



Flow geriatrische patiënt met heupfractuur

DELIER NA NARCOSE

EEN ONZICHTBARE DREMPEL
NAAR GENEZING

WONDPROBLEMATIEK

EEN ZORGVULDIGE
BENADERING





Orthomonte

ORTHOPEDISCHE BENODIGDHEDEN

Bij OrthoMonte geloven we in de kracht van persoonlijke zorg, waarbij de focus ligt op uw comfort en welzijn. Of het nu gaat om orthopedische schoenen, braces of andere hulpmiddelen, wij zorgen ervoor dat u de beste zorg krijgt die perfect bij u past.



► ORTHOPEDIE



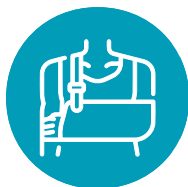
► PROTHESEN



► MOBILITEIT



► STEUNZOLEN



► BANDAGISTERIE



► STEUNKOUSEN

GALGENVELDSTRAAT 6 • 8700 TIELT

INFO@ORTHOMONTE.BE • 051 15 19 51 • WWW.ORTHOMONTE.BE

Inhoud

WELKOM

- 4** VOORWOORD
- 5** NIEUWE ARTSEN
- 6** ASO'S EN HAIO'S
- 7** WORLD'S BEST HOSPITALS
- 7** GROENE LIJN HUISARTSEN

DOSSIER DE GERIATRISCHE PATIËNT

- 8** SPOEDGEVALLEN
Heupfracturen bij 75-plussers
- 12** ORTHOPEDIE
De ene breuk is de andere niet
- 14** GERIATRIE
Zorgprogramma: huidig aanbod & toekomstige projecten
- 19** NEUROLOGIE
Opstart geheugenkliniek Sint-Andries Tielt
- 22** REVALIDATIE
Multidisciplinaire revalidatie van de geriatrische patiënt
- 24** DELIER NA NARCOSE
Een onzichtbare drempel naar genezing
- 28** WONDPROBLEMATIEK
Een zorgvuldige benadering
- 31** VALPREVENTIE IN ONS ZIEKENHUIS
- 32** SOCIALE DIENST

VARIA

- 35** KLINISCH REDENEREN
Nieuwe opleiding voor verpleegkundigen
- 36** ANTIBIOTICABELEID
Delabeling penicilline-allergie
- 37** NIEUWE MUG – PIT – AMBULANCE
- 38** DUURZAME ZORG IN HET SINT-ANDRIESZIEKENHUIS
- 42** NIEUWE BEDDEN
- 44** BIJSCHOLINGEN HUISARTSENKRING
- 44** SYMPOSIUM EERSTE LIJN
- 46** SYMPOSIA EN PUBLICATIES

Voorwoord

Beste lezers

Iedereen wil oud worden, maar niemand wil oud zijn.

't Is een torenhoog cliché maar er zit heel veel waarheid in. We willen allemaal een respectabele leeftijd bereiken, maar liever zonder de kwaaltjes, de rollators en de doktersbezoeken die erbij komen kijken. We kunnen het allemaal zeer goed duiden en uitleggen aan onze oudere patiënten, maar het blijft een vreemde paradox. We hopen allemaal op een lang leven, maar de ongemakken die ermee gepaard gaan nemen we liever niet in ontvangst. Stramme gewrichten, een haperend geheugen, de minder glorieuze kanten van ouderdom... daar zit niemand echt op te wachten.

In deze editie van Infosat duiken we in de wondere wereld van de geriatrie: hoe zorgen we ervoor dat ouderdom niet alleen iets is wat je ondergaat, maar iets waar je misschien zelfs van kunt genieten?

Want laten we eerlijk zijn: een lang leven is mooi, maar een goed leven is nog veel mooier.

Ook daar kunnen we vandaag al aan werken. Elke dag een kleine goede keuze maken – een half uurtje wandelen, een stukje fruit, vriendschappen koesteren en onderhouden – kan uiteindelijk het verschil maken. Door nu te investeren in gezondheid, sociale verbondenheid en mentale veerkracht, bouwen we aan een toekomst waarin ouderdom niet voelt als een last, maar als een nieuwe, waardevolle fase van het leven.

Veel leesplezier!

Dr. Sandra Huysentruyt
Hoofdredacteur Infosat

Nieuwe artsen

DR. DELPHINE VERBEKE, ARTS-SPECIALIST IN DE ANESTHESIE

Dr. Verbeke is een gedreven en gepassioneerde arts die in 2018 haar diploma geneeskunde behaalde aan de KU Leuven. In 2023 rondde ze met succes haar specialisatie als arts-specialist in anesthesie en reanimatie af, eveneens aan de KU Leuven. Tijdens haar opleiding deed ze waardevolle ervaring op in het O.L.V. Ziekenhuis in Aalst en het Universitair Ziekenhuis in Leuven. Daarnaast volgde ze een bijkomende opleiding intensieve zorg aan het UZ Brussel.

Met een bijzondere interesse in pijntherapie zet dr. Verbeke haar expertise voort door binnenkort een aanvullende opleiding tot pijnarts te starten. Naast haar werk op het operatiekwartier zal ze vanaf oktober 2026 het team pijnartsen versterken. We zijn dan ook verheugd dat dr. Verbeke zich aansluit bij de associatie anesthesie van het Sint-Andriesziekenhuis.

DR. ELINE GABRIELS, ARTS-SPECIALIST IN DE GYNAECOLOGIE

Dr. Gabriels behaalde haar diploma geneeskunde aan de Universiteit Gent in 2018 en studeerde in 2023 af als arts-specialist in de gynaecologie en verloskunde. Zij werkte als assistent in het Middelheim Ziekenhuis Antwerpen, het Catharina Ziekenhuis Eindhoven, het Sint-Lucas Ziekenhuis Gent en het UZ Gent, waar zij uitgebreide ervaring opdeed in diverse facetten van de gynaecologie en verloskunde.

Daarna volgde dr. Gabriels een fellowship in de uro-gynaecologie aan het Waikato Hospital in Nieuw-Zeeland, waar zij haar kennis verder uitbreidde en haar chirurgische expertise verder ontwikkelde. Dr. Gabriels heeft een bijzondere interesse in uro-gynaecologie en vulvopathologie. Daarnaast kan men bij haar terecht voor zwangerschapsopvolging en algemene gynaecologie. Zij kijkt ernaar uit om haar kennis en ervaring voort te zetten binnen het gynaecologisch team van het Sint-Andriesziekenhuis.

2 nieuwe artsen vervoegen het team



Dr. Delphine Verbeke



Dr. Eline Gabriels

Artsen op pensioen

Dr. Philippe Tack, neuroloog

Dr. Ph. Tack beëindigde op 30 september 2024, na een carrière van 36 jaar in ons ziekenhuis, zijn activiteiten als arts-specialist in de neurologie.

Na zijn studies aan de KU Leuven startte hij zijn loopbaan op 1 juli 1988. Dr. Tack was diensthoofd van de dienst neuro-psiatrie sinds 2001 en hij was lid van de medische raad van 1991-1999 en van 2003-2011.

Het ziekenhuis is dr. Tack dan ook bijzonder dankbaar voor zijn jarenlange inzet voor zowel de patiënten van de regio als voor het Sint-Andriesziekenhuis.



We wensen hem nog vele gelukkige en gezonde jaren toe met zijn familie en vrienden nu een nieuwe periode voor hem is aangebroken.

Aso's en Haio's

Aso's (assistenten-in-opleiding)

GASTRO-ENTEROLOGIE



Dr. Sophie
De Block

INTERNE



Dr. Julie
De Cat

PEDIATRIE



Dr. Tille
Demuyne

HEELKUNDE



Dr. Manuel
Martens



Dr. Joke
Coppens

Haio's (huisartsen-in-opleiding)

INTERNE



Dr. Jolien
Dessein



Dr. Rani
Dewitte



Dr. Alexine
Billet

SPOED



Dr. Ine
Huygelier

Sint-Andriesziekenhuis opnieuw in lijst World's Best Hospitals

Het Sint-Andriesziekenhuis is voor het vierde jaar op rij opgenomen in de prestigieuze "World's Best Hospitals"-ranglijst van Newsweek en Statista. Dit jaar behalen we voor België de 15de plaats, met een score van 74,19%.



Deze internationale erkenning is gebaseerd op een uitgebreide analyse, waaronder:

Beoordelingen van medische experts
Patiëntervaringen
Kwaliteits- en prestatiemetrics

Met deze ranking worden de beste ziekenhuizen in 30 landen wereldwijd beoordeeld, waaronder Nederland, België, de VS en het VK. Een warme dankjewel aan het voltallige team van #topzorgers dat dit mooie resultaat heeft gerealiseerd.

Bekijk hier de volledige lijst:



<https://rankings.newsweek.com/worlds-best-hospitals-2025-top-250/belgium>

Prioritaire lijn voor de huisarts

Graag herinneren we u nog even aan de telefoonlijn voor de huisarts. Als huisarts wordt uw oproep met voorrang behandeld, zodat u geen tijd verliest met wachten tot de lijn vrij is.

U vindt het prionummer per dienst in het groen op de telefoonlijst met de nummers van alle diensten en artsen. Mocht u deze nog niet ontvangen hebben, vraag dan zeker uw exemplaar aan via communicatie@sintandriestielt.be





Één op de vier 75-plussers in België valt minstens één keer per jaar

15.000 PATIËNTEN
LOPEN DAARBIJ EEN
HEUPFRACTUUR OP

WERELDWIJD ZES MILJOEN
HEUPFRACTUREN IN 2050

DOSSIER

DE GERIATRISCHE PATIËNT

Spoeedgevallen

Heupfracturen bij 75-plussers

Één op de vier 75-plussers in België valt minstens één keer per jaar. Zo'n 15.000 patiënten lopen daarbij een heupfractuur op (1,2). In 2050 zal jaarlijks het aantal heupfracturen wereldwijd naar schatting meer dan zes miljoen bedragen, met een 'lifetime risico' op een heupfractuur van 17,5% bij vrouwen en 6% bij mannen (3,4). Spoedarts dr. Elke De Saer houdt de cijfers tegen het licht.

NOOD AAN ADEQUATE AANPAK

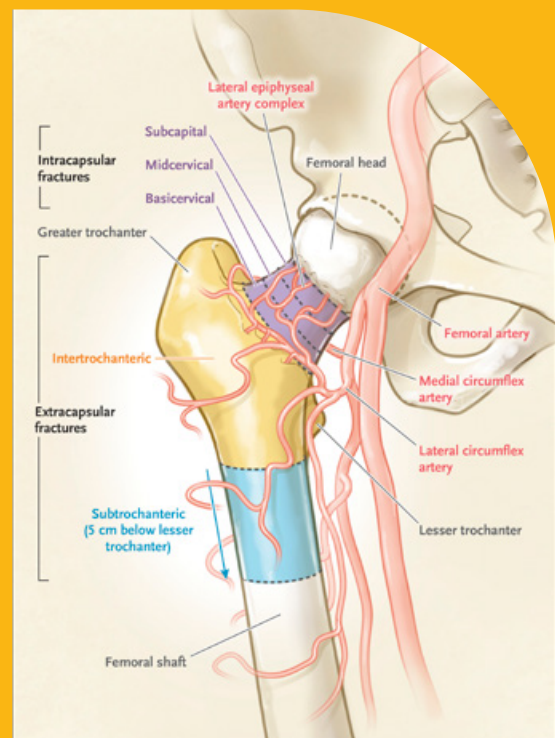
Heupfracturen zijn niet alleen geassocieerd met verhoogde cardiovasculaire, respiratoire, trombotische en infectieuze comorbiditeit, maar ook met een verhoogde mortaliteit vooral in de eerste drie maanden na een val (3). Vandaar het belang om niet enkel aandacht te besteden aan preventieve valmaatregelen, maar ook bij vermoeden van een fractuur een adequate aanpak in eerstelijnszorg en op spoedgevallen te voorzien.

ETIOLOGIE

Ongeveer 90% van de heupfracturen bij 75-plussers is het gevolg van een val vanuit staande positie en gebeurt meestal tijdens activiteiten in het dagelijkse leven (5). Een aantal **biologische factoren** die het valrisico verhogen, zijn leeftijd, vrouwelijk geslacht, osteoporose, deconditionering, stoornissen in evenwicht en mobiliteit, BMI < 22 kg/m², valgeschiedenis, cognitieve aandoeningen (dementie, delirium, depressie, ...), insomnia, hartritmestoornissen, orthostatisme, verminderd zicht, valangst en urinaire incontinentie.

Chronische pijnklachten en pijn aan de voeten zijn geassocieerd met een hoger valrisico.

Medicatie beïnvloedt vallen, zowel door directe werking (bv. sedatie, bloeddrukverlaging, ...), als door bijwerkingen (bv. vermoeidheid, verwardheid, duizeligheid, ...). Polyfarmacie (≥4 verschillende geneesmiddelen) en psychofarmaca zoals antidepressiva, benzodiazepines en neuroleptica, hebben de sterkste associatie met verhoogd valrisico (6). Te weinig lichaamsbeweging,



Figuur 1: Overzicht heupfracturen volgens anatomische locatie (5)

onaangepast schoeisel en risicogedrag zoals zich haasten leiden tot meer vallen. Ten slotte kunnen een **onveilige woonomgeving** (gladde vloer, geen verlichting, tapijten, drempel, huisdieren, ...) en bepaalde **socio-economische factoren** zoals laag inkomen, lagere educatie, beperkte toegang tot gezondheidszorg en gebrek aan sociale interactie vallen beïnvloeden. ►

CLASSIFICATIE

Heupfracturen worden ingedeeld op basis van anatomische lokalisatie ten opzichte van het heupkapsel dat het heupgewricht overspant en stabiliseert. (figuur 1)

Intracapsulaire fracturen:

subcapitale, midcervicale en basicervicale fracturen

Extracapsulaire fracturen:

inter- en subtrochanterische fracturen

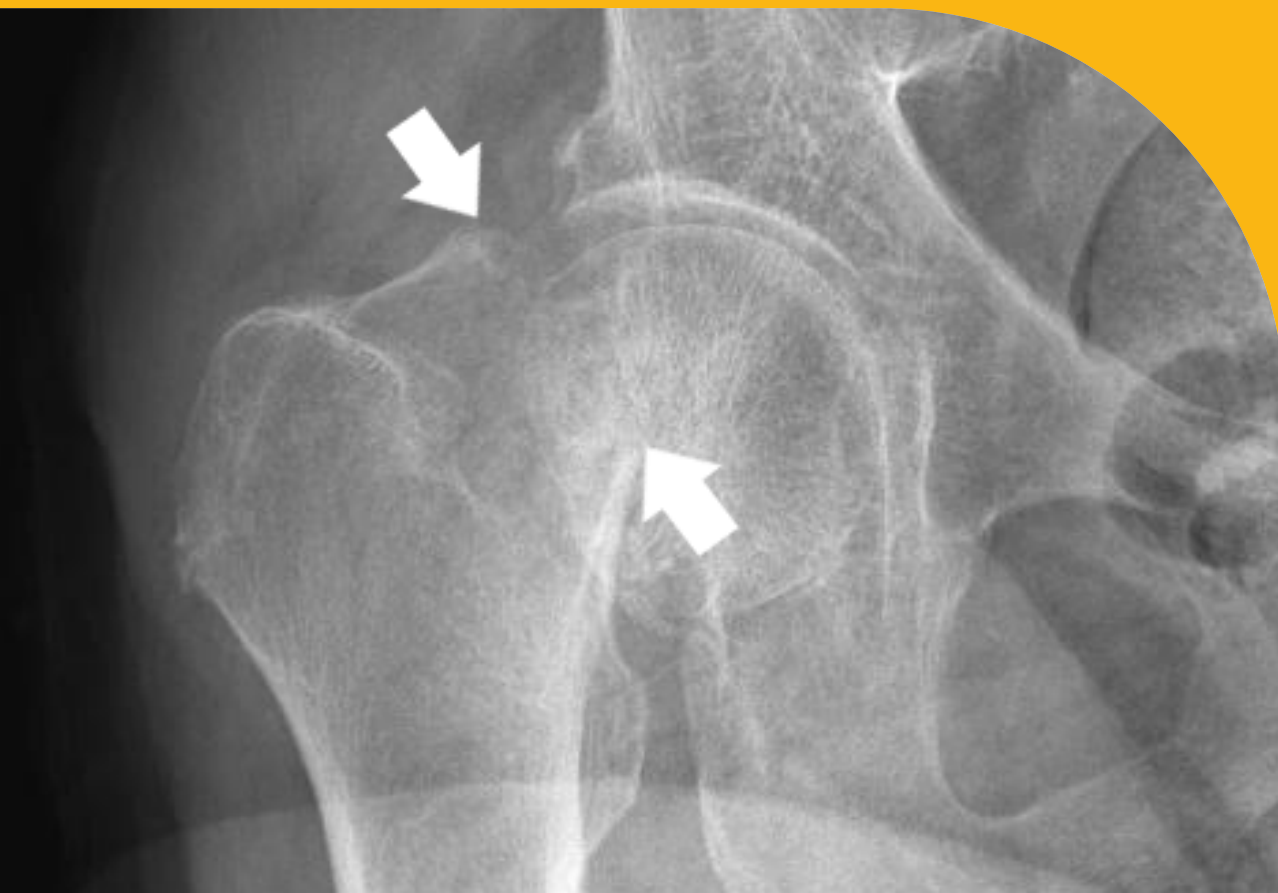
Intertrochanterische en midcervicale fracturen zijn de meest frequente types heupfracturen.

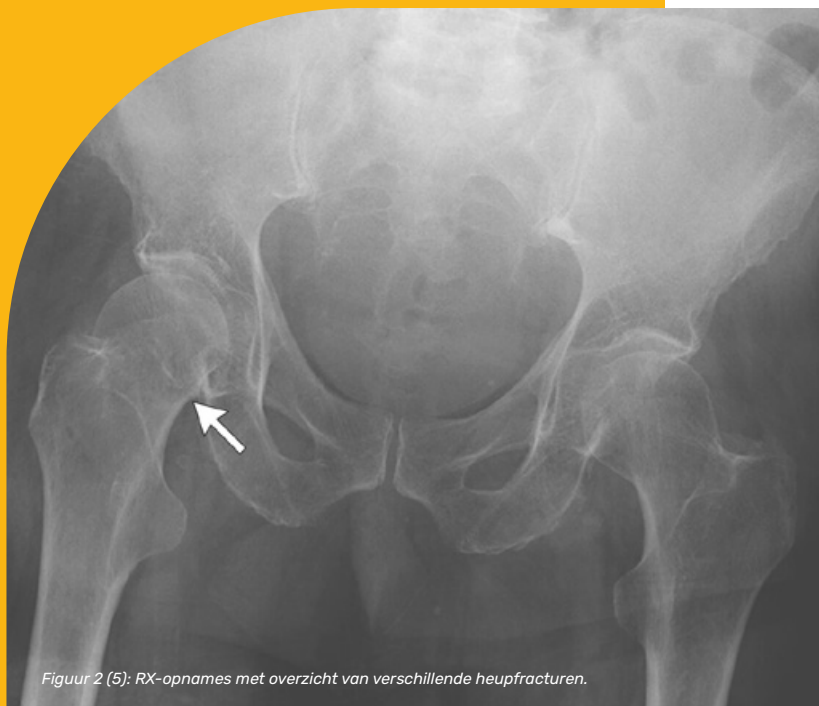
In 2021 werden in de Belgische ziekenhuizen 24.613 opnames geregistreerd voor plaatsing van een heupprothese, waaronder 13.306 verblijven bij patiënten van 75 jaar of ouder en 7.747 (24%) opnames via spoedgevallen (7). In de periode van juli 2023 tot en met juni 2024 waren er 141 opnames via spoedgevallen Sint-Andries Tielt in het kader van een heupfractuur, waaronder 117 opnames (83%) bij patiënten van 75 jaar en ouder (8).

EVALUATIE

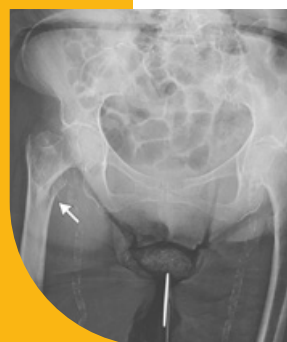
Prehospitaal volgen de hulpdiensten bij iedere patiënt de 'ABCDE' (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure)-benadering. Bij vermoeden van een heupfractuur is het van belang om de patiënt zo min mogelijk te laten bewegen (bv. passieve verplaatsing en transport op groene schuifmat) en om adequate analgesie te voorzien bij transfer naar het ziekenhuis.

Op spoedgevallen wordt nagegaan wat de aanleiding voor de val was (bv. accidenteel, syncope, infectie, ...) en worden bijkomende onderzoeken in functie daarvan uitgevoerd. Dit wordt aangevuld met een grondig klinisch onderzoek met aandacht voor potentieel andere inwendige en uitwendige letsels. Verkorting van het been en exorotatie zijn pathognomisch voor een heupfractuur, met pijn ter hoogte van het heupgewricht, zwelling, ecchymose/hematoomvorming. Patiënten worden gemonitord en hemodynamisch opgevolgd, aangezien een heupfractuur kan gepaard gaan met aanzienlijk bloedverlies naar de dij toe (vooral bij intertrochanterische heupfracturen). Comfort van de patiënt en adequate analgesie volgens een multimodale aanpak zijn aandachtspunten en worden geassocieerd met verminderd risico op delirium, chronische pijn en kortere hospitalisatie (3).





Figuur 2 (5): RX-opnames met overzicht van verschillende heupfracturen.



RX-opnames met antero-posterior (AP), laterale opname van de heup en AP-opname bekken vormen de initiële beeldvorming (figuur 2). Bij klinisch vermoeden van een heupfractuur met een negatieve of inconclusieve RX wordt aanvullend een CT bekken uitgevoerd. Eens de diagnose van een heupfractuur wordt bevestigd, wordt voor patiënten van 75 jaar en ouder overlegd met zowel orthopedie als (ortho)geriatrie, gezien een multidisciplinaire benadering cruciaal is voor optimale zorg. In functie van de timing van de operatie wordt reeds aandacht besteed aan o.a. het onderbreken van thuismedicatie zoals anticoagulantia, antidecubitusmaatregelen, blaassondage, bloedtransfusie bij symptomen van anemie of hemoglobine < 8 g/dL, thrombo-embolische profylaxe, etc. Er bestaat weinig evidentie voor heuptractie, maar dit kan een tijdelijke maatregel zijn om pijn te verlichten en bepaalde fracturen te stabiliseren voorafgaand aan chirurgische interventie (9).

Samengevat vormen heupfracturen bij 75-plussers een belangrijk gezondheidsprobleem in België. Een snelle en adequate multidisciplinaire medische benadering, startend vanop spoedgevallen, is essentieel om complicaties te minimaliseren en herstel te bevorderen.

Dr. Elke De Saer, spoedarts
elke.de.saer@sintandriestieft.be

Bronnen:

1. Moreels S., De Schreye R., Bensemmane S. Sciensano (2021). Epidemiologie, risicofactoren en preventie van valincidenten bij ouderen in de eerstelijnszorg, tijdens 2019-2021 in België. Resultaten van een surveillance studie door het netwerk van Huisartsenpeilpraktijken. <https://www.sciensano.be/nl/biblio/epidemiologie-risicofactoren-en-preventie-van-valincidenten-bij-ouderen-de-eerstelijnszorg-tijdens>.
2. Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE). Medicatie om breuken door botontkalking te voorkomen: voor te behouden voor patiënten met hoogste risico. <https://kce.fgov.be/nl/over-ons/persberichten/medicatie-om-breuken-door-botontkalking-te-voorkomen-voor-te-behouden-voor-patiënten-met-hoogste>.
3. Kannus P, Parkkari J, Sievänen H, Heinonen A, Vuori I, Järvinen M. Epidemiology of hip fractures. Bone. 1996;18(1 Suppl):57S.
4. Melton LJ 3rd. 2000. Who has osteoporosis? A conflict between clinical and public health perspectives. J Bone Miner Res.;15(12):2309.
5. Mohit Bhandari, M.D., Ph.D., and Marc Swiontkowski, M.D. (2017). Management of Acute Hip Fracture. N Engl J Med;377:2053-2062.
6. Milisen et al. (2017). Vlaamse richtlijn valpreventie bij thuiswonende ouderen.
7. Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen, leefmilieu. Rapport: Prevalentie van ziekten aangaande het musculoskeletaal stelsel en bindweefsel. <https://www.health.belgium.be/nl/mzg-publicaties-Prevalentie-van-ziektebeelden-in-een-ziekenhuis>.
8. Data verkregen via Sint – Andries Tielit.
9. Handoll HH, Quaal JM, Parker MJ. Pre-operative traction for hip fractures in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2011



De keuze van de behandeling wordt bepaald door de kans op fractuur-genezing



Orthopedie

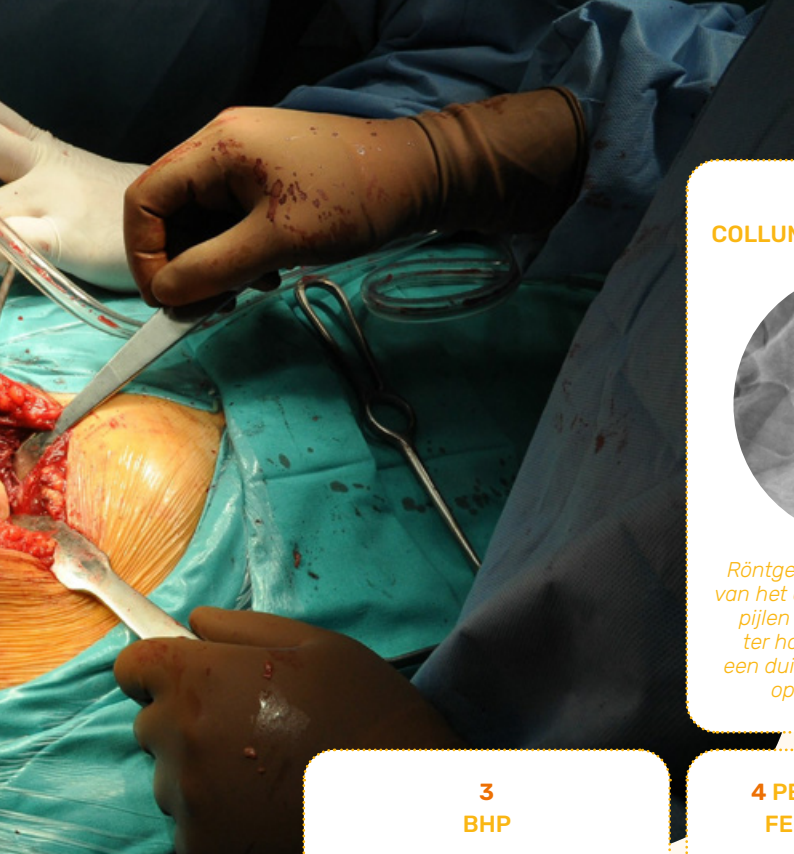
De ene breuk is de andere niet

Als we spreken over een 'heupfractuur' gaat het altijd om een fractuur van het proximale femur. Deze wordt in twee zones ingedeeld: het deel binnen het gewrichtskapsel, 'intra-capsulair', en het deel buiten het kapsel, 'extra-capsulair'. Deze onderverdeling is belangrijk omdat dit de keuze voor de behandeling bepaalt. Orthopedist dr. Thomas Wetzels geeft tekst en uitleg.

INTRA-CAPSULAIR

Binnen het heupkapsel zijn er twee delen van het femur: de nek (collum femoris) en de kop (caput femoris). Fracturen van de nek komen het meest voor en worden soms een 'subcapitale' fractuur genoemd (foto 1). De keuze van de behandeling wordt bepaald door de kans op fractuurgenezing en het risico op complicaties van de ingreep. Verschillende factoren hebben hier invloed op, zoals de leeftijd en voorgeschiedenis van de patiënt en de mate van verplaatsing van de fractuur. Bij een onverplaatste fractuur is er een grote kans op genezing. Daarom wordt in deze gevallen vaak gekozen voor een osteosynthese (fixatie) van de fractuur. Dit kan met behulp van schroeven (foto 2) of een 'dynamische heupschroef' (DHS). Deze vaak korte ingrepen hebben een kleinere kans op complicaties. Maar er kunnen uiteindelijk

toch nog complicaties optreden wanneer de fractuur niet geneest of bij avasculaire necrose (gestoorde bloedvoorziening van de kop). Dan is een heroperatie nodig en dient er bijna altijd een prothese geplaatst te worden. Bij verplaatsing van de fractuur neemt de kans op genezing af. Daarom wordt in deze gevallen direct gekozen voor een prothese. De leeftijd en het activiteitsniveau van de patiënt bepaalt dan of het een totale heupprothese (THP) of een bipolaire heupprothese (BHP) wordt. Bij een THP worden zowel de kop als de kom vervangen. Bij een BHP enkel de kop, die dan beweegt in de eigen kom van de patiënt (foto 3). De operatie voor een BHP is korter en geeft dus minder kans op complicaties tijdens en na de operatie.



1

COLLUM FEMORI FRACTUUR



Röntgenfoto van een fractuur van het collum femoris. De witte pijlen markeren de fractuur ter hoogte van de nek met een duidelijke verplaatsing ten opzichte van de kop.

2

SCHROEFFIXATIE



Röntgenfoto na schroeffixatie van een onverplaatste fractuur van het collum femoris.

3

BHP



Postoperatieve röntgenfoto van een BHP.

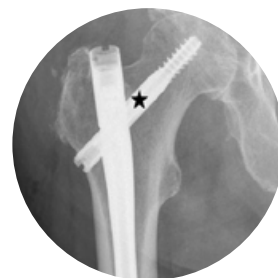
4 PERTROCHANTERE FEMUR FRACTUUR



Röntgenfoto van een pertrochantere femur fractuur. De witte pijlen markeren de fractuur.

5

HEUPNAGEL



Postoperatieve röntgenfoto van dezelfde fractuur behandeld met een heupnagel. De zwarte ster markeert de 'collumschroef'.

EXTRA-CAPSULAIR

Een breuk buiten het gewrichtskapsel van de heup wordt ook wel een pertrochantere femur fractuur genoemd (foto 4). Door de locatie van de breuk is een heupprothese vaak geen optie omdat er onvoldoende fixatie mogelijkheid is voor de steel. Gelukkig hebben deze fracturen een goede genezingskans en is het risico op avasculaire necrose zeer klein. Deze fracturen worden daarom behandeld met een heupnagel. De heupnagel wordt in de mergholte van het femur geplaatst, waarbij het proximale deel (de 'collumschroef') kan bewegen. Deze 'dynamisatie' zorgt voor een nog grotere kans op genezing (foto 5).

HERSTEL

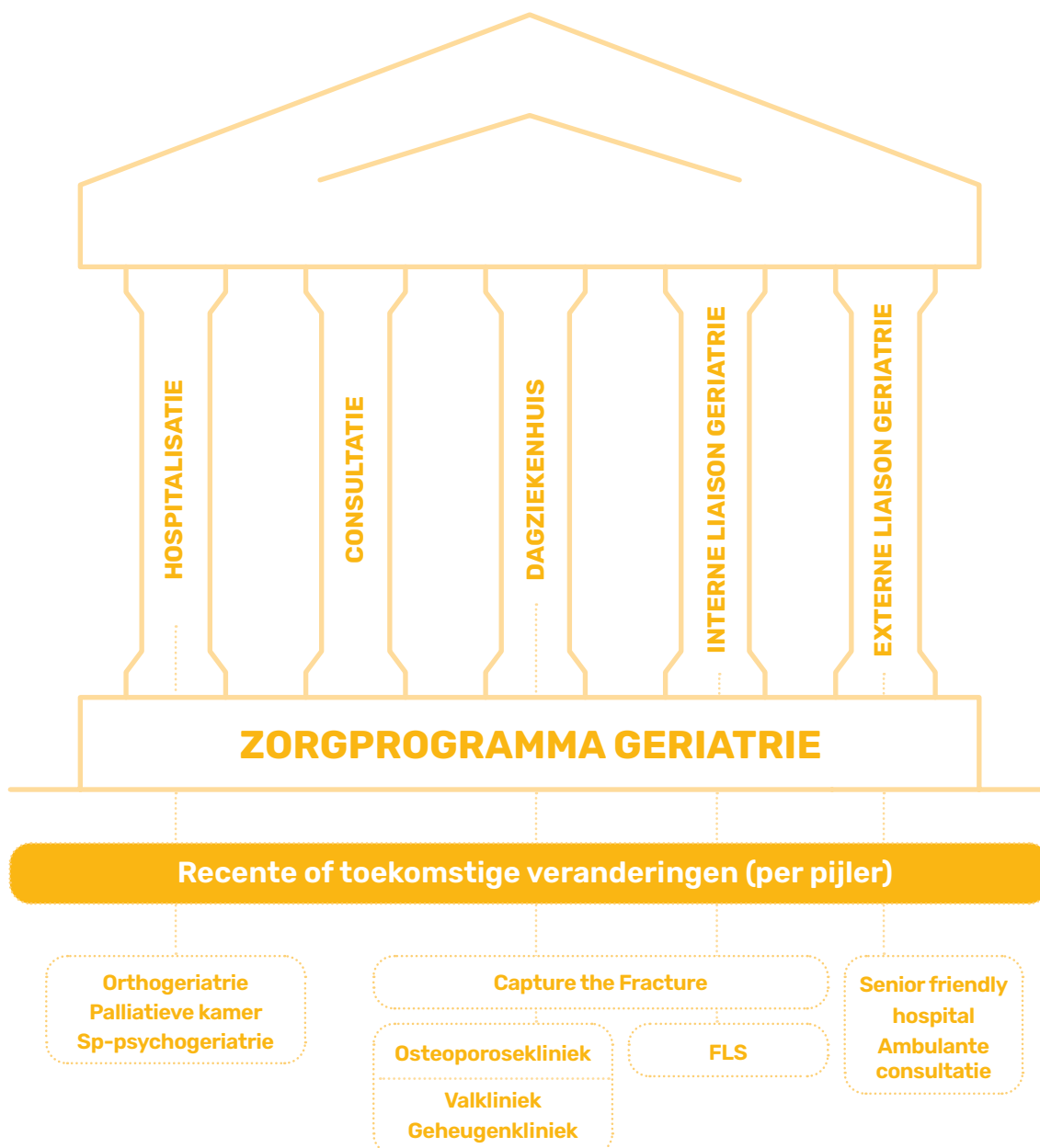
In de meeste gevallen mogen de patiënten direct na de operatie steunen. De eerste periode altijd met hulpmiddelen zoals krukken of een rollator. Kinesitherapie is hierbij zeer belangrijk, ook om het valrisico te verkleinen. Het eerste deel van de revalidatie vindt plaats in het ziekenhuis. Daarna kan dit thuis voortgezet worden als er voldoende ondersteuning is. Als de situatie van de patiënt daar om vraagt, kan dit ook elders gebeuren zoals in een revalidatiecentrum of kortverblijf. Bij een osteosynthese (schroeven of heupnagel) is radiologische opvolging belangrijk om zeker te zijn dat de breuk op een goede manier geneest. Bij een prothese volgt na ongeveer 6 weken een standaardcontrole met röntgenfoto's.

Dr. Thomas Wetzels, orthopedist
thomas.wetzels@sintandriestielt.be

Geriatric

Zorgprogramma: huidig aanbod & toekomstige projecten

Het laatste Koninklijk Besluit over het 'Zorgprogramma voor de geriatrische patiënt' dateert van 29 januari 2007 en omvat alle aspecten waaraan elke dienst geriatrie dient te voldoen om erkend te worden. In dit artikel geven dr. Julien Dekoninck, dr. Sarah Billet en dr. Marie De Groote een overzicht van wat het Sint-Andriesziekenhuis op dit moment aanbiedt en lichten ze de lopende verbeterprojecten toe die we nog wensen te realiseren.



1. HOSPITALISATIE GERIATRIE

Binnen het Sint-Andriesziekenhuis beschikken we over twee algemene geriatrie zorgafdelingen (G1 en G2). Deze afdelingen bieden een holistische zorg voor de oudere zorgvrager met een acuut probleem, veelal gekleurd door een complexe achtergrond van multimorbiditeit en verschillende psychosociale uitdagingen. De patiënten worden hoofdzakelijk gehospitaliseerd via de dienst spoedgevallen. Het is echter steeds mogelijk dat patiënten gehospitaliseerd worden na electieve doorverwijzing door de huisarts, als daghospitalisatie ontoereikend blijkt te zijn. Ook tijdens de hospitalisatie staat de multidisciplinaire aanpak vanaf dag één op de voorgrond. Er zijn al een aantal veranderingen gebeurd binnen deze eerste pijler (Hospitalisatie), m.n.:

Orthogeriatric:

Deze hospitalisatiebedden bevinden zich op de dienst orthopedie (C2) waardoor de patiënt gelijktijdig kan opgevolgd worden door zowel de geriater als de orthopedisch chirurg. Veelal worden de patiënten gehospitaliseerd na een trauma (vaak een valincident) met een fractuur tot gevolg. Door de kennis en kunde van de geriater en de orthopedisch chirurg te combineren, kunnen we de patiënt een correcte orthopedische behandeling aanbieden in combinatie met een holistische aanpak met focus op de multimorbiditeit en het psychosociaal welzijn. Zo kan er bij een valincident al in het hospitaal een valnazicht aangeboden worden en wordt er van meet af aan nagedacht over osteoporosescreening en -behandeling

Palliatieve kamer:

De vroegere palliatieve ruimte werd verplaatst naar de kamer aansluitend op dienst G2 waarbij nu de naasten van de stervende persoon een ruimte net naast een hospitalisatiekamer ter beschikking krijgen. De stervende persoon kan zo op de afdeling blijven en tegelijk zijn naasten bij zich hebben. Zij moeten ook niet telkens binnenkomen langs de afdelingsdeuren, maar kunnen gebruik maken van de rechtstreekse ingang op de kamer. Indien succesvol zal dit project vermoedelijk ook in het ziekenhuis op andere plaatsen mogelijk gemaakt worden.

Sp-psychogeriatric:

Het Sint-Andriesziekenhuis beschikt eveneens over een psychogeriatric afdeling (21 bedden). Sinds september 2024 verhuisde de dienst Sp-psychogeriatric naar een volledig nieuwe afdeling, gebouwd met het oog op de zorgnoden van de

beoogde patiëntenpopulatie. Op deze afdeling bieden we zorg aan voor patiënten lijdend aan gerontopsychiatrische syndromen (oudere zorgvrager lijdend aan een psychiatrisch ziektebeeld) en/of psychogeriatric syndromen (psychiatrische syndromen ten gevolge van het ouder worden). De patiënten worden opgevolgd door zowel de geriater, de psychiater als de neuroloog. Dit, gecombineerd met de zorg geleverd door het paramedisch-verpleegkundig team, zorgt voor een brede kijk op de diagnostiek van dergelijke syndromen alsook een multidisciplinair nazicht van de problemen secundair aan deze syndromen (gedragsproblemen, slaapproblemen, onrust, decorumverlies, onhoudbare thuissituaties...). De patiënten zijn vaak doorverwezen vanop de acute hospitalisatieafdelingen, het dagziekenhuis of de consultatie (geriatric/psychiatric/neurologie), maar ook doorverwijzingen vanuit de eerste lijn zijn mogelijk. Gebruik hiervoor steeds het doorverwijsformulier beschikbaar op de website van het ziekenhuis. ►



2. CONSULTATIEGERIATRIE

De consultatiegeriatrie betreft een één op één contact tussen de oudere zorgvrager (al dan niet begeleid door een mantelzorger/familielid) en de geriater. Aangezien de zorgvraag binnen de geriatrie vaak complex en multidimensionaal is, wordt er bij de consultatie vaak doorverwezen naar het geriatrisch dagziekenhuis. De geriater maakt van dit contact gebruik om een individueel plan op te stellen (met

de nodige onderzoeken/consulten/paramedisch nazicht) aangepast aan de noden van de geriatrische zorgvrager.

Indicaties voor consultatiegeriatrie

- Nazicht polyfarmacie
- Opvolging na (dag)hospitalisatie
- Intakegesprek met het oog op het correct inplannen van een dagziekenhuis geriatrie

3. GERIATRISCH DAGZIEKENHUIS

Op het dagziekenhuis kunnen we ambulante, geriatrische zorg en uitwerking aanbieden voor bepaalde complexe en multidimensionale problemen waarbij een reguliere consultatie veelal tekortschiet. Via het geriatrisch dagziekenhuis kunnen meerdere onderzoeken/consulten op één dag gepland worden. Dit komt de oudere zorgvrager, voor wie verplaatsingen niet altijd vanzelfsprekend zijn, ten goede. De patiënt dient verwezen te worden door de huisarts of specialist. De patiënt wordt op het geriatrisch dagziekenhuis onderzocht door een multidisciplinair team. Dat bestaat uit de geriater, verpleegkundigen, ergotherapeuten en kinesitherapeuten. Het team kan verder aangevuld worden met een nazicht diëtist, logopedist, psycholoog en/of sociaal werker. In functie van de individuele zorgnoden van de oudere zorgvrager worden er nog consulten door andere arts-specialisten/paramedici en/of beeldvorming voorzien.

Indicaties voor dagziekenhuis geriatrie

- Geheugenkliniek met inbegrip van stemmingsproblematiek
- Osteoporosescreening en -behandeling
- Valkliniek en gangstoornissen
- Oncogeriatrisch assessment
- Polyfarmacie
- Nutritioneel nazicht, ondervoeding, slikproblematiek
- Opvolging wondzorg
- Infuustherapie (bv. intraveneuze ijzertherapie)
- Preoperatief nazicht, o.a. voor TAVI
- Geriatrische opvolging (al dan niet na ziekenhuisopname), vaak gecombineerd met de nodige opvolgonderzoeken en consulten

Begeleiding

- In het geval van een consult in de geheugenkliniek raden we aan om de patiënt te laten begeleiden door een familielid of mantelzorger. Zo kunnen we ook een volledige heteroanamnese bekomen, wat van het uiterste belang is voor een correcte diagnostiek

De volgende verbeterprojecten binnen deze derde pijler zijn net in voege en worden binnenkort opgestart of gedurende de komende jaren uitgewerkt:

Geheugenkliniek:

De goede samenwerking tussen de gerieters en de neurologen/psychiaters op de dienst Sp-psychogeriatric wordt op heden verder geconcretiseerd bij de diagnostiek van dementiële syndromen. Hiervoor werd de geheugenkliniek opgericht. Voor meer informatie hieromtrent verwijzen we naar het artikel van dr. Vantghem.

Valkliniek:

In samenwerking met de eerstelijnszone (RITS) werd een ambulant valpreventieprogramma ontwikkeld waarbij patiënten met een recent valincident kunnen verwezen worden naar de valkliniek. Er wordt in een eerste contact vooral systematisch gekeken door de ergotherapeut naar eventuele omgevingsvalrisicofactoren met daarbij horende adviezen. Verder zal de kinesitherapeut de actuele mobiliteit testen om zo eventueel een F-pathologie te kunnen aanvragen voor intensieve revalidatie. De geriater kijkt naar mogelijke lichamelijke aanknopingspunten naast een medicatiereview en zal op basis daarvan beslissen of eventuele neurologische/cardiologische/NKO-evaluatie nodig is, al dan niet gecombineerd met verdere beeldvorming.

Osteoporosekliniek:

We wensen de patiënten die een fragiliteitsfractuur opliepen binnen het ziekenhuis correct te behandelen door adequaat te screenen op osteoporose en aandacht te besteden aan valrisicofactoren. De osteoporosekliniek past concreet in een breder programma, 'Capture the Fracture', dat in de volgende pijler wordt besproken.



4. INTERNE LIAISON GERIATRIE (GST)

Binnen ons ziekenhuis werd de Interne Liaison Geriatrie het GST genoemd: Geriatrich Support Team. Het GST heeft als doel het opsporen en behandelen van geriatrie syndromen bij de oudere zorgvrager (65 jaar en ouder), die niet opgenomen zijn op een geriatrie zorgafdeling. Het Geriatrich Support Team is een multidisciplinair team van experts die elk vanuit hun eigen vakgebied advies zullen geven aan de behandelende arts over de geriatrie zorgdoelen (bv. mobiliteit, cognitie, voedingsadvies, sociale problematiek, ...). De leden van het GST stellen, elk vanuit hun competentiedomein, de geriatrie principes en de geriatrie deskundigheid ter beschikking. Zo hebben we extra oog voor cognitieve problemen, mobiliteitsproblemen, voedingsproblemen, emotionele problemen, etc. Dat betekent dat we als GST dus eerder een adviesfunctie hebben en minder een uitvoerende functie. Het voordeel daarvan is dat er meer continuïteit is bij overname naar geriatrie aangezien er van in het begin van de opname al een geriatrie assessment beschikbaar is. Zo kent de geriater ook al op voorhand de patiënt vanuit het multidisciplinair team of vanuit het medisch dossier voor overname door de afdeling

geriatrie. Bij ontslag van de patiënt worden onze adviezen via een elektronische ontslagbrief naar de huisarts verstuurd. Binnen deze vierde pijler wordt de komende maanden vooral het volgende verbeterproject gerealiseerd:

Fracture Liaison Service (FLS):

FLS is de officiële benaming van een gecoördineerde multidisciplinaire dienst voor de zorg van secundaire fractuurpreventie. Er zijn momenteel al 1142 FLS-diensten wereldwijd. De meeste Vlaamse ziekenhuizen hebben een FLS en de overige zijn net als in ons ziekenhuis, de laatste krijtlijnen aan het tekenen voor de opstarter van. FLS valt binnen het 'Capture the Fracture'-programma. Dit is een officieel erkend programma door de International Osteoporosis Foundation (IOF) waarbij we jaarlijks ►



www.capturethefracture.org/fracture-liaison-services
<https://www.osteoporosis.foundation/our-network>

data dienen te rapporteren. Binnen ons ziekenhuis is het de bedoeling dat er gescreend zal worden naar fragiliteitsfracturen om vervolgens al dan niet de patiënt door te verwijzen naar de osteoporosekliniek. We kunnen het dan ook als volgt samenvatten: 'Capture the Fracture' zal in ons ziekenhuis zichtbaar worden onder zowel 'FLS' (screening en verwijzing) als 'osteoporosekliniek' (behandeling).

Reorganisatie personeel dagziekenhuis + GST:

Dit uitgebreide programma zal een belangrijke invloed hebben op de werking van zowel het geriatrisch dagziekenhuis (pijler 3) als het GST (pijler 4). Het lijkt ons dan ook meer dan logisch om beide teams te laten samenwerken gezien de patiënt met fractuur eerst gescreend zal worden (GST) met uitnodiging voor de osteoporosekliniek waar hij dan een bekend gezicht opnieuw zal kunnen tegenkomen op het dagziekenhuis.

5. EXTERNE LIAISON GERIATRIE

De laatste pijler is een transmurale opdracht van het zorgprogramma naar de ambulante zorg en heeft als doel de geriatrische principes en de geriatrische pluridisciplinaire deskundigheid ter beschikking te stellen van de huisarts, de coördinerende en raadgevende arts en de zorgverstrekkers van de doelgroep buiten het ziekenhuis. Zo kan de continuïteit van de zorg geoptimaliseerd worden en worden onnodige opnames vermeden. Ook kunnen synergieën en functionele samenwerkingsnetwerken worden ontwikkeld met de zorgverstrekkers en de voorzieningen van de doelgroep voor en na de hospitalisatie.

Wat doen we nu reeds concreet:

- Samenwerking met de huisartsenkringen- Begeleidingscommissie eerste lijn (Rits)
- Jaarlijkse vergadering met de WZC's
- Samenwerking met ergo-aan-huis
- Bijscholing bieden aan verpleegscholen, LOK's, artsenkringen, ...

Waar helpen we nu reeds aan mee (lopende projecten):

- Verbeterproject rond medicatielijsten transmuraal
- Verbeterproject rond 'senior friendly hospital'

Wat kan de toekomst hierin nog bieden:

- Er is de mogelijkheid om effectief een consultatie te verrichten bij de geriatrische patiënt in zijn (vervangende) thuisomgeving. Eventueel in een WZC kan dit een meerwaarde bieden om bijvoorbeeld te verzwakte patiënten met al dan niet ernstige dementie alsnog een geriatrisch advies te kunnen aanbieden. Actueel gebeurt dit zelden tot nooit omdat het niet evident is dit te combineren. Op expliciete vraag van de huisarts kunnen we dit in de toekomst eventueel meer implementeren.

Dr. Julien Dekoninck, geriater
julien.dekoninck@sintandriestielt.be

Dr. Sarah Billet, geriater
sarah.billet@sintandriestielt.be

Dr. Marie De Groote, geriater
marie.de.groote@sintandriestielt.be

WE HAVE EVERY SINGLE MOMENT AT HEART.
JUST LIKE YOU DO.



WE CARE FOR EVERY HEARTBEAT.



Neurologie

Opstart geheugenkliniek Sint-Andries Tielt

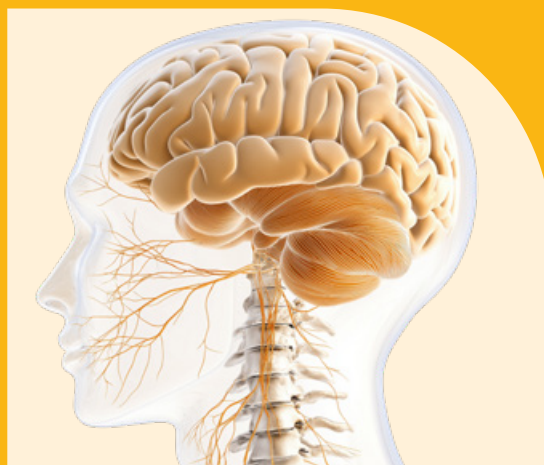
In april 2025 ging de geheugenkliniek in het Sint-Andriesziekenhuis van start, met als doel het aanbieden van een uniforme, multidisciplinaire zorg voor volwassenen met cognitieve stoornissen en dementie. Dr. Soetkin Vantghem en dr. Marie De Groote geven een inkijk.

COGNITIEVE ACHTERUITGANG

Een verminderd cognitief functioneren wordt gedefinieerd als een achteruitgang van bepaalde hersenfuncties. Dit kan zich op vele manieren uiten, zoals bijvoorbeeld een achteruitgang van het geheugen, spraak- of taalmoeilijkheden, problemen met aandacht en concentratie, stoornissen in de ruimtelijke oriëntatie, alsook veranderingen van het gedrag of de persoonlijkheid. Cognitieve achteruitgang hoort vaak bij de normale veroudering van de hersenen, maar het is van belang om ook andere oorzaken uit te sluiten. Zo kunnen lichamelijke en psychische problemen een groot effect hebben op het cognitief functioneren. Het is van belang om pijn, acute ziekte of een depressie tijdig op te sporen en te behandelen. Soms is de achteruitgang niet te wijten aan een normaal verouderingsproces of lichamelijke/emotionele factoren, maar is er sprake van een onderliggende ziekte en/of probleem in de hersenen. Men spreekt dan van een neurodegeneratieve aandoening of dementie.

NEURODEGENERATIEVE AANDOENINGEN

Verschillende hersenaandoeningen kunnen dementie veroorzaken. Hierbij is de ziekte van Alzheimer de meest frequent voorkomende aandoening. Daarnaast bestaan nog Lewy-Bodydementie, vasculaire dementie, frontotemporale dementie met primair progressieve afasie of de gedragsvariant van frontotemporale



dementie en meer zeldzame vormen van dementie zoals corticobasale degeneratie, progressieve supranucleaire parese en ziekte van Creutzfeldt-Jakob. Correct het onderscheid maken tussen deze verschillende ziekteprocessen is uitermate belangrijk zodat een gepaste en doeltreffende behandeling kan gestart worden, de patiënt/familie correct geïnformeerd wordt over de prognose, alsook de opvolging en familiale counseling (zoals overerving). Neurodegeneratieve aandoeningen vormen een belangrijke oorzaak van sterfte in de westerse maatschappij. Tot op vandaag bestaat hiervoor nog geen preventieve of curatieve behandeling. Op dit moment worden wel veel ziektemodulerende behandelingen in studieverband onderzocht. Zo lopen er voor de ►

ziekte van Alzheimer momenteel 120 verschillende studies naar medicatie. Sommige van deze behandelingen werden in andere landen reeds goedgekeurd en toegepast in de klinische praktijk (bv. Lecanemab). Eenmaal deze behandelingen beschikbaar zullen zijn op de Belgische markt, zal een correcte en vroegtijdige diagnose alleen maar aan belang winnen omdat deze ziektemodulerende behandelingen het meest effectief zijn in de vroege ziektestadia en ziektespecifiek zijn.

MULTIDISCIPLINAIR TEAM

Binnen onze geheugenkliniek werken neurologen, psychiaters, geriater, neuropsychologen, ergotherapeuten, radiologen en nuclearisten nauw samen. We hebben als doel een probleem grondig te evalueren in al zijn facetten om zo tot een snelle en correcte diagnose te komen, waarbij we ernaar streven om het type dementie zo nauw mogelijk te specificeren. Daarnaast proberen we een open communicatie met patiënt en omgeving te bewaken, alsook een wetenschappelijk onderbouwde behandeling voor te stellen.

BETROKKEN DIENSTEN EN PERSONEN:

- **Dienst geriatrie:**
dr. Billet, dr. Dekoninck, dr. De Groote
- **Dienst neurologie:**
dr. Vantighem, dr. Parmentier, dr. Lamont
- **Dienst psychiatrie:**
dr. Vandewalle, dr. Gazziano
- **Dienst radiologie:**
dr. Thomaere
- **Dienst nucleaire geneeskunde:**
dr. D'Hulst
- **Neuropsycholoog:**
Jens Vermeeren
- **Ergotherapie:**
Trui Lambrecht

DOELSTELLINGEN

De voornaamste doelstellingen van onze geheugenkliniek zijn het stellen van een vroegtijdige diagnose zonder hospitalisatie, een snelle en accurate diagnosestelling die op een heldere manier wordt toegelicht aan patiënt en zorgverleners, het detecteren van gedrags- en psychologische veranderingen, een adequate medicamenteuze behandeling en aandacht voor een optimale ondersteuning zodat de thuissituatie zo lang mogelijk haalbaar blijft voor zowel patiënt als mantelzorger. Bovendien hopen we op termijn

ook cognitieve revalidatie te kunnen aanbieden. Verder proberen we in te zetten op een zo nauwkeurig mogelijke differentiaaldiagnostiek, met aandacht voor een breder spectrum aan cognitieve stoornissen zoals mild cognitive impairment (met multipole potentiële onderliggende oorzaken) en cognitieve stoornissen binnen het kader van psychiatrisch lijden. Deze differentiaaldiagnose is erg belangrijk, aangezien deze aandoeningen een totaal andere behandeling en opvolging vereisen. Het is echter niet altijd evident om een correct onderscheid te maken, gezien de grote overlap in symptomatologie tussen patiënten met bepaalde dementiële syndromen zoals Lewy-Bodydementie of frontotemporale dementie (vooral in de beginstadia) en patiënten met een primair psychiatrische stoornis.

Daarnaast is het van belang om bij oudere patiënten mogelijke comorbiditeiten niet uit het oog te verliezen. Door een multidisciplinaire benadering kunnen we de kans op misdiagnoses zo laag mogelijk houden, en patiënten geruiststellen als de subjectieve cognitieve klachten van goedaardige aard blijken te zijn.

PRAKTISCH

Op welke manier kan een patiënt naar ons verwezen worden? Patiënten worden meestal doorverwezen via de huisarts of specialist. We adviseren om de huisarts steeds te betrekken in het traject door het opvragen van een verwijsbrief. Als patiënt of verwijzend arts mag u steeds kiezen naar welke discipline u de verwijzing richt. We adviseren echter wel om patiënten met cognitieve klachten die jonger zijn dan 80 jaar door te verwijzen naar de dienst Neurologie en patiënten ouder dan 80 jaar en/of met belangrijke comorbiditeiten naar de dienst Geriatrie. Soms kan het ook zijn dat aansluitend bij een ziekenhuisopname reeds een afspraak vastgelegd wordt.

Verwijzing vindt telefonisch plaats via volgende nummers:

Dienst Neuropsychiatrie:

051 42 57 50

Dienst Geriatrie:

051 42 51 60 (dienst Inwendige Ziekten)

*Dr. Soetkin Vantighem, neuroloog
soetkin.vantighem@sintandriestielt.be*

*Dr. Marie De Groote, geriater
marie.de.groote@sintandriestielt.be*



INTAKE

De eerste afspraak in de geheugenkliniek bestaat uit een gesprek met de arts (neuroloog of geriater, cf. eerder vermelde criteria) en afname van een korte screeningstest (MMSE). Tijdens deze consultatie wordt geprobeerd om mogelijke secundaire oorzaken van cognitieve achteruitgang uit te sluiten en wordt een inschatting gemaakt welke verdere onderzoeken nuttig en noodzakelijk zijn. Indien de patiënt reeds vooraf opgenomen werd in het ziekenhuis, kan het zijn dat deze stap overgeslagen wordt.



DAGOPNAME MET NEUROPSYCHOLOGISCH ONDERZOEK

Er wordt altijd getracht om de verdere onderzoeken te bundelen tijdens een dagopname om zo de belasting voor patiënt en familie te beperken. De minimaal afgenomen onderzoeken zijn een bloedafname, een hersenscan (CT hersenen en/of MRI hersenen) en een neuropsychologisch onderzoek. Met een neuropsychologisch onderzoek proberen we te onderzoeken welke verschillende cognitieve domeinen betrokken zijn (aandacht, waarneming, taal, geheugen, planmatig en organiserend denken en handelen). Dit gebeurt aan de hand van verschillende testen en opdrachten, waarbij ook aan een vertrouwenspersoon wordt gevraagd om een vragenlijst in te vullen om extra informatie te verzamelen. Een volledig onderzoek duurt ongeveer 1,5 uur. In functie van het profiel van de patiënt vindt ook een nazicht plaats door de neuroloog, psychiater en geriater (voor zover dit in het verleden nooit eerder is gebeurd).



MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG EN NABESPREKING

We komen elke twee weken samen om alle casussen te overleggen, waarna de patiënt en zijn vertrouwenspersoon teruggevraagd worden op consultatie voor het bespreken van de resultaten en het behandelplan. In functie van de bevindingen kan bijkomend onderzoek gepland worden (bv. PET-CT scan of lumbaalpunctie) en wordt ook een vervolgspraak vastgelegd.



Revalidatie

**Dr. Gretel Descheemaeker en
dr. Isabelle Vanneuville zetten onze
nieuwe revalidatie-afdeling in de kijker**



REVALIDATIE TIJDENS OPNAME

Op de dienst orthopedie, geriatrie en Sp-psycho-geriatrie wordt revalidatie aangeboden op de kamer en in de dagzaal of revalidatieruimte op de afdeling zelf.

Onmiddellijk na een orthopedische ingreep (osteosynthese van de heup, totale heupprothese of totale knieprothese) wordt gestart met de multidisciplinaire revalidatie. Het is van belang zo snel mogelijk te bewegen na de ingreep. Op die manier worden complicaties zoals doorligwonden en circulatie- en ademhalingsstoornissen zoveel mogelijk vermeden. De kinesitherapeut zal zich richten op de bevordering van de bloedsomloop, het herstel van de beweeglijkheid, het herwinnen van spierkracht en coördinatie, en het aanleren van een juist stappatroon. De ergotherapeut zal inzetten op maximale zelfredzaamheid bij ADL, transfers en trappen doen. Er zal ook beoordeeld worden welk hulpmiddel het meest aangewezen is met de nodige aandacht voor valpreventie.

Patiënten na een algemene heelkundige ingreep worden meestal op de kamer behandeld. Neurologische en internistische patiënten zullen afhankelijk van hun aandoening en klinisch beeld op de kamer of in de oefenzaal op onze nieuwe afdeling behandeld worden. Hier kan naast kinesitherapie en ergotherapie ook logopedie noodzakelijk zijn, zowel voor slik-, taal- of spraakrevalidatie.

AMBULANTE REVALIDATIE

De ambulante geriatrie vormt een unieke populatie binnen de revalidatiegeneeskunde. Deze groep wordt gekenmerkt door polypathologie: het gelijktijdig voorkomen van meerdere chronische aandoeningen zoals artrose, hartfalen, diabetes en cognitieve achteruitgang. Deze multimorbiditeit leidt tot een verhoogde kwetsbaarheid en stelt bijzondere eisen aan diagnostiek en behandeling binnen de revalidatiesetting. Standaardbehandelprotocollen volstaan vaak niet; een gepersonaliseerde, functioneel gerichte benadering is cruciaal.

Een centraal aandachtspunt is het evenwicht. Veel geriatrie patiënten ervaren valincidenten of een uitgesproken valangst (secundair), met alle gevolgen van dien: verlies van zelfstandigheid, toename van zorgnoden en een verhoogd risico op ziekenhuisopnames. Het behoud of herstel van balansvaardigheden vergt een multidisciplinaire aanpak met samenwerking tussen de disciplines kinesitherapie, ergotherapie, logopedie, psychologie en sociale dienst, afhankelijk van de pathologie en de zorgvraag. Valpreventie is dan ook een belangrijk doel binnen het revalidatieproces, gaande van evenwichtstraining met de kinesist tot het aanpassen van de woonomgeving in samenwerking met ergotherapie.



Daarnaast is de fysieke conditie dikwijls ernstig verminderd. Sarcopenie, chronische pijn en inactiviteit leiden tot een vicieuze cirkel van verdere deconditionering. Gerichte oefenprogramma's, aangepast aan de individuele belastbaarheid, zijn essentieel om de mobiliteit en zelfredzaamheid te verbeteren. Hierbij is aandacht voor motivatie en gedragsverandering minstens even belangrijk als het fysieke aspect zelf. Naast deze fysieke factoren spelen ook psychosociale componenten een belangrijke rol. Milde cognitieve stoornissen, beginnende dementie of stemmingsstoornissen beïnvloeden het revalidatieverloop aanzienlijk. Zowel cognitieve beperkingen, eenzaamheid als depressieve klachten vragen aandacht binnen de revalidatie met nauwe betrokkenheid van mantelzorgers en de eerstelijnszorg.

Kortom, de ambulante geriatrische patiënt stelt ons voor een complexe, maar boeiende uitdaging. Door middel van een gepersonaliseerde, interdisciplinaire aanpak kunnen we bijdragen aan het behoud van autonomie en levenskwaliteit – wat uiteindelijk het voornaamste doel blijft van onze revalidatie-inspanningen.

Artsen fysische geneeskunde en revalidatie:

*Gretel Descheemaeker
gretel.descheemaeker@sintandriestielt.be*

*Isabelle Vanneuvillie
isabelle.vanneuvillie@sintandriestielt.be*





Delier komt voor bij een aanzienlijke groep geriatrische patiënten met heupfractuur, deze kan oplopen tot zelfs 50%



Delier na narcose

Een onzichtbare drempel naar genezing

Delier na narcose (ook wel postoperatieve cognitieve disfunctie, POCD) is een belangrijke, maar vaak over het hoofd geziene complicatie na een chirurgische ingreep, vooral bij oudere patiënten. Het kan leiden tot vertraagde genezing en verhoogde risico's voor de patiënt, met ernstige gevolgen voor zowel de patiënt als de zorgverlening. In dit artikel bespreekt anesthesist dr. Sandra Huysentruyt de oorzaken, risicofactoren, diagnose, preventie en behandelingsopties van delier na narcose.

WAT IS DELIER?

Delier is een acute, fluctuerende stoornis in bewustzijn en cognitie die vaak optreedt na een operatie, vooral bij ouderen. Het wordt gekarakteriseerd door plotselinge verwarring, desoriëntatie en veranderingen in waarneming. De symptomen variëren van milde geheugenproblemen tot ernstige cognitieve stoornissen. Delier wordt meestal veroorzaakt door een exogene trigger, zoals anesthesie, de operatie zelf of andere medische complicaties.

KLINISCHE SUBTYPES

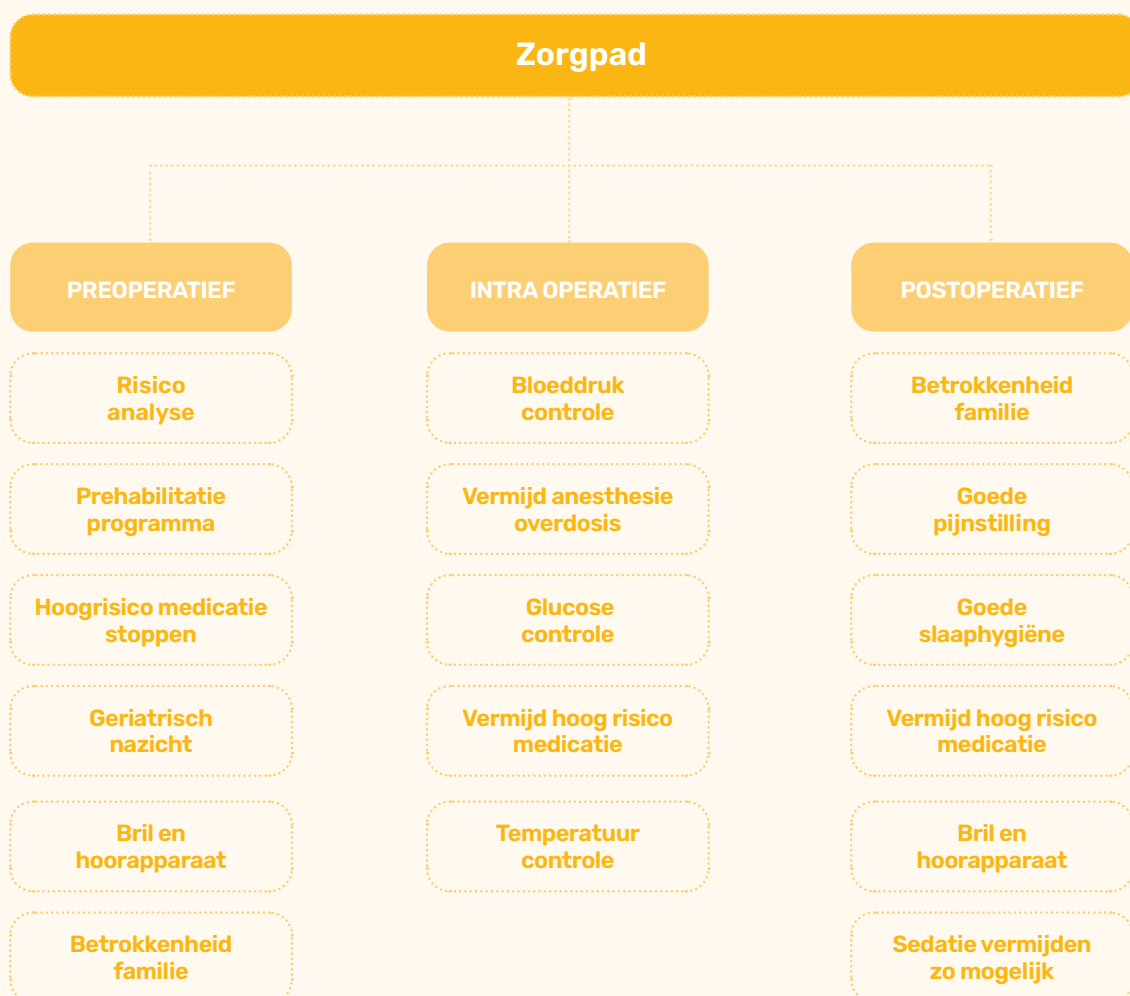
Er zijn twee belangrijke klinische subtypes van delier na narcose:

Hyperactief delier:

Dit subtype wordt gekarakteriseerd door verhoogde psychomotorische activiteit, zoals agitatie, plukken aan bedlinnen of zwerfgedrag. Dit is het meest zichtbaar en kan gemakkelijk interfereren met verpleegkundige handelingen.

Hypoactief delier:

Dit subtype vertoont verminderde psychomotorische activiteit, apathie en teruggetrokken gedrag. De patiënt reageert alleen op sterke fysieke of verbale stimuli. Dit subtype wordt vaak niet herkend en heeft een slechtere prognose. ►



RISICOFACTOREN

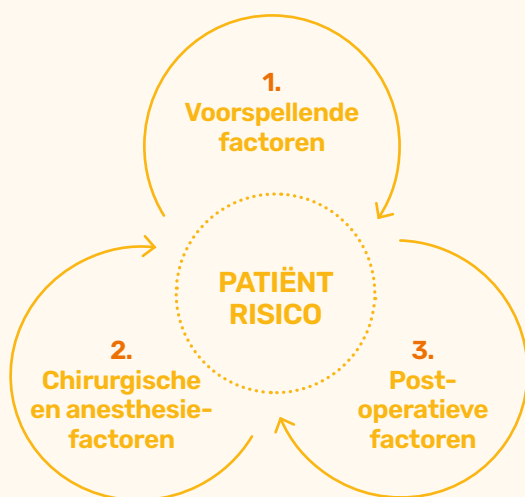
Delier komt voor bij een aanzienlijke groep chirurgische patiënten, met een incidentie die kan oplopen tot 50%, vooral na cardiochirurgie en heupchirurgie. Risicofactoren kunnen we onderverdelen in predisponerende factoren en triggerfactoren.

Predisponerende factoren zijn onder andere:

- Hogere leeftijd (>70 jaar)
- Hoge ASA-classificatie (bv. diabetes, vasculair lijden en nierfalen)
- Pre-existente cognitieve stoornissen
- Polyfarmacie, alcoholmisbruik, slechte voedings-toestand, visus- en gehoorverlies

Triggerfactoren omvatten:

- Pijn, immobiliteit, verblijf op de intensive care en slaapdeprivatie
- Gebruik van benzodiazepines, afwezigheid van familie en elektrolytenstoornissen
- Bloedtransfusies, infecties, sepsis, het gebruik van sondes en drains, en urineretentie
- Specifieke chirurgische en anesthesie gerelateerde factoren, zoals cardiovasculaire en heupchirurgie en urgente ingrepen.



1. Age, Cognition, Comorbidities, History of PND, Visual Deficit, Hearing Deficit, Depression, Frailty, Education, Alcohol Abuse, Drug Use, Poor Nutrition, Polypharmacy.
2. Cardiac/Vascular Surgery, Orthopedic Surgery (major joint), Major Abdominal Surgery, Emergency Surgery, Hypotension/hemodynamic imbalance, Depth of Anesthesia, Hypoglycemia/Hypothermia.
3. Intensive Care, Sepsis/Infection, Invasive Lines, Electrolyte imbalance, Sleep Hygiene, Opiates/Benzodiazepines, Deep Sedation, Family not Present, Pain, Immobility Ileus, Transfusion, Polypharmacy, Ventilator, Restraints.

PREOPERATIEF SCREENEN

Het preoperatief screenen van patiënten is cruciaal om risicofactoren voor delier vroegtijdig te identificeren en preventieve maatregelen te treffen. Patiënten die ouder zijn dan 70 jaar, cognitieve stoornissen hebben of meerdere onderliggende ziektes (zoals diabetes of hart- en vaatziekten), lopen een hoger risico. Door vooraf risicofactoren in kaart te brengen, kunnen zorgverleners gericht ingrijpen. Zo kan het gebruik van bepaalde medicaties worden aangepast, de slaapkwaliteit worden geoptimaliseerd en mobilisatie en adequate hydratatie al voor de operatie worden aangemoedigd.

GEVOLGEN VAN DELIER

Delier heeft niet alleen invloed op de klinische toestand van de patiënt, maar verhoogt ook de mortaliteit, de kans op postoperatieve complicaties en de duur van ziekenhuisopnames. Dit heeft een grote economische impact op ziekenhuizen en verergert de druk op de zorgverlening. Voor de patiënt en de familie betekent delier vaak een verlies van zelfstandigheid en een vermindering van de levenskwaliteit. Het vereist meer organisatie en mantelzorg, wat kan leiden tot extra belasting voor familieleden. Daarnaast is er een verhoogd risico op blijvende cognitieve achteruitgang, vooral bij patiënten die al preoperatief cognitieve stoornissen vertoonden.

DIAGNOSTISCHE HULPMIDDELEN

Er zijn verschillende diagnostische hulpmiddelen beschikbaar om delier te identificeren. De meest gebruikte zijn:

Confusion Assessment Method (CAM):

Beoordeelt acuut begin en fluctuatie, inattentie, gedesorganiseerd denken en veranderd bewustzijn.

CAM-ICU:

Specifiek voor patiënten op intensive care, ook geschikt voor geventileerde patiënten.

Delirium Observation Screening (DOS):

Deze schaal wordt vooral door verpleging gebruikt om de mate van delier te meten.

**4MS
VAN HET
LEEFTIJD-
VRIENDELIJKE
GEZONDHEIDS-
SYSTEEM**



Mobiliteit



Waarden



Medicatie



Cognitief Welzijn

PATHOFYSIOLOGIE

De onderliggende mechanismen van delier zijn complex en nog niet volledig begrepen. Een belangrijke theorie is dat delier wordt veroorzaakt door een ontregelde balans van neurotransmitters, evenals neuro-inflammatie. Deze neuro-inflammatie kan de permeabiliteit van de bloed-hersenbarrière verhogen, wat leidt tot neuronale schade. Anesthesie kan deze permeabiliteit verder verhogen, wat bijdraagt aan de verstoring van corticale connectiviteit en de cognitieve stoornissen die typisch zijn voor delier.

PREVENTIE EN BEHANDELOPTIES

Preventie van delier vereist een aanpak die zowel risicofactoren optimaliseert als perioperatieve zorg verbetert. De richtlijnen van het European Journal of Anaesthesiology (EJA) 2024 bieden waardevolle inzichten in het preventieve beheer. Preventieve maatregelen omvatten:

Modificatie van predisponerende factoren:

- Verbetering van slaapkwaliteit
- Beheer van kwetsbaarheid (frailty)
- Vermijden van polyfarmacie
- Pijnbestrijding en controle van comorbiditeiten (zoals diabetes)
- Verbeteren van voedingstoestand en het corrigeren van zintuiglijke beperkingen (zoals slecht zicht of gehoor)

Multicomponent interventies:

- Gebruik van hulpmiddelen zoals klokken, kalenders en communicatiehulpmiddelen (brillen, gehoorapparaten, ...)
- Vroege mobilisatie en adequate pijnstilling
- Zorg voor goede hydratatie en voeding

Medicatie-aanpassingen:

- Vermijden van benzodiazepines, die het risico op delier verhogen
- Dexmedetomidine, een alfa-2 agonist, heeft beschermende effecten tegen delier

Type anesthesie en diepte van anesthesie:

- Er is geen significant verschil in risico tussen algemene en regionale anesthesie
- Het meten van de diepte van anesthesie met pEEG-monitoring kan nuttig zijn

Het is essentieel om patiënten preoperatief te screenen op basis van factoren zoals ASA-classificatie, leeftijd en het type chirurgie. Delier is meestal reversibel, maar het herstel kan variëren van enkele dagen tot weken. De behandeling richt zich op het optimaliseren van de onderliggende oorzaken, zoals het verbeteren van pijnbestrijding en het bevorderen van algemene gezondheid. In sommige gevallen is het gebruik van antipsychotica noodzakelijk, maar dit versnelt het herstel niet altijd.

CONCLUSIE

Delier na narcose is een vaak over het hoofd geziene maar belangrijke complicatie die chirurgische patiënten kan treffen. Vroegtijdige diagnose en preventie zijn cruciaal om de uitkomst van de patiënt te verbeteren. Door risicofactoren te identificeren, multicomponente interventies toe te passen en adequate postoperatieve zorg te bieden, kunnen we de kans op complicaties verminderen en het herstel bevorderen.

*Dr. Sandra Huysentruyt, anesthesist
sandra.huysentruyt@sintandriestielt.be*

Niet op foto:
wondzorgverpleegkundige
Charlotte Dufour



Wondproblematiek

Een zorgvuldige benadering

Wonden kunnen een diepgaande invloed hebben op de kwaliteit van leven, of het nu gaat om acute, chronische wonden of postoperatieve complicaties. Het correct en efficiënt verzorgen van deze wonden is cruciaal om infecties te voorkomen en het genezingsproces te versnellen. Vaatchirurg dr. Daphné Van den Bussche licht toe.

VEELVOORKOMEND PROBLEEM

In het Sint-Andriesziekenhuis biedt het gespecialiseerde team van de Wondkliniek deskundige behandeling en begeleiding voor patiënten met complexe wondproblematiek, vaak met behulp van geavanceerde technieken en kennis. Een veelvoorkomend probleem, vooral bij ouderen, is de ontwikkeling van doorligwonden, ook wel decubituswonden genoemd. Deze wonden ontstaan door langdurige druk op de huid, wat de bloedcirculatie belemmert en leidt tot weefselschade. Vooral bij geriatrische patiënten, die vaak bedlegerig of minder mobiel zijn, kunnen deze wonden zich snel ontwikkelen. De kwetsbare, dunner wordende huid van ouderen maakt hen extra vatbaar

voor het ontstaan van deze pijnlijke en complexe wonden.

Preventie van doorligwonden begint met het regelmatig veranderen van de positie van de patiënt om drukpunten te verlichten. Het gebruik van gespecialiseerde matrassen en kussens, zoals alternierende drukmatten, kan helpen om de druk gelijkmatig te verdelen en het risico op decubitus te verminderen. Goede voeding, hydratatie en een goede huidverzorging zijn eveneens essentieel om de huid gezond te houden en het risico op decubitus te verkleinen. Wanneer een doorligwond zich toch voordoet, is een snelle en zorgvuldige behandeling cruciaal.

WONDZORG OP DE VERBLIJFSAFDELINGEN

Elke maandag maakt het wondzorgteam een ronde langs de verblijfsafdelingen om patiënten met moeilijk helende wonden op te volgen. Deze zorg wordt geboden door wondzorgverpleegkundigen Jasmien Deruyck en Charlotte Dufour, en vaat-chirurg dr. Daphné Van den Bussche. De grootste groep patiënten met moeilijk helende wonden bestaat uit geriatrische patiënten, waarvan velen te maken hebben met decubituswonden. Dankzij de nauwe samenwerking met onze gerieters, dr. Julien Dekoninck, dr. Marie De Groote en dr. Sarah Billet, kunnen patiënten zeer intensief opgevolgd worden. De gerieters evalueren de algemene gezondheidstoestand van patiënt, medicatie en zorg, waarna het wondzorgteam de juiste stappen onderneemt om de wondbehandeling optimaal te starten. Hierbij wordt gekeken naar de algemene conditie van de patiënt, voeding, mobiliteit, doorbloeding en de onderliggende oorzaak van de wonden. Wanneer nodig worden wonden zorgvuldig gedebrideerd, zodat de juiste behandeling kan worden toegepast.

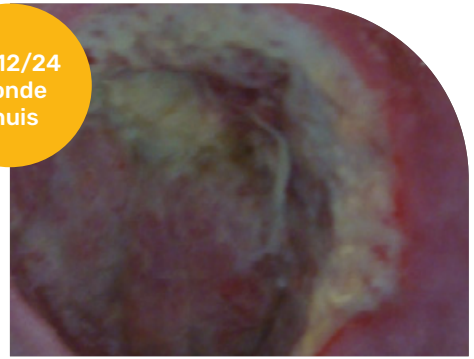
INDIVIDUELE BENADERING VAN ELKE WOND

Elke wonde is uniek en vereist dan ook een aangepaste benadering. Het ziekenhuis heeft recent extra aandacht besteed aan het gebruik van nieuwe alternerende matrassen om decubituswonden te voorkomen. Dit bij patiënten die langdurig bedrust nodig hebben en/of minder mobiel zijn. Daarnaast is er een specifieke opleiding gegeven aan verpleegkundigen, zodat zij optimaal betrokken zijn bij het gebruik van deze matrassen. De behandeling van doorligwonden wordt per patiënt individueel aangepakt, afhankelijk van de situatie en de ernst van de wonde. In ons ziekenhuis maken we vaak gebruik van negatieve-druktherapie, een niet-invasief, dynamisch systeem dat de wondgenezing bevordert. Dit systeem creëert een gecontroleerde negatieve druk op het wondbed, wat de vorming van granulatieweefsel stimuleert, een vochtig en gesloten wondmilieu behoudt, de wondreactie versnelt en overtollig wondvocht verwijdt.

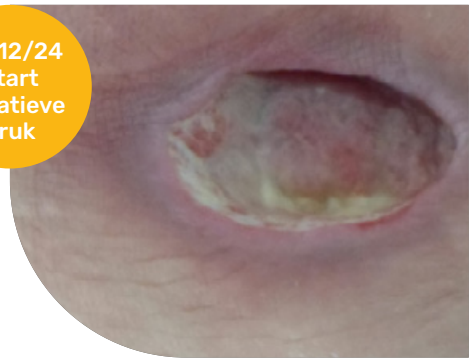
NAZORG EN OPVOLGING NA ONTSLAG

Na een ziekenhuisopname, kan de patiënt verder opgevolgd worden door het wondzorgteam. Dit gebeurt op donderdagvoormiddag via een dagopname. Tijdens deze opname ziet de patiënt niet alleen de geriater en vaat-chirurg die betrokken zijn bij de wondzorg, maar ook de wondzorgverpleegkundige. Indien nodig kunnen ook andere specialisten betrokken worden, afhankelijk van de onderliggende pathologie van de patiënt. Alles hangt af van de onderliggende ►

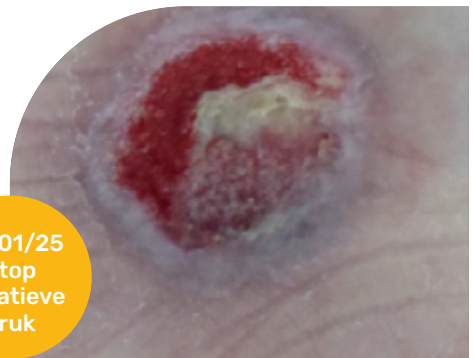
16/12/24
Wonde
thuis



26/12/24
Start
negatieve
druk



08/01/25
Stop
negatieve
druk



23/01/25



20/02/25



pathologie. Het volledige team herzielt de toestand van de patiënt en stelt een zorgplan op voor verdere behandeling. Na overleg wordt de patiënt ontslagen met duidelijke instructies voor de thuisverpleging en de huisarts. Er is voortdurend contact met thuisverpleegkundigen en huisartsen om de voortgang te waarborgen. Het wondzorgteam is altijd snel en laagdrempelig bereikbaar voor verdere vragen of ondersteuning.

POLIKLINISCHE WONDOPVOLGING

Als er na ontslag geen verdere zorg in het dagziekenhuis nodig is, kunnen patiënten voor vervolgbehandeling terecht op de polikliniek bij dr. Daphné Van den Bussche en wondzorgverpleegkundige Vanessa Van Renterghem. Het team geeft dan de benodigde instructies omtrent behandeling om zo het herstel te bevorderen.

TOEKOMSTVISIE: OPTIMALISATIE VAN WONDZORG

De Wondkliniek streeft ernaar de opvolging van patiënten met moeilijk helende wonden verder te optimaliseren. In de toekomst willen we deze zorg nog laagdrempeliger maken. Vanaf januari 2026 zal het mogelijk zijn om één dag per week enkel door een wondzorgverpleegkundige opgevolgd te worden. Deze verpleegkundige zal advies geven en acties ondernemen om de wondbehandeling te optimaliseren, met een nauwe samenwerking tussen artsen en thuisverpleegkundigen om de best mogelijke zorg te bieden.

CONCLUSIE

Het Sint-Andriesziekenhuis biedt een gepersonaliseerde aanpak voor patiënten met moeilijk helende wonden. Dankzij een multidisciplinair team van artsen, verpleegkundigen en specialisten wordt iedere patiënt zorgvuldig begeleid, zowel in het ziekenhuis als daarbuiten, om het genezingsproces te ondersteunen en de levenskwaliteit te verbeteren. De Wondkliniek kan geraadpleegd worden op het nummer **051 42 50 60** of via **wondzorg@sintandriestielt.be**

*Dr. Daphné Van den Bussche, vaatchirurg
daphne.vdbussche@sintandriestielt.be*



**BEHOUD
DE GEZONDHEID
VAN UW OGEN**

Gevoelige, vermoeide, droge ogen ...

THEALOZ® DUO

BESCHERMT EN HYDRATEERT UW OGEN
Een innovatieve combinatie van
Hyaluronzuur en het natuurlijke ingrediënt **Trehalose**
Voor **ONMIDDELIJK EN LANGDURIG COMFORT**



-  **Zonder bewaarmiddelen zonder fosfaten** om de gezondheid van uw ogen te behouden
-  450 druppels: **Praktisch en zuinig flacon** voor dagelijks gebruik. Kan tot 6 maanden na opening gebruikt worden
-  **De meest voorgeschreven kunsttraan door oogartsen**


let's open our eyes

**Laboratoires Théa, 30 jaar expertise
gewijd aan oogzorg zonder bewaarmiddel.**

www.thea.be - ©2024, laboratoires Théa, all rights reserved

Valpreventie

in ons ziekenhuis

Eén op de drie 65-plussers valt minstens één keer per jaar. Daarom vinden we het belangrijk als ziekenhuis hier maximaal op in te zetten.

VALRISICOSCREENING

Bij opname wordt elke patiënt gescreend op valrisico aan de hand van een aantal vragen. Bij score 2 of meer wordt een sticker valrisico op het identificatiebandje aangebracht en gaat het GST of de ergo van de afdeling langs voor een uitgebreider valbilan. Het kan ook zijn dat de patiënt doorverwezen wordt naar de valkliniek waar tijdens een dagopname een uitgebreide valrisicoscreening gebeurt. Hier wordt dieper ingegaan op de valgeschiedenis en de mogelijke valrisicofactoren:

- Evenwicht, mobiliteit en spierkracht
- Medicatie (slaap- en kalmeringsmiddelen zijn een van de risicofactoren die een valpartij kunnen veroorzaken)
- Mentale status
- Valangst
- Orthostatische hypotensie (plotse bloeddrukdaling bij het rechtekomen, bij het bukken of na de maaltijd)
- Zicht
- Voeten en schoeisel (wonden, open loszittend schoeisel)
- Omgeving en gedrag (tapijten, trappen, onvoldoende licht, onveilig gedrag vb. op kousen rondlopen).

Zo krijgen we een beter zicht op het valrisico en kunnen we gericht adviezen formuleren. Dit kan gaan van omgevingsgerichte aanpassingen, advies rond schoeisel, voorstel tot gebruik hulpmiddelen, tot advies kine, advies controle oogarts, advies personenalarmsysteem of aanleren compensatiestrategieën ter voorkomen orthostatische hypotensie.

IMPACT VAN MEDICATIE OP HET VALRISICO

Met verouderen vermindert de lever- en nierfunctie waardoor geneesmiddelen langer in het lichaam blijven en de bijwerkingen van geneesmiddelen toenemen. Alle slaap- en kalmeringsmiddelen beïnvloeden het reactievermogen, ook als de patiënt het niet merkt of slechts een lage dosis inneemt. Slaap- en kalmeringsmiddelen kunnen sufheid, slappe spieren en concentratieproblemen veroorzaken. Het is aan te raden een slaapmiddel niet langer dan 2 weken en een kalmeringsmiddel niet langer dan 4 weken in te nemen. Bovendien is het aanbevolen niet plots te stoppen met deze medicatie maar in samenspraak met de arts een afbouwschema te bespreken om minder kans op ontwenningsverschijnselen te hebben. Er bestaan ook alternatieven om slaap te verbeteren of angst te verlichten.

HULPMIDDELEN

Tijdens de hospitalisatie worden soms hulpmiddelen voorgesteld door de ergotherapeut:

- Rollator: als blijkt dat de patiënt baat heeft bij een rollator kan men hier bij ons enkele modellen uittesten en kan men deze rollator ook direct meekrijgen bij ontslag mits ondertekenen van de nodige papieren (geen opleg nodig, rechtstreeks geregeld met ziekenfonds).
- Transferbeugel: bij moeite met transfer in en uit bed gaat de ergo dit met de patiënt oefenen en kan het zijn dat er een transferbeugel geadviseerd wordt die uitgetest kan worden in het ziekenhuis.
- Lange schoenlepel: wordt geadviseerd om gemakkelijk gesloten veilig schoeisel te kunnen aantrekken

Ortho-G-patiënten

De betrokkenheid van de sociale dienst voor Ortho-G-patiënten

De sociale dienst is standaard betrokken bij de patiënten die op de Ortho-Geriatrie opgenomen worden. Bij een heupfractuur is er altijd een grote impact op de mobiliteit en bijgevolg ook de zelfredzaamheid van de patiënt.

START VAN DE OPNAME

Van zodra de patiënt in opname is, signaleert de afdeling dit aan de sociale dienst. In eerste instantie wordt een inschatting gemaakt van het algemeen functioneren van vóór de ziekenhuisopname. Na een eerste verkennend gesprek met de patiënt wordt quasi altijd (na toestemming van de patiënt) contact opgenomen met iemand uit de thuiscontext. Dit is een belangrijk vertrekpunt om de potentiële mogelijkheden tot herstel te kunnen inschatten.

BEELD VAN DE THUISITUATIE

Er wordt gepeild naar het cognitief functioneren, de mobiliteit, of er al hulp aan huis komt om te bepalen welke extra zorg van toepassing zou kunnen zijn na de ziekenhuisopname en eventuele hulpmiddelen die reeds aanwezig waren. Hierbij wordt ook aandacht besteed aan de draagkracht van de mantelzorger(s) aangezien die vaak extra bevraagd worden na de ziekenhuisopname.





// Bij een heupfractuur is er altijd een grote impact op de mobiliteit

SAMENWERKING BINNEN HET TEAM

Naast het regelmatig afstemmen met de hoofdverpleegkundige maakt de sociale dienst ook deel uit van het wekelijks multidisciplinair team. Een multidisciplinaire aanpak is van groot belang om de evolutie van de patiënt zo goed mogelijk op te volgen en te kunnen bijsturen waar nodig. De medische toestand van de patiënt kan mogelijks snel wijzigen waarbij steeds de gepaste zorg uitgewerkt moet worden.

MOGELIJKHEDEN VOOR NAZORG

Er wordt steeds in overleg met de patiënt en het betrokken netwerk besproken wat de mogelijke pistes zijn op vlak van nazorg. Hierbij moet rekening gehouden worden met de medische haalbaarheid en proberen we de belangen van de verschillende partijen en de mogelijkheden van de patiënt en het netwerk zoveel mogelijk te behartigen (vb. qua afstand in functie van bezoek, financiële haalbaarheid, ...).

RESIDENTIEEL OF THUIS

Op vlak van residentiële nazorg kan een beroep gedaan worden op een revalidatieziekenhuis, een kortverblijf binnen een woonzorgcentrum of een herstelverblijf. Gezien de lange wachtlijsten binnen de zorg is het niet altijd evident om op korte termijn een gepast antwoord te kunnen bieden en de druk om de patiënt te laten uitstromen ligt soms hoog. Bovendien kan er bij een heupfractuur sprake zijn van een steunverbod waardoor de patiënt niet in aanmerking komt voor een revalidatieziekenhuis en de keuzemogelijkheid nog beperkter is. Indien er geen geschikt aanbod is om door te stromen of de patiënt er de voorkeur aan geeft om naar huis te gaan (en dit kan op een verantwoorde manier), wordt afgestemd welke zorg er thuis georganiseerd moet worden om een veilige thuissituatie te creëren. Dit kan gaan over thuisverpleging, gezinszorg, maaltijden aan huis, hulpmiddelen en dergelijke. Er wordt vanuit de sociale dienst het nodige gedaan om in samenspraak met de familie ervoor te zorgen dat dit allemaal geïnstalleerd en aangevraagd wordt tegen het moment dat de patiënt het ziekenhuis mag verlaten.

FLEXIBEL SCHAKELEN

De onvoorspelbaarheid van het herstel en de verschillende belangen van alle partijen zorgen ervoor dat de Sociale Dienst zich zeer flexibel moet opstellen en snel moet kunnen schakelen om de gepaste zorg zo snel mogelijk te organiseren. Een uitdaging waarbij ook multidisciplinair blijvend op elkaar afgestemd moet worden en een duidelijke communicatie van groot belang is.

*Elise De Jaeger, diensthoofd sociale dienst
elise.de.jaeger@sintandriestiel.be*

Naam van het medisch hulpmiddel: Refluthin® muntsmaak of fruitsmaak, kauwtabletten. Samenstelling Refluthin® muntsmaak: 1 kauwtablet bevat: 450 mg calciumcarbonaat, 50 mg magnesiumcarbonaat, 75 mg vijgencactusextract, sorbitol, maïszetmeel, maltodextrine, pepermuntolie, magnesiumstearaat. Samenstelling Refluthin® fruitsmaak: 1 kauwtablet bevat: 450 mg calciumcarbonaat, 50 mg magnesiumcarbonaat, 75 mg vijgencactusextract, sorbitol, maïszetmeel, maltodextrine, passievruchtaroma, magnesiumstearaat. Indicatie: Refluthin® is een medisch hulpmiddel voor de snelle en langdurige verlichting van brandend maagzuur en maagzuurklachten. Voor volwassenen en jongeren vanaf 12 jaar. Dosering en wijze van toediening: Tenzij anders

aanbevolen, nemen volwassenen en jongeren vanaf 12 jaar een enkele dosis van 1 kauwtablet naar behoefte. Indien nodig kan tot 4 keer per dag 1 kauwtablet worden ingenomen. Refluthin® wordt bij voorkeur een uur na de maaltijd ingenomen, indien nodig ook voor het slapengaan of tussendoor. De kauwtabletten kunnen worden opgezogen of gekauwd. Refluthin® kan wisselwerkingen vertonen met oraal toegediende geneesmiddelen. Laat daarom bij het gebruik van Refluthin® een interval van 1-2 uur voor of na het innemen van deze geneesmiddelen en vertel dit aan uw arts. Neem Refluthin® niet langer dan 30 dagen in. Als de klachten langer aanhouden, moet u een arts raadplegen. Vraag tijdens zwangerschap en borstvoeding advies aan uw arts of apotheker. Opmerking voor diabetici: 1 kauw-

tablet bevat maximaal 0,56 g sorbitol. Kan een laxerend effect hebben bij overmatig gebruik. Wanneer mag u Refluthin® niet gebruiken: Bij overgevoeligheid of allergie voor pepermuntolie (Refluthin® muntsmaak) of een van de andere bestanddelen. Bij erfelijke fructose-intolerantie. Bij kinderen jonger dan 12 jaar. Bij nierproblemen (bijv. nierstenen, nierfunctiestoornissen). Bij te hoge calciumgehalten in het bloed of de urine. Bij een te laag fosfaatgehalte in het bloed. Waarschuwingen en voorzorgsmaatregelen bij ge-



VERPAKKING	CNK	PP (incl. BTW)
48 kauwtabletten met muntsmaak	4420-683	€ 16,98
48 kauwtabletten met fruitsmaak	4736-724	€ 16,98

bruik: Langdurig gebruik van hoge doses kan leiden tot een mogelijk ernstige aandoening, het zogenaamde melk-alkali syndroom (syndroom van Burnett). Deze aandoening gaat gepaard met een hoog calciumgehalte in het bloed (bv. hypercalciëmie), een verminderde nierfunctie en in geïsoleerde gevallen pancreatitis en kan zich uiten in een frequente en dringende behoefte

om te urineren, hoofdpijn, gebrek aan eetlust, misselijkheid of braken, ongewone vermoeidheid of zwakte. Er wordt daarom aanbevolen Refluthin® niet langer dan 14 dagen zonder onderbreking te gebruiken en niet meer dan 4 tabletten per dag in te nemen. Een te hoge inname van calcium, vooral als u een calciumrijk voedingspatroon heeft (bv. melk, room, kaas, yoghurt, voedings-supplementen met calcium), moet worden vermeden. Raadpleeg vooraf uw arts als u een thiazidediureticum (een geneesmiddel tegen hoge bloeddruk of hartfalen) gebruikt. Bij personen die hiervoor overgevoelig zijn, kan menthol in pepermuntolie overgevoelighedsreacties veroorzaken (inclusief ademhalingsproblemen). Fabrikant: HÄLSA Pharma GmbH, Maria-Goeppert-Straße 5, D-23562 Lübeck. Verdelers in België:

Schwabe Pharma Belgium, Prins Boudewijnlaan 7D bus 0301, B-2550 Kontich. Datum van herziening van de tekst: 01-2022 Referenties: 1. PIL Refluthin® ; 2. Noé S and Funk P: Online Befragung. Refluthin bei Sodbrennen. Pharmazeutische Zeitung 2023; 168(43):62-65; 3. <https://www.bcfi.be/nl/chapters/4?frag=2626>. REF redactie: 2024-11-22 N092

ZURE REFLUX?

BRANDEND MAAGZUUR?

AANHOUDEDE DRUK IN DE MAAG?

Muntsmaak of Fruitsmaak

✓ Snelle verlichting van maagzuurklachten ¹

✓ Natuurlijke bescherming ¹

✓ Grote patiëntentevredenheid ²

Unieke combinatie van calcium- en magnesiumcarbonaat en vijgencactusextract

Refluthin® kan gebruikt worden **alvorens een PPI-behandeling op te starten bij reflux** alsook **bij de afbouw van een PPI-behandeling (rebound reflux)**. ³



Klinisch redeneren: Nieuwe opleiding voor verpleegkundigen

**De opstap
naar een
nog betere
zorg**

Sinds kort biedt het Sint-Andriesziekenhuis een interne opleiding Klinisch redeneren aan voor alle verpleegkundigen. Deze opleiding speelt in op de kern van het verpleegkundig handelen en draagt bij aan veilige, effectieve en proactieve zorgverlening. Door klinisch redeneren kunnen verpleegkundigen sneller en beter inspelen op veranderingen in de gezondheidstoestand van hun patiënten, wat uiteindelijk leidt tot betere zorgresultaten.

EEN OPLEIDING OP MAAT VAN ONS ZIEKENHUIS

De opleiding kwam tot stand vanuit een nauwe samenwerking tussen verpleegkundigen en artsen binnen het ziekenhuis. Samen ontwikkelden ze een traject dat perfect aansluit bij de praktijk en noden van het Sint-Andriesziekenhuis. Wat deze opleiding bijzonder maakt, is dat ze gegeven wordt door onze eigen verpleegkundigen met expertise op de dienst spoedgevallen, intensieve zorg en het operatiekwartier. Deze aanpak verlaagt de drempel en stimuleert coaching van collega's op de werkvloer.

WAT LEER JE TIJDENS DE OPLEIDING?

In de opleiding worden verschillende essentiële vaardigheden gecombineerd:

- Probleemoplossend denken
- Herkennen van patronen
- Verbanden leggen tussen symptomen
- Evalueren van zorginterventies

Het menselijk lichaam wordt daarbij systematisch benaderd via zes belangrijke lichaamssystemen:

- Neurologisch systeem
- Respiratoir systeem
- Cardiovasculair systeem
- Thermoregulatiesysteem
- Urogenitaal systeem
- Spijsverteringssysteem

De opleiding start met een inleidende module over klinisch redeneren. Nadien kunnen de overige modules in willekeurige volgorde gevolgd worden.

FOCUS OP LEVENSLANG LEREN

Deze opleiding past binnen de beleidslijn medewerkerskwaliteit van het verpleegkundige departement. Er wordt bewust ingezet op levenslang leren en de verdere professionalisering van ervaren verpleegkundigen. In eerste instantie is de opleiding bedoeld voor verpleegkundigen van de verblijfsafdelingen en dagziekenhuizen. In een volgende fase komt er ook een aangepaste module voor zorgkundigen.

EEN UNIEKE AANPAK

Voor zover bekend is dit initiatief uniek binnen de ziekenhuiswereld. Niet alleen door de inhoud en opbouw van de opleiding, maar vooral door het op maat gemaakte karakter en de betrokkenheid van het eigen zorgpersoneel. Een mooi voorbeeld van hoe samenwerking en kennisdeling binnen het ziekenhuis kunnen leiden tot betere zorg voor onze patiënten én meer voldoening in het werk van onze verpleegkundigen.



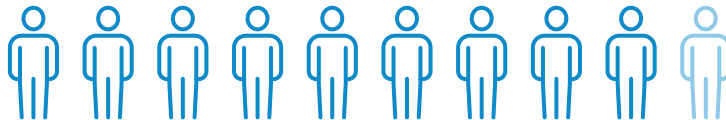
Antibioticabeleid

Delabeling penicilline-allergie

10 tot 15% van alle patiënten geeft aan een penicilline-allergie te hebben. Meer dan 90% van deze patiënten blijkt uiteindelijk niet allergisch te zijn voor penicilline. Een correct penicilline-allergielabel is belangrijk, zegt apotheker-bioloog Frederik Van Hoecke.



90%
niet
allergisch



PILOOTPROJECT

Alternatieve antibiotica die voorgeschreven worden bij een infectie kunnen meer risico's met zich meebrengen zoals meer bijwerkingen, een hogere kans op andere infecties, een moeilijker behandeling van de infectie, een hogere kostprijs van de alternatieve antibiotica en een langere opname in het ziekenhuis. Het Hospital Outbreak Support Team TRLaz startte in 2024 in de drie ziekenhuizen (Sint-Andriesziekenhuis, AZ Delta en Jan Yperman) daarom een pilootproject op voor het delabelen van foutieve penicilline-allergieën. Aan de hand van een gestandaardiseerde vragenlijst bij patiënten met een penicilline-allergie wordt een risicograad gegenereerd. De risicograad bepaalt de nodige acties tot delabelen van foutieve labels of correct labelen van echte penicilline-allergieën. De resultaten uit de pilootfase illustreren het belang van een ruimere implementatie van de gestandaardiseerde vragenlijst. In het Sint-Andriesziekenhuis wordt het protocol voor delabeling sinds 2 april ook ziekenhuisbreed toegepast.

ORALE TOLERANTIETEST

De allergiestatus bij patiënten met een 'laag risico' is onzeker en dient geëvalueerd te worden aan de hand van een orale tolerantietest. Daarbij neemt de patiënt 1 gram amoxicilline oraal in en blijft de patiënt gedurende 1 uur ter observatie (op dagziekenhuis interne, spoed of hospitalisatie-afdeling). Bij een negatieve orale tolerantietest wordt de patiënt als niet allergisch

voor penicilline beschouwd en kan het foutieve allergie-label uit het dossier verwijderd worden. Hoewel laattijdige reacties eerder uitzondering zijn, wordt de patiënt steeds duidelijk geïnformeerd over mogelijke laattijdige reacties en ingelicht over wie te contacteren zodat het allergie-label in dat geval opnieuw kan geactiveerd worden. Bij een positieve orale tolerantietest (reactie tijdens de observatie in het ziekenhuis of laattijdige reactie) wordt het allergie-label aangevuld met de opgetreden reactie. Hiermee worden echte penicilline-allergieën duidelijk geregistreerd. In het Sint-Andriesziekenhuis werd tijdens de pilootfase bij 9,4% van de patiënten met een laag risico een orale tolerantietest uitgevoerd. Bij alle patiënten was de orale tolerantietest negatief en kon ook bij hen gedelabeld worden.

COMMUNICATIE

Het (de)labelen van penicilline-allergieën in de ziekenhuizen is één zaak. Een goede communicatie naar andere zorgverleners is even belangrijk zodat het label ook in andere medische dossiers kan verwijderd of aangevuld worden. Vanuit de ziekenhuizen wordt een elektronische brief verstuurd naar de huisarts om te informeren over de risicograad, resultaat van een orale tolerantietest en/of delabeling. De elektronische brief is steeds raadpleegbaar in CoZo.

ZORG IN EIGEN HANDEN NEMEN

Een goed geïnformeerde patiënt kan mee de zorg in handen nemen. De patiënt wordt geïnformeerd over

het belang van een correct allergielabel en de reden voor de individuele delabeling, zodat hij mee de boodschap overbrengt naar andere zorgverleners. Op die manier wordt het (opnieuw) aanmaken van onterechte labels vermeden.

DELABELEN IN DE EERSTE LIJN

In 2025 worden de mogelijkheden voor het uitbreiden van het protocol voor delabelen van penicilline-allergieën naar de eerste lijn geëxploreerd. De gestandaardiseerde vragenlijst kan geïmplementeerd worden in het medisch dossier van huisartsen. Bij patiënten met een laag risico die na grondige bevraging en/of medicatiehistoriek niet kunnen gedelabeld worden, komen in aanmerking voor een orale tolerantietest. Ook in de huisartsenpraktijk zou een

orale tolerantietest kunnen uitgevoerd worden. Belangrijk is de aanwezigheid van een arts en de mogelijkheden voor tijdig alarmeren en adequaat handelen (anafylaxiekit) in geval van reactie. Ook de huisarts zou het resultaat elektronisch moeten kunnen communiceren via CoZo. Door het aanreiken van een gestandaardiseerd protocol voor delabeling van penicilline-allergie wordt gestreefd naar een haalbare uitwerking in de eerste lijn en een laagdrempelige uitvoering.

*Dr. Frederik Van Hoecke, apotheker-bioloog
frederik.van.hoecke@sintandriestielt.be*

*Evelien Delaere, verpleegkundig coördinator HOST project
evelien.delaere@sintandriestielt.be*

*Apr. Kristof Van Huffel, ziekenhuisapotheker
kristof.van.huffel@sintandriestielt.be*

Sterkere spoedzorg in Tielt: nieuwe MUG-wagen, PIT en 112-ambulance actief in Sint- Andriesziekenhuis

Het Sint-Andriesziekenhuis in Tielt versterkt zijn spoeddienst met drie belangrijke vernieuwingen. Zo is er sinds kort een gloednieuwe MUG-wagen in gebruik: een hypermoderne Volvo XC90, uitgerust met de nieuwste medische technologie. Dankzij de steun van Lions Club Tielt – die al voor de tweede keer investeert in de MUG – kunnen artsen en verpleegkundigen voortaan nog sneller en efficiënter levens redden bij meer dan 1.000 interventies per jaar.

Daarnaast is vanaf 2025 het Paramedisch Interventie Team (PIT) officieel erkend door de FOD Volksgezondheid. Dit team, bestaande uit een spoedverpleegkundige en een ambulancier, vormt de ideale aanvulling tussen een klassieke ziekenwagen en een MUG. Buiten de kantooruren werkt het ziekenhuis hiervoor samen met het Rode Kruis-Vlaanderen.



Tot slot is er ook een 112-ziekenwagen van het Rode Kruis operationeel geworden met vaste standplaats aan het ziekenhuis. Samen met het PIT-team, professionele vrijwilligers en het ziekenhuispersoneel wordt zo verder gebouwd aan kwalitatieve, dringende medische zorg voor Tielt en omstreken.

De regio Tielt is meer dan ooit klaar om snel en doeltreffend op medische noodgevallen te reageren.



Duurzame zorg in het Sint-Andriesziekenhuis

Je kunt er niet meer naast kijken: duurzaamheidsthema's komen steeds hoger op de politieke agenda. Grote bedrijven worden nu reeds verplicht om te rapporteren over hun duurzaamheidsinspanningen. Het Sint-Andriesziekenhuis kiest er dan ook bewust voor om steeds meer de weg van duurzaamheid in te slaan. Er werd onder andere al geïnvesteerd in alternatieve energie, gewerkt rond afvalbeheer, een fietsbeleid, sensibilisatie via Zero Waste Week en KlimaDuro.

DUURZAAMHEIDSAWARD VAN HET JAAR

De inspanningen rond duurzaamheid bleven niet onopgemerkt. Tijdens de grote awardshow van Zorgwerkgever van het Jaar 2024 in Docks Dome Brussel in september, werd het Sint-Andriesziekenhuis genomineerd voor de Duurzaamheidsaward van het Jaar. Dit is een award voor de zorgorganisatie die de strafte inspanningen geleverd heeft op het vlak van duurzaam ondernemen. Gelet op het feit dat we pas onze eerste stappen aan het zetten zijn op het vlak van duurzaamheid, is dit een waardevolle erkenning van onze inspanningen tot nu toe en zeker ook een motivatie om ons verder te blijven inzetten.

ALTERNATIEVE ENERGIE

De investering die het meest in het oog springt zijn de carports met zonnepanelen op de parking. Dankzij deze 1292 zonnepanelen en de 790 zonnepanelen die eerder al op het dak van het ziekenhuis geplaatst werden, kunnen we zo'n 20% van onze elektriciteit zelf produceren. Dat betekent een reductie van 330 ton CO₂.

In het verleden werden ook al inspanningen gedaan:

- Met het BEO-veld onder de parking aan de Krommewalstraat kan het ziekenhuis energie in de grond opslaan. Zo onttrekken we in de zomer koude uit de grond om het gebouw te koelen en in de winter warmte om het gebouw op te warmen.
- Op het terrein werden zo'n 20 laadpalen voor elektrische auto's voorzien waarbij de zonnepanelen de groene stroom voorzien.

Fier om als ziekenhuis bij te dragen aan een groenere toekomst.

AFVALBEHEER

Als ziekenhuis willen we niet alleen voldoen aan de steeds strengere milieuwetgeving, maar ook duurzamer werken. Een van deze duurzaamheidsfacetten is afvalbeheer. Onze **eerste doelstelling** is het **voorkomen van afvalproductie**, want waarom iets produceren als het toch wordt weggegooid? Soms is afval echter onvermijdelijk. Om correct te kunnen sorteren zijn de juiste faciliteiten nodig. Het toevoegen van nog een vuilnisbak is niet de duurzame oplossing die we willen bieden. Daarom is onze **tweede doelstelling** het **centraliseren en uniformiseren van afvalbakken** door te werken met afvaleilanden op afdelingsniveau. Hoe minder afvalbakken er zijn, hoe minder halfgevolle plastic zakken er worden weggegooid. Hiermee verkleinen we niet alleen onze ecologische voetafdruk, maar besparen we ook nog. Kortom, dubbele winst. Onze **derde doelstelling** is om te voldoen aan de wetgeving en voor **alle afvalstromen**, die aanwezig zijn in ons ziekenhuis, **een correcte faciliteit** te voorzien. Het spreekt voor zich dat dit niet in ieder kantoor kan. Vandaar dat centrale afvaleilanden alle individuele vuilbakken in de kantoren zullen vervangen. Denk hierbij aan restafval, PMD, GFT, papier en karton, vertrouwelijk papier e.a.

25% MINDER MEDISCH AFVAL

Naast het algemeen afvalbeleid is het Sint-Andriesziekenhuis ook specifiek aan het werk om **het afval in het operatiekwartier te verminderen**. Een aantal gemotiveerde verpleegkundigen en artsen uit het operatiekwartier hebben als proef bij hun operaties het afval en de gebruikte instrumenten bekeken. Voor de instrumenten kunnen het aantal per operatie soms tot 1/3 verminderen, dit betekent vooral bij sterilisatie een winst in gewicht en energieverbruik. Dit werken we verder uit in 2025 naar alle operaties. Ook in het afval wordt optimaal ingezet op recyclen. Het streefdoel is om de afvalzakken van medisch afval per ingreep tot 25% te verminderen.

STERILISATIEDOEK WORDT DASHBOARD

De eerste stap hierin werd in 2023 gerealiseerd met een **partnerschap tussen het Sint-Andriesziekenhuis en Mivalti**. Mivalti (samentrekking van Minder Validen Tielt) draagt als lokale sociale organisatie bij in het geluk van personen met een beperking. De organisatie biedt aan deze mensen onder meer onderdak en dagbesteding. Vanuit het duurzaamheidsstreven

van het Sint-Andriesziekenhuis werd vorig jaar de brug geslagen naar Mivalti in het kader van een samenwerking rond recyclage van sterilisatiedoeken. Sindsdien worden deze doeken van het operatiekwartier naar de werkplaats van Mivalti gebracht waar ze door hun mensen gesorteerd worden en in pakketten samengeperst als basis voor recyclage tot dashboards. Zo bespaart het ziekenhuis maar liefst 1950 kg afval per jaar. Hiermee heeft het operatiekwartier de uitstoot van CO₂ met 10.000 kg verminderd. Dit is te vergelijken met de CO₂-uitstoot van een dieselauto die 50.000 km rijdt. Niet alleen verkleinen we



hiermee onze ecologische voetafdruk, ook de mensen van Mivalt dragen met dit werk bij aan een betere wereld.

DUURZAME MOBILITEIT

In 2025 loopt de campagne 'De Flandriens van het SAT', waarbij het Sint-Andriesziekenhuis inzet op een doorgedreven fietsbeleid.

Kilometervergoeding, het voorzien van een **droogkamer** en de opstart van **fietsleasing** in samenwerking met O2O zijn een aantal acties om tegemoet te komen aan de praktische kant van het woon-werkverkeer per fiets.

Om de medewerkers van het Sint-Andriesziekenhuis nog meer te motiveren om met de fiets te komen, werden er ook een aantal specifieke campagnes opgezet. In januari werden de doorgewinterde fietsers verwend met warme chocomelk en een koek.

Op 9 april 2025 vond de '**Dag van de Fietshelm**' plaats. In samenwerking met spoedarts Vandeplassche, hoofdverpleegkundige spoed Evy Hallaert, kinderarts Dinneweth, neuroloog Parmentier en Karen, winkelverantwoordelijke van Vegabike, werd een filmpje gelanceerd over het belang van de fietshelm.

In juni vond de **Week van de Fiets** plaats. Tijdens deze week koppelden we het sportieve aan het milieubewuste. De personeelsleden en artsen werden uitgedaagd via een wedstrijd per groep of afdeling om de meeste fietskilometers te

verzamelen.

Wat nog volgt, is in september de **Fietskaravaan**. Deze wordt in samenwerking met de Provincie West-Vlaanderen georganiseerd. De provincie ontleent aan het Sint-Andriesziekenhuis zo'n 70 fietsen (o.a. elektrische en bakfietsen), die personeelsleden kunnen uitproberen. Dit kan de beslissing om te kiezen voor fietsleasing vergemakkelijken.

Via al deze acties hopen we dat personeel en artsen voor hun woon-werkverkeer gemotiveerd worden om vaker met de fiets te komen en zo bij te dragen aan een verminderde CO₂-uitstoot.

ZERO WASTE WEEK

In mei vond de vierde editie van Zero Waste Week Tielt-Ruiselede plaats.

Dit jaar was het thema duurzaam consumeren, duurzame voedselproductie en consumptie. Dit thema paste perfect in de keuken van het Sint-Andriesziekenhuis, waar vorig jaar al werd gestart met het monitoren van voedselafval. Hierbij werden al acties opgezet, zoals 'Too Good To Go' voor overschotsoep en maaltijden. Daarnaast werd de bestelling afgestemd op het effectieve verbruik, om zo producten die over de bewaardatum dreigen te gaan te verminderen. Ook de mogelijkheid om het menu aan te passen als sommige dagschotels niet in de smaak vallen, werd ingevoerd.

*Viola van Rossum, stafmedewerker duurzaamheid
viola.van.rossum@sintandriestielt.be*



Mijn geheugen.* Mijn concentratie.*



90 capsules

Cogniton®
focus LA

LONG ACTING

Ginkgo biloba¹ + phosphatidylsérine/fosfatidylsérine

contient aussi zinc² et vit B12³
bevat ook zink² en vit B12³

¹Soutient la mémoire et la concentration / Ondersteunt het geheugen en de concentratie

1
caps/dag

COGNITON® FOCUS LA... NU WEET IK HET!

Cogniton® focus LA is een voedingssupplement. *Ginkgo biloba ondersteunt het geheugen en de concentratie.

DEPHARM

Sint-Andriesziekenhuis investeert in toekomstgerichte zorg met nieuwe bedden van Haelvoet

Na meer dan twee decennia dienst nemen we afscheid van de vertrouwde Aura-ziekenhuisbedden. Deze bedden, afkomstig van de Belgische producent Haelvoet uit Ingelmunster, krijgen een tweede leven in Ghana. Intussen maakt het ziekenhuis plaats voor een volledig nieuwe generatie zorgbedden van dezelfde fabrikant – een investering die zowel duurzaamheid als lokale samenwerking benadrukt.

EEN NIEUW HOOFDSTUK: COMFORT, VEILIGHEID EN INNOVATIE

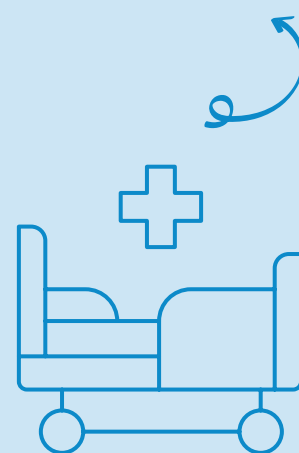
Het ziekenhuis koos voor twee geavanceerde modellen: het **Olympia-bed** en het **Terra Hospital-bed**, beide uitgerust met de innovatieve **Trix onrusthekkens**. Waar het Olympia-bed uitblinkt in elegante vormgeving gecombineerd met ergonomische functionaliteit, is het Terra Hospital-bed bijzonder geschikt voor geriatrische afdelingen dankzij de lage rustpositie van slechts 18 centimeter – een doordachte keuze om valincidenten te minimaliseren. Beide bedden zijn

ontworpen met oog voor veiligheid, gebruiksgemak en comfort, en beantwoorden daarmee volledig aan de noden van een modern ziekenhuis.

DUURZAAM ÉN LOKAAL: EEN BEWUSTE KEUZE

Het Sint-Andriesziekenhuis kiest resoluut voor een duurzame aanpak. De samenwerking met Haelvoet – op amper 15 minuten van het ziekenhuis gevestigd – resulteerde in maatwerk tot in de kleinste details. Dankzij intensieve testfasen en nauw overleg werd een oplossing uitgewerkt die perfect aansluit bij de visie van het ziekenhuis





254 nieuwe zieken- huisbedden

op kwalitatieve zorg. Het uitgebreide aanbod van Haelvoet liet toe om bedden te selecteren die zowel praktisch als toekomstgericht zijn, zonder toegevingen op vlak van kwaliteit.

DUURZAME LOGISTIEK EN VLOTTE UITROL

Ook op vlak van transport werd aan duurzaamheid gedacht. De levering gebeurde via een speciaal uitgeruste vrachtwagen met variabele laadruimte, wat zowel ecologisch als logistiek voordelig bleek. Dankzij de inzet van de eigen technische dienst verliep de installatie op de afdelingen snel en efficiënt, met minimale verstoring van de zorgverlening.

EEN INVESTERING IN ZORG VAN MORGEN

Met de aankoop van **254 nieuwe ziekenhuisbedden** kiest Sint-Andriesziekenhuis niet alleen voor vernieuwing, maar ook voor een sterke lokale verankering en een duidelijke toekomstvisie. Deze investering weerspiegelt de blijvende inzet van het ziekenhuis voor veilige, comfortabele en mensgerichte zorg.

Bijscholing huisartsenkring 2025

16/09/25:

Cardiologie speeddate:

5 cardiologen – 5 procedures – indicaties, procedure en aandachtspunten pre-post procedureel

14/10/25:

Geneeskunde voor mensen in een kwetsbare situatie. Sprekers uit Team Peter Decat

18/11/25:

Flash-avond



Symposium Eerste Lijn

OPNIEUW EEN TOPPER VAN FORMAAT

Met boeiende sprekers zoals voormalig olympisch zwemkampioen Frederik Deburghgraeve en experts uit de sportgeneeskunde werd tijdens het Symposium Eerste Lijn op 3 april het belang van screening en begeleiding toegelicht. Dit is essentieel voor een veilige en verantwoorde sportparticipatie, voor elke sporter – van recreant tot competitieve atleet.

Dr. Philippe Vanderheeren gaf tekst en uitleg bij de werking van het Sportmedisch Centrum Tielt, terwijl dr. Louise Schotte en inspanningsfysioloog Joni Vandewalle dieper ingingen op de impact van fysieke belasting en de specifieke uitdagingen voor jonge sporters. Het 180-koppige publiek bestond onder meer uit huisartsen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten en thuisverpleegkundigen.

Na een avond vol inzichten en inspiratie werd afgesloten met een gezellig dessertbuffet. Dank aan alle deelnemers en sprekers voor hun enthousiasme!

**Save the date: Volgende editie Symposium
Eerste Lijn 9 oktober 2025**



**DRAADLOZE
DIAGNOSTIEK**
VOOR DE
HUISARTS



**Draagbare en draadloze
echografie
met hoogwaardig beeldkwaliteit.**

Boek nu uw demo bij Barthels!



www.barthels.be

Ontdek Clarius



Imutis Max

**Uw adviesproduct om de
stoelgang te normaliseren***

Dankzij een verbeterde 6-in-1 formule

* Blauwe bosbesextract draagt bij tot het normaliseren van de darmtransit.




Made in Belgium

f in y

In de apotheek

www.trenker.be

www.imutis.be

Passion for family health

Trenker
by Erudite.Health

Voedingssupplement • NUTRI/AS 21/74 ©Trenker_2025-03

Veinofytol®

maagsapresistente tabletten

**Een geneesmiddel net zo
effectief als steunkousen¹**

na 12 weken

**De voordeligste
prijs voor de patiënt**
0,57 € / dag²




42 tabletten : 14,90 €
CNK 4122-214

98 tabletten : 27,80 €
CNK 4122-222

BEHANDELING VAN CHRONISCHE VENEUZE INSUFFICIËNTIE

- Verhoogt de veneuze tonus
- Vermindert oedeem en pijn

NAAM VAN HET GENEESMIDDEL : VEINOFYTOL maagsapresistente tabletten • **KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING :** Iedere tablet bevat 192 mg - 258 mg droogextract van *Aesculus hippocastanum* L., semen (paardekastanje) wat overeenkomt met een hoeveelheid van 21 mg triterpeen- glycosiden, uitgedrukt in protoaescigenine. • **FARMACEUTISCHE VORM :** Maagsapresistente tablet. Rode, biconvexe, langwerpige tabletten van 18 x 8 mm. • **KLINISCHE GEGEVENS :** **Therapeutische indicaties :** Kruidengeneesmiddel dat wordt bij volwassenen gebruikt bij de behandeling van chronische veneuze insufficiëntie, die gekenmerkt wordt door gezwollen benen, spataders, een gevoel van zwaarte, pijn, vermoeidheid, jeuk, spanning en krampen in de kuiten. • **Dosering en wijze van toediening :** **Eén tablet twee maal per dag.** Er zijn geen relevante indicaties bij kinderen onder de 12 jaar. Gebruik bij adolescenten jonger dan 18 jaar wordt niet aanbevolen. Een behandeldings- duur van minstens 4 weken is nodig vooraleer een positief effect kan waargenomen worden. Bij verlengd gebruik moet de behandeling met tussenpozen geëvalueerd worden door een arts. De tabletten dienen in hun geheel, zonder stuk te bijten, met een glas water te worden ingenomen. • **Contra-indicaties :** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor één van de in rubriek 6.1 vermelde hulpstoffen. • **Bijwerkingen :** Gastro-intestinale stoornissen, hoofdpijn, duizeligheid, jeuk en allergische reacties werden beschreven. De frequentie is niet bekend. • **HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN :** Tilman n.v., Zoning Industriel Sud 15, 5377 Baillonville, België. • **NUMMER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN :** België : BE545342 • Luxemburg : 2024030079 • 0958111 : 42 tab • 0958125 : 98 tab • **AFLEVERINGS- WIJZE :** Geneesmiddel niet op medisch voorschrift. • **DATUM VAN GOEDKEURING VAN DE TEKST :** 09/2024.



¹ Diehm C, Trampisch HJ, Lange S, Schmidt C. Comparison of leg compression stocking and oral horse-chestnut seed extract therapy in patients with chronic venous insufficiency. LANCET. 1996;347(8997):292-4. • ² Berekend op basis van de indicatieve prijs van 27,80 € voor een doos van 98 tabletten

VEINO/25/PR/001 NL April 2025

Symposia en publicaties

SYMPOSIA

DR. JAN BRESSELEERS

VKF, van basics tot nieuwe inzichten. Lezing huisartsenkring Beernem/Oedelem. 20/03/2025

DR. BELPHINE DE WILDE

Infoavond "Tinnitus, stop de piep, het begint bij begrijpen". Zaal Broeders Maristen, Pittem. 01/04/2025

DR. DELPHINE DINNEWETH

Bijscholing kinekring Tielt (kinesisten/huisartsen):
Pediatrische luchtwegaandoeningen en respiratoire
kinesitherapie bij kinderen, nieuwe inzichten anno 2025;
13/03/2025

DR. PETER LISSENS

Anale pijn, te Ichtegem op 30/01/2025
Anale pijn, te Middelkerke op 13/03/2025

Abstract Belgian Surgical Week 2025

M. Depuydt, F. Baert, E. Bossuyt, H. De Loof, P. Lissens,
P. Pattyn

Perioperative risk factors for disease recurrence after
ileocaecal resection in Crohn's disease: implication for early
immunosuppressive therapy

DR. STEFAAN MARCELIS

Interventional MSUS course SAT Tielt, S. Marcelis, T Jager,
K. Vanderdood, K. Parmar, 22-23/02/2025
Comprehensive MSUS course Antwerp, S. Marcelis, T Jager,
K. Vanderdood, 14-15/12/2024
Advanced MSUS course with hands-on training, SAT S.
Marcelis, T. Jager, K. Vanderdood, 29-30/03/2025

DR. SÉBASTIEN STRYPSTEIN

"Ventral hernia repair with the Hugo RAS system" – RAWS
2025 (Robotic Abdominal Wall Surgery), London, 28/01/2025

DR. FREDERIK VAN HOECKE

Specifieke infecties. Opleiding referentiepersonen
infectiepreventie in een WZC. Jan Yperman, Ieper,
28/11/2024

Resistentie in de sifon, naar een watervrij IZ. Opleiding IZ
verpleegkundigen AZ Delta, Roeselare 18/03, 20/03, 25/03
Labo microbiologie, tussen staalname en rapport. Opleiding
referentieverpleegkundigen Sint-Andriesziekenhuis,
Tielt, 18/03/2025

PUBLICATIES

DR. FRANCESKA DEDEURWAERDERE

**A nationwide comprehensive genomic profiling and
molecular tumor board platform for patients with
advanced cancer.**

NPJ precision oncology
2025-03 | Journal article
DOI: 10.1038/s41698-025-00858-0
PMID: 40065106
PMC: PMC11893761

Contributors: Volders PJ; Aftimos P; Dedeurwaerdere
F; Martens G; Canon JL; Beniuga G; Froyen G; Van Huysse
J; De Pauw R; Prenen H et al.

**Prospective, multicenter validation of a platform for
rapid molecular profiling of central nervous system
tumors.**

Auteurs: Areeba Patel, Kirsten Göbel, Sebastian Ille, Felix
Hinz, Natalie Schoebe, Henri Bogumil, Jochen Meyer,
Michelle Brehm, Helin Kardo, Daniel Schrimpf, Artem
Lomakin, Michael Ritter, Pauline Göller, Paul Kerbs, Lisa
Pfeifer, Stefan Hamelmann, Christina Blume, Franziska
M. Ippen, Natalie Berghaus, Philipp Euskirchen, Leonille
Schweizer, Claus Hultschig, Nadine Van Roy, Jo Van
Dorpe, Joni Van der Meulen, Siebe Loontjens, Francesca
Dedeurwaerdere, Henning Leske, Skarphéðinn Halldórsson,
Graeme Fox, Simon Deacon, Inswasti Cahyani, Nadine
Holmes, Satrio Wibowo, Rory Munro, Dan Martin, Abid Sharif,
Mark Housley, Robert Goldspring,
Sebastian Brandner, Somak Roy, Jürgen Hench, Stephan
Frank, Andreas Unterberg, Violaine Goidts, Natalie Jäger,
Simon Paine, Stuart Smith, Christel Herold-Mende, Wolfgang
Wick, Stefan M. Pfister,
Einar O. Vik-Mo, Andreas von Deimling, Sandro Krieg, David
TW Jones, Matthew Loose, Matthias Schlesner, Martin Sill &
Felix Sahm. Nature Medicine (2025) <https://doi.org/10.1038/s41591-025-03562-5>

**Surveillance of Disease Progression in Metastatic
Breast Cancer by Molecular Counting of Circulating
Tumor DNA Using Plasma-SeqSense Breast Cancer
in Vitro Diagnostics Assay**

The Journal of Molecular Diagnostics
2025-01 | Journal article
DOI: 10.1016/j.jmoldx.2024.08.011
Contributors: Geert A. Martens; Jan Demol; Francesca
Dedeurwaerdere; Kristof De Smet; Janusz
Wesolowski; Dieter De Smet

**Central nervous system solitary fibrous tumors:
Case series in accordance with the WHO 2021
reclassification.**

Framework for patient surveillance
Acta Neuropathologica
2024-10-17 | Journal article
Contributors: Francesca Dedeurwaerdere

DR. FREDERIK VAN HOECKE

Langbeen, J., Van Hoecke, F., Saegeman, V., Van Kerkhoven
D., Jansens H, Depont N, Vogelaers D.
RE: 'Catheter replacement in catheter-associated urinary
tract infection: current state of evidence' by Westgeest et al.
Eur J Clin Microbiol Infect Dis (2025). <https://doi.org/10.1007/s10096-025-05089-6>

Colofon

HOOFDREDACTEUR

Dr. Sandra Huysentruyt
sandra.huysentruyt@sintandriestielt.be

REDACTIERAAD

Dr. Valérie Van Damme
valerie.van.damme@sintandriestielt.be
Dr. Sophie Vandeplasseche
sophie.vandeplasseche@sintandriestielt.be
Dr. Gretel Descheemaeker
gretel.descheemaeker@sintandriestielt.be
Dr. Delphine Lambrecht
delphine.lambrecht@sintandriestielt.be
Dr. Laure Van Breda
laure.van.breda@sintandriestielt.be
Dr. Astrid De Zutter
astrid.de.zutter@sintandriestielt.be
Dr. Tom Vansteenkiste
tom.vansteenkiste@sintandriestielt.be
David De Cleer
david.de.cleer@sintandriestielt.be
Gerdy Dezutter
gerdy.dezutter@sintandriestielt.be

COÖRDINATIE

Valérie-An Desmet:
valerie-an.desmet@sintandriestielt.be

WERKTEN VERDER MEE

AAN DIT NUMMER

Dr. Marie De Groote
Dr. Elke De Saer
Dr. Julien Dekoninck
Dr. Daphné Van den Bussche
Dr. Frederik Van Hoecke
Dr. Isabelle Vanneuvillie
Dr. Soetkin Vantghem
Dr. Thomas Wetzels
Mevr. Elise De Jaeger
Mevr. Trui Lambrecht
Mevr. Viola Van Rossum

ONTWERP

D'M&S

DRUKWERK

Kopie Service Tielt

Sponsors



daflon[®] 500 mg

Gemicroniseerde gezuiverde flavonoïdefractie



- ✓ Complex van 5 flavonoïden
- ✓ Gemicroniseerd
- ✓ Gezuiverd



Het enige flebotroop met een aanbeveling Graad 1B voor de verlichting van de symptomen bij de chronische veneuze ziekte¹

NAAM VAN HET GENEESMIDDEL: Daflon 500 mg filmomhulde tabletten. KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING: Gemicroniseerde gezuiverde flavonoïdefractie (500 mg), die 450 mg diosmine en 50 mg in hesperidine uitgedrukte flavonoïden bevat. Voor de volledige lijst van hulpstoffen, zie SPK. FARMACEUTISCHE VORM: Ovale, zalmkleurige filmomhulde tabletten. THERAPEUTISCHE INDICATIES: Behandeling van verschijnselen van functionele of organische chronische veneuze insufficiëntie van de onderste ledematen: zwaartegevoel, pijn, nachtelijke krampen, oedeem, trofische stoornissen. Behandeling van de acute crisis van de hemorroïdale ziekte, voorgesteld als onderhoudsbehandeling van functionele en objectieve verschijnselen van hemorroïdaal lijden. DOSERING EN WIJZE VAN TOEDIENING: Dosering: Veneuze ziekte: Gebruikelijke dosis: 2 tabletten per dag in één inname of 2 verschillende innames, bij de maaltijd. Hemorroïdale ziekte: Acute crisis: 6 tabletten per dag gedurende de 4 eerste dagen, dan 4 tabletten per dag gedurende 3 dagen. Onderhoudsbehandeling: 2 tabletten per dag. Wijze van toediening: Oraal gebruik. CONTRA-INDICATIES: Overgevoeligheid voor het actieve bestanddeel of voor één van de hulpstoffen van het product.

BIJWERKINGEN: Samenvatting van het veiligheidsprofiel: de bijwerkingen gemeld met Daflon tijdens de klinische studies zijn gematigd. Het zijn voornamelijk gastro-intestinale stoornissen (diarree, dyspepsie, misselijkheid, braken). De volgende bijwerkingen kunnen worden waargenomen en zijn geklasseerd volgens de volgende frequentie: zeer vaak ($\geq 1/10$); vaak ($\geq 1/100$, $< 1/10$); soms ($\geq 1/1000$, $< 1/100$); zelden ($\geq 1/10000$, $< 1/1000$); zeer zelden ($< 1/10000$), niet bekend (kan met de beschikbare gegevens niet worden bepaald). Zenuwstelselaandoeningen: zelden: duizeligheid, cefalea, ongemak. Maag-darmstelselaandoeningen: vaak: diarree, dyspepsie, misselijkheid, braken. Soms: colitis. Niet bekend*: buikpijn. Huid- en onderhuidaandoeningen: zelden: pruritus, rash, urticaria. Niet bekend*: geïsoleerd oedeem van het gezicht, de lippen, de oogleden. Uitzonderlijk: een Quincke-oedeem. *Post-marketing ervaring. Melding van vermoedelijke bijwerkingen: Het is belangrijk om na toelating van het geneesmiddel vermoedelijke bijwerkingen te melden. Op deze wijze kan de verhouding tussen voordelen en risico's van het geneesmiddel voortdurend worden opgevolgd. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via: België: Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten www.fagg.be Afdeling Vigilantie Website : www.eenbijwerkingmelden.be E-mail : adr@fagg-afmps.be HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN: SERVIER BENELUX NV, Internationalelaan 57, 1070 Brussel, België. NUMMER(S) VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN: BE145153. AFLEVERINGSWIJZE: vrij. DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST: 10/2024.

Publieke prijs (= ten laste van de patiënt)

180 tabletten	€ 48,87
120 tabletten	€ 35,98
90 tabletten	€ 30,72
60 tabletten	€ 22,75
30 tabletten	€ 14,23