



JAARVERSLAG 2012 DOELTREFFEND



UZ
LEUVEN





INHOUD

- 3 Voorwoord
- 4 Leuvens kankerinstituut: met gebundelde krachten
- 8 Ontwikkelingen in radiotherapie
- 14 Oudere kankerpatiënten op maat behandelen dankzij geriatrische evaluatie
- 18 Moleculaire therapie geeft kankerpatiënten betere kansen
- 22 Hemato-oncologie: stap vooruit met stamcellen
- 28 Nucleaire geneeskunde: radioactief en innovatief
- 34 Abdominale heelkunde: opmerkelijke groei
- 40 Nieuw tracksysteem: snellere en betere analyses in het lab
- 46 Kwaliteitslabel voor vernieuwde centrale sterilisatieafdeling
- 52 UZ Leuven in cijfers
- 58 UZ Leuven-medewerkers in cijfers
- 64 Samenstelling directiecomité
- 65 Samenstelling bestuurscomité

VOORWOORD

Graag stellen wij u het jaarverslag 2012 van UZ Leuven voor.

We kozen voor een selectieve greep uit de vele activiteiten en projecten die de UZ Leuven-medewerkers het afgelopen jaar realiseerden.

Zo bundelt deze publicatie een aantal concrete verhalen die onze expertise belichten in verschillende aspecten van oncologische zorg, één van de domeinen waarin we een internationale reputatie genieten. De artikels over de centrale sterilisatieafdeling en het ingenieuze tracksysteem in het laboratorium tonen aan hoe we voortdurende innovatie en investeringen ten dienste stellen van een veilige en doeltreffende zorg. Ook de getuigenissen van de nieuwe diensthoofden nucleaire geneeskunde en abdominale heelkunde staven hoe UZ Leuven zijn kerntaken van patiëntenzorg, onderzoek en opleiding vervult.

Verder illustreren een aantal kortere nieuwsitems en cijfergegevens waar het bij UZ Leuven om draait: patiënten de best mogelijke zorg bieden met een team gedreven en bekwame medewerkers.

Wij wensen u een boeiende lectuur.

dr. Wim Tambeur
voorzitter directiecomité UZ Leuven

prof. dr. Guy Mannaerts
voorzitter bestuurscomité UZ Leuven

Leuvens kankerinstituut: met gebundelde krachten



In België komen er per jaar 60 000 nieuwe kankerpatiënten bij. Het aantal diagnoses blijft stijgen, maar de ziekte wordt wel steeds efficiënter bestreden. Ook in UZ Leuven wordt hard gewerkt aan een optimale zorgverlening voor kankerpatiënten. Het Leuvens kankerinstituut (LKI) coördineert alle kankergerelateerde activiteiten in het ziekenhuis om zo alle competenties maximaal te benutten.

Vroeger werkten de artsen van oncologie vooral binnen hun eigen specialisatie, er werd te weinig overlegd met artsen uit andere domeinen. Daardoor was de bestrijding van kanker vrij monodisciplinair geworden.

Prof. dr. Ignace Vergote, voorzitter LKI: "Midden jaren negentig kwam daar stilaan verandering in. De medisch oncologen, radiotherapeuten, chirurgen, oncologische orgaanspecialisten, radiologen, nucleair geneeskundigen enzovoort tekenden al van bij de diagnose een gezamenlijk behandelingstraject uit."

"Met de oprichting van het LKI in september 2006 werd die multidisciplinaire samenwerking nog verder uitgediept. We hebben alle onderzoekdomeinen in verband met kanker samengebracht in één organisatiestructuur."

⚡ AANDACHT VOOR SOCIALE EN PSYCHOLOGISCHE ASPECTEN

De patiënt staat centraal in het LKI. Daarom is er niet alleen oog voor het medische aspect van zijn behandeling, maar ook voor de sociale en psychologische implicaties. Professor Vergote: "Bij het oncologische overleg worden ook psychologen, verpleegkundigen en sociaal werkers gehoord. 'Kan de patiënt met zijn familie praten over zijn ziekte?' 'Hoe reageert de werkgever?' 'Heeft de patiënt de nodige psychosociale ondersteuning?' Door regelmatig te overleggen, worden de ervaringen van alle betrokkenen gebundeld."

⚡ COMBINATIE ONDERZOEK EN ZORG

Het LKI stimuleert het translationeel kankeronderzoek. Professor Ignace Vergote verduidelijkt: "De KU Leuven heeft vele fundamentele onderzoeksgroepen. Die willen wij nauwer bij de praktijk en bij het ziekenhuis





bij een psychologe of
schoonheidsspecialiste, is
een kapster aangesteld.
Zij geeft advies over het
dragen van pruiken of andere
manieren om het haarverlies
draaglijker te maken voor de patiënt.”

betrekken.

De resultaten van die onderzoeken moeten
nog sneller naar het ziekenhuis komen en de
clinici moeten op hun beurt dat fundamentele
onderzoek nóg meer sturen. Op die manier
kunnen we onze patiënten net dat ietsje
meer bieden. Ze krijgen de best beschikbare
zorg, inclusief medicatie of technieken die ze
nergens anders kunnen krijgen.”

❖ REALISATIES IN 2012

In 2012 is een nieuw bestuur aangesteld.
Prof. dr. Ignace Vergote volgde em. prof. dr.
Marc Boogaerts op als voorzitter van
het LKI. Prof. dr. Karin Haustermans is
benoemd tot vice-voorzitter en prof. dr.
Eric Van Cutsem werd secretaris.

Professor Vergote: “Ook inhoudelijk
hebben we veel gerealiseerd. Er ging
nog meer aandacht naar het welzijn van
de patiënt. In het Biancacentrum, waar
oncologische patiënten al terechtkonden

“We hebben ook het oncologische
revalidatieprogramma KanActief
uitgebreid. Vroeger was dat er enkel voor
borstkankerpatiënten en hematologische
patiënten, nu kunnen ook vrouwen met
eierstok- of baarmoederkanker
eraan deelnemen.”

LKI IN 2012: ENKELE CIJFERS

- **5 230** nieuwe patiënten kregen de
diagnose kanker.
- **37 000** unieke patiënten kwamen
op consultatie.
- Er vonden **51 000** ambulante
chemotherapiesessies plaats.
- Er waren meer dan
9 000 oncologische operaties.
- Er werden **560** wetenschappelijke,
‘peer reviewed’ artikels gepubliceerd.



HET LEUVENS LYMFOEDEEMCENTRUM

Het LKI investeerde in 2012 in de oprichting van het Leuvens lymfoedeemcentrum.

Lymfoedeem is een opstapeling van lymfevocht in het bindweefsel, waardoor er een zwelling ontstaat. De vocht opstapeling ontwikkelt zich wanneer lymfevaten onvoldoende werken of wanneer lymfevaten of -klieren verwijderd werden. Daar kan nog een extra belasting op het lymfestelsel bijkomen, bijvoorbeeld een ontstekingsreactie.

Het gaat om een ernstige, maar vaak miskende aandoening. Daarom werd in 2012 het Leuvens lymfoedeemcentrum opgericht. Patiënten kunnen er terecht om hun lymfoedeem te laten evalueren, om advies te krijgen over de behandeling en om een intensieve behandeling te volgen. De behandeling bestaat uit huidzorg, manuele lymfedrainage, oefeningen en het dragen van een bandage.

Achteraf wordt een therapeutische kous aangemeten en start de onderhoudsbehandeling. Patiënten kunnen daarna op vaste tijdstippen op controle komen in het centrum.

Intussen gingen 196 patiënten op consultatie in het Leuvens lymfoedeemcentrum. Dat heeft in totaal tot 1 254 prestaties geleid: evaluaties, advies, informatie en behandeling.



Ontwikkelingen in radiotherapie



Wat betekenen de ontwikkelingen in radiotherapie voor kankerpatiënten?
Prof. dr. Karin Haustermans, diensthoofd radiotherapie-oncologie, schetst de evolutie en de uitdagingen.

Radiotherapie is een belangrijk onderdeel van de behandeling van kanker. Het is een therapie met ioniserende stralen die de kankercellen vernietigen. Professor Haustermans: "Een groot voordeel van radiotherapie is dat het de tumor lokaal aanpakt, in tegenstelling tot een systemische behandeling zoals chemotherapie, die op het hele lichaam inwerkt. Dat betekent dat ook de nevenwerkingen bij radiotherapie vooral lokaal zijn. En in termen van kostenefficiëntie is radiotherapie een goedkope behandeling."

Vaak is radiotherapie efficiënter dan chemotherapie, al hangt dat wel af van de fase waarin de ziekte verkeert. Eén op de twee kankerpatiënten wordt tijdens de behandeling dan ook bestraald. Radiotherapie wordt zowel gebruikt om de patiënt te genezen als om de pijn te verzachten in een palliatieve situatie. Ongeveer de helft van alle kankerpatiënten geneest door radiotherapie alleen of door radiotherapie in combinatie met chirurgie en/of chemotherapie.

❖ NIEUWE LINEAIRE VERSNELLERS

De grote uitdaging blijft om de schade aan gezonde weefsels zo veel mogelijk te vermijden. Professor Haustermans: "Door de enorme technologische evolutie van de laatste decennia slagen we er bijzonder goed in om de gezonde organen rond de tumor te sparen. In UZ Leuven beschikken we nu over de modernste lineaire versnellers, de toestellen die de ioniserende straling opwekken. Die werden in 2011 en 2012 geïnstalleerd ter vervanging van de oudere apparaten. Daardoor positioneert de afdeling zich verder als topreferentiecentrum voor radiotherapie en oncologie in Europa."

Eén van die nieuwe lineaire versnellers, de Novalis STX, wordt vooral gebruikt voor stereotactische bestralingen. Daarbij wordt een hele hoge dosis straling in enkele sessies heel precies toegediend. "Een hoog dosisdebiet



prof. dr. Karin Haustermans



automatisch heel accuraat gepositioneerd worden.”

Dit toestel wordt vooral gebruikt voor mensen met kleine hersentumoren, kleine longtumoren, of met beperkte uitzaaïngen in de longen, de lever of het bot. Daarnaast wordt het ook gebruikt voor prostaatbestralingen, waarbij de versneller in een continue boogbeweging rond de patiënt draait en bestraalt.

heeft als voordeel dat de bestraling snel verloopt”, legt professor Haustermans uit. “Daardoor is er weinig risico op beweging in het bestraalde gebied, een risico dat anders wel bestaat, bijvoorbeeld omdat de patiënt niet stilligt, of omdat de blaas zich vult.”

❖ ZES DIMENSIES

“Bovendien beschikt de Novalis STX over een 6D-bestralingstafel die in zes dimensies kan bewegen. De meeste tafels bewegen in vier dimensies: naar boven en beneden en naar voren en achteren. Met zes dimensies kun je ook een kanteling maken en de patiënt dus heel precies positioneren. Verder zijn er in de bestralingsbunker infraroodcamera's geïnstalleerd. Er worden kleine dopjes op de patiënt geplaatst en het infraroodlicht detecteert die. Zo kan de patiënt zelfs

De andere versneller – Truebeam genaamd – is vergelijkbaar met de bestaande versnellers op de dienst, maar is veel eenvoudiger te bedienen. Verder is hij in staat om met hoog dosisdebiet te bestralen, waardoor de bestralingen ook op dit toestel sneller uitgevoerd kunnen worden.

❖ GATING

Beide toestellen bieden de mogelijkheid om aan 'gating' te doen. Dat betekent dat er enkel in een bepaalde fase van de ademhalingscyclus gestraald wordt.

Professor Haustermans: “Zo kunnen we de veiligheidsmarge rond de tumor of het doelgebied verkleinen. Tijdens de ademhaling bewegen sommige tumoren, bijvoorbeeld

longtumoren, op en neer. Om zeker te zijn dat tijdens de hele ademhaling de tumor binnen de bestralingsbundel valt, wordt de veiligheidsmarge breder en bestralen we dus ook gezond weefsel. Met gating bestralen we alleen in een bepaalde fase van de ademhaling. De straling stopt zodra de tumor uit de bundel beweegt.”

“Gating is ook nuttig bij borstkankerpatiënten. Bij het inademen beweegt het hart weg van de borst. Wanneer we enkel tijdens diepe inademing bestralen, krijgt het hart dus een aanzienlijk lagere stralingsdosis. De overleving van deze patiënten is hoog en dankzij gating kunnen we hartschade op lange termijn vermijden.”

❖ BEELDVORMING OP DE BESTRALINGSTAFEL

De twee versnellers bieden vele mogelijkheden op het vlak van beeldvorming: gewone radiografische beelden maar ook CT-scans kunnen gemaakt worden terwijl de patiënt op de bestralingstafel ligt. “Een klassieke behandeling duurt vijf tot acht weken, waarbij de patiënt elke weekdag naar het ziekenhuis komt voor een bestraling”, vertelt professor Haustermans. “Gedurende de behandeling wordt de tumor kleiner. Door regelmatig beeldvorming te doen tijdens de behandeling, zijn we in staat om ons bestralingsplan meteen aan te passen aan de evolutie van de patiënt en de tumor. Dat noemen we adaptieve radiotherapie.”

APRIL 2012

UZ Leuven blijft babyvriendelijk ziekenhuis

In april kwamen de auditeurs van Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) langs om na te gaan of UZ Leuven nog altijd aan de voorwaarden voor het BFHI-label voldoet. Tijdens de audit werden medewerkers bevraagd die in contact komen met zwangere vrouwen, moeders en baby's. Daarnaast werden ook zwangere vrouwen en pas bevallen moeders aangesproken.

80 procent van de interviews moest geslaagd zijn.

In juni kwam de uitslag: UZ Leuven mag zich opnieuw voor vier jaar een babyvriendelijk ziekenhuis noemen. De auditeurs stelden een zeer goede theoretische en praktische kennis vast bij de medewerkers. Men constateerde dat er een zeer gevarieerd aanbod is van prenatale info voor zwangere vrouwen en ook bij de bevallen mama's worden de vuistregels goed opgevolgd. De auditeurs loofden de zeer goede multidisciplinaire samenwerking in UZ Leuven.

RADIOTHERAPIE: AANTAL PATIËNTEN EN BEHANDELINGEN IN 2012

Externe radiotherapie	2 295 patiënten
Interne radiotherapie: brachytherapie	201 patiënten
Interne radiotherapie: open bronnen	59 patiënten
Totaal aantal patiënten	2 555
Totaal aantal zittingen	43 250

❖ RADIOTHERAPIE VOOR DE TOEKOMST

“Dankzij de ontwikkelingen in de systeemtherapie zien we nu patiënten met de zogenaamde oligometastatische ziekte: mensen die langer overleven met een beperkt aantal uitzaaiingen. Voor patiënten bij wie de uitzaaiingen niet meer weggenomen kunnen worden, is stereotactische lichaamsbestraling een heel mooi alternatief. Daarbij kunnen we een heel hoge dosis heel gericht op die enkele uitzaaiingen geven en die daardoor volledig wegstralen. Op dat moment kun je voor de patiënt een rustpauze in de therapie inlassen. Flakkert de ziekte opnieuw op, dan kan er weer met systeemtherapie of met bestraling gestart worden. Dat is een vorm van consoliderende radiotherapie. Recent heeft het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg samen met het

RIZIV een werkgroep opgestart rond innovatieve technieken specifiek voor stereotactische lichaamsbestraling en oligo-metastatische ziekte. UZ Leuven is met de twee lineaire versnellers toonaangevend voor de introductie van die innovatieve technieken in België”.

“Kanker volledig de wereld uithelpen is wellicht te hoog gegrepen: kankercellen zijn slimme cellen die uitwegen zullen blijven vinden”, besluit professor Haustermans. “Wel zal screening een belangrijkere rol spelen in het vroegtijdig opsporen van kanker en zo ook de kans op genezing vergroten. Ook preventie van kanker zal in de toekomst belangrijker worden. Kanker zal evolueren naar een chronische ziekte, want er zijn meer en meer behandelingen die patiënten nog lang een goede levenskwaliteit kunnen bieden. We kunnen tumoren ook beter karakteriseren en indelen volgens type. Daardoor gaan we naar een individuele behandeling op maat van de patiënt. En ook met de ontwikkelingen in de medische apparatuur, zoals de lineaire versnellers, staan we al een flinke stap verder in onze strijd tegen kanker.”





Oudere kankerpatiënten op maat behandelen dankzij geriatrische evaluatie



Een zeventigplusser die kanker krijgt, heeft dikwijls nog andere ziektes en kampt misschien bijkomend met functionele of cognitieve problemen. Voor een adequate behandeling is het belangrijk dat de oncoloog zicht krijgt op al die elementen. Dat kan met een geriatrische evaluatie. Prof. dr. Hans Wildiers is geriatrisch oncoloog en coördineert een aantal onderzoeken over het thema.

De kans op kanker neemt toe met de leeftijd. Hoe ouder we zijn, hoe zwakker ons immuunsysteem en hoe groter de kans dat lichaamscellen beschadigd raken en muteren in tumorcellen. Hoewel zeventigplussers dus vaker getroffen worden door kanker, is er relatief weinig aandacht voor kankerbehandelingen op hun maat.

❖ GROTE ONDERLINGE VERSCHILLEN

Professor Hans Wildiers: “Ouderen mag je niet beschouwen als doorsneepatiënten. Dikwijls zijn er nog bijkomende aandoeningen, zoals diabetes of hartlijden. Misschien kampen ze met nog andere problemen. Ze kunnen bijvoorbeeld niet meer goed voor zichzelf zorgen of ze worden vergeetachtig.”

“Bovendien zijn er grote verschillen tussen zeventigplussers onderling. Sommige

patiënten zijn ondanks hun hoge leeftijd nog heel fit, anderen zijn veel kwetsbaarder. Reden genoeg dus om oudere kankerpatiënten een behandeling op maat te bieden, die rekening houdt met hun globale profiel.”



“Uit studies blijkt dat zo’n geïndividualiseerde behandeling eerder de uitzondering is. Als artsen al rekening houden met de leeftijd van de patiënt, is dat meestal in de zin dat ze onderbehandelen: ze starten minder snel een behandeling op, zetten ze eerder stil of kiezen voor minder zware alternatieven. In sommige gevallen is dat gerechtvaardigd, maar het is jammer als een fitte tachtigjarige een levensreddende behandeling ontzegt wordt die hij best zou aankunnen.”

❖ GERIATRISCHE EVALUATIE: NUTTIG KOMPAS

Als de chronologische leeftijd, de leeftijd op papier dus, te weinig informatie geeft

over de draagkracht van de patiënt en zijn kwetsbaarheid (in het jargon 'frailty' genoemd), is het zaak een betere indicator te vinden. Geriatrische evaluatie blijkt een goed instrument te zijn. Geriaters gebruiken die al decennia, maar oncologen krijgen er nu pas aandacht voor. Professor Wildiers: "Het gaat om een gestandaardiseerde vragenlijst die peilt naar de algemene gezondheidstoestand en daarna de ruimere context in kaart brengt aan de hand van functionele, cognitieve, sociale en psychologische parameters. Uit ons onderzoek, dat al sinds 2009 loopt, blijkt dat de evaluatie belangrijke informatie geeft over de levensverwachting, waardoor het gemakkelijker wordt om beslissingen te nemen over het al dan niet opstarten van een behandeling."

"Tegelijk voorspelt het resultaat in enige mate hoe de patiënt zal reageren op de behandeling, of er veel nevenwerkingen

Het onderzoek naar geriatrische evaluatie bij oudere kankerpatiënten is bij uitstek multidisciplinair: de voornaamste betrokkenen in UZ Leuven zijn prof. dr. Hans Wildiers en verpleegkundigen Cindy Kenis en Britt Leys, en binnen de dienst geriatrie prof. dr. Johan Flamaing, prof. dr. Koen Milisen en dr. Katleen Fagard.

te verwachten zijn en in welke mate de behandeling de levenskwaliteit zal aantasten. Dankzij de evaluatie komen bovendien problemen boven water die nog niet bekend waren. Typische voorbeelden zijn depressies, beginnende dementie of de vaststelling dat de patiënt niet langer zelfstandig kan wonen."

"Tot slot zijn op basis van de resultaten gerichte interventies mogelijk die de levenskwaliteit van de oudere bevorderen en de uitkomst van de ziekte gunstig kunnen beïnvloeden. Het gaat bijvoorbeeld om voedingsadvies bij ondergewicht, ergotherapie om de zelfredzaamheid te vergroten, of begeleiding door een sociaal werker of een psycholoog."

❖ EXPERTISE IN ZO VEEL MOGELIJK ZIEKENHUIZEN

Het onderzoek naar geriatrische evaluatie maakt deel uit van het Nationaal Kankerplan van de federale overheid. Het is een groot multidisciplinair project, waarbij oncologen en geriaters nauw samenwerken. Van 2009 tot 2011 liep het onder coördinatie van UZ Leuven en spitste het zich toe op het detecteren van geriatrische problemen. In 2012 is dan een vervolgproject gestart in meer dan twintig instellingen, waaronder zeven van de acht Belgische universitaire ziekenhuizen.



FUNDAMENTEEL ONDERZOEK NAAR BIOLOGISCHE OUDERDOM

Ook via fundamenteel onderzoek draagt UZ Leuven bij tot een verbeterde geriatrische oncologie. Zo is professor Wildiers betrokken bij een Europees onderzoek naar biomerkers voor biologische ouderdom. “We weten dat leeftijd op zich geen goede indicator is voor biologische ouderdom. De geriatrische evaluatie geeft ons een al heel wat accurater beeld. Maar het zou mooi zijn als ouderdom objectief zou kunnen worden vastgesteld, via merkers in het bloed. Uit ons onderzoek is onder andere naar voren gekomen dat bepaalde ontstekingswitten, interleukine-6, sterk in verband staan met ‘frailty’, de draagkracht en kwetsbaarheid van een persoon. Maar veel vragen blijven nog onbeantwoord. We blijven daarom verder zoeken naar betrouwbardere merkers.”

In deze fase is de focus verschoven naar geriatrische interventies. Tegelijk is dit ook een implementatieproject, want het is de bedoeling om de evaluatie algemeen in te voeren in zo veel mogelijk Belgische instellingen.

“In het buitenland wordt vaak gekozen voor gespecialiseerde geriatrische centra”, zegt professor Hans Wildiers. “Zelf ben ik een grote voorstander van een gespreide expertise.

Daardoor hoeven patiënten zich niet te verplaatsen naar een verafgelegen centrum. We werken aan een model waarbij elk ziekenhuis geriatrische evaluaties uitvoert, bij voorkeur in samenwerking met de geriaters.”

Op verzoek van de overheid werkt een wetenschappelijk team onder voorzitterschap van professor Wildiers een advies uit over de toekomstige financiering van zo'n veralgemeende invoering.



Moleculaire therapie geeft kankerpatiënten betere kansen



In de strijd tegen kanker wordt hoe langer hoe meer moleculaire therapie ingezet. Die werkt specifiek op de genetische mutaties van kankercellen en is daarom erg doeltreffend. Ze is ook voorhanden voor enkele vormen van longkanker. In 2012 nog is een nieuwe behandeling ontwikkeld, waaraan prof. dr. Johan Vansteenkiste een belangrijke bijdrage heeft geleverd.

❖ GERICHTER DAN CHEMO

Moleculaire therapie is net als chemotherapie een chemische behandeling. Toch verschillen ze voor de rest sterk van elkaar. Professor Vansteenkiste: “Moleculaire therapie valt specifiek de kankercellen aan, terwijl chemo ongecontroleerd cellen verhindert zich te vermenigvuldigen – de tumorcellen, maar ook gezonde cellen. Dat verklaart de vele nevenwerkingen van chemo, zoals braken en haaruitval. Moleculaire therapie werkt in op een specifiek veranderd eiwit dat, onder invloed van een genmutatie, kankercellen ongebreideld laat groeien. Door het gerichte karakter ervan is de therapie ook wel bekend onder de naam gepersonaliseerde therapie.”

De meeste toepassingen van moleculaire therapie zijn te vinden in de hematologische

oncologie (lymfomen en leukemie), maar misschien wel de bekendste is Herceptine, gebruikt voor borstkankerpatiënten met een HER2-mutatie. Ook in andere disciplines wint de therapievorm meer en meer aan terrein. Bijvoorbeeld in de thoracale oncologie, waar ze nu al voor twee types van longkanker wordt ingezet.

❖ PATIËNTEN LEVEN AANZIENLIJK LANGER

Sinds vorig jaar is er een behandeling voor patiënten met een ALK-mutatie. Professor Vansteenkiste heeft de therapie mee ontwikkeld: “De ALK-receptor is een eiwit op de longkankercel dat de cel kan ‘bevelen’ zich te vermenigvuldigen. Als de receptor door een mutatie op hol slaat, geeft ze voortdurend signalen voor vermenigvuldiging door, met snelle tumorgroei als gevolg. Al enkele jaren geleden is de rol van de mutatie in het vorderen van longkanker ontdekt. Sindsdien is er uitgebreid onderzoek





prof. dr.
Johan Vansteenkiste

gebeurd naar een behandeling om het gewijzigde ALK-eiwit te remmen. Ondertussen is er een medicijn, Xalkori, dat sinds kort in de VS en Europa erkend is, en hopelijk in de loop van 2013 in België zal worden terugbetaald.”

Omdat kankercellen na verloop van tijd alternatieve manieren vinden om toch weer aan het woekeren te gaan, moet gezocht worden naar een vervolgtherapie. Professor Vansteenkiste: “Op dit ogenblik testen we zogenoemde tweedegeneratiemedicatie, die ook de andere aanknopingspunten in de cel kan blokkeren. Zo kunnen we patiënten die resistent geworden zijn voor Xalkori, nog langer behandelen.”

UZ Leuven heeft inmiddels een Europees kwaliteitslabel gekregen voor zijn opsporingsmethode van de ALK-mutatie. De DNA-afwijking is namelijk maar aanwezig in ongeveer vier procent van de longtumoren en alleen in die gevallen is behandeling met

Xalkori zinvol. Vandaar het belang van een goede diagnosetest.

Op de vraag of de therapie patiënten geneest, antwoordt professor Vansteenkiste negatief. “Bij veel patiënten wordt longkanker pas laat ontdekt, meestal op een ogenblik dat er al uitzaaiingen zijn en genezing niet meer mogelijk is. Maar dankzij de gepersonaliseerde behandeling stijgt de levensverwachting van deze patiënten aanzienlijk: van negen tot twaalf maanden met een conventionele behandeling van chemotherapie, naar maar liefst drie jaar. En doordat er nauwelijks bijwerkingen zijn, gaat het over drie kwaliteitsvolle jaren.”

❖ SAMENWERKING NOODZAKELIJK

Vóór de ALK-remmer was er al een moleculaire therapie ontwikkeld voor longtumoren met een EGFR-mutatie. Zitten er nog meer behandelingen in de pijplijn? “Daar wordt aan gewerkt”, bevestigt professor Vansteenkiste. “Destijds hebben we binnen respiratoire oncologie een speciale leerstoel opgericht, waar moleculair biologen, pathologen en oncologen hun knowhow samenbrengen. Het is onze ambitie om zo veel mogelijk longtumoren te typeren volgens de genmutaties die aan de basis ervan liggen, en een corresponderende behandeling

uit te werken. Daarvoor is natuurlijk geld nodig. Maar zeker even belangrijk zijn goede samenwerkingsverbanden, bij voorkeur op structurele basis en dus niet alleen binnen de tijdelijke constructie van een leerstoel.”

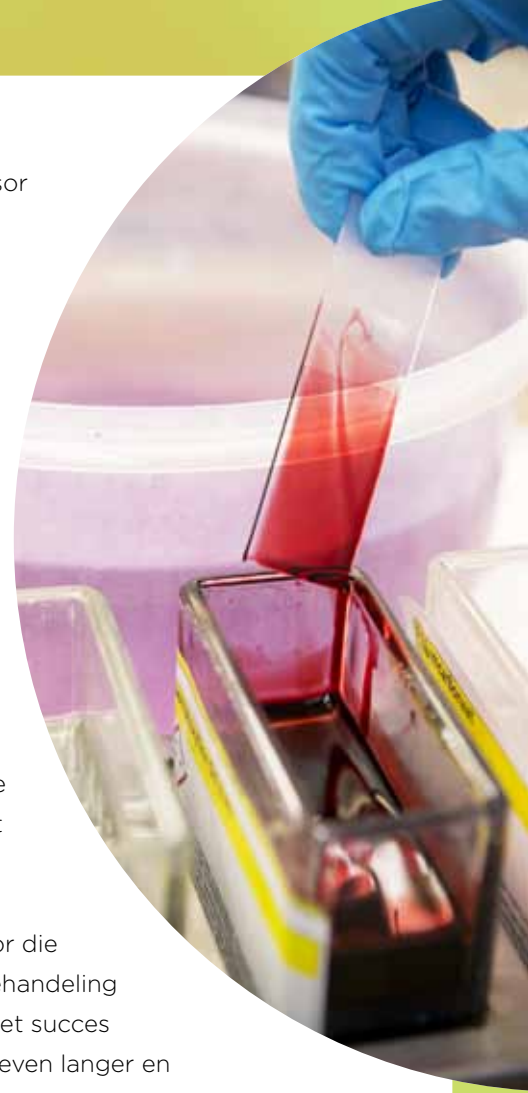
Via het zorgprogramma respiratoire oncologie is UZ Leuven lid van ETOP, the European Thoracic Oncology Platform, een Europees onderzoeksverband met een dertigtal vooraanstaande centra. Professor Vansteenkiste legt het belang van het platform uit: “Neem het geval van de ALK-remmer, die maar bij vier op de honderd tumoren een rol speelt. Uit een testgroep van honderd patiënten houd je dus maar vier proefpersonen over. Eén enkel onderzoekscentrum kan met zo’n klein aantal geen relevant onderzoek doen. Dankzij dit Europese platform hebben we toegang tot veel grotere ‘datasets’. Een ander voordeel van de samenwerking is natuurlijk de bundeling van expertise, waardoor je gemakkelijker vooruitgang boekt.”

❖ HOGE KOSTEN

Moleculaire therapie mag dan overwegend een ‘goednieuwsshow’ zijn, ze heeft één groot nadeel: de kostprijs. Dat ligt aan de therapie zelf – de remmers kosten veel geld – maar ook op het vlak van diagnose zijn de kosten

gestegen. Professor Vansteenkiste verduidelijkt: “Vroeger werd longkanker traditioneel ingedeeld in niet-kleincellige en kleincellige tumoren. Nu gebruiken we geavanceerde diagnose-technieken om na te gaan of er een behandelbare genmutatie in het spel is.”

“Een andere factor die dit type kankerbehandeling prijzig maakt, is het succes ervan: patiënten leven langer en hebben dus langer therapie nodig. Die stijging in de kosten doet zich voor in alle oncologische disciplines, wat het beleid voor belangrijke uitdagingen stelt op het vlak van beheersing van de kosten en het bepalen van prioriteiten in de gezondheidszorg.”



Hemato-oncologie: stap vooruit met stamcellen



Voor de behandeling van hemato-oncologische ziektes gebruikt men, naast chemotherapie, ook autologe of allogene stamceltransplantaties. Prof. dr. Gregor Verhoef en prof. dr. Timothy Devos van de dienst hematologie lichten toe en wijzen op hoopgevende, nieuwe ontwikkelingen met mesenchymale stamcellen.



Professor Verhoef: “Voor een aantal van de hematologische aandoeningen komen we met chemotherapie al een heel eind. Maar er is toch nog een belangrijk deel patiënten bij wie chemo een eerder teleurstellend resultaat geeft: mensen met acute leukemie, met bepaalde soorten van lymfomen en met myelodysplastisch syndroom.”

❖ AUTOLOOG

“Voor die patiënten spelen stamceltransplantaties een belangrijke rol. Bij autologe stamceltransplantaties wordt gebruikgemaakt van de eigen stamcellen van de patiënt. Bijvoorbeeld bij lymfomen die terugkeren – en dat is toch nog in 40 procent van de gevallen – wordt al snel een autologe transplantatie overwogen. Daarmee kunnen we de overlevingskansen in vergelijking met chemotherapie al meteen verdubbelen.

Bij bepaalde ziektes wordt autologe transplantatie zelfs al meteen opgenomen in de eerstelijnsbehandeling. Op jaarbasis voeren we 40 à 50 van dergelijke stamceltransplantaties uit, niet alleen bij onze eigen patiënten, maar ook bij patiënten uit andere ziekenhuizen.”

❖ ALLOGEEN

Het verhaal van allogene stamceltransplantaties is een stuk ingewikkelder. “Voor ziektebeelden zoals acute leukemie en myelodysplasie heeft een autologe transplantatie meestal geen zin omdat de stamcellen ziek en dus onbruikbaar zijn. Heel vaak zijn de resultaten van de behandeling met chemotherapie bij deze ziektes erg teleurstellend. Bij patiënten boven de 60-65 jaar overleeft slechts 10 procent langdurig. Bij jongere patiënten kan dit

nog 30 tot 40 procent zijn. Daarom wordt bij acute leukemie vaak naar een allogene stamceltransplantatie gekeken om de overlevingskansen te verbeteren. Daarbij worden gezonde stamcellen van donoren bij de patiënt ingebracht. Op die manier brengen we gezonde immunologische cellen in het lichaam. Die zijn uitermate geschikt om achtergebleven leukemie- of myelodysplasiecellen te herkennen en immunologische reacties uit te lokken. Zo worden de 'slechte' cellen kapotgemaakt. Dit type stamceltransplantatie heeft de genezingskansen voor patiënten met acute leukemie in bepaalde situaties echt significant verbeterd."

Professor Verhoef wijst ook op mogelijke problemen met allogene stamceltransplantaties. "Allereerst moet je een goede donor vinden. Families zijn eerder klein: de kans om daar een donor te vinden is dus niet zo groot. Patiënten zijn vaak afhankelijk van nationale en internationale donorregisters of van de navelstrengbloedbanken. Zelfs dan vind je

nog niet altijd een geschikte donor."

"Verder zijn de risico's niet te onderschatten. Eén van de meest gevreesde complicaties is de graft-versus-host-ziekte. Dat is een afstotingsreactie die zelfs kan voorkomen in het geval van een geschikte donor, waarbij de toegediende stamcellen weefsels van de ontvanger als vreemd herkennen en ze afbreken. Dergelijke afstotingsreacties kunnen levensbedreigend zijn. Om de afstotingsreactie te onderdrukken moeten we de patiënt afweeronderdrukkende medicijnen toedienen, wat dan weer infecties kan uitlokken. Medicatie schiet hier vaak nog tekort."



prof. dr. Gregor Verhoef

2012

- **51 autologe** stamceltransplantaties in UZ Leuven
- **85 allogene** stamceltransplantaties in UZ Leuven

❖ MESENCHYMALE STAMCELLEN

Als de afweeronderdrukkende medicijnen niet werken, is er voor die groep patiënten nu een alternatief: het toedienen van een andere soort stamcellen die de schadelijke

reactie kunnen afremmen, de mesenchymale stamcellen.

Professor Timothy Devos: “Onderzoekers hebben lange tijd alle aandacht gegeven aan de bloedvormende of hematopoëtische stamcellen in het beenmerg. Maar er zijn ook andere cellen die eerder een ondersteunende functie hebben. Dat noemen we de stromale cellen. Een aantal jaren geleden heeft men ontdekt dat ook de stromale cellen stamcelkenmerken hebben en dat je die in het laboratorium kunt opkweken.”

In het begin werd vooral gefocust op de capaciteit van deze stamcellen om weefsels te herstellen (regeneratieve geneeskunde). “Maar ondertussen weten we dat mesen-

chymale stamcellen nog andere kenmerken hebben, namelijk dat ze het immuunsysteem heel sterk kunnen onderdrukken”, zegt professor Devos. “En ze onderdrukken vooral de T-lymfocyten, die precies aan de basis liggen van afstotingsverschijnselen. Met deze celtherapie zijn we ook in UZ Leuven gestart. We nemen beenmerg van gezonde donoren en in het lab worden de cellen gedurende een viertal weken opgekweekt tot zuivere, kwalitatief hoogstaande stamcellen: de mesenchymale stamcellen. Vervolgens worden die ingevroren totdat er een patiënt mee geholpen kan worden.”

“Door de mesenchymale stamcellen via een infuus in te brengen, kunnen we de afstotingsverschijnselen bij stamcel-



MESENCHYMALE STAMCELLEN IN CIJFERS

- De productie start met maximaal 100 ml beenmerg.
- Na vier weken kweken in het lab levert dit gemiddeld 320 miljoen mesenchymale stamcellen op.
- De zuiverheid van de mesenchymale stamcellen bedraagt meer dan 99,6 procent.
- Ze worden verdeeld in units van 100-150 miljoen cellen en ingevroren tot ze toegediend worden. Een patiënt heeft 1 à 2 miljoen cellen per kilogram lichaamsgewicht nodig.



prof. dr. Timothy Devos

transplantatie tegengaan, wat vooral van belang is bij patiënten die niet meteen reageren op corticosteroiden. Een ander groot voordeel van

de mesenchymale stamcellen is dat er geen perfecte genetische match hoeft te zijn met de patiënt, wat wel het geval is voor donoren van klassieke stamceltransplantaties.”

“Voorlopig gebeurt dit allemaal nog in studieverband. UZ Leuven speelt daarin een pioniersrol omdat in België nog maar drie centra mesenchymale stamcellen mogen kweken. Het vergde twee jaar voorbereiding om het kwaliteitssysteem en de strenge

JULI 2012

Prestigieuze accreditatie voor de navelstrengbloedbank

Na een grondige tweedaagse inspectie behaalde de Leuvense navelstrengbloedbank de accreditatie van de Netcord-vereniging, een felbegeerde erkenning. Het internationale team van inspecteurs complimenteerde de navelstrengbloedbank voor het feit dat er geen enkele tekortkoming kon worden vastgesteld. Ze prezen de focus op kwaliteit in het laboratorium en het register, en het enthousiasme bij de medewerkers.

Niet alleen de navelstrengbloedbank zelf werd gescreend, maar ook vier van de veertien kraamafdelingen waaruit de bloedbank de stalen betreft: Genk, Hasselt, Izegem en Leuven. Ook die instellingen kregen een lovende evaluatie.

De Leuvense navelstrengbloedbank bevat meer dan 10 000 bloedstalen. Elke maand vertrekken gemiddeld een tot twee stalen naar ziekenhuizen overal ter wereld voor een levensreddende transplantatie bij een patiënt met een ernstige bloedziekte, zoals leukemie. Het navelstrengbloed wordt belangeloos afgestaan door Vlaamse moeders.

controles op te starten. Na een inspectie van de overheid kreeg UZ Leuven in 2011 de toelating om te starten met het opkweken en toedienen van mesenchymale stamcellen. We nemen intussen deel aan verschillende studies en er zijn plannen om binnenkort mee te doen met een internationale studie samen met toonaangevende medische centra voor mesenchymale celtherapie zoals Leiden en Stockholm.”

❖ ANDERE TOEPASSINGEN

Professor Devos geeft aan dat er nog andere toepassingen mogelijk zijn met mesenchymale stamcellen.

“Ze kunnen ook het proces van innesteling van bloedvormende stamcellen bevorderen. Zo worden ze in bepaalde studies toegediend samen met de bloedvormende stamcellen om die beter te doen groeien in het beenmerg.”

“Verder lopen er onderzoeksprojecten om de mesenchymale stamcellen toe te dienen na een lever- of niertransplantatie, ook met

de bedoeling afstotingsverschijnselen tegen te gaan. Ook hier hopen we nog verdere samenwerkingen en studies uit te bouwen, zowel binnen als buiten ons ziekenhuis.”



Nucleaire geneeskunde: radioactief en innovatief



Het zijn boeiende tijden voor de nucleaire geneeskunde. Nieuwe hybride scanners, meer nucleaire speurstoffen en vernieuwende moleculaire behandelingen: professor Koen Van Laere wil met zijn dienst een pioniersrol spelen op Europees niveau.

Prof. dr. Koen Van Laere volgde in oktober 2012 em. prof. dr. Luc Mortelmans op als diensthoofd nucleaire geneeskunde. Professor Van Laere en zijn team zijn ambitieus: “We willen niet alleen het grootste centrum voor nucleaire geneeskunde blijven in de Benelux, maar ook op Europees niveau een vooraanstaande rol spelen, zowel klinisch als op het vlak van onderzoek. Het is als universitair ziekenhuis onze taak om een pioniersrol te spelen in het ontwikkelen en uittesten van nieuwe speurstoffen en behandelingen.”

De nucleaire geneeskunde doet onderzoeken en behandelingen door het inspuiten van een radioactieve stof, de zogenaamde radionuclide, ‘tracer’ of speurstof. Zo kan men met een speciale camera, bijvoorbeeld de SPECT- of PET-scanner, de werking van een orgaan of weefsel meten of in beeld brengen.

De evolutie in dit specialisme gaat snel. Eén van de opmerkelijkste trends van de laatste jaren zijn de hybride scanners. Professor Van

Laere: “Heel wat studies hebben aangetoond dat een SPECT of PET in combinatie met een CT- of MR-scan, veel accurater is voor het stellen van een diagnose. Het voordeel van nucleaire onderzoeken met de SPECT of PET is dat je met functionele metingen heel vroegtijdig en gevoelig afwijkingen kunt zien. Maar je kunt met een nucleair onderzoek niet altijd de precieze plaats bepalen of de specifieke oorzaak van de afwijking aan het licht brengen. Daarom is de combinatie met een structureel onderzoek zoals een CT-scan, die dat beter kan, een aanwinst.”

❖ SPECT-CT

UZ Leuven is in 2012 volop van start gegaan met de SPECT-CT-scanner, een apparaat waarmee men vroeger én specifiekere diagnoses kan stellen. Professor Van Laere: “Al snel steeg het gebruik van de eerste SPECT-CT zodanig dat we in 2012 al toestemming kregen voor de aankoop van een tweede toestel. Dat zal tegen de



prof. dr. Koen Van Laere

zomer van 2013 in werking zijn.”

De SPECT-CT-scan is bijvoorbeeld interessant voor mensen met lage rugpijn. “Met onze gedetailleerde driedimensionale beelden kunnen we opsporen welke haarden in het skelet daarvoor verantwoordelijk zijn. Het kan om slijtage rond de tussenwervelschijf gaan, maar het kan ook liggen aan de gewrichten tussen twee wervels. Die plaatsbepaling is belangrijk voor de keuze van de behandeling: bij het eerste geef je algemene pijnstillers, bij het tweede kun je via injecties de patiënt helpen.”

De evolutie naar hybride scanners is niet meer te stoppen. “Bijkomend voordeel is dat er een hoop tijd en onderzoeken worden uitgespaard. Vroeger moesten patiënten bij radiologie een CT-scan laten doen, en vervolgens bij nucleaire geneeskunde een



nieuwe resem onderzoeken. Nu hoeft een patiënt maar voor één onderzoek naar het ziekenhuis te komen.”

Professor Van Laere hoopt in de nabije toekomst ook te kunnen starten met een PET-MR-scan. “Op dit moment heeft geen enkel ziekenhuis in België een PET-MR. De combinatie met MR biedt nochtans veel mogelijkheden voor oncologische, neurologische en cardiologische toepassingen. Ook vanuit de farmaceutische industrie is er veel interesse in deze machine, die een rol kan spelen bij de ontwikkelingen van nieuwe medicijnen tegen bijvoorbeeld kanker en hersenaandoeningen.”

ONDERZOEKSTOESTELLEN

- 3 PET-camera's, waarvan 2 PET-CT
- 4 SPECT-camera's, waarvan 1 SPECT-CT (tweede SPECT-CT gepland voor juli 2013)
- 1 planaire camera

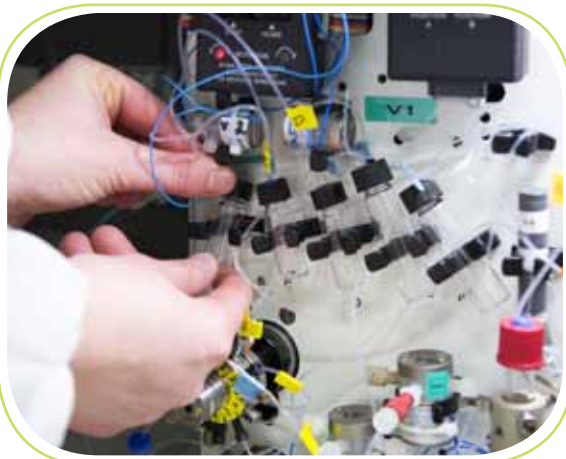
❖❖ RADIONUCLIDEN: HOMEMADE

Op de dienst nucleaire geneeskunde werken niet alleen artsen en fysici, maar ook apothekers en chemici, die instaan voor de productie van de nucleaire producten. “Veel radioactieve stoffen of radionucliden worden

hier ter plaatse geproduceerd. We hebben ondertussen een productieteam van drie stafleden en zeven technologen.”

Het onderscheid tussen SPECT- en PET-scans is gebaseerd op de soort radioactieve stof die men gebruikt. “Voor SPECT-scans is dat voornamelijk technetium. Het ziekenhuis krijgt vanuit de kernreactor de stof molybdeen aangeleverd in een zogenaamde generator, die actief technetium afgeeft. Het technetium wordt vervolgens gekoppeld aan een aantal moleculen, zodat het naar een orgaan kan gaan.”

Voor het produceren van de tracers voor een PET-scan heb je een cyclotron of deeltjesversneller nodig. “Bij PET krijgt de patiënt radioactieve markers ingespoten



zoals gemerkte suiker of glucose, die zich vooral concentreert in weefsels met een hoge energiebehoefte. Denk bijvoorbeeld aan het brein, het hart, infectiehaarden, maar ook gezwellen. Dit soort tracers krijg je niet uit een kernreactor: je moet ze zelf ter plaatse maken. We zijn een van de weinige ziekenhuizen in België die zelf een cyclotron hebben. De productie van enkele PET-tracers versturen we ook naar andere ziekenhuizen in Kortrijk, Genk, Antwerpen of Brussel.”

⚙️ THERAPIE

Een ander type stoffen dat in UZ Leuven gemaakt wordt, zijn de zogenaamde bètastralers. “Naast diagnoses doen we bij nucleaire geneeskunde ook behandelingen. De radionuclidetherapie vormt weliswaar een kleine fractie van onze activiteiten, maar qua tijdsbesteding is het intensief en het aandeel is de laatste jaren toch bijna verdriedubbeld.”

“Kort samengevat gebruiken we radioactiviteit om tumorcellen lokaal te bestralen. De laatste jaren is vooral prof. dr. Christophe Deroose bezig met technieken waarbij we bijvoorbeeld de radioactieve stof yttrium 90, een bètastraler, in de lever inbrengen. Op die manier behandelen we leverkanker of uitzaaiingen in de lever als alternatief voor chemotherapie

en uitwendige bestralingen. Dat soort inwendige bestralingen stijgt elk jaar. Vroeger werd de techniek vooral toegepast als pijnbestrijding voor skeletmetastasen bij prostaat- en borsttumoren, en voor kanker aan de schildklier of bij overmatige schildklierwerking. Nu doen we het ook voor levertumoren, neuro-endocriene tumoren, prostaatcarcinoom en lymfomen.”

❖ GOOD MANUFACTURING PRACTICE

De dienst nucleaire geneeskunde van UZ Leuven heeft als enige in België een ISO-certificatie, al acht jaar op rij. Maar hun ambitie is nog groter. In 2012 werd het licht op groen gezet voor de bouw van een nieuwe verdieping in campus Gasthuisberg. “In de loop der jaren is de wetgeving geëvolueerd: de stoffen die bij patiënten ingespoten worden, moet je aanmaken volgens de regels

van ‘good manufacturing practice’. Een belangrijke regel daarbij is dat je controle moet hebben over de micro-organismen in de lucht en dat er afzuiging moet zijn. Om daaraan te voldoen, moesten we zwaar investeren in nieuwe infrastructuur. Het project is niet alleen belangrijk om conform de wetgeving te zijn, maar ook om in de toekomst een kwaliteitslabel te ontwikkelen. Dat is noodzakelijk als je bijvoorbeeld producten wilt verkopen aan andere ziekenhuizen of als je wilt deelnemen aan klinische studies.”

❖ ONDERZOEK

Onderzoek is voor professor Van Laere erg belangrijk. “Al onze stafleden hebben een eigen onderzoeksmandaat. We doen eigen academisch onderzoek en daarnaast investeren we veel in samenwerking met de



NUCLEAIRE GENEESKUNDE: AANTAL ONDERZOEKEN EN BEHANDELINGEN OP JAARBASIS

	2011	2012
Conventionele (alle niet-PET-onderzoeken)	12 553	13 588
PET	5 724	5 963
Therapie	102	113
Tracers (in UZ Leuven geproduceerd)	14 739	15 418

farmaceutische industrie, wat ons heel wat nieuwe tracers oplevert. Een voorbeeld: de laatste jaren waren we nauw betrokken bij een project met de collega's van de geheugenkliniek, prof. dr. Rik Vandenberghe en prof. dr. Mathieu Vandenbulcke. Dat was voor de ontwikkeling van nucleair onderzoek om het amyloïdeiwit bij alzheimerpatiënten in beeld te brengen. Het nieuwe product werd onlangs goedgekeurd door EMEA, het European Medicine Agency, en de FDA, de Food and Drug Administration in de VS. Dat betekent dat we binnen afzienbare tijd het product ook in het ziekenhuis zullen kunnen gebruiken. We zullen in de toekomst



veel vroeger de diagnose kunnen stellen van patiënten met positieve amyloïdopname in de hersenen, en dus van de ziekte van Alzheimer. Uiteraard zal het ook gebruikt worden om geneesmiddelen voor de ziekte van Alzheimer vroeger te testen.”



JUNI 2012

Drie nieuwe fundamenteel klinische FWO-mandaten

Op 20 juni 2012 ontvingen dr. Robin Lemmens (neurologie), prof. dr. Geert Meyfroidt (intensieve geneeskunde) en prof. dr. Pieter Vermeersch (laboratoriumgeneeskunde) een fundamenteel klinisch mandaat van het Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek Vlaanderen. Hiermee zijn niet minder dan drie van de acht nieuwe mandaten naar artsen van UZ Leuven gegaan.

Een fundamenteel klinisch mandaat is gericht op translationeel onderzoek, dat de brug vormt tussen enerzijds fundamenteel en strategisch biomedisch basisonderzoek, en anderzijds klinisch onderzoek. Door het mandaat kunnen artsen-onderzoekers deeltijds worden vrijgesteld van een klinische functie en zich toeleggen op een specifieke onderzoeksopdracht.

Abdominale heelkunde: opmerkelijke groei



Op 1 oktober 2012 werd prof. dr. Andre D'Hoore diensthoofd van abdominale heelkunde, in opvolging van prof. dr. Freddy Penninckx. Net als zijn voorganger staat professor D'Hoore voor een dubbele uitdaging: een groeiend aantal ingrepen beheren en de lange wachtlijsten voor hospitalisatie verminderen. Onder meer innovatieve technieken moeten daarbij helpen.



Professor D'Hoore: "In 2012 zagen we opnieuw een opmerkelijke groei van het aantal ingrepen, ondanks een beperkte groei in de beddencapaciteit. Die groei was mogelijk door een verdere toepassing van minimaal invasieve technieken en de toename van patiënten in daghospitalisatie.

❖ LAPAROSCOPIE

Professor D'Hoore licht het gebruik van minimaal invasieve technieken toe: "Op de eerste plaats maken we nog meer gebruik van de laparoscopie of kijkoperatie: die zorgt ervoor dat patiënten sneller weer op de been zijn. In combinatie met ERAS, 'enhanced recovery after surgery' of versneld herstel na chirurgie, optimaliseert een kijkoperatie het zorgtraject voor en na de operatie."

"Sinds kort worden ook alle rectumtumoren via laparoscopische weg verwijderd. Naast complexe leverresecties worden nu zelfs een deel van de pancreasresecties via minimaal invasieve weg uitgevoerd. Het gaat dan niet alleen over pancreasstaartresecties, maar ook de moeilijke Whipple-operaties. Tijdens een Whipple-operatie wordt de kop van de pancreas verwijderd, samen met de galblaas, de twaalfvingerige darm, een deel van de galwegen en soms ook een deel van de maag."

❖ TAMIS

"TAMIS, afkorting voor transanal minimally invasive surgery, is een nieuwe techniek waarmee je grotere poliepen in de endeldarm secuur en gemakkelijk kunt verwijderen. Nog innovatiever is dat dezelfde benadering

kan gebruikt worden om via het rectum een deel van de conventioneel laparoscopische ingrepen uit te voeren. Op termijn moeten we erin slagen om zelfs rectumtumoren op die manier te reseceren.”

De dienst abdominale heelkunde beschikt over drie volledig uitgeruste operatiezalen voor laparoscopische chirurgie. In twee daarvan zijn ook interne en externe video-communicatie mogelijk. Tegenwoordig

gebeurt ongeveer 65 procent van alle abdominale ingrepen laparoscopisch, tegenover 39 procent in 2010.

❖ DAGHOSPITALISATIE

Een tweede belangrijke reden voor de verminderde hospitalisatiedruk is het toenemend aantal ingrepen dat vandaag gebeurt in het chirurgisch dagcentrum. “Vooral buikwandchirurgie, zoals lies-

OKTOBER 2012

40 jaar spoedgevallendienst

In oktober vierde de spoedgevallendienst zijn 40e verjaardag. UZ Leuven richtte in 1972 als eerste universitaire ziekenhuis een spoedgevallendienst op in campus Sint-Rafaël. In de periode ervoor werden patiënten nog door de ambulancier rechtstreeks binnengebracht in de operatiezaal, op een consultatie of op een verpleegafdeling.

In 1983 verhuisde de spoedgevallendienst naar campus Gasthuisberg, waar de groei van het nieuwe ziekenhuis volop bezig was. Binnenkort volgt er trouwens opnieuw een verhuizing: tegen 2014 krijgt de dienst een onderkomen in de nieuwbouw kritieke diensten.

In de beginjaren behandelde de spoedgevallendienst ongeveer 9 000 patiënten per jaar. In 1983 was dat aantal al opgelopen tot 30 000. Tegenwoordig ziet de spoedgevallendienst elk jaar ongeveer 55 000 patiënten.

en navelbreuken, en proctologische aandoeningen, zoals ingrepen voor hemorroïden, gebeuren nu bijna volledig in het chirurgisch dagcentrum. Ook de galblaasoperaties doen we voor meer dan 90 procent zonder opname in het ziekenhuis: op dat vlak zijn we koploper in België. In 2012 gebeurde zowat 27 procent van al onze ingrepen tijdens een daghospitalisatie.”

❖ REFERENTIECENTRUM

Het aantal abdominale ingrepen dat per jaar wordt uitgevoerd, blijft gestaag groeien. Professor D’Hoore: “Voor bepaalde aandoeningen hebben we de juiste expertise in huis om een echt referentiecentrum te zijn. Ik denk aan de ziekte van Crohn, colitis ulcerosa en IBD, inflammatoir darmlijden. Ook op het vlak van oncologische pathologie zijn we koplopers: de multidisciplinaire benadering zorgt voor een belangrijke kwaliteitsverbetering van de patiëntenzorg. De wekelijkse multidisciplinaire patiëntenbespreking voor IBD is vrij uniek in België en leidt tot een grote stijging van het aantal patiënten.”

Ook de bariatrische chirurgie, ingrepen gericht op gewichtsverlies, kende een opmerkelijke stijging. “Daarnaast werd in 2012 samen met de dienst endocrinologie

een goed uitgedokterd multidisciplinair zorgprogramma uitgewerkt voor obesitaspatiënten. Een belangrijke rol is weggelegd voor opvolging van de metabole en nutritionele gevolgen

van dat soort ingrepen. Onze bariatrische chirurgie doen we grotendeels in AZ Diest: de samenwerking met het regionale ziekenhuis heeft ook bijgedragen tot een betere controle van de operatiezalen en wachtlijsten in UZ Leuven.”

❖ HIPEC

Een andere ingreep die de abdominale chirurgen van jaar tot jaar zien toenemen, is de behandeling van tumoren met HIPEC, afkorting voor hypertherme intraperitoneale chemotherapie. Tumoren van colorectale, maar ook van hepatobiliaire oorsprong (lever en gal) pakt men daarbij op een vrij agressieve manier aan. “Het gaat om een behandeling waarbij we de buikholte spoelen met verwarmde en hoog gedoseerde



prof. dr. Andre D’Hoore

chemotherapie via een extracorporele circulatie, om zo kankercellen te doden. Dat gebeurt na uitgebreide debulking-chirurgie, waarbij al het macroscopisch aanwezige tumorweefsel wordt weggenomen. Omdat de chemotherapie plaatselijk gebeurt, zijn de bijwerkingen voor de patiënt kleiner, waardoor we een hogere dosis kunnen toedienen.” Recent werd voor de HIPEC-behandeling een internationale samenwerking met het Nederlands Kankerinstituut uitgewerkt, wat in principe een significante stijging van het aantal patiënten voor deze behandeling zal betekenen.

❖ ONDERZOEK

Behalve met de jaarlijkse stijging van het aantal ingrepen heeft de dienst ook te maken met een hoog aantal urgentie-ingrepen. “Dertig procent van onze ingrepen zijn urgenties. Die kunnen de geplande operaties soms in de war sturen, waardoor we de geplande ingrepen vaak na de uren of ’s nachts doen.”

Ondanks de hoge workload slagen de artsen van abdominale heelkunde erin om ook aan belangrijk klinisch onderzoek te doen. Professor D’Hoore: “In 2012 publiceerden onze stafleden voor het eerst meer dan 50 peer-reviewed artikels. Dit jaar werd

bijvoorbeeld onderzoek van prof. dr. Baki Topal gepubliceerd in het toonaangevende The Lancet Oncology. Hij was hoofdonderzoeker voor een uniek project waarbij men voor de eerste keer in België een multicentrische studie deed naar twee verschillende types van reconstructie bij Whipple-operaties: reconstructie via de maag of reconstructie via de dunne darm.”

❖ ROBOTCHIRURGIE

Behalve op patiëntenzorg, onderzoek en opleiding, legt professor D’Hoore de nadruk op innovatie. “Het is voor ons ontzettend belangrijk om innovatief te blijven, en om daar de middelen, omkadering en mensen voor te krijgen. Innovatie is een geweldige incentive voor jonge mensen. Er is niet alleen ontwikkeling van TAMIS. We denken dat ook robotica een belangrijke rol kan spelen. Robotchirurgie doen we bijvoorbeeld nog te weinig: we verkennen momenteel de toepassingen bij Whipple-operaties of bij resecties van distale rectumtumoren. De komende jaren hopen we de eerste stappen te kunnen zetten met een nieuw platform voor robotchirurgie.”





Nieuw tracksysteem: snellere en betere analyses in het lab



Het laboratorium van UZ Leuven is midden 2012 gestart met een ingenieus tracksysteem om bloed- en urinestalen te verwerken. Aan de hand van een barcode en kleurpomp stippelt de computer de weg uit die de duizenden buisjes moeten volgen op een transportband.

Moderne geneeskunde is onmogelijk zonder laboratoriumonderzoek. Het bevestigen van een diagnose, het opvolgen van een behandeling, controleren of een patiënt een heelkundige ingreep kan ondergaan ... Bijna altijd zijn het de resultaten van laboratoriumonderzoeken die de doorslag geven.

❖ 30 000 TESTEN PER DAG

Het laboratorium van UZ Leuven is een van de grootste van Europa en verwerkt elke dag gemiddeld 8 000 stalen, op piekmomenten zelfs bijna 2 000 stalen per uur. Op die stalen worden dagelijks meer dan 30 000 testen uitgevoerd. Voor de meeste testen is het resultaat binnen drie uur beschikbaar.

Het merendeel van de analyses gebeurt op bloed of een afgeleide (plasma of serum), maar er gebeuren ook testen op urine, lumbaal vocht, wondvocht, gewrichtsvocht, uitwerpselen en zelfs op uitgeademde lucht.



❖ ZEVEN DAGEN PER WEEK

Het aantal testen neemt voortdurend toe, terwijl de technieken alsmaar gesofisticeerder én duurder worden. Artsen en patiënten vragen ook dat de resultaten sneller beschikbaar zijn en dat testen op elk moment kunnen worden uitgevoerd.

Het nieuwe tracksysteem van UZ Leuven speelt in op die evolutie. De track is een soort lopende band die stalen automatisch vervoert naar de juiste toestellen.

Tracks bestaan al in een aantal commerciële labs, maar UZ Leuven installeerde als eerste ziekenhuis een systeem dat moest voldoen aan de complexiteit en verscheidenheid van testen in een universitair ziekenhuis. Een ziekenhuis slaapt nooit en dus is er in het lab altijd bedrijvigheid: zeven dagen per week, de klok rond.



MOGELIJKE TESTEN IN EEN UNIVERSITAIR ZIEKENHUISLAB

- Meten van kleine hoeveelheden hormonen, geneesmiddelen of drugs in het bloed en urine.
- Bestuderen van de cellen (vorm en aantal) in het bloed om bijvoorbeeld bloedkanker op te sporen.
- Analyse van het functioneren van de afweercellen.
- Opsporen van bacteriën (bijvoorbeeld de ziekenhuisbacterie), virussen (bijvoorbeeld het griepvirus), schimmels en parasieten (bijvoorbeeld na een reis in de tropen).

❖ TRAJECT VAN EEN STAAL

Als de bloedstalen in het laboratorium binnenkomen, scant een medewerker ze in. Elke tube krijgt een etiket met daarop een barcode met een uniek getal, een eenmalig dossiernummer en de naam van de patiënt. De meeste stalen worden op het tracksysteem gezet om te worden verwerkt.

Het staal wordt daarna door een robotarm op een puck gezet, een soort wagentje met een chip en een nummer. Vervolgens neemt het systeem een foto van het staal om de barcode, het type tube en de dop vast te leggen. Dankzij de puck en de unieke barcode

kan op elk moment gecontroleerd worden waar het staal zich bevindt.

Zodra het staal op het tracksysteem zit, stippelt de computer de weg uit naar verschillende automaten om alle analyses te doorlopen. Moeten er bijvoorbeeld onderzoeken op plasma gebeuren, dan wordt het bloedstaal eerst naar een centrifuge afgeleid. Het buisje met bloed draait dan met een hoge snelheid rond, waardoor een gele vloeistof – het plasma – komt bovendrijven.

De computer van het tracksysteem bepaalt zelf naar welke van de vier centrifuges het staal gaat. Vóór het bloedstaal in de

centrifuge gaat, wordt het opnieuw gescand. Dat identificatieproces gebeurt ook op het moment dat een tube een analysetoestel binnenloopt. Na analyse op een apparaat vervolgt het staal zijn weg op het track-systeem, tot alle onderzoeken gebeurd zijn.

Een laborant controleert en valideert de resultaten, daarna stuurt de labcomputer (het LIS of Laboratorium Informatie Systeem) ze naar de arts. Ontdekken de laboranten een

levensbedreigende situatie, dan bellen ze de arts op.

Na de analyses gaat het staal automatisch naar een koele ruimte die gekoppeld is aan de track. Daar wordt het 48 uur bewaard. Als de arts plots een extra analyse wil hebben, is dat mogelijk. Via het LIS en de tracksoftware zoekt de computer het staal op en zet het opnieuw op het tracksysteem. Vroeger moest de laborant die tubes zoeken in een aantal

NOVEMBER 2012

Campus Lubbeek wordt psychiatrisch verzorgingstehuis

Campus Lubbeek heeft sinds november 2012 een nieuwe bestemming als psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT). Een PVT is een tehuis waar mensen die behoefte hebben aan psychiatrische verzorging, langdurig kunnen verblijven. Het gaat om personen die niet acuut psychiatrisch ziek zijn, maar toch continu de juiste structurele ondersteuning nodig hebben. Het is vergelijkbaar met een gewoon rust- en verzorgingstehuis, maar dan met een meer gespecialiseerde omkadering.

Er is woongelegenheden voor 59 mensen. De bewoners willen zo veel mogelijk aansluiting maken met het lokale socioculturele leven en actief participeren in het dorpsleven. Er wordt maximaal samengewerkt met de bestaande lokale hulpverleningscircuits: huisartsen, OCMW, apothekers, seniorenverenigingen, vrijwilligersverenigingen ...

Het PVT is verbonden aan het UPC KU Leuven, waartoe ook het Universitair Centrum van Sint-Jozef Kortenberg en de dienst psychiatrie van UZ Leuven behoren.



koelkasten in het lab. Na 48 uur verwijdt de computer het bloedstaal uit de koelruimte en dus ook van het trackstelsel. Na die 48 uur is de kwaliteit van het staal voor de meeste testen onvoldoende. Het oude bloed wordt verzameld en opgehaald voor verbranding.

❖ ROL VAN DE LABORANT

Met het nieuwe trackstelsel nemen robotarmen en een transportband taken over van laboranten. Dat maakt de omstandigheden voor de laboranten veiliger, en het zorgt ervoor dat het werk kosteneffectiever en continu kan verlopen. Zo zijn de resultaten van de analyses sneller beschikbaar dan vroeger.

Dankzij het trackstelsel kunnen de laboranten zich meer concentreren op het

controleren van de kwaliteit van de analyses en het valideren van de resultaten. Vooral tijdens de wachtdiensten, buiten de normale werkuren, is dat een belangrijk voordeel.

❖ TRACK ALS ONDERDEEL VAN HET LAB

Niet alle stalen gaan op de track. Van de ongeveer 8 000 stalen die dagelijks binnenkomen, worden er zo'n 3 000 manueel verwerkt. Het grootste deel daarvan zijn stalen voor onderzoek naar bacteriële infecties in het bloed, de urine en andere lichaamsvochten of weefsels. Daarnaast gebeuren er ook testen voor bepaalde toxicologische analyses en dosering van geneesmiddelen in het bloed, onderzoeken naar allergieën, naar de werking van ons afweersysteem enzovoort.



- Dagelijks worden meer dan 5 000 van de 8 000 stalen verwerkt via het trackstelsel.
- Om het plasma te scheiden van de bloedcellen, worden de stalen met een snelheid van 220 km/uur rondgedraaid.
- Er gebeuren bijna 13 miljoen analyses per jaar in het lab van UZ Leuven.
- Er kunnen meer dan 30 000 stalen in de koelkasten bewaard worden.

Kwaliteitslabel voor vernieuwde centrale sterilisatieafdeling



De voorbije twee jaar werd de centrale sterilisatieafdeling (CSA) van UZ Leuven grondig vernieuwd en ultramodern uitgerust. Daardoor is de CSA nu een van de grootste sterilisatieafdelingen van de Benelux. Bovendien heeft de CSA in juli 2012 een belangrijk kwaliteitslabel behaald.



Om infecties in het ziekenhuis te voorkomen moeten herbruikbare medische instrumenten grondig gereinigd, gedesinfecteerd en gesteriliseerd worden. Dat cruciale werk gebeurt op de centrale sterilisatieafdeling.

Na een verbouwing van meer dan twee jaar werd de CSA van UZ Leuven grondig vernieuwd tot een state-of-the-art afdeling. Dit allemaal om de patiëntveiligheid te garanderen, de rode draad in de werking van de CSA.

❖ ISO-CERTIFICAAT

Omdat elke stap in het proces essentieel is, ontwikkelde de dienst IT van UZ Leuven een traceringsstelsel, TraCSA. Zo kan nagegaan worden waar, wanneer en door welke medewerker of machine een bepaalde handeling op een set van medische instrumenten is uitgevoerd.

Kwaliteitsvol werken vraagt ook om een kwaliteitssysteem. Elke stap in het proces gebeurt volgens strikte procedures. Dankzij de vernieuwing beantwoorden de procedures nu aan de strengste normen en kreeg de CSA in juli 2012 de kwaliteitslabels ISO 9001/2008 en ISO 13485/2003. Die standaard is van toepassing in de medische industrie en staat voor een objectieve kwaliteitsgarantie.

De belangrijkste factor in de hele organisatie blijven wel de medewerkers. De machines en het traceringsstelsel mogen nog zo doeltreffend zijn, niets werkt zonder de medewerkers, die met kennis van zaken en grote inzet hun werk doen. Alle CSA-medewerkers kregen daarom de voorbije twee jaar een intensieve opleiding.



❖ WELKE WEG LEGT EEN INSTRUMENT AF IN DE CSA?

De vernieuwde centrale sterilisatieafdeling is ingedeeld in drie gescheiden zones: reiniging en desinfectie, de cleanroom en de steriele berging.

1 REINIGING EN DESINFECTIE

In deze zone worden de gebruikte instrumenten en materialen van alle afdelingen in het ziekenhuis in ontvangst

genomen en geregistreerd. Het materiaal wordt daarna gesorteerd en gedemonteerd. Het reinigen en desinfecteren gebeurt via wasmachines of manueel.

Hardnekkig vastzittend vuil zoals bloed en organisch weefsel, dat niet door de waterstralen van de wasmachine kan worden weggehaald, wordt met geluidsgolven losgetrild in een ultrasoonbad. Holle instrumenten worden doorgespoten en volledig voorbehandeld.

Bij de machinale reiniging worden alle instrumenten en materialen op een wasrek geplaatst, zodat de reiniging en desinfectie optimaal kan gebeuren. De reiniging gebeurt in twee wastunnels en drie batch-wasmachines. De wastunnels zijn onderverdeeld in drie kamers: een voor de voorreiniging en reiniging, een voor de desinfectie, en een laatste kamer voor het drogen.

De wasmachines en -tunnels staan in verbinding met de clean room. Zo komen de gereinigde en gedesinfecteerde instrumenten na het wasproces meteen in de volgende zone terecht.

2 CLEAN ROOM: CONTROLLEREN EN VERPAKKEN

Voordat de instrumenten worden ingepakt, worden ze gecontroleerd op zichtbare verontreiniging en op een correcte werking. Holle instrumenten worden door-gepoten met medicinale perslucht. Instrumenten die stroef zijn, worden gesmeerd.



MAART 2012

Gewonde kinderen busongeluk Zwitserland opgenomen in UZ Leuven

Alle gewonde kinderen die midden maart na een tragisch busongeval in Zwitserland gerepatriëerd werden naar België, werden opgenomen in UZ Leuven voor verdere verzorging. Een multidisciplinair team volgde de medische behandeling nauwgezet op. Het team besteedde ook veel aandacht aan de psychosociale begeleiding van de kinderen en hun ouders.

Daarna worden de instrumentensets weer samengesteld aan de hand van inhoudslijsten en foto's in het opvolgsysteem TraCSA. De sets worden ingepakt in twee aan elkaar gelaste lagen hoogwaardig verpakkingsmateriaal. De instrumenten die per stuk worden verpakt, worden gelamineerd.

Sterilisatie is de laatste stap in het proces. In de sterilisator of stoomautoclaaf worden de materialen gesteriliseerd met behulp van stoom. De stoom heeft een temperatuur

van 121 °C of 134 °C. Bij deze temperaturen verloopt het proces effectief en snel. De stoom dringt door de papierzijde in het laminaat. Op de ingepakte instrumentensets wordt een indicatortape gekleefd die verkleurt tijdens het sterilisatieproces.

Daarnaast is er ook sterilisatie met plasma. Die wordt gebruikt voor instrumenten die niet tegen een hoge temperatuur bestand zijn. Het toestel kan een groot gamma aan instrumenten steriliseren, bijvoorbeeld videocamera's, endoscopische instrumenten, dopplers, lichtkabels, sondes voor echografie en materiaal met elektronica.

HET CSA IN CIJFERS

- Er worden circa **600** sets per dag verwerkt.
- Dagelijks worden ongeveer **175** karren gereinigd in twee 'cartwashers'.
- Er bestaan meer dan **35 000** verschillende instrumenten in UZ Leuven.
- Er zitten maximaal **100 000** stofdeeltjes per m³ in de lucht in het CSA. In de buitenlucht zijn dat er 5 000 000.
- Gesteriliseerd materiaal heeft een geldigheidsdatum van **6** maanden.

3 STERIELE BERGING: OPSLAG EN DISTRIBUTIE

Hier worden de gesteriliseerde instrumenten uit de sterilisators gehaald en doet men nog enkele controles. Als alles in orde is, wordt het gesteriliseerde materiaal vrijgegeven en naar de aanvragende diensten gebracht. Dat zijn onder meer de operatiekwartieren, de verpleegeenheden, het interventieel radiologisch en cardiovasculair centrum (IRCC) en het bevallingskwartier.





UZ Leuven in cijfers

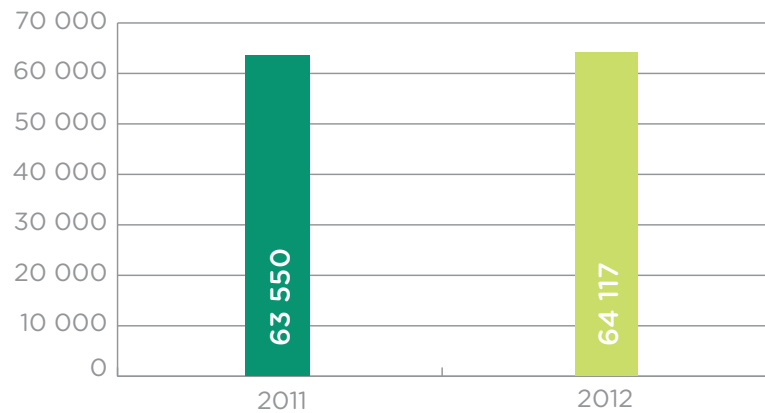


⚙️ GEHOSPITALISEERDE PATIËNTEN

In 2012 noteerde UZ Leuven 64 117 opnames, een stijging met 0,9% ten opzichte van 2011. Gemiddeld genomen was er in 2012 een status quo van de verblijfsduur (8,1 dagen). Het aandeel geplande opnames bleef stabiel (68%) in vergelijking met 2011.

Het aantal daghospitalisaties voor onder meer medische dagbehandelingen zoals chemotherapie, dialyse en pijntherapie, nam toe: in 2012 noteerde UZ Leuven 105 773 daghospitalisaties, een stijging met bijna 4% tegenover 2011 (101 775).

Aantal gehospitaliseerde patiënten 2011-2012



In 2012 steeg het aantal bevallingen met 5,1% tot 2 368. Per dag noteerde UZ Leuven gemiddeld 6 bevallingen.

⚙️ CONSULTATIES

Het aantal consultaties nam toe tegenover 2011 (646 669). In 2012 bedroeg het totale aantal 658 244. Elke werkdag vonden gemiddeld 2 633 consultaties plaats, verspreid over de verschillende campussen van UZ Leuven.

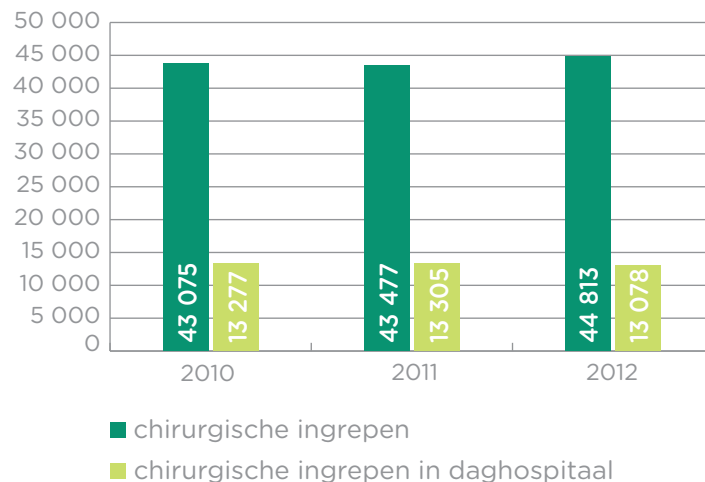


❖ CHIRURGISCHE INGREPEN

In 2012 werden 1 336 meer chirurgische ingrepen uitgevoerd, een stijging met 3,1% tegenover 2011. Per werkdag werden in 2012 gemiddeld 179 ingrepen uitgevoerd, waarvan 52 in het chirurgisch dagcentrum.

De helft van alle ingrepen situeerde zich in de disciplines orthopedie, oogziekten, abdominale heelkunde, traumatologie, neus-, keel- en oorziekten, gelaats- en halschirurgie.

Aantal chirurgische ingrepen 2010-2012



MEI 2012

Nieuw type hoorimplantaat bij ernstig slechthorende patiënten

Oorchirurgen van de dienst neus-, keel- en oorziekten, gelaats- en halschirurgie van UZ Leuven plaatsten een nieuw type akoestisch implantaat bij zeer ernstig slechthorende patiënten. Akoestische implantaten worden al sinds enkele jaren geplaatst bij patiënten die niet of onvoldoende geholpen kunnen worden met klassieke hoortoestellen. Sommige patiënten met een ernstige tot zeer ernstige slechthorendheid vielen nog uit de boot omdat de bestaande akoestische implantaten niet genoeg geluidsversterking boden.

Met het nieuwe implantaat koppelen oorchirurgen een gedeeltelijk implanteerbaar toestel aan een kleine stijgbeugelprothese tot in het binnenoor. Hierdoor worden de geluiden versterkt doorgegeven. UZ Leuven is het vierde centrum ter wereld én het eerste in België waar dit hoorimplantaat succesvol geplaatst werd.

❖ SPOEDGEVALLEN

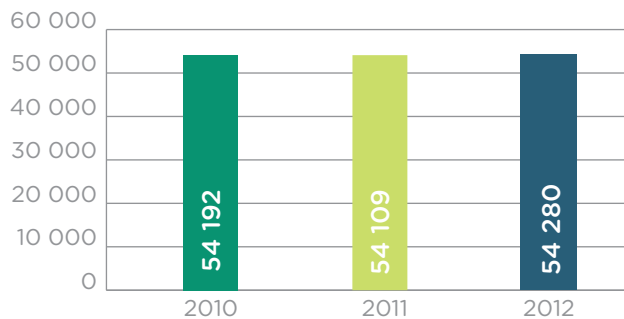
Het aantal aanmeldingen op de spoedgevallendienst in 2012 bedroeg 54 280. Dit betekent een lichte stijging tegenover 2011.

Ongeveer een derde (35%) van alle spoedgevallen leidde uiteindelijk effectief tot een ziekenhuisopname.

Het urgentieteam past sinds 2009 het triagesysteem toe. Zo onderscheidt het in de toenemende stroom van binnenkomende patiënten de meer kritieke gevallen van de andere. Bij de triage wordt de ESI-schaal (Emergency Severity Index) toegepast. Die hanteert vijf niveaus, waarvan het hoogste niveau (ESI 1) staat voor een levensreddende interventie. Uniek aan deze schaal is dat ze niet alleen rekening houdt met de urgentie, maar ook met het geschatte aantal middelen dat nodig is om de patiënt te behandelen.



Aantal aanmeldingen op de spoedgevallendienst 2010-2012



❖ TRANSPLANTATIES

In 2012 werden 315 transplantaties uitgevoerd. Sinds 2008 kan een stijgende trend waargenomen worden.

Niertransplantaties werden het meest uitgevoerd (147 in 2012), gevolgd door (hart-)longtransplantaties (79) en levertransplantaties (65). Het relatieve aandeel aan niertransplantaties bleef status quo, terwijl het aandeel levertransplantaties afnam en het aantal (hart-)longtransplantaties toenam.

Aantal transplantaties volgens type

type transplantatie	2010	2011	2012
• levertransplantatie	74	64	65
• dunnedarmtransplantatie	0	3	0
• niertransplantatie*	125	134	147
• nier-pancreastransplantatie	4	5	3
• harttransplantatie**	27	25	26
• longtransplantatie	58	56	77
• hart-longtransplantatie	0	3	2
TOTAAL	288	282	315

* inclusief nier-pancreastransplantatie

** inclusief hart-longtransplantatie

MEI 2012

Gezondheidsmedewerkers ondertekenen rookstopcharter

Op donderdag 31 mei, Wereldantitabakdag, ondertekenden medewerkers van UZ Leuven het rookstopcharter. Daarmee engageerden ze zich om er actief op toe te kijken dat iedereen het rookverbod binnen de ziekenhuismuren respecteert.

Vier jaar geleden sloot UZ Leuven zich aan bij het Belgisch netwerk voor rookvrije ziekenhuizen. Met een eigen rookstopteam en erkende tabakologen is het ziekenhuis een pionier in rookstopbegeleiding, zowel voor individuele personen als voor groepen. Sinds kort zijn er rond het ziekenhuis 'rokersschuilhuisjes': dat zijn de enige plaatsen waar je een sigaret mag opsteken. Rokende patiënten en bezoekers wordt vriendelijk gevraagd enkel op die plaatsen te roken.

❖ MEDISCH-TECHNISCHE INTERVENTIES EN ONDERZOEKEN

Radiotherapie

2 555 patiënten werden in 2012 behandeld met een vorm van radiotherapie, de meesten met externe radiotherapie. Dit aantal is licht afgenomen in vergelijking met 2011. Deze patiëntengroep vertegenwoordigde in 2012 een totaal van 43 250 zittingen.

Nucleaire geneeskunde

Het totale aantal onderzoeken binnen nucleaire geneeskunde steeg met 6% tegenover 2011. Deze procentuele stijging komt zowel voor bij de conventionele onderzoeken, als bij de PET-onderzoeken. Het aantal PET-onderzoeken steeg tot 5 963 en het aantal conventionele onderzoeken tot 13 588.

Dialyse

Het aantal nierdialyses dat werd uitgevoerd in het dialysecentrum daalde met 1% van 22 453 naar 22 170 (of 89 per werkdag). Het gaat in hoofdzaak om chronische dialyses, slechts 1,7% is acuut. De autodialyses namen toe van 1 648 tot 2 515.

Radiologie

Het totale aantal onderzoeken in 2012 bedroeg 440 596. Gemiddeld werden er in UZ Leuven 1 207 radiologische onderzoeken per dag

uitgevoerd. Dat is nagenoeg gelijk aan 2011. De grootste stijgers zijn angio (+8%), NMR (+3,2%) en CT (+2,1%).

Func tiemetingen

Het aantal bezoeken aan de functiemetingen voor cardiologie, pneumologie, endoscopie en neurofysiologie is toegenomen de jongste twee jaar: 126 906 in 2011 en 129 898 in 2012.

Laboratoriumonderzoeken

In 2012 werden 12 826 401 laboratoriumtesten uitgevoerd in het ISO-gecertificeerde labplatform van UZ Leuven. Dat betekent gemiddeld 35 141 testen per dag, of 1 464 per uur. Voor het globale pakket aan laboratoriumtesten noteerde UZ Leuven een toename van 1,2% tegenover 2011.

❖ VARIA

Patiëntentransporten

In 2012 vonden 237 922 interne transporten van patiënten plaats, bijvoorbeeld om gehospitaliseerde patiënten te vervoeren van en naar de functiemetingen. Dit komt neer op 652 transporten per dag. Bij 93% van alle transporten ging het om volwassen patiënten. Bij deze groep gebeurde 52% van de transporten per rolstoel.

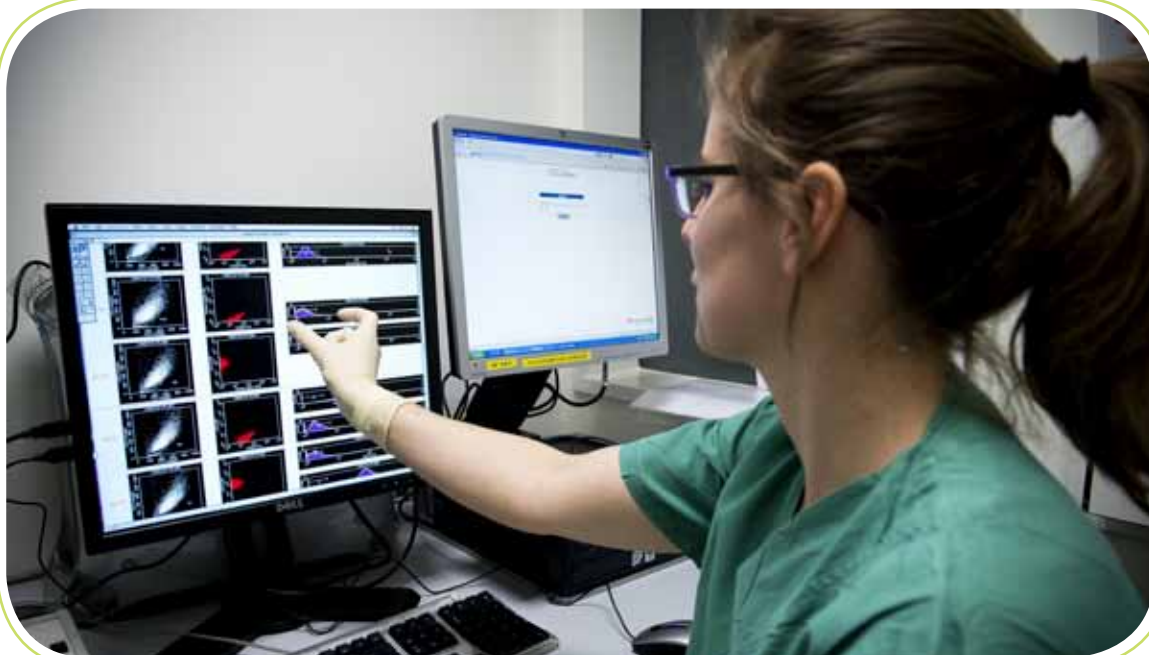
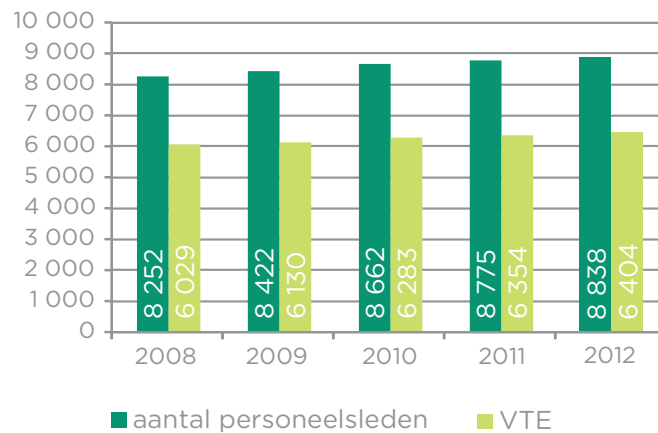
UZ Leuven-medewerkers in cijfers



❖ AANTAL MEDEWERKERS

In 2012 telde UZ Leuven gemiddeld 8 838 personeelsleden of 6 404 voltijdse equivalenten (VTE). Het totale aantal personeelsleden (medische en niet-medische functies) steeg tegenover 2008 met 7,1%, of uitgedrukt in voltijdse equivalenten, met 6,2%.

Totale personeelsbestand 2008-2012

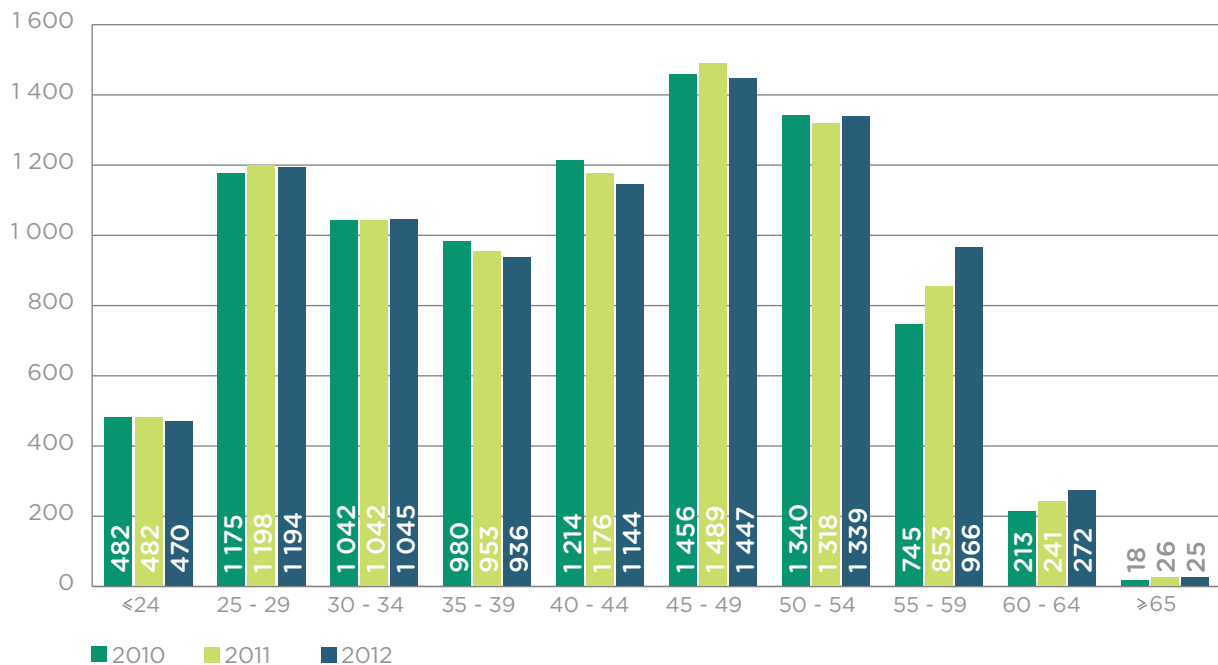


❖ LEEFTIJDVERDELING TOTALE PERSONEELSBESTAND

In 2012 waren 470 medewerkers (5,3%) jonger dan 24 jaar. 272 (3%) zaten in de leeftijdscategorie 60-64 jaar. Het grootste aantal personeelsleden (1 447 of 16,4%) was tussen de 45 en 49 jaar oud. Daarop volgt de

categorie 50-54 jaar met 1 339 medewerkers of 15%. De op twee na grootste leeftijdsgroep waren de 25-29-jarigen met 1 194 medewerkers (13,5%). In 2012 bedroeg de gemiddelde leeftijd 41,7 jaar.

Leeftijdverdeling totale personeelsbestand 2010-2012



❖ MANNEN EN VROUWEN

De vrouwen zijn het meest vertegenwoordigd in het totale personeelsbestand van UZ Leuven. Het percentage vrouwelijke medewerkers steeg lichtjes van 74,4% in 2008 naar 74,7% in 2012.

❖ VOLTijdSE EN DEELTijdSE TEWERKSTELLING

In 2012 werkte 53,6% van alle UZ Leuven-medewerkers deeltijds en 46,3% voltijds. Het aandeel deeltijdse krachten in het totale personeelsbestand steeg van 53,5% in 2010 naar 53,6% in 2012.

7 100

Zo veel externe sollicitaties verwerkt de afdeling rekrutering en selectie op jaar-basis. Daarnaast ontvangen zij 1 050 aanvragen voor jobstudenten. UZ Leuven werft jaarlijks ongeveer 500 nieuwe medewerkers voor niet-medische functies aan en ongeveer 450 jobstudenten. Rekrutering en selectie spitst zich niet enkel toe op de externe jobmarkt, maar legt ook de nadruk op talentmanagement en loopbaanplanning van interne medewerkers.

FEBRUARI 2012

UZ Leuven topwerkgever 2012

UZ Leuven behaalde voor de vijfde keer de Top Employer Award als erkenning voor een HR-beleid dat investeert in mensen, hun loopbaan en talent. Dit keurmerk wordt uitgereikt door het CRF Institute, dat internationaal onderzoek doet naar arbeidsvoorwaarden.

Uit het onderzoek van het CRF Institute blijkt dat bij UZ Leuven talentmanagement een topprioriteit is. Medewerkers kunnen doorgroeien in het bedrijf, zich specialiseren in hun job, opleidingen volgen, kiezen voor meer verantwoordelijkheid, en zich ontplooiën als medewerker én als mens.

In 2012 kregen 45 organisaties het certificaat toegekend na een beoordeling van hun HR-beleid op primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden, training en ontwikkeling, carrièremogelijkheden en organisatiecultuur.

Woonplaats

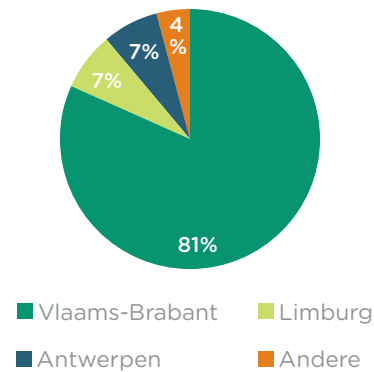
De meeste personeelsleden (81%) wonen in de provincie Vlaams-Brabant. Daarop volgen de provincies Limburg (7%) en Antwerpen (7%).

Woon-werkverkeer

In 2012 kwam 24,5% van de UZ Leuven-medewerkers op regelmatige basis met de fiets en/of het openbaar vervoer (bus en/of trein) naar het werk. Tegenover 2009 (20,1%) betekent dit een fikse stijging.

In 2012 nam 12,5% van de medewerkers de fiets, al dan niet in combinatie met het openbaar

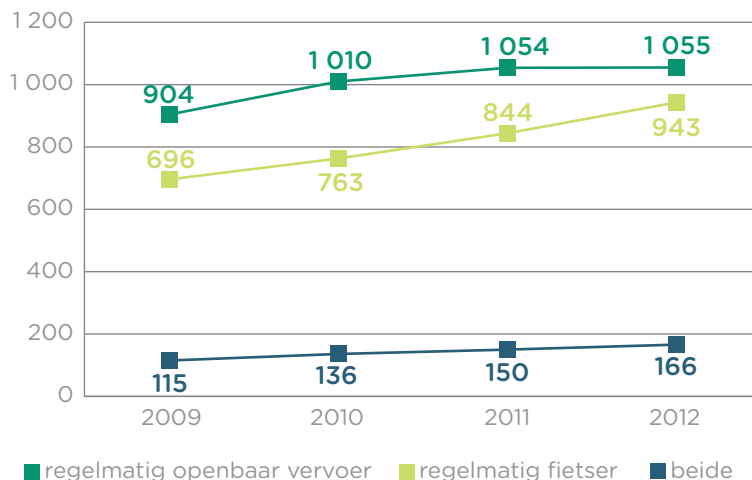
Woonplaats totale personeelsbestand 2012

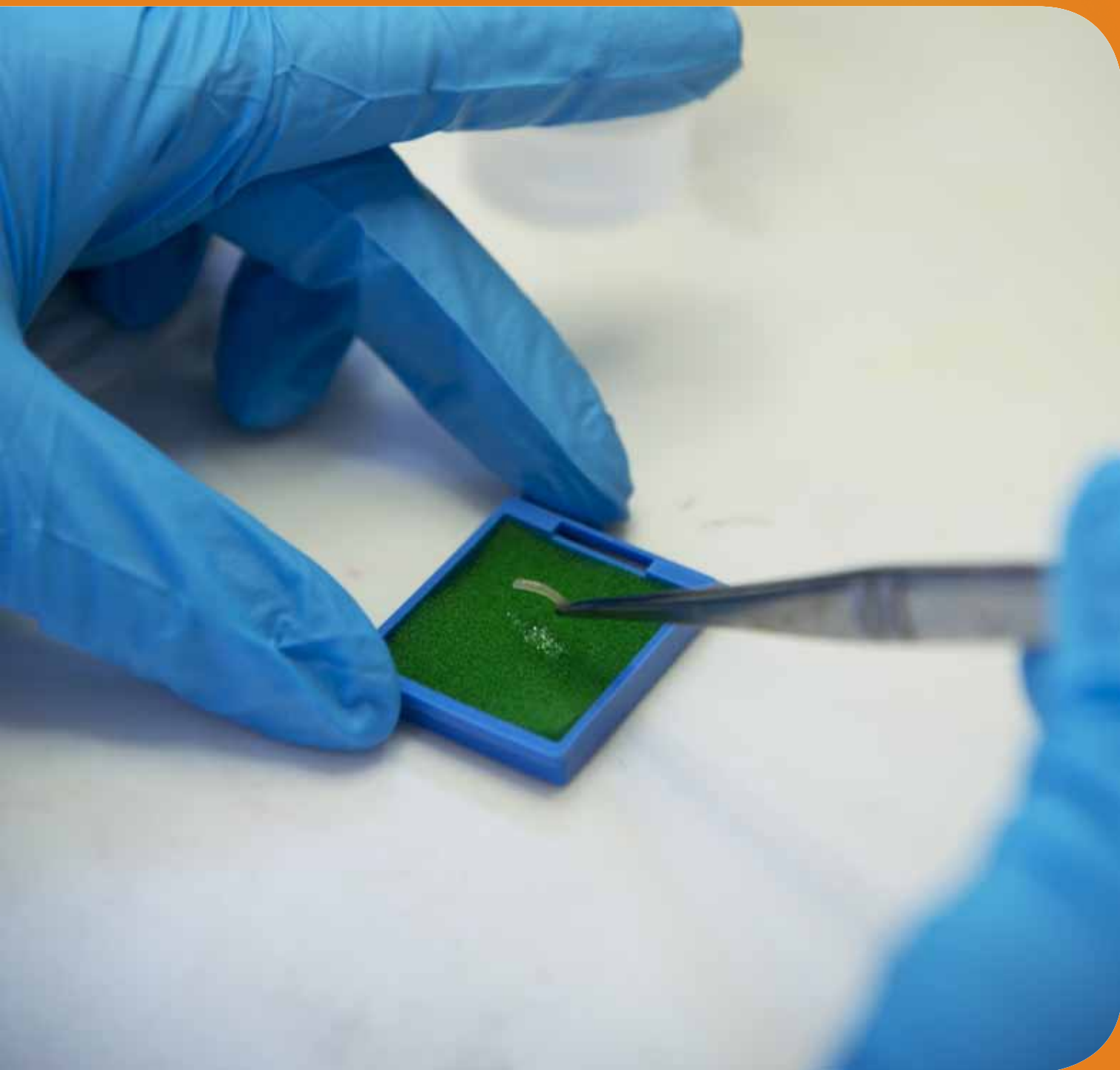


vervoer. In 2009 bedroeg dit percentage 9,5%. In 2012 maakte 13,82% van het totale personeelsbestand gebruik van het openbaar vervoer, tegenover 11,95% in 2009. Ook hierin zit een klein percentage vervoer dat de combinatie fiets en openbaar vervoer gebruikt.

Sinds 2007 geeft UZ Leuven aan zijn werknemers een fietsvergoeding en kosteloos openbaar vervoer. De promotie van het gebruik van duurzame vervoersmiddelen werpt duidelijk vruchten af.

Woon-werkverkeer totale personeelsbestand 2009-2012





❖ SAMENSTELLING DIRECTIECOMITÉ (MEI 2013)

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

Voorzitter

dr. Wim Tambeur

Leden

Koen Balcaen, directeur verpleging en patiëntenbegeleiding

prof. dr. Minne Casteels, vicerector biomedische wetenschappen

prof. dr. Katrien Kesteloot, financieel directeur

prof. dr. Bart Meyns, voorzitter zorgprogrammacomité

prof. dr. Frank Rademakers, hoofdgeneesheer

Paul Timmermans, logistiek directeur

Marianne Vael, personeelsdirecteur

Nancy Vansteenkiste, operationeel directeur

Jan Verhaeghe, algemeen secretaris

❖ SAMENSTELLING BESTUURSCOMITÉ (MEI 2013)

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.

Voorzitter

prof. dr. Guy Mannaerts

Leden

prof. dr. Minne Casteels
Hugo Casteleyn
prof. dr. ir. Koen Debackere
prof. dr. Marc Decramer
Marie-Dominique De Jaegere
Willy Duron
Max Jadot
Paul Maertens
dr. An Sermon
Bart Vander Elst
prof. dr. Marc Van Ranst
prof. dr. Dirk Vlasselaers
prof. dr. Mark Waer

Secretaris-verslaggever

Jan Verhaeghe

Woont de vergadering bij

Jozef De Cuyper, regeringscommissaris

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

 UZ
LEUVEN

