

Weliswaar.be

Uitneembaar **DOSSIER**

BIJ WELISWAAR 94 - JUNI-JULI 2010

ZIEKENHUIS

EEN ZIEKENHUIS, HOE ZIET DAT ER VANDAAG UIT? *WELISWAAR* LIEP MEE OP EEN DIENST WAAR ZE LEVENS REDDEN EN OP EEN AFDELING WAAR AFSCHIED WORDT GENOMEN VAN HET LEVEN. WIE HAD OOIIT GEDACHT DAT TOERISTEN OOK PATIËNTEN KUNNEN ZIJN? EN HOE PROBEERT VLAANDEREN DE BESTE INNOVATIES VAN EIGEN BODEM TE VERZILVEREN?

VRIJ PATIËNTENVERKEER

TOEGANKELIJKHEID JE IN EEN BUITENLANDS ZIEKENHUIS LATEN BEHANDELEN IS VOORLOPIG NIET AAN TE RADEN ZONDER AKKOORD VAN JE ZIEKENFONDS. TOCH WORDT IN SOMMIGE GRENSTREKEN AL JAREN PROBLEEMLOOS SAMENGEWERKT OM HET INTERNATIONALE PATIËNTENVERKEER VLOT TE TREKKEN. IN IEPER WORDEN AL SINDS 1998 FRANSE PATIËNTEN BEHANDELD. **TEKST ERICK BRACKE | FOTO JAN LOCUS | CARTOON IEF CLAESSEN**

De Europese Unie is altijd de pleitbezorger geweest van het vrij verkeer van goederen, diensten en personen. Maar als het over grensoverschrijdend patiëntenverkeer gaat, lijkt er weerstand op te doemen. Toen patiënten zich bewust in een andere lidstaat lieten behandelen, omdat de wachtlijsten er minder lang waren of omdat ze meenden dat de kwaliteit van de zorg er beter was, kregen ze vaak problemen met de terugbetaling van de kosten.

DAT DE BEHANDELING VAN PATIËNTEN UIT EEN BUURLAND IN EEN BELGISCH ZIEKENHUIS NIET NOODZAKELIJK PROBLEMEN VEROOorzaakt, WORDT IN LIMBURG EN IN DE WESTHOEK AL JARENLANG BEWEZEN.

Sommige patiënten trokken naar het Europees Hof van Justitie. Dat hanteerde het principe dat ook patiënten moeten kunnen profiteren van de eenge maakte EU-markt. Via het Europees Hof van Justitie kreeg een persoon die in Luxemburg verzekerd was

de kosten van de operatie aan zijn gebit in Duitsland terugbetaald. De toen 74-jarige Yvonne Watts, die pijn had aan haar heupgewricht en in eigen land met een maandenlange wachttijd werd geconfronteerd, verkreeg in 2006 van dezelfde rechtbank dat de Britse gezondheidsdienst (NHS) de heupprothese die ze in Frankrijk ingeplant kreeg, moest terugbetalen.

NU AL NAADLOZE AFSPRAKEN IN GRENREGIO'S

Terwijl de ziekteverzekeraars het vrij verkeer van patiënten meer en meer moeten gedogen, zou een toenemend transnationaal patiëntenverkeer problemen kunnen veroorzaken in landen met een goede reputatie op het gebied van de gezondheidszorg. Om dit alles in goede banen te leiden is er een EU-richtlijn in de maak.

Dat de behandeling van patiënten uit een buurland in een Belgisch ziekenhuis niet noodzakelijk problemen veroorzaakt, wordt in Limburg en in de Westhoek al jarenlang bewezen. In de Euregio Maas-Rijn en de Frans-Belgische grensregio is dit tot ieders voldoening geregeld met conventies en onderlinge afspraken. "In Ieper komen Franse patiënten al van in 1998 naar het ziekenhuis van de Zwarte Zusters voor dialyses", vertelt beleidsmedewerker Els Ingelaere van het Jan Yperman Ziekenhuis in Ieper. "Aan de andere kant van de grens, in Noord-Frankrijk, was deze behandeling immers niet voorhanden. Omdat Ieper nabijer was voor deze patiënten dan het dichtstbijzijnde Franse ziekenhuis dat een dialyse kon aanbieden, zijn er toen al overeenkomsten gemaakt met de Franse ziekenfondsen." Het ziekenhuis van de Zwarte Zusters is opgegaan in het Jan Yperman Ziekenhuis. Dit fusieziekenhuis, waar ook de campus in Poperinge deel van uitmaakt, heeft de grensoverschrijdende samenwerking later stapsgewijs verruimd via Europese Interreg-projecten. Deze Europese samenwerkingsverbanden willen de economische en sociale uitwisseling stimuleren tussen de Franse regio's Nord-Pas de Calais, Champagne-Ardenne en Picardië en delen van Wallonië en Vlaanderen. Het programma bestrijkt





Els Ingelaere (Jan Yperman Ziekenhuis Ieper): "Het is geen medisch toerisme. De Franse patiënten die naar Ieper komen, doen dat in de eerste plaats omdat het dichterbij is."

een gebied van meer dan 60.000 vierkante kilometer, goed voor ongeveer 10 miljoen inwoners.

EVENVEEL WERK VOOR BUITENLANDSE PATIËNT

"De grote doorbraak in het vrij verkeer van patiënten kwam er met de ZOAST-conventie in november 2008", vervolgt Els Ingelaere (*ZOAST staat voor zones organisées d'accès aux soins transfrontaliers, nvdr*). "De conventie resulteerde in een grensoverschrijdende samenwerking tussen ziekenhuizen. Aan Belgische zijde ging het om het Jan Yperman Ziekenhuis Ieper en het Centre Hospitalier de Mouscron. In Frankrijk ging het om het Centre Hospitalier de Roubaix, het Centre Hospitalier de Tourcoing, het Centre Hospitalier de Wattrelos, het Centre Hospitalier d'Armentières, het Centre Hospitalier de Bailleul, het Centre Hospitalier d'Hazebrouck en de ziekenhuizen rond Rijsel. Sinds november 2008 hebben alle patiënten in het gebied de zekerheid dat ze in deze ziekenhuizen terecht kunnen aan de terugbetalingstarieven die in eigen land gelden. Dus als een Franse patiënt in Ieper behandeld wordt, geldt voor hem de Franse regeling en als een Vlaming of een Waal in Armentières aanklopt, kan hij rekenen op dezelfde terugbetaling als in België."

"De zaak is redelijk eenvoudig geregeld: wij sturen onze facturen voor behandelingen van Franse patiënten naar een Belgische mutualiteit en via de diensten van Kleis vzw wordt het evenwicht hersteld. Administratief betekent een Franse patiënt voor ons

dus niet meer werk dan een Belgische patiënt. Ook voor de patiënt is het eenvoudig. Belgen bieden zich in Frankrijk aan met hun SIS-kaart – voorlopig zijn het nog klevertjes – en een Franse patiënt biedt zich in Ieper aan met zijn *Carte Vitale*. Wij beschikken over de toestellen die de kaart kunnen lezen en weten meteen of de patiënt geldig is verzekerd. In dat geval is de verzorging gegarandeerd."

"Uiteraard vormen de Franse patiënten een minderheid in de totaliteit van onze patiënten. Het is geen medisch toerisme, de Franse patiënten die naar Ieper komen, doen dat in de eerste plaats omdat het dichterbij is."

"Ons personeel is al langer vertrouwd met Franstalige patiënten omdat we altijd Belgische patiënten van over de taalgrens hebben gehad. We hebben dan ook Franse brochures van het ziekenhuis en het onthaalpersoneel is tweetalig. Voor verpleegkundigen organiseren we taalcursussen om de medische terminologie in het Frans te beheersen. Op termijn willen we onze artsen via het Interreg-project ook behandelingen laten aanbieden in de ziekenhuizen van Armentières, Bailleul en Hazebrouck. In het noorden van Frankrijk kampen ze voor sommige disciplines met een tekort aan artsen. Alle partijen vinden de bestaande grensoverschrijdende samenwerking positief."

► *Reacties welkom op www.weliswaar.be/forum*

EEN DAG LANG INTENSIEVE ZORG

DE DIENST MIRAKELS EN WONDEREN

REPORTAGE

DE DIENST 'INTENSIEVE ZORG' HEEFT ZIJN NAAM NIET GESTOLEN. HIER VECHT EEN GESPECIALISEERD TEAM DAG EN NACHT OM DOODZIEKE PATIËNTEN TE REDDEN. DE WERKDRUK EN MORELE VERANTWOORDELIJKHEID WEGEN OP HET PERSONEEL, MAAR ZE VOELEN ZICH OOK UITGEDAAGD. EEN DAG OP DE DIENST INTENSIEVE ZORG VAN HET UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS GENT.

TEKST STEFANIE VAN DEN BROECK | FOTO'S JAN LOCUS

Acht uur 's ochtends, vergaderzaal Intensieve Zorg, afdeling heelkunde en pediatrie. De artsen met nachtdienst dragen hun patiënten over aan de volgende ploeg. "De patiënt in positie één, mevrouw X, heeft de dialyse goed verdragen. Mijnheer Y, in positie vier, had gisteren een pijnprobleem, maar nu is dat onder controle. De familie heeft gevraagd of hij wat langer mocht blijven, maar daar is eigenlijk

niet veel reden meer toe. Met patiënt Z in positie vijf hadden we vannacht geen problemen, maar vanmorgen was de man in paniek. We doen er alles aan om zijn angst weg te nemen." Voor ons ligt een overzicht met alle patiënten en de geplande opnames. Telkens met naam, leeftijd, aandoening, geslacht en duur van hun verblijf. De jongste is zeven maanden oud, de oudste 75 jaar. Sommigen liggen hier nog maar een dag, anderen al langer dan een maand. Elk jaar belanden hier ongeveer 3.700 patiënten. Een driehonderdtal van hen overlijdt, bijna één patiënt per dag. Een kille vaststelling, tot we de eenheid binnenstappen en de cijfers een gezicht krijgen.

EEN DRIEHONDERDTAL VAN HEN OVERLIJDT, BIJNA ÉÉN PATIËNT PER DAG. DE CIJFERS ZIJN KIL EN ONPERSOONLIJK, TOT WE DE EENHEID BINNENSTAPPEN EN IEDER VAN HEN EEN GEZICHT KRIJGT.

TRANSPLANTATIES EN BRANDWONDEN

Te midden van al die computers, beademingstubes, spuitpompen, reanimatietoestellen, hartslag-, bloeddruk- en zuurstofmeters, liggen de patiënten. Sommigen kijken ons zwijgend aan, anderen zijn kunstmatig beademd en worden in slaap gehouden. De meesten liggen in halfopen kamers, maar er zijn ook enkele afgesloten boxen. In één daarvan herstelt een vrouw van een tweede levertransplantatie. De eerste – waarbij ze een stuk lever van haar zoon kreeg – liep uit op ernstige complicaties, waarna ze de lever van een dode donor heeft gekregen. Intussen gaat het goed met haar, dus wellicht kan ze binnenkort de dienst verlaten. Een paar bedden verder ligt een zwaar obese patiënt, die een maagverkleining achter de rug heeft in een ander ziekenhuis. Na complicaties werd hij doorverwezen. Nu ligt hij aan een kunstnier en een beademingstoestel, buiten bewustzijn. We verlaten de eenheid en begeven ons naar het vernieuwde brandwondencentrum. Daar liggen zes patiënten in afgesloten boxen om zeker geen infecties op te lopen. Achter het glas zien we drie kleine kinderen, die hete thee of



Te midden van al die computers, beademingstubes, spuitpompen, reanimatietoestellen, hartslag-, bloeddruk- en zuurstofmeters, liggen de patiënten.

frituurolie over zich kregen. Met een krop in de keel trekken we verder naar de pediatrie. Gisteren is hier nog een jongetje overleden: tijdens de vijf maanden dat hij hier lag, heeft zijn moeder hem geen dag alleen gelaten. Ook nu staan er twee oververmoeide ouders bij hun kind, sussend en ijsberend. In de eenheden voor volwassenen is bezoek maar enkele uren per dag toegestaan, maar hier mogen bezorgde ouders dag en nacht blijven.

TERAPEUTISCHE HARDNEKKIGHEID

Het diensthoofd, professor Johan Decruyenaere, legt uit dat de meeste patiënten problemen hebben met hun vitale functies. “Je komt hier terecht als je hersenen, hart, longen of lever niet goed meer werken, na een ongeval of bij een zware infectie. En ook na sommige zware ingrepen, zoals hartchirurgie, beland je achteraf op onze dienst, om alle risico’s uit te sluiten. De laatste twintig jaar zijn de mogelijkheden van intensieve zorg enorm toegenomen. De meeste patiënten in kritieke toestand overleven terwijl ze vroeger nauwelijks een kans hadden. Soms hebben we ook patiënten die we stabiel kunnen houden, maar die een zeer kleine kans hebben op uiteindelijk herstel en goede levenskwaliteit.”

Therapeutische hardnekkigheid is een gevoelige kwestie, zeker bij een afdeling intensieve zorg. Johan Decruyenaere: “Bepalen of therapie nog zinvol is, blijkt altijd een evenwichtsoefening. Het kwantitatieve aspect speelt zeker een rol. Als een patiënt maar één kans op duizend heeft om het te halen, dan zijn de meeste mensen het erover eens dat therapie zinloos is. Maar waar ligt de grens? Er zijn geen harde regels. Als de patiënt wakker is, kan hij zelf beslissen, want tenslotte krijgt ieder mens het laatste woord over zijn eigen leven. Maar ook als dat niet meer kan, nemen we die beslissingen nooit alleen, maar steeds in overleg met de familie. Vergelijk het met de jury in een assisenproces: we overleggen tot er een consensus bereikt wordt. De uiteindelijke beslissing om de therapie te beperken of te onderbreken is nooit makkelijk. Als team heb je gevochten voor iemands leven en plots moet je die strijd opgeven. Maar het zorgen voor een menswaardig einde, wanneer actieve therapeutische geneeskunde geen zin meer heeft, is een belangrijk deel van goede intensieve zorg.”

EMOTIONELE FAMILIE

Bij het verplegend personeel horen we bijna uitsluitend positieve verhalen. Af en toe – als een patiënt lange tijd ernstig ziek blijft en er geen merkbare verbetering optreedt – hebben ze het wel eens moeilijk. En ook het computersysteem IZIS, waarbij alle patiëntinformatie digitaal moet worden ingevoerd, brengt volgens sommigen te veel werkdruk met zich mee: “Soms lijkt het wel een extra patiënt die je moet



Johan Decruyenaere: “De laatste twintig jaar zijn de mogelijkheden van intensieve zorg enorm toegenomen. De meeste patiënten in kritieke toestand overleven terwijl ze vroeger nauwelijks een kans hadden.”

controleren!” Gelukkig is deze dienst goed bemand. Voor elke twee patiënten is er dag en nacht een verpleegkundige aanwezig. Maar er wordt heel wat van hen geëist. Door de grote variëteit aan ziektebeelden moeten verpleegkundigen zich elk jaar grondig bijscholen om de nodige expertise te verwerven. Voor Martine, die al 26 jaar op intensieve zorg werkt, is dat een groot voordeel: “Je loopt geen kans om afgestompt te raken. Technieken en toestellen worden voortdurend vernieuwd. De laatste jaren zijn de chirurgische ingrepen complexer geworden, wat de werkdruk heeft verhoogd. Maar het doorgedreven teamwork maakt het een aangename dienst.” Ook de jonge Gilles is enthousiast. “Je zorgt intensief voor twee patiënten waardoor je extra verantwoordelijkheid hebt. Bij jonge patiënten, waarvan de familie vaak emotioneel reageert, krijg ik het soms moeilijk. Dan word je eraan herinnerd hoe broos het leven kan zijn.”

► Reacties welkom op www.weliswaar.be/forum

PALLIATIEVE ZORG VLIJT HET LEVEN NEER

HET STERVEN ZOALS HET IS

PRAKTIJK “PALLIATIEVE ZORG IS ALLES WAT NOG GEDAAN KAN WORDEN ALS MEN ZEGT DAT ER NIETS MEER GEDAAN KAN WORDEN.” MET DIE WOORDEN LEGDE DE BRITSE ARTS CICELY SAUNDERS DE BASIS VAN DE PALLIATIEVE ZORG. EEN HALVE EEUW LATER NEMEN WE POOLSHOOGTE IN DE PALLIATIEVE EENHEID VAN HET ONZE-LIEVE-VROUWZIEKENHUIS IN ASSE OM TE KIJKEN WAT ER DAN PRECIES GEDAAN KAN WORDEN. **TEKST STEFANIE VAN DEN BROECK | FOTO'S JAN LOCUS**



Ludo De Roo: “In ziekenhuizen en rusthuizen zie je steeds meer ‘palliatieve support teams’, met artsen, verpleegkundigen en psychologen.”

“Papa wilde helemaal niet naar palliatieve. Hij wilde thuisblijven, bij mij. Ik heb dat geprobeerd, maar na enkele dagen bleek het gewoonweg te zwaar. Er waren voortdurend conflicten, omdat we ons zo machteloos voelden. In het ziekenhuis had hij geen pijn meer. Bovendien namen de verpleegkundigen alle vervelende taken over, zodat we weer konden genieten van elkaar.” Aan het woord is een van de nabestaanden op de dvd *Getuigenissen* waarmee het ziekenhuis zijn palliatieve zorg in de schijnwerpers wil zetten. We bekijken de documentaire in de ontmoetingsruimte van de palliatieve eenheid, waar enkele zetels, een piano, bloemen en paasversiering voor een huiselijke sfeer zorgen. In de kast staan wat kinderboeken, zoals *Kikker en het vogeltje* van Max Velthuis. Samen met de kikker ontdekken peuters wat doodgaan betekent. En zien ze dat ze, nadat het vogeltje begraven is, weer verder mogen spelen, terwijl aan de horizon alweer een nieuwe vogel fladdert.

NADRUK OP LEVEN

Afgelopen weekend was het hier nog feest, tijdens het paasconcert. Toen konden de terminale patiënten, samen met hun partners, kinderen en kleinkinderen, genieten van mooi pianospel. De nadruk ligt hier wel degelijk op het leven, benadrukt dokter Ria Fabri. “Niet alleen voor de patiënt, maar ook voor de familie is dat heel belangrijk. De laatste levensfase is cruciaal voor de rouwverwerking, en voor hun latere beeld over ziekenhuizen en ziekte.” Voor ons zit een enthousiaste jonge vrouw, die er na haar opleiding geneeskunde meteen voor koos om als geriater en palliatief arts aan de slag te gaan. “Artsen worden opgeleid om te genezen. Dat is hier niet langer aan de orde. Je moet vooraf dus wel een knop omdraaien. Ook voor de patiënt is het even wennen. Je hele leven wordt je door artsen curatief behandeld, met het oog op gene-

zing. Maar hier zit je in een palliatief stadium. Niet elke patiënt kan die overgang van de ene dag op de andere maken. Daar houden we rekening mee. Bij comfortzorg en pijnbestrijding gaat het trouwens om meer dan alleen morfine. Er is ook heel veel psychisch en emotioneel lijden. Daarom nemen we veel tijd voor onze patiënten en bieden we een luisterend oor. Achteraf horen we vaak van familieleden dat ze nog samen hebben kunnen genieten van die laatste momenten: daarvoor doen we het dus.”

PANNENKOEKENBAK

“Een palliatieve eenheid is natuurlijk niet de enige plaats waar palliatieve zorg wordt toegepast”, zegt hoofdverpleegkundige Ludo De Roo. “In ziekenhuizen en rusthuizen zie je steeds meer ‘palliatieve support teams’, met artsen, verpleegkundigen en psychologen. En heel wat mensen krijgen thuis palliatieve verzorging, maar die staat of valt met het aanbod aan mantelzorg. Als de thuiszorg te zwaar wordt, dan kan je hier terecht. Onze eenheid telt maar zes bedden, dus moeten we de aanvragen zorgvuldig evalueren. Bij een opname houden we rekening met een levensverwachting tot een drietal maanden. Maar de verblijfsduur is heel verschillend, van enkele dagen tot weken of zelfs maanden. Ieder jaar komen er een honderdtal patiënten binnen, waarvan er ongeveer tachtig hier sterven. De rest kan toch nog naar huis of naar een rusthuis.” De dood is alomtegenwoordig, dus is een serene sfeer heel belangrijk, aldus Ludo. “Maar er wordt ook heel wat gelachen. De patiënten leven nog, hoor. We proberen ze zo veel mogelijk te laten genieten in het bijzijn van hun familie, met een lekker biertje of hun lievelingskost erbij. En we organiseren geregeld activiteiten: een pannenkoekenbak, kerstmarkt of sinterklaasfeest. Ook voor de (klein)kinderen kan dat heel waardevol zijn. De dood wordt veel te veel weggemoffeld in onze maatschappij. Hoeveel twintigers hebben nog nooit een dode gezien? Het blijft uiteraard een heel ingrijpende gebeurtenis, maar als je er goed op voorbereid bent, hoeft het – zelfs voor jonge kinderen – niet traumatiserend te zijn.”

PALLIATIEF-MINDED

Verpleegkundige Marleen werkt al tien jaar op palliatieve zorg. “In al die tijd is er veel veranderd. De euthanasiewet is erdoor geraakt. Tja, daar heb ik me als fervente tegenstander bij moeten neerleggen. Maar gelukkig zijn veel artsen nu ook meer ‘palliatief-minded’ geworden. Er is meer aandacht voor pijnbestrijding. Artsen durven steeds vaker – in overleg met de patiënt – toe te geven dat ze niet verder kunnen behandelen. Dat is zeker niet eenvoudig. Zelf zou ik deze job op mijn twintigste niet aangekund hebben. Maar je kan veel betekenen voor de patiënten en hun familie. En zij hebben mij al veel levenswijsheid bijgebracht.”

Als hun einde nadert, voelen heel wat mensen zich kwetsbaar. Psycholoog Erik Verliefde werkt op de palliatieve eenheid om hen bij te staan. “De doodsangst van mensen kan je natuurlijk niet ‘oplossen’, maar je kan hen wel geruststellen. Hun grootste bekommernis is meestal de pijn, die we gelukkig wel kunnen wegnemen. Geregeld komen er ook vragen rond euthanasie. Het is belangrijk dat die vragen gesteld kunnen worden. Maar uiteindelijk is het

“ER IS VEEL MEER AANDACHT VOOR PIJNBESTRIJDING. ARTSEN DURVEN NU STEEDS VAKER - IN OVERLEG MET DE PATIËNT - TOE TE GEVEN DAT ZE NIET VERDER KUNNEN BEHANDELEN.”



Dokter Ria Fabri (Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis, Asse). “Niet alleen voor de patiënt, maar ook voor de familie is de laatste levensfase cruciaal voor de rouwverwerking.”

aantal gevallen van euthanasie hier zeer gering. Doordat alle pijn kan worden weggenomen, ebt die vraag meestal weg.” Maar echte berusting zie je zelden. “Veel mensen blijven vechten tot de laatste snik. We zullen die hoop nooit afnemen, maar we willen ook geen valse verwachtingen creëren. Zo was hier ooit een vrouw die vurig uitkeek naar het communiefeest van haar kleindochter. Omdat de kans daarop onbestaande was, hebben we haar voorgesteld om de cadeaus al op voorhand te geven. Heel ontroerend: dat meisje is hier zelfs in haar feestjurkje op bezoek geweest.”

► Reacties welkom op www.weliswaar.be/forum

EEN STRAAL VAN HOOP

TECHNOLOGIE MET DE MONTAGE VAN HET VERO-BESTRALINGSTOESTEL BELEEFDE HET UZ BRUSSEL IN 2009 EEN WERELDPRIMEUR. HET SYSTEEM ZAL EEN BETERE THERAPIE VAN LONG- EN PROSTAAT-KANKER MOGELIJK MAKEN. PROFESSOR DIRK VERELLEN HOOPT DAT HET OOK EEN VERSCHIL MAAKT VOOR DE MOEILIK TE BESTRALEN PANCREASKANKER. **TEKST ERIC BRACKE | FOTO JAN LOCUS | ILLUSTRATIE IEF CLAESSEN**

“Ik zal ons diensthoofd missen als hij straks met pensioen gaat”, zegt Dirk Verellen, het hoofd van de fysici op de dienst Radiotherapie. “Guy Storme heeft ons altijd aangespoord om de nieuwste technologie snel toepasbaar te maken voor de patiënten.”

Het UZ Brussel had in Europa een voorsprong in de behandeling van kankers met ioniserende stralingen. Als eerste ziekenhuis buiten Amerika nam UZB in 1994 een techniek voor tomotherapie met intensiteitsgemoduleerde radiotherapie (IMRT) in gebruik. De samenwerking in 2000 met de firma BrainLAB rond het Novalis-toestel met zijn geavanceerde beeldtechniek betekende een nieuwe stap vooruit. Met het Vero-systeem, dat de nieuwste verworven-

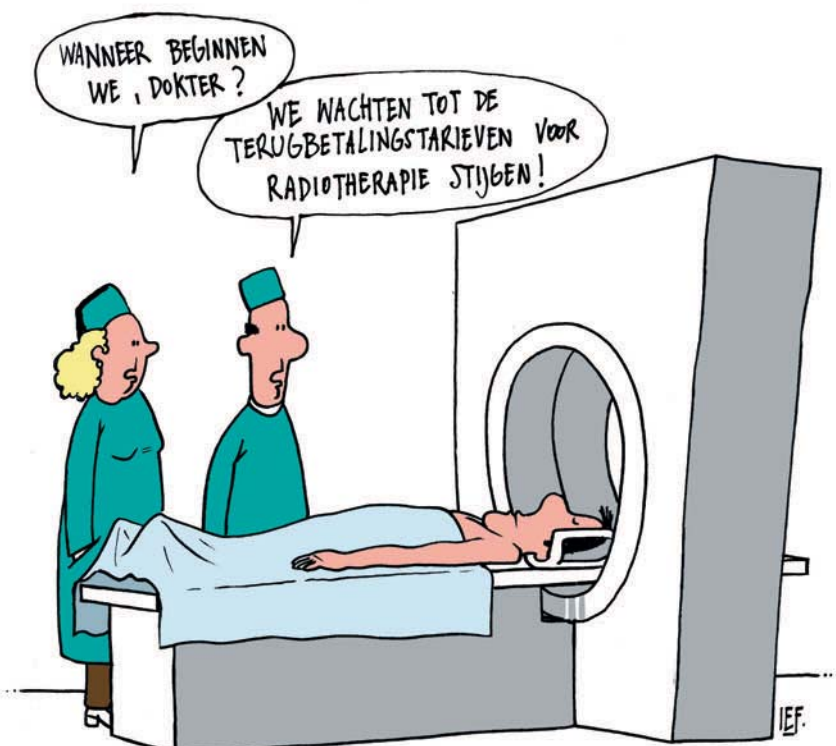
heden op beide terreinen in een functioneler design integreert, wordt het binnenkort mogelijk moeilijk te bestralen kankers op een geïndividualiseerde manier te genezen. Vlaanderen is met de Herculesstichting een belangrijke sponsor van het project

ELKE PATIËNT ZIJN THERAPIE

Dirk Verellen: “De radiotherapie heeft lang gesteund op populatiegebonden statistische gegevens. In de groep patiënten met eenzelfde soort kanker helpt die molecule of die radiotherapie. Via statistieken leidde men dan de overlevingskans af. Die aanpak werkt voor het merendeel van de groep, maar niet voor iedereen. De ene groep wordt overbehandeld, de andere groep onderbehandeld. Men negeert de enorme heterogeniteit in een groep patiënten, ook wat de respons van tumoren op de behandeling betreft.”

“Tegenwoordig streeft radiotherapie naar een individuele aanpak, mede dankzij de genetische kennis. In plaats van te vertrouwen op het standaardwerk van Carlos Perez, dat voorschrijft hoe je welk veld voor welk soort tumor moet bestralen, kiezen we nu voor een behandeling op maat van de individuele patiënt. Met intensiteitsgemoduleerde radiotherapie (IMRT) boetsen we de dosis rond de tumor. Er zijn ook technieken die ons in staat stellen om de tumor te zien voor of tijdens de behandeling. We willen geen gezonde organen treffen.”

“Bij prostaatkanker gebeurt de behandelingsvoorbereiding meestal aan de hand van CT-scans van de patiënt. Met deze beelden maken we in onze computer een virtuele patiënt en berekenen we de dosis voor het te bestralen veld. Op het moment dat we met de bestraling beginnen, moeten we zicht hebben op de tumor. Bij een longtumor is dat ook tijdens de bestraling vereist, want de tumor beweegt op en neer met de ademhaling van de patiënt. De technologie die ons die informatie levert, noemen we Image Guided Radiotherapy (IGRT).”



FLUOROSCOPIE EN INFRAROOD

“Er zijn verschillende varianten”, vervolgt Verellen. “Men kan net voor de behandeling CT-scans nemen van de patiënt op de tafel en die vergelijken met CT-scans die gebruikt zijn om de dosis te berekenen. Via een automatisch aangestuurde tafel kan men de patiënt een identieke positie laten innemen als tijdens de voorbereiding. Op dat moment kan men veilig bestralen op voorwaarde dat er in de anatomie geen verandering optreedt.”

“Door de doorlichting van de patiënt op de tafel en een feedbackloop die de beeldinformatie terugzendt naar ons toestel kunnen we vermijden dat er te veel weefsel bestraald wordt. Een eerste manier is de zogenaamde ademhalingsgesynchroniseerde *gated therapy*, zoals met de Novalis. Dankzij fluoroscopie-beeldvorming die via infraroodtrackers op de patiënt de ademhaling volgt, weten we wat de positie van de tumor zal zijn op een bepaald moment in de tijd. We laten het toestel alleen stralen op het punt in de ademhalingscyclus dat de tumor perfect in ons bestralingsveld ligt.”

“Het nadeel is dat je twee derde van de tijd niet straalt, zodat de patiënt lang op de tafel moet liggen in een positie die weinig comfortabel is. Uniek aan het Vero-systeem is dat we de lineaire versneller aansturen om de tumor tijdens de ademhaling continu te volgen. Dat noemen we ademhalingsgesynchroniseerde *tracking therapy*. Door de afbakening van een klein bestralingsveld dat gezond longweefsel spaart, kunnen we de gewenste agressieve doses toedienen. Dankzij de beeldvormingstechnieken kunnen we ook rekening houden met de respons van de tumor. Als de tumor krimpt en de gezonde weefsels verschuiven, passen we de bestraling aan.”

“Een volgende stap is het in beeld brengen van functionele eigenschappen van de tumor, zoals de proliferatiesnelheid van de cellen en de gebieden met weinig zuurstof (hypoxia). Waar weinig zuurstof is, is ook weinig bloedtoevoer en gaan de cellen in een soort slaaptoestand. Op die cellen heeft zowel chemo- als radiotherapie minder effect (te vergelijken met resistentie). Als we zien waar in de tumor hypoxia voorkomt, weten we dat we daar grotere doses moeten geven.”

BETER LEVEN NA BESTRALING

“De geïndividualiseerde aanpak”, besluit Verellen, “zal de kwaliteit van het leven na de bestraling verbeteren. Dat mensen bijvoorbeeld de rest van hun leven een droge mond hebben en geen vast voedsel meer kunnen innemen, is tegenwoordig te vermijden bij bestraling van hoofd-halstumoren. De kwaliteit van de kankerbehandeling zou in België met een sprong vooruitgaan als alle centra zouden kunnen



Professor Dirk Verellen (UZ Brussel): “Het is frustrerend dat het grote geld naar chemotherapie gaat. Die chemo geneest slechts 5% van de kankers. Het is onvoldoende geweten dat radiotherapie het bij de afweging van kosten en baten goed doet.”

DE KWALITEIT VAN DE KANKERBEHANDELING IN BELGIË ZOU FEL VOORUITGAAN ALS ALLE CENTRA KONDEN INVESTEREN IN GEAVANCEERDE TOESTELLEN.

investeren in geavanceerde toestellen. Maar dat is alleen mogelijk als de terugbetalingstarieven van de radiotherapie stijgen. Het is frustrerend dat het grote geld naar chemotherapie gaat. Die chemo geneest slechts 5% van de kankers. Het besef dat radiotherapie het bij de afweging van kosten en baten zeer goed doet, is onvoldoende doorgedrongen.”

► Reacties welkom op www.weliswaar.be/forum

VLAANDEREN MEDISCH CENTRUM

PROFIEL VOOR 'VLAANDEREN MEDISCH CENTRUM' SLOEGEN VLAAMS MINISTER-PRESIDENT KRIS PEETERS, MINISTER VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN JO VANDEURZEN EN MINISTER VOOR WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK EN INNOVATIE INGRID LIETEN DE HANDEN IN ELKAAR. HET IS HUN AMBITIE OM DE VERGRIJZENDE VLAAMSE BEVOLKING TE LATEN PROFITEREN VAN EEN DUURZAME WELVAARTS-INJECTIE. **TEKST ERIC BRACKE**

De samenwerking van academische onderzoekers en de bedrijfswereld leidt tot de internationale commercialisering van medische apparaten, zorgmiddelen en diensten. Het kankerbestralingstoestel Vero, dat momenteel in ontwikkeling is in het UZ Brussel, is een mooi voorbeeld van de manier waarop de overheid de omzetting van onze knowhow in klinische topproducten mee mogelijk maakt. In Limburg laat professor Piet Stinissen met zijn platform LifeTechLimburg al langer onderzoek in de levenswetenschappen, kennisinstellingen en bedrijven samenkomen. Het Jan Yperman Ziekenhuis in

leper anticipeerde jaren geleden al op het transnationaal patiëntenverkeer dat binnenkort, met de op handen zijnde EU-richtlijn, wellicht flink zal toenemen. Tegen die tijd wil Vlaanderen Medisch Centrum klaar zijn om het gunstige imago van de Vlaamse gezondheidszorg internationaal te valoriseren. Minister Vandeurzen denkt in dat verband aan een accreditatiesysteem met duidelijke criteria, dat zorginstellingen de kans moet bieden zich internationaal te profileren. Tegelijk zullen de zorginstellingen moeten aantonen, via de zorgstrategische planning, dat het behandelen van buitenlandse patiënten de toegang voor de in België verzekerde patiënten niet belemmert.



- ▶ www.vlaandereninactie.be
- ▶ Reacties welkom op www.weliswaar.be/forum

LIMBURG: KLOPPEND HART VAN DE LEVENSWETENSCHAPPEN

Professor Piet Stinissen, directeur van het Biomedische Onderzoeksinstituut (Biomed) van de Universiteit Hasselt, zet zich al drie jaar in om van de regio Maas en Rijn het kloppende hart van de *life sciences* sector te maken. Daarvoor stichtte hij naar Nederlands en Duits voorbeeld het platform LifeTechLimburg.be. Op die manier wil de universiteit, in de geest van Vlaanderen Medisch Centrum, bruggen slaan tussen bedrijven, kennisinstellingen en ziekenhuizen op het vlak van de levenswetenschappen. De studie van de levensprocessen bij mens, dier en plant levert geregeld nieuwe kennis op die toepassingen vindt in de gezondheidszorg, de farmaceutica en de agro- en voedingsindustrie. De samenwerking rond de cluster van levenswetenschappen moet ook jonge biomedische bedrijven naar

Limburg lokken. Een recent voorbeeld daarvan is het nieuwe biotechnologiebedrijf Amakem NV. Het bedrijf is in februari 2010 opgericht door drie ex-werknemers van het beursgenoteerde biotechnologische bedrijf Devgen uit Zwijnaarde. Amakem wil de knowhow ontwikkelen die Devgen in zijn voormalige farma-afdeling had verworven met betrekking tot lokale behandelingsmethodes voor belangrijke chronische aandoeningen, zoals de oog-aandoening glaucoom, astma en chronische obstructieve longaandoeningen (COPD). COPD is de verzamelnaam voor chronische bronchitis en longemfyseem, een aandoening waarbij de wand van de longblaasjes is beschadigd.

Devgen ontving voor zijn inbreng aan activa, intellectuele eigendomsrechten en kennis een aandeel van 21% in de nieuwe onderneming. De financieringsronde voor Amakem werd geleid door een dochter van de Limburgse Reconvertiemaatschappij (LRM).