood. De dienst is gevestigd op campussen in Kortenberg en Leuven (Gasthuisberg). Er worden gespecialiseerde zorgprogramma's geboden voor ouderen met dementie, depressie of psychose. Met een pas opgerichte opname-eenheid voor jongdementie zet UPC KU Leuven zijn expertise ook in voor personen onder de 65 jaar.

NIEUW GEBOUW, NIEUW CONCEPT

Nog in juni 2014 nam UPC KU Leuven op campus Gasthuisberg een nieuw gebouw voor

psychiatrie in gebruik. Diverse behandel-eenheden voor volwassenen- en ouderenpsychiatrie zijn erin gevestigd. Daarmee creëert UPC KU Leuven extra capaciteit voor consultaties, voor het op punt stellen van diagnoses en voor psychotherapie. Het doel is patiënten gericht op weg helpen met een uitgekiend zorgtraject. Dat kan een langer durende opname in een gespecialiseerde eenheid inhouden, maar op de eerste plaats wordt altijd gestreefd naar ambulante zorg en thuiszorg.

Het gebouw werd feestelijk ingehuldigd in november 2014, met een wetenschappelijk symposium en een academische zitting.

Z.ORG KU LEUVEN

In juli 2014 werd de vzw Z.org KU Leuven boven de doopvont gehouden. De nieuwe zorgorganisatie heeft als belangrijkste opdracht de exploitatie van UPC KU Leuven en het psychiatrisch verzorgingstehuis Andreas in Lubbeek. Z.org KU Leuven heeft daarnaast de ambitie om samen met UZ Leuven het zorglandschap in de Leuvense regio te structureren om de zorgnoden beter op te vangen. Finaal moet Z.org KU Leuven een structuur worden waarbinnen een divers palet aan geïntegreerde zorg aangeboden wordt, gesteund op academische standaarden en kwaliteitscriteria, en met een operationele autonomie voor de diverse deelnemende partnerinstellingen.



Start bouwwerken nieuw vrouw- en kindziekenhuis

Eind 2014 werd gestart met de bouw van het nieuwe vrouw- en kindziekenhuis. Alle activiteiten rond zwangerschap, bevalling en zorg voor moeder en kind zullen zo worden gebundeld. Het vrouw- en kindziekenhuis zal bestaan uit twee gebouwen, verbonden met een glazen loopbrug. Tegen 2018 moet alles in gebruik zijn.

PERINATAAL CENTRUM

Het concept is dat van een 'perinataal centrum': één logisch geheel waarbinnen moeder en baby verzorgd kunnen worden in de periode voor en na de bevalling. Dat centrum bestaat uit verloskamers, de kraamafdeling, de 'maternal intensive care' (MIC), neonatale zorg (N*) en de al gerealiseerde neonatale intensieve zorgafdeling (NIZ).

De focus gaat ook naar het verder uitbouwen van hooggespecialiseerde zorgprogramma's en expertzorg, waarvoor wordt doorverwezen naar UZ Leuven. Concreet worden alle consultaties, het dagziekenhuis, het fertili-

teitscentrum, het bevallingskwartier, de hospitalisatieafdelingen en de nierdialyse in het nieuwe centrum ondergebracht.

Bedoeling is ook de multidisciplinaire consultaties verder uit te breiden, zodat patiënten met complexe problemen op een deskundige en efficiënte manier geholpen kunnen worden.

POLYVALENTE KAMERS

De hospitalisatieafdelingen voor kinderen tellen in totaal 118 bedden. Om een patiëntje toe te wijzen aan een afdeling zal niet langer de leeftijd als criterium gelden, maar wel

het zorgprogramma. Er komen polyvalente kinderkamers die geschikt zijn voor zowel zuigelingen, peuters, kleuters als adolescenten. Deze nieuwe organisatiestructuur maakt het mogelijk om de beschikbare bedden flexibel te benutten en de expertise van alle medewerkers optimaal in te zetten.

Speciale aandacht gaat naar de toegankelijkheid met rolstoel voor kinderen van alle leeftijden en in allerlei graden van zelfredzaamheid. Verder vormt de ziekenhuisschool een belangrijk onderdeel van het nieuwe gebouw.







Katheterteam bundelt expertise intraveneuze katheterzorg

Jaarlijks worden er in UZ Leuven zo'n 1 600 langdurige kathetersystemen ingeplant bij kinderen en volwassenen. UZ Leuven heeft als enige in België een katheterteam, dat zorgverleners bijstaat in het juiste gebruik en onderhoud van de katheters. Het team bestaat uit een verpleegkundig specialist en drie verpleegkundig consulenten. Zij werken nauw samen met de artsen die de katheters plaatsen.

Een katheter voor intraveneuze therapie wordt vooral toegepast bij patiënten met chronische ziekten, kanker en mucoviscidose, bij transplantatiepatiënten en bij patiënten die nood hebben aan langdurige intraveneuze voeding.

HULP BIJ KATHETERPROBLEMEN

De katheters moeten nauwgezet gebruikt en onderhouden worden. Vooral het voorkomen van infecties en verstopping is belangrijk. Lieve Goossens, verpleegkundig specialist: "Het katheterteam geeft advies bij problemen. In 2014 gaven we 2 340 adviezen op 84 verschillende afdelingen."

Het katheterteam werkt enerzijds samen met de zorgverleners die de katheters plaatsen: chirurgen, radiologen en anesthesisten. Anderzijds heb je ook de 'gebruikers', zoals verpleegkundigen, behandelende artsen en natuurlijk de patiënten zelf. Zij worden door het team geholpen bij problemen in het dagelijkse gebruik van de katheter.

(INTER)NATIONALE ERKENNING

Het katheterteam geeft zowel in UZ Leuven als extern opleidingen en bijscholingen. Internationaal is de expertise van het team bekend en worden de leden gevraagd voor lezingen. Ook de industrie maakt gebruik van hun ken-

nis bij het ontwikkelen van nieuwe producten.

ONDERZOEK

Het team verricht ook klinisch onderzoek. Lieve Goossens: "Na 2,5 jaar onderzoek toonden we aan dat een fysiologische zoutoplossing een evenwaardige afsluiter van de poortkatheter is als het product heparine, dat al 30 jaar wordt gebruikt. Dat onderzoek was een internationale primeur. Voor de patiënt maakt dat het thuis laten spoelen van de katheter gemakkelijker en veiliger. Voor de verpleegkundigen betekent het tijds winst en een vereenvoudiging van de procedures."





Overlijden dr. Ignace Samson

Op 15 februari 2014 overleed onverwachts dr. Ignace Samson. Hij liet een echtgenote en drie kinderen na.

Ignace Samson (°1959) studeerde geneeskunde aan de Universiteit Gent, waar hij zijn diploma behaalde in 1983. Hij specialiseerde zich vervolgens in de orthopedische oncologie, meer bepaald in tumoren van het bot en de weke delen.

Hij kwam in dienst bij UZ Leuven in 1990 als adjunct-kliniekhoofd bij de dienst orthopedie. In 2007 werd hij er kliniekhoofd en sinds 2011 was hij kliniekhoofd op de dienst oncologische heelkunde.

Hij werd op handen gedragen door zijn patiënten, voor wie hij zich dag en nacht inzette.

NIEUWE MOLECULAIRE TEST VOOR UITZAAIING PROSTAATKANKER

In december 2014 werd in UZ Leuven een nieuwe moleculaire gallium-68-PSMA-tracer gebruikt om moeilijk opspoorbare uitzaaiingen bij prostaatkanker in beeld te brengen via een PET-scan. Het was de eerste keer dat die gebruikt werd bij patiënten in Vlaanderen.

De techniek is een doorbraak voor patiënten die al voor prostaatkanker behandeld werden en na verloop van tijd opnieuw een stijging van hun PSA-waarden (prostaatspecifiek antigeen) zien: zij kunnen rekenen op een veel vroegere en gepersonaliseerde behandeling.

Een stijging van de PSA-waarden betekent dat er ergens in het lichaam een uitzaaiing aan het groeien is of dat er lokaal herval is van de tumor. Met de gebruikelijke technieken kan men die uitzaaiingen meestal niet nauwkeurig genoeg opsporen.

Met de gevoelige gallium-68-PSMA-techniek spuit de arts een licht radioactief gemerkte molecule in een ader van de patiënt. Die molecule bindt zich gericht aan het PSMA-eiwit, dat in hoge mate aanwezig is in prostaatkankercellen. Een PET-scan brengt vervolgens de plaatsen in beeld waar die molecule voorkomt in het lichaam.



Niet-invasieve prenatale test (NIPT)

Voor de klinische implementatie van de NIPT-test binnen UZ Leuven mocht onderzoekster Nathalie Brison in 2014 de Vienna Medical Academy Award in ontvangst nemen. Zij en prof. dr. Joris Vermeesch coördineerden de implementatie samen met het team van het centrum menselijke erfelijkheid.

Sinds november 2013 kunnen zwangere vrouwen met behulp van de NIPT-test in UZ Leuven gescreend worden op trisomie 21 (downsyndroom) bij de foetus. Anders dan bij de vlokcentest en de vruchtwaterpunctie worden chromosoomafwijkingen bij deze test opgespoord via een niet-invasieve methode. Dat betekent dat er niet door de baarmoeder heen hoeft te worden geprikt en er dus geen gevaar op een miskraam bestaat. Bovendien is de betrouwbaarheid van NIPT heel groot, veel groter dan van de combinatie-test, een andere prenatale bloedtest om het risico op trisomie 21 te bepalen.

NOG GROTERE BETROUWBAARHEID

Om de betrouwbaarheid nog verder te vergroten heeft het Leuvens genetisch team geoptimaliseerde statistische en visuele analyses toegevoegd aan de standaardmethode. Nathalie Brison legt uit: "Dankzij die analyse zijn we nu in staat om de signalen die wijzen op een afwijking, nog beter te capteren: onder invloed van bepaalde externe factoren gebeurt het namelijk dat die signalen uitgevlakt worden. Dat kunnen onder meer technische factoren zijn, zoals de kwaliteit van het bloedstaal, maar ook biologische factoren, zoals kleine goedaardige chromosomale variaties bij de moeder. Bovendien wordt niet alleen chromosoom 21 nagekeken, maar ook de andere chromosomen (van 1 tot en met 22)."

ACCREDITATIE

UZ Leuven is het eerste Belgische ziekenhuis dat de bloedstalen zelf kan analyseren. Nathalie Brison: "Veel ziekenhuizen sturen het bloedstaal op naar een buitenlands lab, meestal in China of Amerika. Doordat we de test zelf doen, hebben we meer greep op de kwaliteit ervan. Bovendien is onze methode door een externe organisatie doorgelicht en geaccrediteerd. Ook andere laboratoria in België zullen in de nabije toekomst onze methode toepassen."





Interventieteam voor snelle behandeling beroerte

Bij een beroerte is het belangrijk dat de behandeling zo snel mogelijk wordt opgestart om de kans op hersenschade te beperken. In UZ Leuven werd daarom een speciaal interventieteam opgericht en is er een permanentiedienst van gespecialiseerde artsen die zo nodig een ingreep kunnen uitvoeren.

TIJDSWINST

“Bij de behandeling van beroertes is de logistieke organisatie belangrijk”, zegt neuroloog prof. dr. Vincent Thijs. “Je moet voortdurend zoeken naar manieren om de keten tussen de aanmelding op de spoedgevallendienst en de start van de behandeling efficiënter te maken. Dat kan bijvoorbeeld door een goede triage bij aankomst en door een snellere diagnose.”

UZ Leuven gaat nog een stap verder. “Begin 2014 hebben we een speciaal interventieteam opgericht. Zodra er goede redenen zijn om aan te nemen dat het om een beroerte gaat, vertrekt het beroerteteam naar de

radiologiedienst, waar de behandeling direct na de beeldvorming van de hersenen ter plaatse kan starten.” De tijdswinst is opmerkelijk. In 2004 bedroeg de duur tussen aanmelding en behandeling nog 67 minuten, vandaag is dat 32 minuten.

TROMBECTOMIE

Als medicatie niet volstaat om de bloedklonter op te lossen, voert UZ Leuven een trombectomie uit. Dat is een geavanceerde techniek waarbij een speciaal opgeleide arts de bloedklonter mechanisch uit de ader verwijdert. Professor Vincent Thijs: “Ook hier draait alles rond goede logistiek. UZ Leuven heeft een permanentie met gespecialiseerde

artsen georganiseerd, zodat trombectomieën de klok rond mogelijk zijn.”

GOUDEN UUR

Een beroerte heeft de beste prognose als tussen de eerste symptomen en de start van de behandeling hooguit zestig minuten liggen, het zogenoemde gouden uur. Dat lukt zelden, onder andere omdat de patiënt of zijn omgeving de symptomen niet tijdig herkent. Het is verder belangrijk dat ook de huisarts en de hulpdiensten snel handelen en de patiënt onmiddellijk doorverwijzen naar de spoedgevallendienst. Voor een sterke acute beroertezorg zijn alle schakels in de keten dus belangrijk.

UZ Leuven Future ondersteunt buitenlandse stage junior stafleden

Met het nieuwe fonds UZ Leuven Future wil UZ Leuven verblijven van junior stafleden in excellente buitenlandse centra ondersteunen. Ze leren er innovatieve technieken en methoden voor een duur van drie maanden tot één jaar.

LANGE TERMIJN

Artsen-specialisten met aanstelling als vaste medische staf (VMS - minimaal 80% aanstelling) kunnen een aanvraag indienen. De aanvrager is maximaal 45 jaar oud op het moment van de aanvraag en plant een langdurige loopbaan in UZ Leuven. Het reiskrediet ondersteunt verblijven in excellente buitenlandse centra met de bedoeling innovatieve technieken en approaches aan te leren die op lange termijn waardevol zijn voor UZ Leuven of de KU Leuven.

SELECTIE

De verantwoordelijke voor de operationele werking van het fonds is de hoofdgeneesheer, prof. dr. Johan Van Eldere. De selectie van de aanvragen gebeurt door de Klinische Onderzoeks- en Opleidingsraad (KOOR), onder voorzitterschap van prof. dr. Dirk Timmerman.

UZ Leuven Future werd opgericht onder impuls van prof. dr. Marc Decramer, gedelegeerd bestuurder, prof. dr. Guy Mannaerts, voorzitter van het bestuurscomité, en prof. dr. Wim Robberecht, vicerector Biomedische Wetenschappen. Het fonds wordt gespijsd door giften van bedrijven Roche, MSD, Boehringer-Ingelheim, AstraZeneca, Teva en Barco.





Endometrioseteam bij de wereldtop

Een objectief literatuuronderzoek op basis van publicaties uit de Pubmed-database wijst uit dat UZ Leuven op vlak van endometriose-behandeling bij de wereldtop behoort. De radicale chirurgische verwijdering van endometriosehaarden met een CO₂-laser leidt tot uitstekende resultaten: de pijnklachten verminderen duidelijk, de endometriose komt zelden terug en het aantal complicaties na de ingreep is laag.

LASERTECHNIEK

Woekerende endometriumcellen verwijderen kan alleen met een chirurgische ingreep. Al sinds 1989 past UZ Leuven de laparoscopie of kijkbuisoperatie toe. "Via een sneetje in de navel schuiven we een smalle buis met camera, de laparoscoop, bij de vrouw naar binnen", legt gynaecoloog prof. dr. Christel Meuleman uit. "Om de endometriosehaarden te vernietigen, gebruiken we een CO₂-laser, die via de kijkbuis een energiestraal op de ongewenste cellen richt."

PERFECT ZICHT

De lasertechniek heeft ten opzichte van de openbuikoperatie heel wat voordelen. Professor Meuleman: "De camera in de laparoscoop geeft een uitvergroot beeld en bovendien wordt je zicht niet belemmerd door handen of een operatiemes. Een veel gerichtere verwijdering van de cellen is dus mogelijk. De patiënt houdt er bovendien maar een klein litteken aan over en het herstel verloopt veel sneller."

GRONDIG VERWIJDEREN

Voor een blijvend resultaat moet de endometriose zo grondig mogelijk worden wegge-

haald. Professor Meuleman: "Want wat blijft zitten, gaat gewoon voort met woekeren. Het kan dus bijvoorbeeld nodig zijn om een aangetaste eierstok weg te nemen. Veel vrouwen zijn daar bang voor, maar we weten door onderzoek dat de kans om zwanger te worden groter is als de vrouw nog over één functionele eierstok beschikt dan wanneer beide eierstokken blijven zitten maar de woekering doorgaat."

In het endometrioseteam zitten ook darmchirurgen, een uroloog en een thoraxchirurg. Die multidisciplinaire aanpak is nodig omdat endometriose zich soms ook doorzet tot in blaas, darm of andere bekkenorganen.



Zorgeiland E 643 in de prijzen

Met het concept 'zorgeiland' op E 643, het oncologisch dagcentrum B, creëerde UZ Leuven voor oncologische patiënten een open ruimte die contact tussen lotgenoten mogelijk maakt en toch voldoende privacy biedt aan elke patiënt individueel. De afdeling bestaat uit open zorgeilanden, -boxen en -kamers met alle comfort voor patiënt, verpleging en artsen.

OPENHEID ÉN PRIVACY

Een zorgeiland biedt plaats aan telkens zes patiënten. Ze nemen er plaats in relaxzetels die opgesteld staan in een open ruimte met gemeenschappelijk sanitair. Eén verpleegkundige staat in voor de verzorging van de patiënten op het zorgeiland. De structuur van de eilanden draagt bij tot de efficiëntie van de zorg, en maakt het ook makkelijker voor de patiënten om contacten te leggen met lotgenoten. Tegelijkertijd is er voldoende respect voor de privacy: je kunt ervoor kiezen om je af te schermen met gordijnen.

Behalve de zorgeilanden en eenpersoons- en tweepersoonskamers, heeft de afdeling ook zorgboxen ter beschikking. Daarin heeft de patiënt een bed, maar ook hier creëert de halfopen structuur meer ruimte en de mogelijkheid tot interactie met de omgeving.

ZORGINNOVATIEPRIJS

Het concept van de zorgeilanden won in oktober 2014 de zorginnovatieprijs of de I2C-award. Deze prijs wordt uitgereikt door beursbedrijf Probis in samenwerking met de bond van Vlaamse architecten en de organisatie voor raadgevende ingenieurs.

I2C staat voor Innovation to Care en bekroont de beste ideeën die het comfort, de leefbaarheid of de duurzaamheid van een zorginstelling verbeteren. Zo wil Probis innovatie in de zorgsector aanscherpen en stimuleren. De prijs werd al voor het zevende jaar op rij uitgereikt.



SAMENSTELLING DIRECTIECOMITÉ

APRIL 2015

VOORZITTER

Prof. dr. Marc Decramer

LEDEN

Koen Balcaen | directeur verpleging en patiëntenbegeleiding
prof. dr. Dirk De Ridder | strategisch coördinator Vlaams Ziekenhuisnetwerk
prof. dr. Jan Goffin | decaan faculteit geneeskunde
prof. dr. Katrien Kesteloot | financieel directeur
prof. dr. Bart Meyns | voorzitter zorgprogrammacomité
prof. dr. Frank Rademakers | directeur medische technologie en innovatie
dr. Wim Tambeur | operationeel directeur
Paul Timmermans | logistiek directeur
Marianne Vael | personeelsdirecteur
prof. dr. Gert Van Assche | klinisch operationeel verantwoordelijke
prof. dr. Johan Van Eldere | hoofdgeneesheer
Nancy Vansteenkiste | operationeel directeur
Jan Verhaeghe | algemeen secretaris

Het directiecomité is
verantwoordelijk voor de uitvoering
van het beleid en het dagelijks
bestuur van UZ Leuven.

SAMENSTELLING BESTUURSCOMITÉ

APRIL 2015

VOORZITTER

prof. dr. Guy Mannaerts

SECRETARIS-VERSLAGGEVER

Jan Verhaeghe

LEDEN

prof. dr. ir. Koen Debackere
prof. dr. Marc Decramer
Niko Dierickx
Willy Duron
Max Jadot
mr. Hilde Laga
Paul Maertens
prof. dr. Wim Robberecht
dr. An Sermon
prof. Rik Torfs
Bart Vander Elst
prof. dr. Marc Van Ranst
prof. dr. Ignace Vergote
prof. dr. Dirk Vlasselaers

WOONT DE VERGADERING BIJ

Jozef De Cuyper, regeringscommissaris

Binnen de KU Leuven is UZ Leuven een autonome organisatie voor gezondheidszorg. De beheersbevoegdheid van het ziekenhuis is door de universiteit gedelegeerd aan een apart orgaan, het bestuurscomité. Het comité is bevoegd voor alle aangelegenheden inzake de exploitatie van UZ Leuven, ook de medische en medisch-technische diensten.



The background of the entire page is a light blue gradient. At the bottom, there is a row of white line-art silhouettes of various people, including men and women of different heights and builds, facing forward.

UZ Leuven | Herestraat 49 | 3000 Leuven - Belgium | www.uzleuven.be | +32 16 33 22 11 | UNIVERSITY HOSPITALS LEUVEN

ONTWERP EN REALISATIE: DIENST COMMUNICATIE UZ LEUVEN | FOTO'S: LIES WILLAERT | MEI 2015