

Sint-Andriesziekenhuis opent hartrevalidatiecentrum





- 2 Edito
Dr. Mehrdad Biglari
- 3 Goedkeuring hartrevalidatie-
centrum Sint-Andriesziekenhuis
Derde editie van Gastro@home
voor specialisten en huisartsen
- 5 Sint-Andriesziekenhuis verwelkomt
Indonesische gastartsen
- 6 Eerste info- en terugkomdag
van de Obesitaskliniek
De kracht van skin to skin
- 7 Symposia
Publicaties
- 8 Bijscholingen

COLOFON

Hoofdredacteur

Dr. Marc Vuylsteke:
marc.vuylsteke@sintandriestielt.be

Redactieraad

Dr. Jan Beyls:
jan.beyls@sintandriestielt.be

Dr. Mehrdad Biglari:
mehrdad.biglari@sintandriestielt.be

Dr. Danny Deros:
danny.deros@sintandriestielt.be

Dr. Gretel Descheemaeker:
gretel.descheemaeker@sintandriestielt.be

Dr. Valérie Van Damme:
valerie.van.damme@sintandriestielt.be

Eindredactie

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

Werken verder mee aan dit nummer

Dr. Philippe Vanderheeren
Dr. Steven De Coninck
Dr. Sophie Servaes
Dr. Peter Moons
Dr. Djoa Liong

Vormgeving

Kliek Creatieve Communicatie

Drukkerij

Papyrus: www.papyrusweb.be

Sponsors

 
Gezondheid boven alles

The next generation biopharma leader

Reorganisatie van de gezondheidszorg. Kwaliteits- of budgettaire overweging?

De gezondheidszorg in zijn huidige vorm is verleden tijd. Binnen een tijdspanne van zeven jaar zou de al ingezette reorganisatie geïmplementeerd moeten zijn. In België hebben wij een van de beste gezondheidszorgen ter wereld, ondanks al zijn tekortkomingen. Maar het is gewoon niet meer betaalbaar. Daarnaast is er de onrealistisch hoge verwachting van de bevolking voortvloeiend uit dit ruime en soepele zorgaanbod. Met het gevolg dat men nog moeilijk tevreden te houden is ondanks gemakkelijke toegang en het ruime aanbod van ziekenhuizen. Er is ontgensprekelijk nood aan een reorganisatie naar een performante en kwalitatieve zorgverlening, maar wat zijn de gevolgen ervan voor bestaande zorgcentra, zeg maar ziekenhuizen? En in een latere fase voor artsen in het algemeen?

Netwerkvorming

De overheid beoogt een transformatie van de huidige ziekenhuizen in 25 netwerken over het hele land. Die netwerken zullen bestaan uit een groot ziekenhuis als referentie en kleinere ziekenhuizen in de omgeving. Het gevolg is dat bepaalde pathologieën gecentraliseerd zullen worden en financiering op netwerkniveau gebeurt. Dit heeft tot gevolg dat niet elke zorg in elk ziekenhuis mag/kan aangeboden worden, wat op zich tot minder inkomsten en financiële onzekerheden van kleinere ziekenhuizen zou kunnen leiden. De ziekenhuizen en medische diensten die zich in bepaalde pathologieën gespecialiseerd hebben, zullen daardoor bij gesprekken rond netwerkvorming een sterkere positie hebben om te onderhandelen. Ook de geografische ligging zal van belang zijn voor het al dan niet behouden van bepaalde medische diensten in kleinere ziekenhuizen. Het moet ook gezegd dat niemand weet hoe deze netwerken uiteindelijk gevormd moeten worden aangezien er vanuit de beleidsmakers tegenstrijdige signalen komen. Eerst werden de ziekenhuizen aangemoedigd om onder elkaar tot een groepering te komen. Nu horen wij dat de overheid zelf wenst te sturen en het intense werk van vele ziekenhuizen van de voorbije twee jaar nergens voor nodig was! Ook in tegenstelling tot het begin van dit verhaal waar de druk van het ministerie heel goed voelbaar was, horen wij minister De Block de laatste maanden niet meer. Een nieuw bosdecreet in de maak?

Meer inkomsten versus minder uitgaven

Naast het feit dat er zeker nood is aan een zorgstrategie voor de toekomst, is de budgettaire beperking even belangrijk geweest tot aanzet van deze hervormingen. Er zijn maar twee mogelijkheden voor een evenwichtig budget: ofwel zouden de inkomsten omhoog moeten, wat heden voor onze overheid enkel mogelijk is door een belastingverhoging. Of de uitgaven moeten verlagen. In het eerste geval zou de overheid zelf in het vizier van de kiezer komen. In het tweede geval, namelijk het dichtdraaien van de geldkraan en verschuiven van de factuur naar de patiënten, zou de perceptie anders zijn. Dit kan door bepaalde prestaties, medisch materiaal en medicatie niet meer te vergoeden waardoor het persoonlijk aandeel van de patiënten in de toekomst hoger zou uitkomen. De patiënten zullen deze veranderingen zeker voelen vooral door verhoging van hun ziekenhuisfacturen. Het gevaar is dat zij dat niet zullen linken aan de nieuwe gezondheidszorgfinanciering van de overheid, maar aan de zorgverleners. Wij leven immers in een tijdperk waar perceptie belangrijker is dan de feiten.

Goeie communicatie

De veranderingen komen er en daar is niets aan te doen. In het algemeen is deze reorganisatie ook noodzakelijk. Wij hebben de plicht geen puin achter te laten voor de volgende generaties zodat zij ook van een goede en betaalbare gezondheidszorg voorzien zijn. We moeten wel opletten dat de negatieve perceptie van de neveneffecten van deze reorganisatie niet naar de medici wordt afgekaatst. Wat hierbij kan helpen is een rechtstreekse mondelinge informatie van de zorgverleners naar hun patiënten toe, maar ook een transparante factuur met beknopte uitleg over het waarom van de verhoging van het persoonlijk aandeel van de patiënten.

Dr. Mehrdad Biglari
mehrdad.biglari@sintandriestielt.be

Goedkeuring hartrevalidatiecentrum Sint-Andriesziekenhuis Tielt

Dr. Philippe Vanderheeren | philippe.vanderheeren@sintandriestielt.be



In januari 2017 kreeg het Sint-Andriesziekenhuis Tielt goedkeuring van het RIZIV om zijn eigen hartrevalidatiecentrum op te starten.

Dit betekent een grote stap voorwaarts in de verdere behandeling en preventie van specifieke hartaandoeningen.

Het begrip en de eerste definitie van cardiale revalidatie werd voor het eerst als volgt omschreven (WHO Techn. Report, 1964): De cardiale revalidatie bestaat uit een geheel van medische, fysieke, psychologische en sociale middelen die de hartpatiënt in staat zullen stellen om met eigen middelen binnen de kortst mogelijke termijn opnieuw een zo normaal mogelijke plaats in de maatschappij in te nemen.

Die definitie is vandaag nog altijd juist, alleen de toepassingsregels zijn veranderd en werden aangepast aan de therapeutische vooruitgang, de maatschappij die in de richting van meer vrije tijd is geëvolueerd, maar werden ook uitgebreid tot alle medische, heelkundige en interventionele categorieën van verworven en aangeboren hartziekten. In de huidige definitie (ESC Task Force 1991) wordt de nadruk

Het hartrevalidatieteam omvat een cardiovalidatiearts, kinesist, psycholoog/tabakoloog, sociaal assistent en diëtiste.

meer gelegd op secundaire preventie, resocialisatie en levenskwaliteit dan op beroepsaspecten.

De hartaandoening treedt immers op bij oudere mensen en daar er steeds meer bruggepensioneerden zijn, betekent dit dat de terugkeer naar de werkplek niet meer zo zeker is.

Het hartrevalidatieteam is met andere woorden een multidisciplinair team bestaande uit een cardiovalidatiearts, kinesisten, een psycholoog/tabakoloog, een sociaal assistent en een diëtiste.

Patiënten die een hartinfarct doormaakten, een stent geïmplantieerd kregen in de kransslagaders, een episode van hartfalen op basis van een gedaalde linker ventrikelfunctie hadden, coronaire bypass of klepchirurgie ondergingen, komen allen in aanmerking voor een terugbetaald hartrevalidatieprogramma onder bepaalde voorwaarden.



De aanvraag dient te gebeuren binnen de maand volgend op de opnamedatum voor het cardiaal event door een erkend cardiovalidatiearts. Dr. Vanderheeren, cardioloog in het Sint-Andries Tielt, behaalde hiervoor een erkenning in 2016 na 2 jaren bijkomende opleiding.

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat patiënten die een hartrevalidatieprogramma doorlopen een verbeterde inspanningscapaciteit, en dus betere kwaliteit van leven verkrijgen. Daarnaast is er een gedaald risico op nieuwe hartinfarcten, minder kans op dichtslibben van een geplaatste stent, minder kans op een nieuwe hospitalisatie voor hartfalen, en zelfs een betere overleving.

Het programma bestaat uit 2 fasen. De eerste fase omvat tot 30 terugbetaalde sessies in het ziekenhuis tijdens de opname. In werkelijkheid duurt deze fase korter. Hierop volgt de tweede fase die volledig ambuland verloopt. Hierbij worden tot 45 sessies terugbetaald gedurende maximaal 6 maanden.

Dagelijks worden de opgenomen patiënten op de afdeling hartziekten overlopen met de hoofdverpleegkundige. Patiënten die in aanmerking komen voor hartrevalidatie worden naast de behandelende cardioloog aangesproken door sociaal assistent, kinesist, psycholoog en diëtist via een staand order. Er wordt een informatiebrochure aan de patiënt gegeven, en in te vullen vragenlijsten die de psychologische impact van het cardiaal event in kaart brengen. Op die manier leert de patiënt snel de werking en de voordelen kennen van dit multidisciplinair programma. Indien de patiënt akkoord is, tekent hij of zij het aanvraagformulier dat samen met het voorschrift van de arts wordt opgestuurd door de sociale dienst naar de adviserend geneesheer van de mutualiteit. Fase 1 wordt opgestart, en de eerste ambulante sessies van fase 2 worden gepland. In het Sint-Andriesziekenhuis zullen veel patiënten echter tijdelijk gehospitaliseerd zijn in AZ Delta in Roeselare na stentimplantatie of cardiochirurgie. In dit geval gebeuren de aanvraag, en eventueel de eerste sessie(s) door het hartrevalidatieteam in het AZ Delta. Bij overname door het Sint-Andriesziekenhuis dient er een nieuwe getekende aanvraag opgestuurd te worden.



Theoretische en praktische infosessies vergroten het inzicht in de aandoening, preventie en behandeling.

Voorschrift

Het voorschrift voor training wordt opgemaakt door de cardiorevalidatiearts aan de hand van een ergospirometrie. Hierbij wordt nagekeken of de patiënt veilig met de training kan starten, en wat zijn inspanningscapaciteit (VO₂max) en de anaërobe drempel is voor de start van het ambulante programma. Voorgeschiedenis, sociale context, medicatie en risicofactoren worden in kaart gebracht. De cardioloog zal ook een risicoclassificatie maken van A (geen risico) tot D (hoog risico op complicaties). Hieruit kan ook afgeleid worden in welke mate de patiënt begeleid en gemonitord moet worden.

Programma

Het programma bestaat voornamelijk uit trainingssessies in de revalidatieafdeling van het ziekenhuis onder begeleiding van de kinesisten. Tijdens de opname wordt reeds gestart met lichte oefeningen. De ambulante trainingssessies omvatten continue aërobe training, en intervaltrainingen op een fietsergometer, loopband, step, crosstrainer en armergometer, afgewisseld met kracht-oefeningen van onderste en bovenste ledematen op de vaste krachttoestellen. De patiënt wordt geïnstrueerd om zijn eigen bloeddruk en hartfrequentie te volgen voor, tijdens en na de training via automatische bloeddrukmeters en hartslagmeters. Op die manier krijgt de patiënt meer autonomie en dus verantwoordelijkheid over zijn hartaandoening, wat op zich bijdraagt tot betere preventie in de onderhoudsfase na

de revalidatie. Eén sessie duurt ongeveer een uur. De cardiorevalidatiearts superviseert de training, en is dagelijks oproepbaar in geval van problemen of complicaties. Dr. Vanderheeren is wekelijks aanwezig in de trainingszaal om vragen van patiënten te beantwoorden, en eventueel bij te sturen waar nodig. De mensen een hart onder de riem steken, en motiveren is hierbij cruciaal om het programma succesvol en volledig af te werken. Het programma bestaat niet enkel uit fysieke oefeningen. De sociale assistent vervult een centrale rol bij de informatieverstrekking en de communicatie tussen de patiënten en de hulpverleners, alsook tussen de teamleden met betrekking tot de patiënten en hun naasten. Zij verzamelt de eerste informatie over de patiënt met betrekking tot gezinssituatie, sociale en professionele situatie. Ze helpt de patiënt bij de verschillende administratieve en sociale stappen. De psycholoog zal tijdens de opname (fase 1) de nodige ondersteuning bieden om het omgaan met de hartaandoening te faciliteren, en gevoelens van stress, angst en depressie aan te pakken. De ingevulde vragenlijsten zullen de psycholoog leiden in verdere aanpak en opvolging. Rokers kunnen ook bij een tabakoloog terecht. De diëtisten geven nauwkeurige en geïndividualiseerde dieet-tips op basis van de voedingsanamnese. Af-

hankelijk van de hartaandoening zal naast een dieet arm aan verzadigde vetzuren, nog een diabetesdieet voor diabetespatiënten, vocht- en zoutbeperking voor hartfalenpatiënten, en een vermageringsdieet voor obese patiënten aan bod komen.

Om de 3 maanden worden theoretische en praktische infosessies voorzien voor de patiënten gepresenteerd door cardioloog, kinesist, psycholoog, sociaal assistent en diëtist

“Het programma bestaat voornamelijk uit trainingssessies onder begeleiding van de kinesisten.”

om het inzicht in de aandoening, preventie en behandeling te vergroten. Op die manier kan het inzicht, en de autonomie en de verantwoordelijkheid van de patiënt in de hartaandoening verder gestimuleerd worden zodat deze niet opnieuw vervalt in oude slechte gewoontes.

Toekomst

Cardiale revalidatie thuis bij de patiënt, ondersteund door handleidingen, apps, automatische bloeddrukmeters en hartslagmonitors, revalidatieverpleegkundigen, en regelmatige feedback kan de participatie in programma's bevorderen, en de overgang stimuleren naar de onderhoudsfase waar de patiënt op eigen initiatief de preventie verderzet. De revolutie in de zogenaamde 'telehealth', die momenteel aan de gang is, zal hierin een grote rol spelen.



V.l.n.r. Dokter Philippe Vanderheeren, Veerle Stevens (psychologe), Sarah Van der Eecken (sociale dienst), Thibaut Deconinck-Alliet (kinesist), Annelies Carpentier (diëtiste)

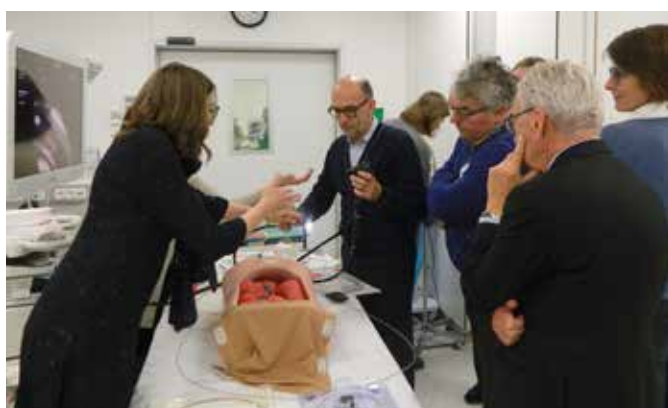
Derde editie van Gastro@home voor specialisten en huisartsen

Dr. Steven De Coninck | namens de collega's Dr. Beyls, Dr. Baertsoen en Dr. De Decker en de verpleegkundigen van de dienst

De gastro-enterologen organiseerden op 1 december 2016 een 3e editie van Gastro@home voor de specialisten van het ziekenhuis en de huisartsen van de regio. Bedoeling van de avond was de collega's op een interactieve manier kennis te laten maken met de dienst gastro-enterologie in al zijn facetten. Dit jaar vormde ook een mooie gelegenheid om de 2 jongste stafleden dr. Baertsoen en dr. De Decker in de schijnwerpers te plaatsen.

De avond begon met een wetenschappelijk gedeelte. Na een korte inleiding waarbij de dienst zichzelf voorstelde en zijn activiteiten en ambities schetste, volgden interessante uiteenzettingen over de laatste stand van zaken in inflammatoir darmlijden, gastro-oesofagale refluxziekte en endoscopie-procedures. Vervolgens konden de aanwezigen een bezoek brengen aan de endoscopie unit, waar zij van de gastro-enterologen en hun endoscopie

verpleegkundigen de nodige uitleg en demonstraties kregen over toegepaste endoscopische technieken en daarbij gebruikt materiaal. Ook het proces van tracering, desinfectering en bewaren van endoscopen (in een droogkast) werden getoond. De avond werd afgerond met een gezellige receptie waarbij nog volop werd nagepraat. We kunnen in elk geval terugblikken op een geslaagde Gastro@home en kijken alvast uit naar een volgende editie!



Gastro-enterologe Chantal Baertsoen demonstreert endoscopische technieken en het daarbij gebruikte materiaal.



De aanwezigen krijgen uitleg over inflammatoir darmlijden, gastro-oesofagale refluxziekte en endoscopie-procedures.

Sint-Andriesziekenhuis verwelkomt Indonesische gastartsen

In maart vertoefden twee Indonesische gastartsen op de dienst vaatchirurgie van het Sint-Andriesziekenhuis. Beiden werden uitgenodigd door dokter Marc Vuylsteke, chirurg vasculaire en thoraxheilkunde, na een bezoek aan hun ziekenhuis Harapan Kita in Jakarta, Indonesië.

Veel westerse, en in het bijzonder Vlaamse ziekenhuizen, zijn wereldwijd toonaangevend op het vlak van geneeskunde. Zo trok dokter Marc Vuylsteke, verbonden aan het Sint-Andriesziekenhuis in Tielt, een jaar geleden naar Jakarta om er in het National Cardiovascular Center Harapan Kita te gaan spreken over de recentste ontwikkelingen binnen onze vasculaire geneeskunde. Tijdens zijn verblijf maakte hij kennis met Suci Indriani en Jeany Tirsia Maspaitella, respectievelijk cardiologe en cardiovasculair technicus, die hun thuisbasis hebben in Harapan Kita. Al snel was het voor beide artsen duidelijk dat ze heel wat konden leren van de kennis en kunde van dokter Vuylsteke. Een uitnodiging om ons ziekenhuis te bezoeken volgde en zo landden dokter Indriani en



V.l.n.r. dokter Peter Moons, dokter Suci Indriani, dokter Marc Vuylsteke, dokter Jeany Tirsia Maspaitella, dokter Djoa Liong

dokter Maspaitella begin maart in België voor een kijkstage van één maand in het Sint-Andriesziekenhuis.

Eerste buitenlandse stage

Voor beide artsen is het de eerste keer dat ze naar het buitenland trekken om er te leren van

andere artsen. Dokter Suci Indriani: "Dokter Maspaitella en ikzelf zijn junioren binnen onze specialisatie. We beseffen dat we nog veel te leren hebben en beschouwen het als een enorme meerwaarde dat we mogen proeven van jullie westerse kennis. Tijdens ons verblijf volgen we dokter Vuylsteke en radioloog dokter Peter Moons binnen het segment vaatchirurgie. We beschouwen dokter Vuylsteke, met 300 à 400 endoveneuze laserbehandelingen per jaar, als de juiste man op de juiste plaats om van te leren. Het grootste deel van onze tijd gaat naar observaties, maar onder begeleiding van beide artsen mogen we af en toe uitvoerende zaken doen. Ook van het uitwisselen van ervaringen leren we veel. We merken wel dat één maand in feite veel te weinig is. Als we teruggaan naar Jakarta willen we gaan toepassen wat we hier gezien en geleerd hebben, maar ik weet nu al dat we zeker willen terugkomen om nog meer kennis en ervaring op te doen. Vooral jullie procedures zijn bijzonder

interessant en een verrijking voor onze manier van werken."

Persoonlijke consultaties

Hoewel het Harapan Kita Hospital JCI-geaccrediteerd is (een van oorsprong Amerikaanse non-profitorganisatie die wereldwijd accreditaties verleent aan zorginstellingen, n.v.d.r.), zien dokter Indriani en dokter Maspaitella in het Sint-Andriesziekenhuis toch heel wat zaken die beter lopen dan bij hen. Dokter Maspaitella: "In ons ziekenhuis is er geen ruimte voor persoonlijke consultaties. De artsen blijven de hele dag in de operatiezaal, terwijl verpleegkundigen met de patiënt bespreken wat het probleem is en wat er moet gebeuren. Het is praktisch gezien onmogelijk, aangezien er tussen de 40 en 50 patiënten op 3 à 4 uur moeten behandeld worden. Ook de

administratieve stroom is hier een pak eenvoudiger dan bij ons. Wij verliezen heel veel tijd aan het herhaaldelijk invullen van gegevens omdat de informatie nog niet gecentraliseerd is. Zo zijn er bij ons geen centrale patiëntendossiers. Verder is onze benadering van materiaal anders. Jullie werken heel vaak met wegwerpmateriaal, zoals operatieschorten. Wij opteren ervoor om onze stoffen te wassen. Maar dokter Vuylsteke kaderde dat binnen het feit dat de kosten om dergelijke zaken te wassen hier gewoon te hoog zijn. Waar we wel even sterk in zijn is handhygiëne. Daar zien we letterlijk geen verschil met jullie werkwijze." Op 31 maart vlogen beiden artsen terug naar Jakarta, maar ze kijken er nu al naar uit om het Sint-Andriesziekenhuis opnieuw te bezoeken.

"Het grootste deel van onze tijd gaat naar observaties."

NIEUW IN HET SINT-ANDRIESZIEKENHUIS

De kracht van skin to skin

Huid-op-huidcontact meteen na de geboorte bevordert de band met de ouders, de eventuele borstvoeding en de genezing van de navelstreng-stomp.

In ons ziekenhuis passen we deze methode ook toe bij geplande keizersnedes. De baby wordt na de geboorte nagekeken door de kinderarts en, als alles in orde is, onmiddellijk terug bij de mama op de blote borst gelegd. De baby wordt goed warm gehouden en blijft bij mama tot zij terug op de kamer op de materniteit is.



Eerste info- en terugkomdag van de Obesitas-kliniek

Op zaterdag 20 mei vond de eerste info- en terugkomdag van de Obesitaskliniek van het Sint-Andriesziekenhuis plaats. Dokter Biglari en zijn team verwelkomden ruim 180 bezoekers voor heel wat boeiende voordrachten van artsen en diëtisten, patiëntgetuigenissen, stylingadvies e.a.

Het geheel werd ingekleed met verschillende standen met smakvolle - gezond! - hapjes en drankjes. Een groot succes!



Dokter Mehrdad Biglari en zijn team treden samen met de deelnemers de allereerste info- en terugkomdag van de Obesitaskliniek tegemoet.



Ruim 180 deelnemers volgen de boeiende voordrachten van artsen en diëtisten.

Obesitas
KLINIEK TIELT

Symposia

Dr. Marc Vuylsteke

31 maart 2017

Pathophysiology of Chronic Venous Disease and influence from risk factors: information from an epidemiological study.

Sedona days. Sedona Arizona.

Dr. Pieter Schotte

17 november 2016

'Behandelingsopties in de pijnkliniek anno 2016'

Voordracht huisartsen Aalter met als titel

14 december 2016

'Help mijn rug doet pijn'

Infoavond - Sint-Andriesziekenhuis

Dr. Stephanie Verschuere

1 juni 2016

Een update in prostaatpathologie.

Voordracht voor LOK pathologische anatomie van Zuid-West-Vlaanderen.

Dr. Peter Lissens

November 2016

Laparoscopische terminologie voor de huisarts,

GP Oosten van WV

Januari 2017

Resultaten Slokdarmheelkunde

netwerk Midden WV, Gastrokrans

Dr. Pieter Ingelaere

22 november 2016

Nieuwe inzichten in behandeling van snurken en OSAS

Dr. Evy Degrande, Dr. Pieter Ingelaere,

Dr. Peter Moons, Dr. Gerard Moulin-Romsee,

Dr. Stephanie Verschuere

20 september 2016

Wetenschappelijke vergadering: Schildklierpathologie uitgeklaard.

Multidisciplinaire benadering.

Dr. De Wilde, Dr. Biglari, Dr. Veerle Lampaert, Dr. Leen De Backer, Dr. Gretel Descheemaeker, Dr. Stefaan Van den Berge

16 mei 2017

Symposium Borstkliniek

Dr. Dries Deeren

• Donor math.

Neyrinck M, Vrieling H, Deeren D.

Presented at the American Society for Apheresis, Palm Springs, 2016.

• Sequential administration of 5-azacytidine (AZA) and donor lymphocyte infusion (DLI) for patients with acute myeloid leukemia (AML) or myelodysplastic syndrome (MDS) in relapse after allogeneic stem cell transplantation (SCT): an interim analysis from the Belgian Hematological Society (BHS).

Poiré X, Graux C, Ory A, Jamart J, Baron F, Schoemans H, Lewalle P, De Becker A, Deeren D, Berneman Z, Kerre T, Zachee P, Selleslag D, Beguin Y.

Presented at the Belgian Hematological Society meeting, Brussels, 2017.

• Extremely elevated C – reactive protein: a bad omen for haematological patients?

Tryssoone L, Deeren D.

Presented at the Belgian Hematological Society meeting, Brussels, 2017.

Publicaties

Dr. Marc Vuylsteke

- **Commentary on "Macroscopic and Histological Analysis of Vessel Wall Reaction after Mechanochemical Endovenous Ablation Using the Clarivein OC Device in an Animal Model".**

Eur J Vasc Endovasc Surg 2017; doi: 10.1016/j.ejvs.2016.11.025.

[Epub ahead of print]

Dr. Stefanie Verschuere

- **Androgen Receptor Gene Copy Number and Protein Expression in Treatment-Naïve Prostate Cancer.**

Poelaert F, Kumps C, Lumen N, Verschuere S, Libbrecht L, Praet M, Rottey S, Claeys T, Ost P, Decaestecker K, De Meerleer G, Van Praet C. Urol Int. 2017 Jan 5. doi: 10.1159/000455158. [Epub ahead of print]

- **Transient Receptor Potential Channels in Intestinal Inflammation: What Is the Impact of Cigarette Smoking?**

Allais L, De Smet R, Verschuere S, Talavera K, Cuvelier CA, Maes T.

Pathobiology. 2017;84(1):1-15. doi: 10.1159/000446568. Epub 2016 Jul 8. Review.

Dr. Frederik Van Hoecke

- **Corynebacterium lowii sp. nov. and Corynebacterium oculi sp. nov., derived from human clinical disease and an emended description of Corynebacterium mastitidis.**

Bernard KA, Pacheco AL, Loomer C, Burdz T, Wiebe D, Huynh C, Kaplen B, Olson AB, Cnockaert M, Eguchi H, Kuwahara T, Nakayama-Imahiji H, Shiota H, Boudewijns M, Van Hoecke F, Vandamme P.

Int J Syst Evol Microbiol. 2016 Aug;66(8):2803-12. doi: 10.1099/ijsem.0.001059.

Epub 2016 Apr 5.

Dr. Dries Deeren

- **Diagnostic challenges in acquired von Willebrand disease: a complex case of prostate carcinoma associated-acquired von Willebrand syndrome.**

Claus P-E, Van haute I, Verhoye E, Deeren D, Moreau E.

Semin Thromb Hemost 2016.

- **Rupture of the stem cell bag before stem cell infusion: Evolving standard operating procedure.**

Deeren D, Dewulf E.

Transfus Apher Sci 2017.

- **Distribution of indications and procedures within the framework of centers participating in the WAA apheresis registry.**

Stegmayr B, Mörtzell Henriksson M, Newman E, Witt V, Derfler K, Leitner G, Eloot S, Dhondt A, Deeren D, Rock G, Ptak J, Blaha M, Lanska M, Gasova Z, Bhuiyan-Ludvikova Z, Hrdlickova R, Ramlow W, Prophet H, Liunbruno G, Mori E, Griskevicius A, Audzjioniene J, Vrieling H, Rombout-Sestriekova E, Aandahl A, Sikole A, Tomaz J, Lalic K, Bojanic I, Strineholm V, Brink B, Berlin G, Dykes J, Toss F, Nilsson T, Knutson F, Ramsauer B, Wahlstrom A.

Transfus Apher Sci 2017.

Programma bijscholing academiejaar 2017

Geneesherenkring van 't Oosten van West-Vlaanderen

05 09 2017	Oedemen: hoe begin ik eraan?	Bart Maes, Francine Desimpel, Marc Vuylsteke
19 09 2017	Debatavond: waar ligt de grens van het behandelen?	Sandra Maertens, Leen De Backer
03 10 2017	Praktische aanpak van krampen / braken / constipatie / diarree	Kristien Evens
24 10 2017	TBC, importpathologie	Steven Callens
21 11 2017	Flash: what is new?	
05 12 2017	Statutaire: titel nog door te geven	Lieve Blancquaert

Vernieuwde materniteit - eenpersoonskamer



Vernieuwde materniteit - eenpersoonskamer



Vernieuwde materniteit - badkamer



Vernieuwde materniteit - neonatologie



Vernieuwde chirurgische afdeling - eenpersoonskamer



Vernieuwde chirurgische afdeling - gang

