

INTRO

Nr. 80 - Maart 2025

Medisch informatieblad Sint-Franciscusziekenhuis Heusden-Zolder

Geschiedenis SFZ

Monitoring hartfalen

Rugpathologie

Werking vrijwilligers



Heb je onze digitale telefoongids al ontdekt?



In het belang van de patiënten is een vlot contact tussen verwijzers en artsen in SFZ essentieel. Om de communicatielijnen te verkorten, hebben we een digitale telefoongids ontwikkeld.

De voordelen van onze digitale telefoongids

- Overzicht per discipline
- Uitgebreide contactinfo per arts
- Rechtstreeks contact met onze artsen



Scan de QR-code en blader door onze digitale telefoongids.



Nog geen toegang tot onze digitale telefoongids?

Stuur een mail naar communicatie@sfz.be.

Beste lezers,

Dit speciale nummer van *Intro* staat in het teken van een bijzonder jubileum: 100 jaar zorg in het Sint-Franciscusziekenhuis Heusden-Zolder. Dit biedt ons een unieke gelegenheid om terug te blikken op een eeuw van toewijding, innovatie en zorg voor onze patiënten. Het is een moment om stil te staan bij de rijke geschiedenis van ons ziekenhuis en de vele mijlpalen die we samen hebben bereikt.

Het Sint-Franciscusziekenhuis werd op 20 oktober 1925 opgericht door de Grauwzusters van Zoutleeuw, op verzoek van de overste van de Franciscanen van Heusden-Zolder, om zorg te bieden aan de mijnwerkersbevolking. Stapsgewijs groeide het ziekenhuis: in 1928 werden een operatiezaal, apotheek en washuis toegevoegd, gevolgd door een röntgenzaal, verloskamer, materniteit, zaal voor inwendige ziekten en kinderafdeling.

Vandaag is het ziekenhuis uitgegroeid tot een moderne zorginstelling, uitgerust met robotica, AI-technologie en vele andere innovatieve technieken in apotheek, operatiezaal, spoedgevallen en intensieve zorgen. Met bijna 1.000 zorgverleners staan we dagelijks klaar voor onze patiënten. Het ziekenhuis blijft zich ontwikkelen en uitbreiden om te voldoen aan de zorgnoden van de toekomst. Zo startte in januari 2025 de bouw van een nieuwe ziekenhuisvleugel, die naar verwachting eind 2026 in gebruik zal worden genomen.

In deze editie richten we ons ook op de zorgrelatie tussen zorgverlener en patiënt, een fundament van de medische praktijk dat door de jaren heen is geëvolueerd. De relatie tussen zorgverlener en patiënt is van cruciaal belang voor het succes van de behandeling en het welzijn van beide partijen. We beschrijven hoe deze relatie zich heeft ontwikkeld en welke

rol patiëntbetrokkenheid hierin speelt. De actieve participatie van patiënten in hun eigen zorgproces is essentieel voor betere gezondheidsuitkomsten en een meer bevredigende zorgervaring.

Daarnaast werpen we een blik op de onmisbare rol van vrijwilligers in ons ziekenhuis. Hun inzet verhoogt niet alleen de tevredenheid en het comfort van de patiënt, maar draagt ook bij aan effectievere behandelingen.

Ook innovaties in de zorgsector krijgen aandacht. Een baanbrekende ontwikkeling is de introductie van telemonitoring. De dienst cardiologie van SFZ heeft in februari de goedkeuring en erkenning voor telemonitoring bij hartfalenpatiënten van het Riziv ontvangen – en daar zijn we trots op. Deze technologie stelt ons in staat om patiënten op afstand te volgen en te ondersteunen, maar ook om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Telemonitoring biedt de mogelijkheid om real-timegegevens te verzamelen en te analyseren, waardoor zorgverleners sneller kunnen ingrijpen bij veranderingen in de gezondheidstoestand van de patiënt. Dit leidt tot een meer proactieve en gepersonaliseerde benadering van zorg.

Verder belichten we hoe het ziekenhuis zijn oncologische zorg blijft verbeteren, met meer comfort en kortere wachttijden



Dr. Steven Pans,
medisch directeur

als speerpunten. De medewerkers van onze oncologie dagzaal en apotheek hebben het traject hertekend, in samenspraak met de patiënt. De eerste resultaten zijn alvast veelbelovend.

Een frequente reden voor werkonbekwaamheid en pijn is de rugpathologie. De verschillende diensten in SFZ bieden verschillende trajecten aan, op maat van de patiënt, om rug- en nekproblemen te behandelen. In de nabije toekomst willen we deze expertise bundelen in een gespecialiseerd spine center.

We hopen dat deze editie u inspireert en informeert over de voortdurende evolutie van de zorg en de onmisbare rol van innovatie en samenwerking tussen patiënt en zorgverlener. Laten we samen blijven streven naar veilige en kwalitatieve topzorg voor onze patiënten. Het is onze plicht én ons voorrecht om de zorg van morgen vorm te geven, met expertise die steunt op het verleden en met visie op de toekomst.

We danken u, patiënten en verwijzers, voor een eeuw vertrouwen. Onze grote waardering gaat ook uit naar alle medewerkers, zorgverleners en artsen die aan de zijde van patiënten blijven staan, als architecten vanuit het verleden en voor de toekomst. Een eeuw groot engagement! Trots op jullie allen!



Een eeuw zorg en innovatie: de geschiedenis van het Sint-Franciscusziekenhuis



Heusden-Zolder, ooit een rustige, landelijke gemeente, onderging in de vroege 20e eeuw een ingrijpende verandering met de ontdekking van steenkool. De mijnindustrie bloeide, en de regio werd overspoeld door mijnwerkers, wat leidde tot een multiculturele gemeenschap en een groeiende zorgbehoefte. Pater Albertus Lismont van de Minderbroeders en moeder Benedicta van de Grauwzusters speelden een sleutelrol in de oprichting van een ziekenhuis in de wijk Berkenbos. Dankzij een samenwerking tussen de paters en de zusters werd een gasthuis opgericht om de medische noden van de gemeenschap te vervullen.

Moeder Benedicta en de zusters uit Zoutleeuw zetten de eerste stappen voor de realisatie van het gasthuis. Na goedkeuring van de kerkelijke autoriteiten begon de bouw, en het ziekenhuis opende met een dertigtal bedden. Het groeide stapsgewijs en kreeg in 1928 een operatiezaal, apotheek en washuis. In 1932 volgde een zaal voor radiodiagnose. Tijdens de Tweede Wereldoorlog breidde het ziekenhuis verder uit met extra ziekenzalen en een mobiele röntgeninstallatie. Begin 1953 startte de bouw van een refter, slaapzaal en een nieuw moederhuis.

De modernisering zette zich door. In juni 1953 nam de dienst Inwendige Ziekten zijn intrek in de verdieping boven het moederhuis. Vanaf 1958 volgden de bouwwerken die geëist werden door het ministerie van Gezondheid, met de bouw van de dienst geneeskunde en werken aan de technische diensten: operatiezaal, röntgenzaal en laboratorium. Ook de burelen, de telefooncentrale, de keuken, het washuis en de dienst heilkunde werden grondig verbouwd. In 1965 werd een dienst pediatrie uitgebouwd, en in 1969 werden burelen omgevormd tot een aparte verloskamer en drie arbeidskamers.

Op 19 december 1973 kreeg het ziekenhuis toestemming om uit te breiden, maar de slechte staat van de oude kliniek – als gevolg van mijnverzakkingen – dwarsboomde deze plannen. In 1975 gaf het ministerie groen licht voor een nieuwbouw. Het nieuwe ziekenhuis werd op 25 september 1985 in gebruik genomen.

Na de fusie met de Sint-Annakliniek in Beringen groeide het beddenbestand verder, en in 1993 startte SFZ met een eerste afdeling daghospitalisatie.



SFZ biedt
specialistische zorg
dicht bij de patiënt en
zet in op centralisatie
van zorg waar dit
een meerwaarde is.

In 2000 volgde de opening van het medisch centrum Beringen.

Het ziekenhuis startte een samenwerking met de dienst 100 en de brandweer om via de Mobiele Urgentie Groep (MUG) dringende medische zorg ter plaatse te verlenen. De afgelopen jaren onderging het ziekenhuis grondige renovaties en investeerde het in moderne technologieën zoals een MRI-toestel, operatierobot en AI-toepassingen. Ook verschillende afdelingen, waaronder het verloskwartier, kregen een volledige renovatie.

Al een eeuw lang staat het Sint-Franciscusziekenhuis voor toewijding en zorg aan jouw zijde. Ook in de toekomst blijft het ziekenhuis inzetten op kwalitatieve zorg, afgestemd op de reële zorgnoden. Als regionaal ziekenhuis wil SFZ een schakel zijn in het zorgtraject van de patiënt, met een goede integratie en afstemming met andere zorgactoren. Het ziekenhuis biedt daarom specialistische zorg aan dicht bij de patiënt en zet in op centralisatie van zorg waar dit een toegevoegde waarde is. Zo werkt het ziekenhuis o.a. aan een meer doorgedreven samenwerking met partnerziekenhuizen Jessa en Vesalius.

Om in te spelen op de veranderende en stijgende zorgvraag startte SFZ dit jaar met de bouw van een volledig nieuwe ziekenhuisvleugel, die zal bestaan uit vijf verdiepingen met elk een specifieke doelgroep. Dat betekent niet alleen een vervanging van de huidige afdelingen, maar ook een uitbreiding van de bestaande capaciteit van het ziekenhuis. Zo is er in de nieuwbouw ruimte voor een oncologisch en inwendig dagziekenhuis, een multifunctioneel ambulant behandelcentrum en een nieuwe geriatrische en psychiatrische afdeling.

Het ziekenhuis blijft focussen op patiëntbeleving en -participatie. Begrijpelijke informatie over behandelingen helpt patiënten bewuste keuzes te maken in samenspraak met hun zorgverleners. Daarnaast organiseert het ziekenhuis regelmatig feedbacksessies, zoals tevredenheidsenquêtes en patiëntenpanels, die bijdragen aan een optimale patiëntenzorg. Op deze manier wil het Sint-Franciscusziekenhuis ook de volgende 100 jaar toewijding en topkwalitatieve zorg blijven bieden, afgestemd op de patiënten en hun naasten uit de regio.



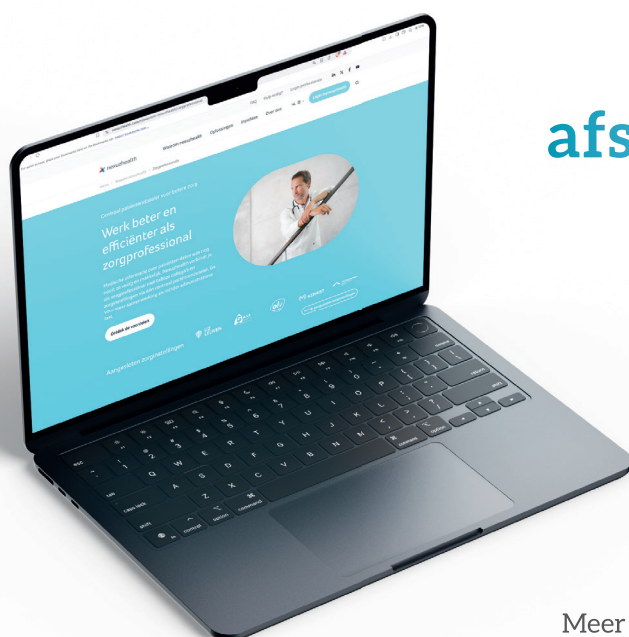
SAVE THE DATE

18 oktober 2025
Watt 17, Heusden-Zolder

SYMPOSIUM

EEN EEUW TOEWIJDING EN ZORG

10 JAAR
AAN JOUW ZIJDE SFZ



Online afspraken maken in SFZ

Sinds kort kan je als huisarts rechtstreeks online afspraken maken in SFZ voor je patiënten.

Momenteel kan dit al voor orthopedie, neurochirurgie en NKO.

In de toekomst komen er nog specialismen bij. Voordat je online afspraken kan inplannen, moet je je wel eenmalig registreren in Nexuzhealth Consult.

Meer info? Ga naar www.sfz.be/huisartsen



Rug- en nekpathologie: een gestructureerde aanpak

Dr. Sam Klein, neurochirurg

Rug- en neklachten behoren tot de meest voorkomende redenen voor een consultatie bij de huisarts. Ongeveer 60-80% van de mensen krijgt in de loop van zijn leven te maken met lage rugpijn, en jaarlijks ervaart 15-45% van de volwassenen rugklachten. De differentiële diagnose is breed en varieert van banaal tot potentieel ernstig. Dit artikel biedt een overzicht van de belangrijkste oorzaken, alarmsymptomen en indicaties voor doorverwijzing naar de neurochirurg, gebaseerd op de klinische richtlijnen van het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).¹

Veelvoorkomende oorzaken

1. **Aspecifieke lage rugpijn:** De meest voorkomende oorzaak van rugklachten, vaak gerelateerd aan musculaire overbelasting, een slechte houding of degeneratieve veranderingen. Een specifieke vorm hiervan is het facetair syndroom, waarbij degeneratie van de facetgewrichten lage rugpijn en pseudoradiculaire uitstralende pijn veroorzaakt. De behandeling bestaat uit analgesie, mobilisatie en oefentherapie, eventueel aangevuld met interventionele pijntherapie zoals facetinfiltraties of radiofrequente denervatie van de mediale zenuwtakjes naar het facetgewricht.
2. **Discushernia:** Compressie van een zenuwwortel kan radiculare klachten veroorzaken. Zolang deze beperkt blijven tot pijn en/of sensibele stoornissen, volstaat een conservatief beleid met pijnstilling en kinesiotherapie. Bij aanhoudende klachten kan interventionele pijntherapie, zoals epidurale infiltraties met steroïden, aangewezen zijn. Als de radiculare compressie gepaard gaat met alarmsymptomen zoals motorische zwakte of blaas- en sfincterstoornissen, is dringende heekunde noodzakelijk. Dat geldt ook bij ernstige persistente radiculare pijn zonder verbetering na 6 weken.

3. **Spinale stenose:** Vooral bij ouderen, gekenmerkt door neurogene claudicatio met pijn en zwakte in de benen bij wandelen. De behandeling begint conservatief en kan uitgebreid worden met epidurale infiltraties. Bij therapieresistentie kan chirurgie overwogen worden.
4. **Spondylolisthesis:** Een verschuiving van een wervel ten opzichte van de onderliggende wervel kan lage rugpijn en radiculare klachten geven. De aanpak varieert afhankelijk van de ernst.
5. **Inflammatoire en infectieuze oorzaken:** Spondylodiscitis en ziektebeelden zoals spondylitis ankylosans moeten worden overwogen bij nachtelijke pijn en ochtendstijfheid die langer dan een uur aanhoudt. Ook een voorgeschiedenis van inflammatoire darmziekten of uveïtis kan wijzen op inflammatoire spondyloarthritis. Hoewel een spondylodiscitis tot op heden vooral langdurig met antibiotherapie wordt behandeld, tonen recente internationale studies – waaraan onze dienst Neurochirurgie heeft bijgedragen – aan dat in bepaalde gevallen vroegtijdige heekunde betere resultaten geeft.^{2,3}
6. **Maligniteit:** Metastasen of primair spinaal letsel kunnen zich presenteren met progressieve pijn, nachtelijke pijn en neurologische uitval.

Rode vlaggen of alarmsymptomen

Bij rugklachten is het cruciaal om rode vlaggen te herkennen die kunnen wijzen op ernstige onderliggende pathologie. De KCE-richtlijnen beschrijven verschillende rode vlaggen:

- **Infectieuze oorzaken:** koorts, nachtelijke pijn, voorgeschiedenis van infecties of immunosuppressie, verhoogd CRP bij bloedanalyse, recente chirurgische ingreep
- **Maligniteit:** onverklaarde gewichtsafname, voorgeschiedenis van kanker, ernstige nachtelijke pijn, recente klachten bij leeftijd < 18 jaar of > 55 jaar
- **Fracturen:**
 - **Traumatisch:** hoogenergetisch trauma, rugpijn na trauma met spondylitis ankylosans
 - **Pathologisch:** rugpijn na mineur trauma of zelfs zonder notie van trauma bij langdurig gebruik van corticosteroïden, osteoporose, voorgeschiedenis van kanker
- **Neurologische noodgevallen:**
 - **Cauda equina syndroom:** urine-retentie, fecale incontinentie, perianale hypo-esthesie, bilaterale radiculare pijn
 - **Wijdverspreide neurologische symptomen:** piramidale tekenen, coördinatieproblemen, gangstoornissen, motorische of gevoelsstoornissen...
 - **Ernstig motorisch deficit:** MRC-score (Medical Research Council) ≤ 3 sinds minder dan 48 uur

- **Inflammatoire oorzaken:** ochtendstijfheid langer dan 30 minuten, verbetering met beweging, constante progressieve niet-mechanische pijn, voorgeschiedenis van inflammatoire gewrichtsziekten
- **Varia:**
 - o toenemende postoperatieve pijn
 - o onhoudbare therapieresistente lage rugpijn > 6 weken
 - o piramidale tekenen
- **Zwarte vlaggen:** werkgerelateerde factoren zoals lage werktevredenheid, zware fysieke belasting of een ongunstig sociaal klimaat op de werkplek, die re-integratie kunnen bemoeilijken
- **Blauwe vlaggen:** Perceptie van werk door de patiënt, zoals de overtuiging dat terugkeer naar werk onmogelijk is vanwege pijn, wat het herstelproces negatief kan beïnvloeden. Het herkennen van deze factoren helpt bij het opstellen van een multidisciplinaire aanpak om chronische rugklachten en langdurige arbeidsongeschiktheid te voorkomen.

Een snelle herkenning en tijdige verwijzing zijn essentieel om ernstige complicaties te voorkomen (zie tabel 1).

Risico-stratificatie op basis van psychosociale factoren

Naast de rode vlaggen is het bij rugpijnklachten ook van belang om psychosociale factoren in kaart te brengen die het herstel kunnen beïnvloeden. De KCE-richtlijnen hanteren volgende indeling:

- **Gele vlaggen:** psychologische risicofactoren zoals angst, depressie, catastrofaal denken en vermijdingsgedrag die het herstel kunnen vertragen
- **Oranje vlaggen:** ernstigere psychische stoornissen, zoals een klinische depressie of posttraumatische stressstoornis, die gespecialiseerde zorg vereisen

Wanneer doorverwijzen?

Volgens de KCE-richtlijnen is doorverwijzing naar een specialist aangewezen bij:

- patiënten met alarmsymptomen (cfr. eerder aangehaald)
- persisterende radicaire pijn langer dan zes weken zonder verbetering ondanks conservatieve therapie of onhoudbare radicaire pijn
- progressieve neurologische uitval
- invaliderende spinale stenose of spondylolisthesis
- overweging van invasieve interventies zoals epidurale infiltraties of chirurgische decompressie

Interventioneel pijncentrum

In het interventioneel pijncentrum kunnen patiënten met wervelkolomproblemen behandeld worden aan de hand van gerichte infiltraties. Epidurale infiltraties, facetgewrichtsinfiltraties en radiofrequente denervatie kunnen helpen bij het verlichten van pijn en het verbeteren van de mobiliteit, vooral bij patiënten met chronische rugklachten of radicaire pijn. Deze minimaal invasieve technieken bieden een waardevol alternatief voor patiënten die nog niet in aanmerking komen voor chirurgie of bij wie een conservatieve aanpak onvoldoende effect heeft.

Multidisciplinair Spine Consult (MSC)

Voor complexe patiënten met chronische rugklachten of multifactoriële problematiek kan overleg binnen een Multidisciplinair Spine Consult (MSC) aangewezen zijn. Hierin werken neurochirurgen, anesthesisten met ervaring in de algologie en revalidatieartsen samen om een geïntegreerd behandelplan op te stellen. Dit overleg helpt bij het bepalen van de optimale behandeling, inclusief conservatieve therapieën, interventionele pijnbestrijding en chirurgische opties. Een MSC kan aangewezen zijn bij patiënten met chronische rug- of nekpijn waarbij een chirurgische ingreep overwogen wordt, zeker bij complexe gevallen zoals revisiechirurgie of fusies op meerdere niveaus. Ook bij persisterende radicaire pijn langer dan zes maanden, onvoldoende effect van langdurige conservatieve therapie of recidiverende pijn na meerdere interventionele behandelingen kan een MSC nuttig zijn. Verder wordt het ingezet bij patiënten waar neuromodulatie of vertebro-/kyfoplastie overwogen wordt, en in gevallen met verhoogd risico op een ongunstige prognose.

Tabel 1. De MRC-schaal (Medical Research Council) voor spierkracht

Graad	Krachtbeoordeling	Beschrijving
0	Geen contractie	Volledige verlamming, geen waarneembare spieractiviteit
1	Spiercontractie zonder beweging	Minimale spieractiviteit, maar geen zichtbare beweging van het gewricht
2	Beweging zonder zwaartekracht	Beweging wanneer de zwaartekracht wordt geëlimineerd (bijvoorbeeld in een horizontaal vlak)
3	Beweging tegen zwaartekracht	Beweging tegen de zwaartekracht in, maar zonder weerstand
4	Beweging tegen matige weerstand	Kracht is verminderd, maar de patiënt kan nog steeds enige weerstand overwinnen
5	Normale spierkracht	Volledige kracht, symmetrisch ten opzichte van de andere zijde

Innovatie in de opvolging: de Back-App

Binnen onze groep van neurochirurgen werd de Back-App ontwikkeld, een digitale tool waarmee patiënten hun klachten kunnen opvolgen via gevalideerde vragenlijsten.⁴ Deze applicatie biedt waardevolle inzichten in pijnbeleving, functionele beperkingen en de impact op de levenskwaliteit.

Door systematisch data te verzamelen, kunnen wij beter inschatten welke behandeling het meest geschikt is. De Back-App draagt bij aan een meer objectieve evaluatie en ondersteunt multidisciplinaire zorg, waarbij behandelingen beter afgestemd worden op individuele noden. Afhankelijk van in welk profiel de patiënt past, kan de best aangepaste zorg gekozen worden. Dat is bij elke patiëntengroep anders. Iemand met rugpijn, angst om te bewegen en duidelijke functionele beperkingen zal bijvoorbeeld best multidisciplinair behandeld worden. Dan kan de oorzaak van de pijn behandeld worden en kan het functioneren van de patiënt mee

opgebouwd worden door collega's van de fysische geneeskunde of door kinesisten. Het model met vragenlijsten helpt ons bij het plannen van de zorg.

Spinale navigatie

Het SFZ Ziekenhuis zal binnenkort investeren in spinale navigatietechnologie om wervelkolomchirurgie veiliger en preciezer uit te voeren. Spinale navigatie fungeert als een GPS-systeem voor chirurgen, waardoor ze in real-time een 3D-weergave van de wervelkolom krijgen tijdens operaties. Dit stelt hen in staat om instrumenten nauwkeurig te geleiden en kritieke structuren te vermijden, wat het risico op complicaties vermindert en de uitkomsten voor patiënten verbetert. Bovendien kan deze technologie de operatietijd verkorten en de noodzaak voor heroperaties verminderen. De implementatie van spinale navigatie in het SFZ Ziekenhuis benadrukt onze toewijding aan het leveren van hoogwaardige, innovatieve zorg voor patiënten met rug- en wervelkolomaandoeningen.

Neurochirurgische expertise binnen het Andreaz-ziekenhuisnetwerk

Onze neurochirurgische dienst maakt deel uit van het bredere Andreaz-ziekenhuisnetwerk, een samenwerking tussen verschillende ziekenhuizen om hoogwaardige en gespecialiseerde zorg te bieden. Binnen dit netwerk behandelen wij niet alleen wervelkolompathologie, maar ook complexe neurochirurgische aandoeningen zoals hersentumoren, hypofyse-adenomen, neurovasculaire aandoeningen en hydrocefalie. Dankzij deze samenwerking kunnen patiënten rekenen op een multidisciplinaire aanpak en de nieuwste technologische ontwikkelingen in de neurochirurgie. Door de krachten te bundelen binnen Andreaz wordt expertise gedeeld en wordt de patiëntenzorg verder geoptimaliseerd.

Conclusie

Een gestructureerde aanpak van rug- en nekpathologie is fundamenteel belangrijk, waarbij een snelle herkenning van alarmsymptomen essentieel is om ernstige aandoeningen tijdig te behandelen. De dienst neurochirurgie maakt gebruik van een evidence-based aanpak voor de behandeling van rug- en nekpathologie. Met de Back-App maakt de dienst gebruik van een innovatieve methode om patiënten objectiever op te volgen en de zorg verder te optimaliseren. Met de toekomstige implementatie van spinale navigatie blijft het SFZ Ziekenhuis investeren in veilige en effectieve behandelingen voor patiënten met rug- en nekpathologie.

1. Van Wambeke P., Desomer A., Ailliet L., Berquin A., Demoulin C., Depreitere B., Dewachter J., Dolphens M., Forget P., Fraselle V., Hans G., Hoste D., Mahieu G., Michielsens J., Nielens H., Orban T., Parlevliet T., Simons E., Tobbackx Y., Van Schaeybroeck P., Van Zundert J., Vanderstraeten J., Vlaeyen J., Jonckheer P. Klinische Richtlijn rond lage rugpijn en radiculare pijn. Good Clinical Practice (GCP). Brussels. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2017. KCE Reports 287A. DOI: 10.57598/R287AS.
2. Raymaekers V, Roosen G, Put E, Vanvolsem S, Achahbar SE, Meeuws S, Plazier M, Wissels M, Bamps S. Extreme Lateral Interbody Fusion as a Feasible Treatment for Thoracolumbar Spondylodiscitis: A Multicenter Belgian Case-Series. World Neurosurg. 2023 Apr;172:e299-e303. doi: 10.1016/j.wneu.2023.01.011.
3. Kramer A, Thavarajasingam SG, Neuhoﬀ J, Lange F, Ponniah HS, Lener S, Thomé C, Stengel FC, Fischer G, Hostettler IC, Stienen MN, Jemna M, Gousias K, Nedeljkovic A, Grujicic D, Nedeljkovic Z, Poluga J, Schär RT, Urbanski W, Sousa C, Casimiro CDO, Harmer H, Ladisich B, Matt M, Simon M, Pai D, Doenitz C, Mongardi L, Lofrese G, Buchta M, Grassner L, Trávníček P, Hosszú T, Wissels M, Bamps S, Hamouda W, Panico F, Garbossa D, Barbato M, Barbarisi M, Pantel T, Gempt J, Kasula TS, Desai S, Vitowanu JM, Rovčanin B, Omerhodzic I, Demetriades AK, Davies B, Shiban E, Ringel F. Management of severe pyogenic spinal infections: the 2SICK study by the EANS spine section. Spine J. 2024 Dec 12:S1529-9430(24)01196-3. doi: 10.1016/j.spinee.2024.12.018.
4. Raymaekers V, Meeuws S, Goudman L, der Steen GV, Moens M, Vanloon M, Ridder D, Menovsky T, Vesper J, Plazier M. Patient profiling and outcome assessment in spinal cord stimulation for chronic back and/or leg pain (the PROSTIM study): a study protocol. Pain Manag. 2023 Dec;13(12):677-687. doi: 10.2217/pmt-2023-0103. Epub 2023 Dec 6. PMID: 38054386.

Telemonitoring bij hartfalen: een innovatieve stap in zorgverlening

Dr. Sarah Stroobants, cardioloog



Hartfalen is een chronische aandoening die een nauwgezette opvolging vereist. Voor patiënten met een recente episode van gedecompenseerd hartfalen is het cruciaal om achteruitgang na ontslag uit het ziekenhuis tijdig te detecteren en snel therapieaanpassingen door te voeren om zo een heropname te vermijden.

In maart 2025 startte het Sint-Franciscusziekenhuis met een nieuw initiatief: telemonitoring voor hartfalenpatiënten. Dit innovatieve zorgtraject biedt een belangrijke ondersteuning aan patiënten die recent een episode van gedecompenseerd hartfalen hebben doorgemaakt, en wordt mede mogelijk gemaakt door overheidssteun binnen het project Telemonitoring Prescription. Met behulp van telemonitoring kunnen we essentiële gezondheidsparameters, zoals bloeddruk en gewicht, nauwgezet

opvolgen. Dit stelt zorgverleners in staat om vroegtijdig in te grijpen bij afwijkende waarden en zo complicaties te verminderen. Hierdoor kunnen ziekenhuisopnames voorkomen worden en leidt het tot een verbeterde levenskwaliteit van de patiënten.

Hoe pakken we dit praktisch aan?

Patiënten kunnen worden opgenomen in het telemonitoringprogramma tijdens een hospitalisatie voor gedecompenseerd hartfalen op voorschrift van de cardioloog. De hartfalenverpleegkundigen spelen hierbij een centrale rol: zij verzorgen niet alleen de educatie over hartfalen, maar begeleiden ook de opstart van de telemonitoring. Dit houdt in dat de patiënt of diens zorgverlener een mobiele applicatie op de smartphone geïnstalleerd krijgt, die via bluetooth gekoppeld wordt met een digitale weegschaal en bloeddrukmeter. De meetgegevens worden zo automatisch doorgestuurd naar het telemonitoringsplatform van Remecare, waar deze toegankelijk zijn voor hartfalenverpleegkundigen en cardiologen voor opvolging.

Tijdens de eerste twee weken na de opstart worden de doorgestuurde waarden tijdens werkdagen 1 keer per dag opgevolgd door de hartfalenverpleegkundigen. Bij belangrijke afwijkingen wordt er telefonisch contact opgenomen met de patiënt, waarna eventuele aanpassingen in de therapie (zoals diuretica of andere hartfalen therapie) kunnen worden doorgevoerd. Na deze initiële periode blijven patiënten gedurende drie tot zes maanden dagelijks meten, maar wordt hun dossier enkel bekeken wanneer er een melding binnenkomt dat er een alarmwaarde wordt overschreden. In dat geval neemt de hartfalenverpleegkundige opnieuw contact op met de patiënt en kunnen er eventuele wijzigingen aan de therapie doorgevoerd worden. Het is dus geen continue monitoring, maar voornamelijk een tool om verbeterde opvolging mogelijk te maken.

In principe stopt de telemonitoring na zes maanden als de patiënt stabiel blijft. Bij blijvende herhaalde interventies

kan de telemonitoring echter verlengd worden tot een totale duur van twaalf maanden.

Een bijkomende stimulans is dat het Riziv vanaf dit jaar een terugbetaling voorziet voor deze vorm van zorg, waardoor de patiënt zelf geen kosten hoeft te dragen.

Telemonitoring als stap naar meer Value Based Health Care

In december 2024 bracht de Belgische Vereniging van Ziekenhuisdirecteurs de whitepaper 'A New Era in Belgian Healthcare: Key findings and collaborative insights towards implementation of Value-Based Healthcare' uit. De opstart van telemonitoring voor hartfalen past binnen het model van Value Based Health Care (VBHC), waarbij zorgkwaliteit en patiëntgerichte uitkomsten centraal staan. Telemonitoring draagt bij aan meerdere VBHC-pijlers.

Samenwerking en implementatie

Om telemonitoring duurzaam en integraal te implementeren, werken we nauw samen met thuiszorgpartners en LOK's (Lokaal Overleg Kringen van huisartsen). We willen het proces van samenwerking en informatie-uitwisseling continu monitoren en verbeteren, zodat deze innovatie optimaal wordt ingebed in de dagelijkse zorgpraktijk.

Oproep aan zorgprofessionals

Ben je als zorgprofessional geïnteresseerd in een infomoment of opleiding voor je medewerkers of patiëntenpopulatie? Neem dan contact met ons op. Het Sint-Franciscusziekenhuis organiseert infosessies en trainingen om telemonitoring breed toegankelijk te maken en de samenwerking tussen alle zorgpartners te versterken. Samen bouwen we aan de toekomst van kwalitatieve en geïntegreerde zorg!



Dr. Sarah Stroobants, cardioloog

“
Telemonitoring geeft ons de kans om patiënten nauwkeuriger en sneller op te volgen, wat leidt tot betere resultaten en meer geruststelling voor zowel patiënt als zorgverlener. Dit is een belangrijke stap vooruit in de behandeling van hartfalen.

1. **Betere zorguitkomsten voor de patiënt** – Verergeringen kunnen sneller worden opgespoord, waardoor ziekenhuisopnames worden voorkomen.
2. **Gepersonaliseerde zorg** – De opvolging gebeurt op basis van individuele parameters, waardoor behandelingen sneller en gericht kunnen worden aangepast.
3. **Efficiënter gebruik van zorgmiddelen** – Minder heropnames en snellere interventies leiden tot een efficiënter gebruik van ziekenhuisbedden en zorgcapaciteit.
4. **Versterkte samenwerking binnen de zorgketen** – Dit project vereist nauwe samenwerking tussen cardiologen, hartfalenverpleegkundigen, huisartsen en thuiszorgpartners, wat de geïntegreerde zorg versterkt.
5. **Verminderen van gezondheidsongelijkheid** – De cardiologen nemen de extra kosten die telemonitoring met zich meebrengt (buiten de recente nomenclatuur) volledig op zich. Er zal geen extra kost doorgerekend worden aan de patiënt. Telemonitoring is dus laagdrempelig toegankelijk voor iedereen!



De relatie tussen patiënt en zorgverlener doorheen de jaren: van autoriteit naar samenwerking

An Davidts en Noa Vandevenne, dienst Kwaliteit

De relatie tussen patiënt en zorgverlener in ziekenhuizen is voortdurend in beweging, beïnvloed door maatschappelijke veranderingen, medische vooruitgang en technologische innovaties. Ook in België, waar het zorgsysteem zich continu ontwikkelt, heeft deze relatie zich aangepast aan nieuwe behoeften, verwachtingen en waarden.

In wat volgt, bekijken we hoe de relatie tussen patiënt en zorgverlener is geëvolueerd van een hiërarchisch model naar een meer collaboratieve en patiëntgerichte benadering.

Begin 20e eeuw: hiërarchie en autoriteit

In de vroege jaren van de 20ste eeuw was de relatie tussen patiënt en zorgverlener sterk hiërarchisch. Artsen werden beschouwd als de onbetwiste autoriteit en patiënten hadden weinig inspraak in hun behandelingenplan. Het vertrouwen in de zorgverlener was groot, maar de medisch-technische kennis lag exclusief in de handen van de artsen, wat leidde tot een gebrek aan dialoog tussen

patiënt en arts. Ziekenhuizen waren bolwerken van medische autoriteit, waar het oordeel van de arts niet in twijfel werd getrokken.

De jaren '60-'80: groeiende aandacht voor patiëntenrechten

Vanaf de jaren '60 nam de aandacht voor patiëntenrechten toe, zowel in België als internationaal. Sociale en politieke bewegingen, zoals de strijd voor gelijke rechten en de opkomst van consumentenorganisaties, hadden een invloed op de gezondheidszorg. Patiënten werden zich steeds bewuster van hun rechten, en zorgverleners werden aangemoedigd om meer rekening te houden met de wensen en zorgen van hun patiënten.

Dit leidde tot initiatieven om patiënten beter te informeren en hen meer te betrekken bij hun zorgproces.

De jaren '90: de opkomst van de patiënt als partner

In de jaren '90 ontstond het idee van de patiënt als volwaardige partner in de zorg. De nadruk lag steeds meer op samenwerking: zorgverleners zagen hun patiënten niet langer als passieve ontvangers van zorg, maar als actieve deelnemers in hun eigen behandeltraject. Dit was het begin van 'shared decision making' (gedeelde besluitvorming), waarbij arts en patiënt samen beslissingen nemen op basis van wederzijds respect en gedeelde informatie.

De 21e eeuw: patiëntgerichte zorg en technologie

Zorgverleners boden niet alleen medische deskundigheid, maar ook empathie en een holistische benadering van de patiënt. Technologische innovaties, zoals elektronische patiëntendossiers, hebben deze relatie verder beïnvloed. Enerzijds kregen patiënten gemakkelijker toegang tot medische informatie en konden ze hun zorg actiever beheren. Anderzijds ontstonden nieuwe uitdagingen, zoals de balans tussen technologische efficiëntie en de menselijke kant van de zorg.

Heden en toekomst: zorg in een diverse en digitale wereld

Vandaag is de relatie tussen patiënt en zorgverlener complexer dan ooit. De diversiteit van de patiëntenpopulatie, de digitalisering van de zorg en de opkomst van nieuwe behandelmethoden vragen om een brede set vaardigheden van zorgverleners: ze moeten niet alleen medische experts zijn, maar ook communicatieve en empathische vaardigheden hebben. De focus ligt steeds meer op gepersonaliseerde zorg, waarbij de voorkeuren en context van de patiënt centraal staan. De toekomst zal ongetwijfeld verdere veranderingen brengen, met de ontwikkeling van AI en andere technologieën die de zorg opnieuw zullen transformeren.



De evolutie van de relatie tussen patiënt en zorgverlener in Belgische ziekenhuizen weerspiegelt een bredere maatschappelijke verschuiving naar meer gelijkwaardige en holistische zorgbenaderingen. Van autoriteit en hiërarchie naar samenwerking en partnerschap, de zorgsector heeft een lange weg afgelegd.

De praktijk: ervaringen binnen het Sint-Franciscusziekenhuis

Ook binnen onze organisatie merken we deze evolutie. Ann Dreesen, ombudsvrouw van het Sint-Franciscusziekenhuis, stelt vast dat meldingen steeds vaker gaan over de manier waarop met patiënten wordt omgegaan, in plaats van over medisch handelen zelf. Een groeiend aantal patiënten ervaart onvrede over een tekort aan informatie over hun medische toestand.

De nieuwe 'Wet Patiëntenrechten 2.0' (maart 2024) sluit hierop aan en omschrijft de patiënt in de actieve zin, vanuit de opvatting dat de patiënt een actieve participant is in zijn of haar zorgproces.

Onze zorgverleners zijn niet langer uitsluitend medische experts, maar moeten ook in staat zijn hun kennis op een samenwerkende manier over te brengen. Het gaat niet alleen om het stellen van de juiste diagnose of het bieden van de efficiëntste behandeling, maar ook om het creëren van een open en respectvolle dialoog.

Om deze open dialoog te realiseren zetten we in het Sint-Franciscusziekenhuis in de eerste plaats in op onze eigen zorgverleners. Met onze VIPS-waarden (Vriendelijk, Inlevend, Professioneel en Samenwerkend) geven we alle medewerkers een kompas bij het denken en handelen in onze organisatie.

Daarnaast staan patiëntbeleving en -participatie hoog op de agenda. Informatie over behandelingen en medische keuzes op een zo begrijpelijk mogelijk manier aanbieden, zorgt ervoor dat onze patiënten zelfbewust en betrokken keuzes kunnen maken in hun eigen zorgtraject, samen met de zorgverlener. Regelmatige feedbacksessies, zoals tevredenheidsenquêtes en patiëntenpanels, bieden ons daarnaast de mogelijkheid om samen met onze patiënten te werken aan verbeteringen.

Tenslotte zorgt structureel overleg met verschillende externe partners in de eerste lijn ervoor dat we de vinger aan de pols houden en ook daar gericht kunnen bijsturen indien nodig.

Al deze initiatieven zorgen ervoor dat we dagelijks werken aan een cultuur van openheid en respect, waarbij het voor onze zorgverleners mogelijk is om eerlijke en empathische relaties aan te gaan met de patiënt.



Oncologisch dagziekenhuis en apotheek slaan de handen in elkaar: project bloedafname op voorhand

Cindy Smolders, hoofdapotheker

Roel Vandenbergh, diensthoofd inwendig dagziekenhuis

Op 24 december 2020 ontvingen de Belgische ziekenhuizen een duur kerstcadeau. In het Staatsblad werd aangekondigd dat de bestaande regelgeving werd afgeschaft en de PIC/S-normering* van kracht zou worden. Deze richtlijnen zijn bedoeld om de kwaliteit en de veiligheid van de bereiding van geneesmiddelen in ziekenhuisapotheken te waarborgen. Het verplicht implementeren van PIC/S heeft aanzienlijke gevolgen voor de infrastructuur en werking van ziekenhuizen, zowel op technisch als organisatorisch vlak.

Ons ziekenhuis voert de nodige infrastructuraanpassingen door binnen het VIPA-verhaal, met de bouw van een nieuwe vleugel waarin er een volledige verdieping komt voor het medisch oncologisch behandelcentrum. Hierin wordt een geïntegreerde cleanroom met isolator voorzien. Momenteel worden de bereidingen in de apotheek gemaakt in een LAF-kast. Het werken met een isolator verlengt echter de doorlooptijd van de bereiding, wat kan leiden tot langere wachttijden voor patiënten. Om deze wachttijden te beperken, zal de apotheek de bereidingen zo veel mogelijk vooraf plannen (als de stabiliteit van het product dit toelaat).

*PIC/S = Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme

Om deze bereidingen op voorhand te kunnen maken, heeft de apotheek een voorschrift nodig dat vooraf wordt gevalideerd door de arts. Aangezien de arts hiervoor onder andere de bloedwaarden van de patiënt nodig heeft, werd in november 2024 het project gestart om bloedafnames bij oncologische patiënten een dag op voorhand uit te voeren.

Praktische uitvoering

Patiënten komen de dag vóór hun behandeling naar het dagziekenhuis, waar een verpleegkundige een grondige anamnese afneemt en een bloedafname uitvoert. Indien nodig kan de verpleegkundige bij problemen de behandelende arts contacteren.

De volgende dag komt de patiënt op het afgesproken tijdstip voor zijn of haar behandeling. Omdat de therapie bij aankomst al klaar ligt, kan de toediening onmiddellijk starten. Aansluitend heeft de patiënt een consultatie met de behandelende arts.

Evaluatie van het project

Een tussentijdse bevraging bij alle betrokken partijen (patiënten, verpleegkundigen, apotheekmedewerkers, artsen, OST-team...) toonde aan dat de

wachttijden voor patiënten aanzienlijk zijn verminderd. Daarnaast heeft de nieuwe werkwijze een positieve impact op de efficiëntie van de apotheek, artsen en het medisch oncologisch behandelcentrum.

Hoewel de meeste patiënten tevreden zijn met de nieuwe aanpak, zijn er enkele aandachtspunten naar voren gekomen. Vooral oudere patiënten uitten bezorgdheid over het dubbele vervoer (eerst voor de bloedafname, later voor de behandeling zelf), aangezien het niet altijd gemakkelijk is om dit te regelen. Daarnaast kan herhaaldelijk prikken ongemak veroorzaken, vooral bij patiënten met angst voor naalden.

Toekomstperspectief

Er zijn nog verbeteringen mogelijk, met name op logistiek vlak en in de afstemming van het systeem op de specifieke noden van oudere patiënten. Toch zijn de eerste resultaten bemoedigend en vormen ze een stevige basis voor de verdere uitrol van de PIC/S-normen binnen het ziekenhuisnetwerk.

De gefaseerde uitrol van de bloedafname op voorhand wordt in 2025 voortgezet en verder geoptimaliseerd.



Een tussentijdse bevraging toonde aan dat de wachttijden voor patiënten aanzienlijk zijn verminderd.



© AZ Turnhout

Met dank aan dokter Van Puijenbroek voor zijn medewerking aan dit pilootproject.



Sint-Franciscusziekenhuis zet sterk in op vrijwilligers voor een betere patiëntbeleving

Een warme oproep aan huisartsen en zorgprofessionals: bouw mee aan de zorg van morgen!

Het Sint-Franciscusziekenhuis Heusden-Zolder staat al 100 jaar garant voor kwalitatieve zorg en blijft die traditie voortzetten met een innovatieve blik op de toekomst. In onze evolutie naar een vernieuwd zorgmodel zetten we sterk in op patiëntbeleving, waarbij comfort, psychologische veiligheid en een vertrouwd gevoel binnen dit 'community hospital' centraal staan. Onze VIPS-waarden gaan in het kwadraat – en daarin spelen vrijwilligers een sleutelrol. SFZ aan jouw zijde... letterlijk vanaf binnenkomst!

Meer dan zorg alleen: beleving en comfort op maat

Onze ambitie is duidelijk: we willen patiënten niet alleen verzorgen, maar hen ook iets bijbrengen of een bijzondere ervaring bieden tijdens hun verblijf. Dit kan gaan van een luisterend oor tot een aangename afleiding of zelfs

een kleine ontdekking, zoals het leren gebruiken van een nieuwe app. We willen dat onze patiënten zich gezien, gehoord en ondersteund voelen – nog vóór ze erom vragen.

Daarom doen we een warme oproep aan iedereen die zich langdurig als vrijwilliger wil inzetten. We zoeken mensen die graag initiatief nemen, goed kunnen inschatten wat een patiënt of bezoeker nodig heeft en die willen bijdragen aan een warme zorgomgeving. Via interne opleidingen en begeleiding worden vrijwilligers optimaal voorbereid op hun rol.

Eerste successen op de spoedafdeling

Om de impact van een doorgedreven vrijwilligerswerking te testen, hebben we de afgelopen maanden een proefproject op de spoedafdeling uitgerold. Drie vrijwilligers werden tijdelijk ingezet om patiënten te begeleiden: ze hielpen bij het vinden van de ingang en de juiste wachtzaal, boden extra rolstoelen,

voorzagen kussens en dekens, pakten kindercadeautjes in en zorgden voor ontspanning met een praatje of een sudoku. De reacties van patiënten, bezoekers en medewerkers waren unaniem positief. De inzichten uit dit project vormen de basis voor verdere uitbreiding.



Onze ambitie is duidelijk: we willen patiënten niet alleen verzorgen, maar hen ook iets bijbrengen of een bijzondere ervaring bieden tijdens hun verblijf.

Uitbreiding van onze vrijwilligerswerking

Al jaren zetten vrijwilligers zich in op afdelingen zoals geriatrie, de pijnkliniek, RX en revalidatie. Hun inzet is onmisbaar gebleken. Nu breiden we de vrijwilligerswerking verder uit naar minder voor de hand liggende diensten zoals de spoedafdeling, het operatiekwartier, IT en het onthaal. Ook hier willen we patiëntbeleving en ondersteuning optimaliseren. Vriendelijkheid, verwelcoming, educatie, begeleiding en ondersteuning bij elk onthaal- of wachtmoment, daar zetten we extra op in.

Vrijwilligers in de bloemetjes

Op 5 maart werden onze huidige vrijwilligers letterlijk in de bloemetjes gezet tijdens een heus 'Feest van de Vrijwilliger'. Algemeen directeur Nele Sneyers bedankte hen voor hun tomeloze inzet. Ook kregen de vrijwilligers een opleiding over verhoogde patiëntbeleving. Hun bijdrage aan een warme zorgomgeving is onmisbaar en we kijken ernaar uit om samen verder te bouwen aan de toekomst.



Een blik op de toekomst: technologie en AI als bondgenoten

Naast vrijwilligerswerk verkennen we ook digitale innovaties om patiëntbeleving te verbeteren. Dit jaar plaatsen we informatieschermen met updates over de drukte op Spoed, uitleg over triage en spoedzorg, maar ook educatieve boodschappen over levensstijl, connectie met bus/taxi, handige gezondheidsapps, telemonitoring en vroegdetectie van aandoeningen. Daarnaast onderzoeken we hoe IT- en AI-oplossingen kunnen bijdragen aan een nog vlottere patiëntervaring.

Doe mee: een oproep aan huisartsen en zorgprofessionals

We hebben jouw hulp nodig! Ken je patiënten, (oud-)collega's of bekenden die zich als vrijwilliger willen inzetten?

Of heb je suggesties over taken waarin vrijwilligers een waardevolle aanvulling kunnen zijn? Welke noden hoor jij in gesprekken met patiënten waar vrijwilligers het verschil kunnen maken?

Heb je suggesties of ken je iemand die een steentje wil bijdragen aan een warme zorgomgeving? Neem een kijkje op www.sfz.be/word-vrijwilliger. Samen bouwen we aan een toekomst waarin de patiënt nog centraler staat dan ooit.

**Sint-Franciscusziekenhuis:
al 100 jaar zorg met een hart
én klaar voor de volgende eeuw!**

100 jaar Jean Tinguely,

pionier van de kinetische kunst

Dr. Fons Henckens



De meesten van ons hebben al eens een werk van Jean Tinguely gezien, misschien zonder het te beseffen. In Parijs, naast het Centre Pompidou, staat de beroemde 'Fontaine Stravinsky', een fontein vol speelse sculpturen van Tinguely en zijn partner Niki de Saint Phalle.

Jean Tinguely (1925-1991) was een Zwitserse kunstenaar en een sleutelfiguur in de ontwikkeling van de kinetische kunst in de tweede helft van de 20e eeuw. Zijn werk bestond uit bewegende machines en sculpturen, vaak met een flinke dosis humor en ironie. Gefascineerd door mechanica, technologie en de vergankelijkheid van het leven, verwerkte hij deze thema's in zijn kunst.

Vroege leven en invloeden

Tinguely werd geboren in Fribourg, Zwitserland, en groeide op in een tijd van grote technologische vooruitgang. Hij begon zijn opleiding aan de Kunst-

academie in Bazel, waar hij zich eerst op schilderkunst richtte. Al snel ontdekte hij dat hij meer wilde dan statische beelden: hij wilde kunst tot leven brengen.

Tijdens zijn studie aan de School of Arts and Crafts in Bazel ontmoette hij Eva Aeppli, met wie hij later trouwde. In de jaren 1950 verhuisde hij naar Parijs en raakte hij bevriend met avant-gardekunstenaars zoals de Fransman Yves Klein en de Amerikaan Robert Rauschenberg. Parijs leidde hem ook naar de wereld van de kinetische kunst, waarin beweging een centrale rol speelt via motoren of andere mechanische middelen.

In 1955 ontmoette hij de Franse beeldhouwster Niki de Saint Phalle, die hem vroeg een onderdeel voor haar werk te lassen. Vanaf eind 1960 werkten en woonden ze samen, en vanaf 1961 creëerden ze gezamenlijke kunstwerken, waaronder de beroemde Stravinsky-fontein. In 1971 trouwden ze officieel.

De machine als kunstvorm

Tinguely's bekendste werken zijn speelse en chaotische machinesculpturen, gemaakt van alledaagse materialen zoals ijzer, hout en staal. Deze machines draaien, schudden en soms vernietigen ze zichzelf, wat zijn fascinatie voor vergankelijkheid en chaos weerspiegelt. Naast een visuele ervaring waren zijn kunstwerken ook auditief: de machines produceerden krakende, piepende en ratelende geluiden.

Een van zijn eerste grote werken, 'Méta-Matic' (1959), was een machine



Stravinsky-fontein



die zelf kunst maakte door stempels te gebruiken en willekeurige patronen op papier af te drukken. Dit werk was een kritiek op de traditionele opvattingen van kunst, waarin de kunstenaar als individu centraal stond. In plaats daarvan stelde Tinguely dat kunst iets was dat tot stand kwam door de machine zelf, door toeval en beweging.

'Homage to New York' (1960)

Een ander beroemd werk van Tinguely was 'Homage to New York', dat in 1960 werd gepresenteerd in het Museum of Modern Art in New York. Dit gigantische, complexe kunstwerk – een machine van staal, rubber en andere materialen – was ontworpen om zichzelf uiteindelijk te vernietigen. In een reeks spectaculaire bewegingen explodeerde de machine, tot grote verbazing van het publiek.

Dit werk was niet alleen een ritueel van zelfvernietiging, maar ook een statement over de vergankelijkheid van kunst en een kritiek op de gevestigde kunstwereld.

In de jaren daarna ensceneerde hij nog meer destructieve uitvoeringen, die op verschillende manieren werden geïnterpreteerd: als waarschuwingen tegen de overmatige afhankelijkheid van technologie of als een poging om kunst los te maken van materie.

Vanaf 1969 pendelde Tinguely tussen twee locaties: Soisy-sur-École, waar hij samenwoonde met Niki de Saint Phalle, en Neyruz bij Fribourg in Zwitserland. In datzelfde jaar werd ook Milan Gygax geboren, zoon van Jean Tinguely en zijn nieuwe partner, Micheline Gygax.

De filosofie van Tinguely

Tinguely's werk was meer dan louter esthetiek. Zijn kunst bevatte diepere filosofische overwegingen over de relatie tussen mens, technologie en kunst. Hij stelde dat technologie, vaak geassocieerd met vooruitgang, ook destructie en chaos kon brengen. Zijn machines waren een manier om de tegenstelling tussen menselijke creativiteit en de oncontroleerbare kracht van machines te onderzoeken – een thema dat vandaag nog altijd relevant is.

De machines van Tinguely stelden ook vragen over de rol van de kunstenaar en de grenzen van creativiteit. Zijn werken waren vaak speels, humoristisch en ontregelden de traditionele opvattingen over kunst. Tinguely daagde het publiek uit om na te denken over chaos, controle, technologie en esthetiek.

Tinguely Museum

In 1996, vijf jaar na zijn overlijden, werd in Bazel het Tinguely Museum geopend. Het museum bevat een grote collectie van zijn werk, waaronder enkele van zijn iconische machinesculpturen. Het museum biedt een diepgaand inzicht in zijn artistieke proces en de impact die hij op de kunstwereld heeft gehad.

Blijvende erfenis

Jean Tinguely wordt beschouwd als een pionier van de kinetische kunst. Zijn invloed is nog steeds voelbaar in de hedendaagse kunst, zijn werk heeft kunstenaars geïnspireerd die technologie en beweging in hun eigen werk verwerken. Tinguely herinnerde ons eraan dat kunst niet altijd stil hoeft te staan. Kunst kan dynamisch zijn, bewegen, geluid maken en zelfs zichzelf vernietigen – net als het leven zelf.

Interessante tentoonstellingen

Berlinde De Bruyckere
tot 31/08/2025
Bozar Brussel

Anselm Kiefer
tot 9/06/2025
Stedelijk Museum Amsterdam en het Van Gogh Museum

NUTTIGE TELEFOONNUMMERS SFZ

Afsprakenbeheer	011 71 55 55
Algemeen	011 71 50 00
Directiesecretariaat	011 71 54 17

Medische specialismen

Abdominale heelkunde	011 71 58 12
Endocrinologie	011 71 58 13
Fysische geneeskunde	011 71 59 18
Gynaecologie	011 71 58 09
Hematologie	011 33 79 79 (VJZ)
Inwendige ziekten (gastro-entero, pneumo, cardio, geriatrie)	011 71 58 05
Kinder- & jeugdgeneeskunde	011 71 58 45
Labo	011 71 59 57
Medische beeldvorming	011 71 56 10
Medische oncologie	011 33 79 79 (VJZ)

Mond-, kaak- & aangezichtschirurgie	011 71 58 14
Neurologie	011 71 59 00
Nucleaire geneeskunde	011 71 59 52
Orthopedie	011 71 58 06
Pijnkliniek	011 71 55 95
Preoperatieve raadpleging	011 71 54 73
Revalidatie	011 71 55 63
Spoedgevallen	011 71 55 04
Urologie	011 71 58 10
Vaatheelkunde	011 71 58 07

Specialismen die NIET in deze lijst opgenomen zijn, bereik je via het afsprakenbeheer op het nummer 011 71 55 55. Je kan ook toegang vragen tot onze digitale telefoongids door te mailen naar communicatie@sfz.be.

Colofon

Algemeen

Sint-Franciscusziekenhuis
P. Paquaylaan 129
3550 Heusden-Zolder
Tel. 011 71 50 00 (algemeen)
011 71 55 55 (afspraken)

Algemeen directeur

Mevr. Nele Sneyers

Eindredactie

Mevr. Ilse Luypaerts

Redactieraad

Voorzitter: dr. Stijn Loonbeek
Redactie: dr. Fons Henckens,
mevr. Ilse Luypaerts
Leden: dr. Leen De Cuyper,
dr. Steven Pans

Foto's

Lies Engelen en Kris Dexters

V.U.

Dr. Steven Pans

Hebben meegewerkt

dr. Steven Pans, dr. Sam Klein,
dr. Sarah Stroobants, An Davidts,
Noa Vandevenne, Mieke Donders,
Roel Vandenbergh, Cindy
Smolders. dr. Fons Henckens