

infosat

MEDISCH MAGAZINE 25 JANUARI 2020

SA **SINT-ANDRIES** TIJLT
ZIEKENHUIS
Uw gezondheid, onze zorg.



2 Edito
Dr. Valérie Van Damme

HOOFDTHEMA GERIATRIE

3 Ontstaansgeschiedenis
geriatrie

5 Ageism

6 Zorgprogramma geriatrie
GST7 Multidisciplinair cognitief
assessment8 Toekomst
geriatrie

ALGEMEEN

10 Nieuws

13 Nieuwe artsen

14 Symposia & publicaties
Programma bijscholing

COLOFON

Hoofredacteur

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

Redactieraad

Dr. Jan Beyls:
jan.beyls@sintandriestielt.beDr. Mehrdad Biglari:
mehrdad.biglari@sintandriestielt.beDr. Danny Deros:
danny.deros@sintandriestielt.beDr. Gretel Descheemaeker:
gretel.descheemaeker@sintandriestielt.beDr. Valérie Van Damme:
valerie.van.damme@sintandriestielt.beDr. Sophie Vandeplassche:
sophie.vandeplassche@sintandriestielt.be

Eindredactie

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

Werken verder mee aan dit nummer

Dr. Julien Dekoninck
Dr. Justine Barbier
Dr. Chantal Baertsoen
Dr. Bart Lamont
Trui Lambrecht
Lies Devolder

Vormgeving

Kliek Creatieve Communicatie

Drukkerij

Papyrus: www.papyrusweb.be

Sponsors

EDITO

Geriatric

Beste collega,
Beste lezer,

We zetten 2020 graag in met een nieuwe uitgave van Infosat gewijd aan ouderenzorg. Een steeds groter aandeel van onze bevolking wordt ouder. Deze ouderen krijgen in de loop van de jaren bijzondere noden die met specifieke aandacht benaderd worden. Dit kenmerkt ouderenzorg. Een belangrijk element in deze ouderenzorg is de vroegtijdige zorgplanning: op een rustig ogenblik samen met de patiënt en zijn familie of vertrouwenspersoon bespreken welke levensfilosofie de patiënt heeft, welke de zorgfocus is en wat al dan niet (in ons breed therapeutisch arsenaal) gewenst is.

Nood aan algemeen registratiesysteem

Ik dank onze collega-huisartsen die hier steeds meer aandacht aan schenken. Het is ook belangrijk dat deze informatie goed doorstroomt naar andere zorgverleners. Ik denk aan de wachtdienst, een ziekenhuisopname of bij een MUG-interventie. Dit vormt nog een heikel punt. Het zou wenselijk zijn dat een algemeen registratiesysteem aan een vreemde zorgverlener onmiddellijk toegang zou bieden tot de gemaakte afspraken.

Ook in het ziekenhuis is het belangrijk om met de patiënt en/of familie af te toetsen hoever we therapeutisch zullen gaan. Een voorafgaand gesprek hierover met de huisarts of een andere zorgverlener kan dit en de te nemen beslissingen faciliteren. Een gesprek over zorgwensen behoedt patiënten voor therapeutische verbetering. Laten we samen streven naar gewenste, liefdevolle zorg.

In naam van de redactie, directie en ziekenhuisartsen
wensen we u een voorspoedig 2020.

Veel leesplezier bij het doornemen van dit nummer!

Dr. Valérie Van Damme



Geriatric, een jonge discipline ontstaan in het Verenigd Koninkrijk



dr. Julien Dekoninck

julien.dekoninck@sintandriestielt.be

Dr. Julien Dekoninck is gespecialiseerd in geriatrie met als subspecialisaties dementie, osteoporose, polyfarmacie en sarcopenie.

ONTSTAANSGESCHIEDENIS GERIATRIE BUITEN EN BINNEN BELGIË

Om de huidige werking, maar ook de toekomst van de geriatrie te kunnen beschrijven, moet men eerst kennis hebben van de bron en het ontstaan ervan. Daarom is het interessant om de ontstaansgeschiedenis van de geriatrie in kaart te brengen.

Geriatric: een jonge discipline!

Stelt u zich eens een wereld voor waarin geriatrie niet bestaat. Zou u hiervoor ver moeten terugkeren in de tijd? Denkt u dat enkel geriatrische patiënten ervaringen uit die tijd kunnen navertellen? Wel nee! Geriatric is een van de jongste disciplines en staat bijgevolg dan ook in zijn spreekwoordelijke kinderschoenen. Als men aan geriatrie denkt, dan spreken we in de eerste plaats over het Verenigd Koninkrijk waar alles begonnen is. Tot op vandaag blijft dit land een enorme voorsprong behouden naar inhoud en werking van de geriatrische diensten.

De grondlegger van de geriatrie is dr. Marjory Warren. Zij werd geboren in 1897 in Londen en volgde na haar studies geneeskunde een chirurgische opleiding in het London Royal Free Hospital. Na enkele jaren residentschap kwam ze door fusie maatregelen in het West Middlesex Hospital terecht. Daar trof ze honderden patiënten waarvan een deel verward en dement, incontinent of ziek, patiënten die aan allerlei aandoeningen leden. Deze patiënten hadden geen specifieke doelstelling, ze wachtten louter op een vermoedelijk negatieve natuurlijke afloop. Onder deze heterogene

groep patiënten merkte ze dat er een bepaalde groep was die vermoedelijk probleemloos thuis verder zou kunnen herstellen. Door de vraagstelling "Waarom is deze patiënt op vandaag in dit ziekenhuis?" tot in de diepte te gaan onderzoeken, kon ze een systeem ontwikkelen om al haar patiënten van elkaar te onderscheiden. Zo kon ze een deel van de patiënten opnieuw beter maken en terug naar huis sturen.

Ook stond dr. Warren aan de vooravond om van revalidatie van CVA-patiënten een succesverhaal te maken. Deze gesystematiseerde aanpak en revalidatie leidde tot twee wetenschappelijke publicaties in de BMJ (British Medical Journal). Hiermee toonde ze aan dat er nood was aan:

- een nieuw specialisme: geriatrie
- gespecialiseerde units
- een gespecialiseerde opleiding voor verpleegkundigen voor oudere patiënten onder leiding van artsen-specialisten met expertise



In 1947 werd dr. Warren medestichtster van de British Geriatric Society (BGS) wat in 1950 leidde tot de erkenning van geriatrie als apart specialisme door de National Health Service (NHS).

Deze erg gedreven dame bleef kinderloos, was gekend als een zeer energieke en enthousiaste geriater en sterk gerespecteerd door collega-specialisten. Ze gaf opleiding aan tal van verpleegkundigen en was de trotse voorzitter van de Medical Women's Federation. Ze stierf op 5 september 1960 in een auto-ongeval in Frankrijk (Metz) onderweg naar – hoe kan het ook anders – een congres in Duitsland.

Bronnen:

- John Grimley Evans, 'Warren, Marjory Winsome (1897–1960)', Oxford Dictionary of National Biography, Oxford University Press, 2004; online edn, May 2010 accessed 9/12/2016

- St. John, Philip D. and Hogan, David B., The Relevance of Marjory Warren's Writings Today, The Gerontologist. 2014 Feb;54(1):21-9
- Warren M. W. (1951a). Geriatrics. In Tidy Sir Henry, Short A. Rendle (Eds.), The medical annual (pp. 108–112). Bristol: John Wright & Sons.

Voortrekkersrol Verenigd Koninkrijk

Het Verenigd Koninkrijk bekwaamt zich al meer dan 70 jaar in geriatrie. Dit land is bijgevolg erg vooruitstrevend op meerdere vlakken:

EAMA

Dr. Marjory Warren fungeerde als grondlegger van de geriatrie in het Verenigd Koninkrijk en daarbuiten. Ze had dan ook tal van invloedrijke opvolgers zoals prof. Sir John Grimley Evans, stichter van de EAMA (European Academy for Medicine of Ageing, www.eama.eu). De EAMA is een vooraanstaande Europese postgraduaat cursus geriatrie waarbij gedreven geriateren worden opgeleid om op wetenschappelijke wijze hun kennis te verruimen, maar ook door te geven. In vele Europese landen worden de academici verplicht om deze cursus te volgen. 40% van deze studenten wordt ooit professor. Als jonge geriater heb ook ik het voorrecht om deze cursus op dit moment te mogen volgen.

Vergevorderde protocollen

Wist u dat zowel in het Verenigd Koninkrijk als in Australië er geen enkele patiënt opgenomen kan worden in een woonzorgcentrum zonder voorafgaandelijk medisch en psychosociaal nazicht en (voor de meeste patiënten) poging tot revalidatie? Alle patiënten dienen dus eerst door een geriater gescreend te worden met objectieve motieven.

Orthogeriatric

We verwijzen naar pagina 8 waar de diensten orthogeriatric en oncogeriatric in België hun opmars maken en ook onze toekomst mee zullen kleuren. Echter, de eerste orthogeriatric publicatie in de "British Orthopaedic Association" dateert van 1966 (!) waarbij zelfs voor onze huidige 21ste eeuw vooruitstrevende besluiten werden geformuleerd. Er werd

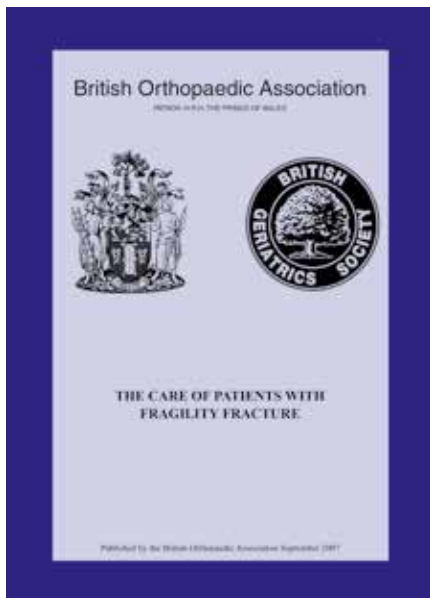
WIST JE DAT?

De eerste geriater:

- vrouw
- chirurg
- gestorven op weg naar een congres

toen al geconcludeerd dat een heupoperatie pas als een succes kan aanzien worden als meteen steunname kan gegarandeerd worden. Ook werd gezegd dat geen enkel patiënt te oud is om een ingreep te krijgen. Preventie van decubitusletsels dient vanaf dag 1 te gebeuren en het herstel van de orthogeriatrische patiënt dient multidisciplinair (orthopedist en geriatrisch team samen) benaderd te worden. In 2004 besloten de "British Orthopaedic Association" en de "British Geriatric Society" dan ook werkgroepen samen te stellen om zo een orthogeriatrisch handboek op te stellen, wat uiteindelijk in 2007 resulteerde in het zogenaamde "Blue Book" waarbij beide verenigingen een basisbehandeling goedkeurden (vnl: comanagement en ook secundaire preventie) die vanaf 2012 de gouden standaard werd met een bijhorende NICE-guideline (National Institute for health and Care Excellence) en kwaliteitscriterium voor een ziekenhuis.

www.rcplondon.ac.uk/guidelines-policy/hip-fracture-management-nice-guideline



www.bgs.org.uk/resources/care-of-patients-with-fragility-fracture-blue-book

G4J-project

Het G4J (Geriatrics for Juniors)-project is eveneens in het Verenigd Koninkrijk ontstaan vanuit de AEME (Association for Elderly Medicine Education) en wordt ondersteund door de "British Geriatric Society".



Het doel is om jonge artsen (of stagiairs, verpleegkundigen e.a.) meer wegwijs te maken in alle aspecten van de geriatrie door specifieke bijscholingen te organiseren over de persoonlijke dagdagelijkse hiaten in hun kennis. Dit is intussen geëvolueerd tot een hele database aan uiterst interessante vlogs over geriatrische topics. Het is nu pas, anno 2019, dat dit G4J-project zijn grenzen verlegt naar andere Europese landen, dankzij de ondersteuning van de EAMA (cf 1.2.a) waarbij iedere graduerende geriater zelf een symposium diende te organiseren. De primeur in ons land vond plaats op 14 november 2019 in Antwerpen, mede door mezelf georganiseerd.

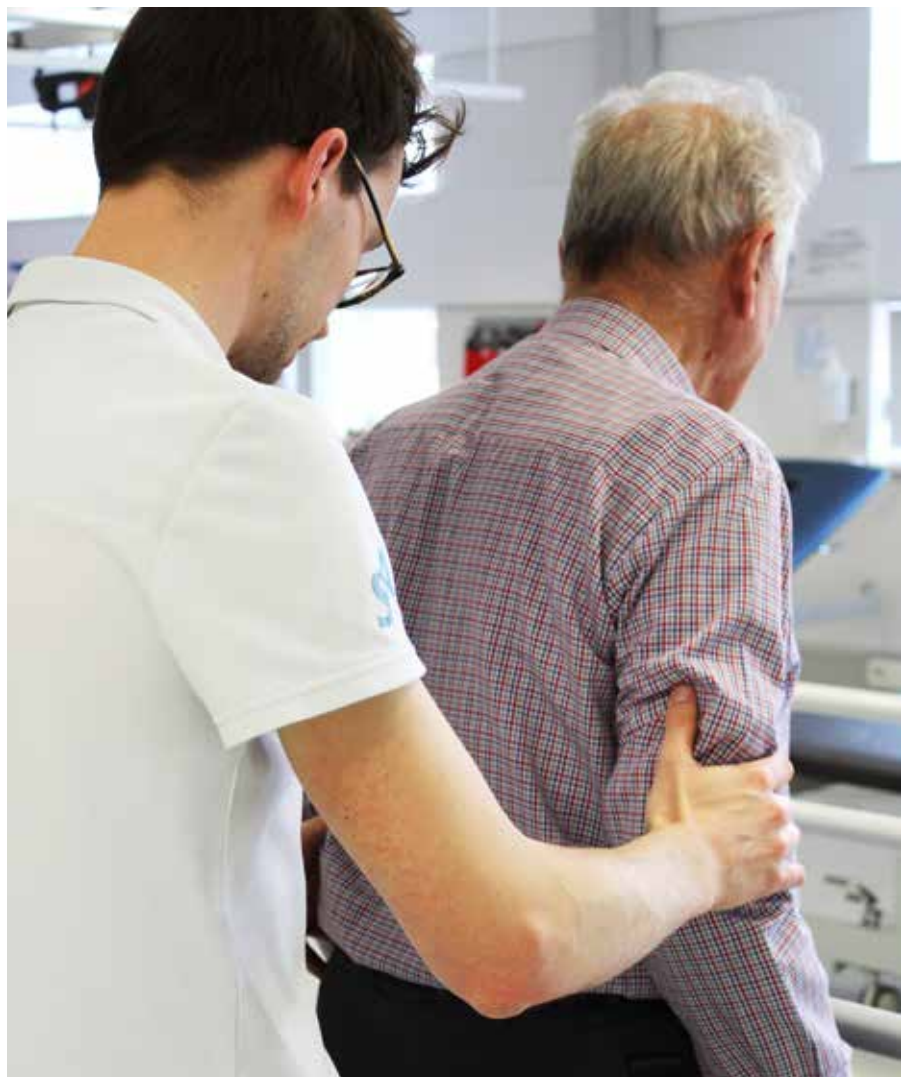
Ontstaansgeschiedenis van de geriatrie in België

De goede invloeden vanuit het Verenigd Koninkrijk kwamen enkele jaren later ook naar ons land overgewaaid. Drie jaar na de stichting van de BGS (British Geriatric Society) werd analoog de BVGG (Belgische Vereniging voor Geriatrie en Gerontologie) opgericht. Echter bestonden toen nog geen officiële geriatrische afdelingen, laat staan dat geriatrie als een specialisme werd erkend. Prof. dr. Hellemans uit Leuven

was in 1967 de eerste internist-geriater maar het was pas in 1974 dat de eerste diensten geriatrie werden opgericht, mede door de financiële steun van de mutualiteiten en dus nog steeds zonder erkenning (1 dienst in Oostende onder leiding van prof. Jean-Pierre Baeyens, 1 dienst in Bonheiden onder leiding van dr. Schildermans).

Na de oliecrisis van 1979 werd ons land geconfronteerd met belangrijke besparingsmaatregelen. Mr. Jean-Luc Dehaene had dan ook oor naar de financieel interessante argumenten van de BVGG gezien reeds talrijke publicaties aantoonde dat een geriatrische aanpak leidde tot een betere gezondheid van de patiënten, maar vooral dat het een besparing betekende voor de gezondheidszorg. In 1982 werden bijgevolg de vroegere R-bedden geconverteerd naar G-bedden (7500 in totaal) en elke universiteit kreeg een onderzoeksgroep geriatrie met opleidingsmodaliteiten. Het duurde tot 1986 om de subspecialisatie geriatrie officieel te erkennen als aparte discipline binnen de inwendige geneeskunde.

De laatste officiële aanpassingen aan het werkveld van de geriatrie dateren van het Koninklijk Besluit van 29 januari 2007 waar ook het geriatrisch dagziekenhuis werd toegevoegd. Hierover meer op pagina 6.



AGEISM

Veel mensen hebben nog nooit van deze term gehoord. Natuurlijk niet te verwarren met ageing waar de zuivere veroudering wordt bedoeld. Ageism is de overkoepelende term van de vooroordelen die onze maatschappij heeft over de oudere bevolking, op de visie van het ouder worden. Deze beeldklank is meestal negatief gezien ook algemeen opgesteld vanuit de visie van een jonger publiek. Deze maatschappelijk ingebakken vooroordelen vormen een deel van onze cultuur, waar wij als geriater toch moeten proberen tegenkanting te geven. Helaas wordt de term ageism zelfs te weinig of niet onderricht in (para)medische opleidingen. Daarom vind ik het bijzonder belangrijk om dit hier aan te kaarten. Wie denkt nooit "schuldig" te zijn aan het bevorderen van ageism, is eraan voor de moeite. Zelfs wij geriater zijn er niet vrij van. Om dit te duiden geef ik u een paar sprekende voorbeelden die aantonen hoe ingebakken het in onze cultuur zit.

OUD ≠ OUT!

Wie heeft er al niet eens het woord 'bejaard' of 'rusthuis' gebruikt?

- Het woord bejaard wordt door de WHO eerder verbannen gezien de negatieve bijklank. Het is beter om een 'vergelijkende trap' te gebruiken zoals 'ouderen' gezien er dan geen specifieke populatie meer kan gedefinieerd worden.
- Gepensioneerden, dementerenden... zijn ook duidelijk omschreven populaties die bovendien de onderliggende persoon als het ware reduceert tot de eigenschap die omschreven wordt. Alsof op pensioen zijn of een dementieel syndroom hebben de hoofdeigenschap van die persoon geworden is.
- Tegenwoordig spreekt men van woonzorgcentrum i.p.v. rusthuis gezien de bewoners aldaar niet hoeven te rusten, maar er effectief wonen.

Wie gebruikt er al niet eens verkleinwoorden bij de dagdagelijkse zorg?

"Je hebt koude voetjes", "Ik ga je handjes ontsmetten", "We gaan uw bavetje/slabbeke aandoen, uw pamber verversen". Meestal groeien de extremiteiten nog bij het ouder worden, laat staan dat ze zouden kleiner worden. Het gebruik van verkleinwoorden is een vorm van 'infantiliseren' (net zoals de slabbeke of de pampers) waarbij de oudere persoon als het ware terug kinds wordt en ook in de afhankelijke en onderdanige positie wordt geplaatst. Alternatief als kledijbeschermer of incontinentiemateriaal is veel neutraler.



Wie is er al niet eens automatisch luider beginnen praten in contact met ouderen?

Dit geeft aan dat we veronderstellen dat ouderen minder goed horen, maar is dit altijd zo?

Wie gebruikt er automatisch de voornaam als aanspreektitel?

Ondanks het feit dat ouderen heel graag hebben – of zelfs expliciet vragen – dat je ze met hun voornaam aanspreekt, is dit vooral bedoeld om een dichtere zorgrelatie te bekomen in de hoop zo beter verzorgd te worden. Echter 40-jarigen worden toch ook niet automatisch bij hun voornaam aangesproken. Het voelt zelfs soms vreemd aan, zeker als je de persoon nog nooit gezien hebt. Wel, waarom is dit dan logisch bij ouderen? Dit is niet logisch, maar het zit er in gebakken. NB: Vele

ouderen voelen zich zelfs wat vereerd of geneerd als ze dan toch met meneer of mevrouw worden aangesproken en melden dan ook dat "meneer thuis gebleven is"...

Wie vindt het logisch dat de familie altijd uitleg moet krijgen?

Vaak vinden ouderen het helemaal niet erg of verkiezen zelfs dat hun familieleden op de hoogte worden gesteld. De wet op patiëntenrechten maakt echter geen uitzonderingen voor oudere patiënten, m.n. de patiënt dient eerst zijn toestemming te geven en ook als eerste de informatie te krijgen. "We willen vader sparen..." is in se wettelijk niet correct, want door eerst de diagnoses aan de familie mee te delen, geef je de patiënt geen kans om de informatie voor zichzelf te houden, wat een basisrecht is van de patiënt (dat dus ontnomen wordt).

We denken dat dit een wereldbreed fenomeen is, maar sommige culturen dragen hun oudste personen op handen waarbij finaal de ouderen nog vaak een adviserende functie hebben. Dit is dus echt wel cultureel/maatschappelijk gebonden en in onze maatschappij dreigt het zover te komen dat mogelijk binnenkort euthanasie toegelaten zal worden bij "levensmoeheid" terwijl de maatschappij zelf verantwoordelijk is voor het voeden van deze visie bij de ouderen en bovendien niet kan zorgen voor enig levensdoel bij onze oudere bevolking. De maatschappij is dader en stelt dan maar de gemakkelijkste oplossing voor die het ageism alleen nog maar kan aanwakkeren (en wordt daardoor dus nog een grotere dader).

ZORGPROGRAMMA GERIATRIE

Het laatste Koninklijk Besluit over het 'Zorgprogramma voor de geriatrische patiënt' dateert van 29 januari 2007 en omvat volgende aspecten, waaraan iedere dienst geriatrie eigenlijk dient te voldoen om erkend te worden.

Hospitalisatie acute G: kenletter G-dienst (naast C en D, A, T, R)

Specifieke vereisten wat betreft de multidisciplinaire bestaffing van een geriatrische eenheid kunnen hier teruggevonden worden: (scan de QR-code)



Consultatie G

Iedere dienst geriatrie dient een ambulante consultatie aan te bieden.

Interne liaison (of Geriatrisch Support Team) (advies in ziekenhuis bij oudere patiënten)

Iedere dienst geriatrie dient een screening te doen naar potentiële geriatrische patiënten met als doel het opsporen en helpen behandelen van geriatrische syndromen bij oudere patiënten die niet opgenomen zijn op de dienst geriatrie. (zie ook kaderstuk onder 'Interne liaison = Geriatrisch Support Team')

Externe liaison

Dit is een transversale opdracht van het zorgprogramma naar de ambulante zorg met 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 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. Concreet werken we samen met de huisartsenkringen, de geïntegreerde diensten in de eerstelijns (thuisverpleging, gezinshulp etc.) evenals de verschillende wzc's om zo het opname- en ontslagbeleid te optimaliseren. Wanneer gevraagd kan zeker adequate bijscholing voorzien worden voor verpleegscholen of medewerkers van een wzc. De kennisoverdracht naar de eerste lijn heeft

ook een andere dimensie gekregen sinds het starten van de HAIO-opleiding op de dienst inwendige ziekten dit academiejaar.

Geriatrisch dagziekenhuis

Het geriatrisch dagziekenhuis werd initieel in een aantal ziekenhuizen als pilootproject gelanceerd, maar sinds 2015 is het effectief ingeschreven als ziekenhuisdienst. Het doel is voornamelijk om op ambulante en multidisciplinaire wijze een assessment te kunnen verrichten naar geriatrische syndromen zoals vallen, malnutritie, cognitie, polyfarmacie en sarcopenie waarbij een gewone consultatie zeker zijn tekortkomingen heeft. Meer uitleg over het cognitief assessment op pagina 7.

Het zorgprogramma laat het geriatrisch dagziekenhuis ook toe om ambulante revalidatie aan te bieden, maar op heden is dit in ons ziekenhuis nog niet van toepassing. In 2021 willen we dit project weliswaar zeker opstarten.



De interne liaison = Geriatrisch Support Team

Door Trui Lambrecht, ergotherapeute
Trui.lambrecht@sintandriestieft.be

Het is de bedoeling patiënten vanaf 65 jaar met een geriatrisch profiel, gehospitaliseerd op andere afdelingen, tijdig te (h)erkennen en in samenspraak met de geriater de diagnostiek en de behandeling te bespoedigen en te verfijnen naar specifieke geriatrische normen. Zo kunnen geriatrische patiënten doelgericht en uitgebreid begeleid worden van bij het begin van de opname. De leden van het GST stellen, elk vanuit hun competentiedomein, de geriatrische principes en de geriatrische deskundigheid ter beschikking. Zo hebben we extra oog voor

cognitieve problemen, mobiliteitsproblemen, voedingsproblemen, emotionele problemen enz. Dat betekent dat we als GST dus eerder een adviesfunctie hebben en minder een uitvoerende functie. Voordeel is dat er meer continuïteit bestaat bij overname naar geriatrie aangezien we van bij het begin van de opname al een geriatrisch assessment hebben. 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. We worden ook meer en meer ingeschakeld voor een onco-geriatrisch bilan zodat de onco-arts zijn behandeling hierop kan afstemmen. Hoe beter de persoon functioneert bij vaststelling van de diagnose, hoe hoger de kans op het slagen van de behandeling.

MULTIDISCIPLINAIR COGNITIEF ASSESSMENT



Lies Devolder
lies.devolder@sintandriestielt.be

Lies Devolder werkt als psychologe binnen het Geriatrich Support Team.

dr. Bart Lamont
bart.lamont@sintandriestielt.be

Dr. Bart Lamont is gespecialiseerd in neurologie. Zijn subspecialisaties zijn beroertezorg (stroke-unit), dementie, EEG, EMG, EP, en neuromusculaire ziekten. Hij werkt in associatie met dr. Philippe Tack, dr. Antonio Gazziano en dr. Ward Vandewalle.



Psychologische benadering

Door Lies Devolder, psychologe

Binnen het kader van de dagkliniek kunnen we in het verloop van één dag een ruime cognitieve screening uitwerken. Vanuit mijn werk als klinisch psychologe neem ik een deel van het testpakket voor mijn rekening en ga ik ook uitgebreid in gesprek met de patiënt zelf en de mantelzorger (of andere vertrouweling) die hem of haar vergezelt. Het gebeurt heel vaak dat geriatrie patiënten vergezeld en/of ondersteund worden door hun familie, maar bij de vraag naar cognitieve screening is dit een absolute noodzaak. Naast de informatie die we van de patiënt zelf krijgen, moeten we immers ook het verhaal van de familie kunnen horen om het functioneren van de patiënt in de thuisituatie te kunnen inschatten. Het verhaal van de patiënt zelf kan mogelijk gekleurd zijn vanuit eventuele cognitieve beperkingen (gezien de aanmeldingsvraag), maar kan bijvoorbeeld ook wat rooskleuriger gebracht zijn vanuit de angst voor inmenging in de thuissituatie. Het komt wel vaker voor natuurlijk dat het verder zelfstandig wonen in vraag wordt gesteld of er minstens wat extra ondersteuning wordt voorgesteld.

Testbatterij COTESS

Naast mijn aandeel in het ruime pakket, gaan ook de collega-ergotherapeuten aan de slag met de patiënt. Zij starten vaak reeds met een deel van de cognitieve testreeks en vullen dit ook verder aan met functionele testen, peilend naar gehoor, zicht, omgaan met geld en inschatten van verkeerssituaties. Het testpakket werd recent aangepast aan de huidige standaarden en daarvoor heeft het ziekenhuis onder andere de uitgebreide testbatterij COTESS aangekocht. Dit nieuw samengestelde pakket wordt als standaardpakket gehanteerd waardoor testing en hertesting bij geriater en neurologen op elkaar afgestemd zijn. De belangrijkste bedoeling van de testing is een overzicht te krijgen op tal van cognitieve functies (aandacht, oriëntatie, geheugen, taal, praxis en executieve functies) en tussenin ook zicht te krijgen op het algemene functioneren van de patiënt. Ook de observatiegegevens leveren immers veel interessante info op. In het ruime gesprek kunnen we nagaan hoe de patiënt de aanmeldingsklachten zelf inschat en welke stressoren of andere problemen er eventueel een invloed kunnen uitoefenen op het algemene functioneren. We kunnen meteen ook inspelen op de vele vragen en onzekerheden die leven bij de patiënt. Op die manier is er in de testsituatie ook ruimte voor ondersteuning. Deze sfeer, de ruimte die

wordt gecreëerd voor de patiënt, is onontbeerlijk om tot een goede testsituatie te komen. Zo kunnen we de patiënt de kans geven om zich werkelijk te tonen en kunnen we de stress door de ziekenhuisopname en de confrontatie met eventuele problemen en de vreemde testsituatie wat milderen.

Betrokkenheid familie

Ook het gesprek met de familie verloopt vanuit dit dubbele oogpunt. Van hen willen we eveneens informatie verkrijgen en tegelijk is het gesprek hét moment om hen te ondersteunen in de confrontatie met de zorgsituatie en samen te zoeken naar manieren om om te gaan met de dagelijkse uitdagingen en eventueel na te denken over concrete zorgoplossingen. De informatie die we van de familie verkrijgen wordt genoteerd aan de hand van de klassieke functioneringsschalen die bijdragen aan de terugbetaling van geheugenondersteunende medicatie. De ruime aandacht die gaat naar diagnostiek, opvang en begeleiding maakt meteen wel duidelijk dat de klemtoon niet ligt op het bekomen van deze financiële tegemoetkoming. Ook zonder dit luik is de komst naar de dagkliniek bijzonder waardevol.

Gezien de scheidingslijn tussen dementie en depressie vaak bijzonder dun is en ze ook samen kunnen voorkomen, voegden we in ons testpakket wat meer differentiërende taken toe en vullen we samen met de familie ook een depressieschaal in. Een praktische bijkomstigheid: ter ondersteuning van gesprekken met hardhorende patiënten hebben we ook een hoofdtelefoon aangeschaft, een hulpmiddel dat ziekenhuisbreed kan ingezet worden.

Vanuit neurologisch standpunt

Door dokter Bart Lamont, neuroloog

In België lijden er ongeveer 200.000 mensen aan dementie. De grootste risicofactor om dit te ontwikkelen is de leeftijd: 10% van de 65-plussers kampt ermee; is men de 80 voorbij bedraagt dit ruim 20%. Bijgevolg voorspelt men door de vergrijzing van onze bevolking een verdubbeling van het aantal dementerenden tegen 2060. Bovendien worden er voor elke dementie-patiënt gemiddeld drie mensen in de omgeving (naasten en professionele hulpverleners) 'mee' getroffen of betrokken. Niet voor niets wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) dementie dan ook als prioriteit nummer één naar voor geschoven. De eerste stap in de zorg voor deze mensen is een correcte diagnosestelling. Een grondig onderzoek is van belang gezien een cognitief

deficit niet steeds berust op een onderliggende degeneratieve dementeringsproblematiek. In eerste instantie moet een 'symptomatische dementie' uitgesloten worden. Een gemaskeerde depressie, malnutritie, deficiënties, medicatie-abusus enz. zijn doorgaans meer vatbaar voor verbetering, zelfs genezing dan de neurodegeneratieve dementies waarvan het Alzheimer-type het frequentst (70%) voorkomt. Vandaar het belang actief op zoek te gaan naar deze etiologieën.

Geheugenkliniek

Concreet wordt in het Sint-Andriesziekenhuis een patiënt met vermoeden van dementie op een gesystematiseerde manier begeleid op het geriatrich dagziekenhuis. Tijdens deze opname in de 'geheugenkliniek' wordt hij of zij onderzocht door een medisch team bestaande uit een neuroloog, geriater en vaak ook psychiater. Daarnaast neemt de klinisch psycholoog een cognitieve testbatterij af, wordt een MRI/CT hersenen verricht en indien recent niet gebeurd bij de huisarts, een bloedafname. De verantwoordelijke verpleegkundige omringt en begeleidt de patiënt daarbij met de nodige zorg. Vervolgens formuleert de verantwoordelijke arts met de testresultaten een eindconclusie/diagnose, die wordt geduid naar de patiënt en zeker ook de naasten. Indien geïndiceerd wordt medicatie opgestart, worden tips tot het trainen van het geheugen en gebruiken van geheugensteuntjes meegegeven en voornamelijk aangepaste benadering en begeleiding van deze bijzondere patiëntenpopulatie geadviseerd. Dit alles in een poging de patiënt zo lang en zo comfortabel mogelijk verder te laten functioneren en leven in zijn vertrouwde omgeving, omringd door zijn naasten.

Dagprogramma van patiënt op geheugenkliniek (via geriatrich dagziekenhuis):

- consult neurologie, geriatrie en vaak psychiatrie
- MRI- of CT-scan hersenen
- neuropsychologisch onderzoek: cognitieve testbatterij
- bloedafname (o.a. PBO, nier- en leverfunctie, elektrolyten, vitamine B12, foliumzuur, TSH, Ca) tenzij recent bij huisarts

GERIATRIE: (ANDERE) TOEKOMST VERZEKERD?

COMANAGEMENT

Het takenpakket van de geriater zit vervat in het zorgprogramma geriatrie (zie pagina 6). Tegenwoordig zijn er echter ook meer en meer vormen van comanagement die hun meerwaarde hebben aangetoond.

ORTHOGERIATRIE

Het samen opvolgen van kwetsbare geriatrische patiënten met voornamelijk heupfracturen door zowel de orthopedisch chirurg als de geriater binnen een revaliderend en holistisch concept van de dienst geriatrie, heeft reeds voldoende zijn meerwaarde aangetoond.

In vele ziekenhuizen worden dan ook diensten orthogeriatrie opgericht waar het revalidatieaspect en tevens de behandeling van onderliggende valrisicofactoren worden aangepakt, evenals de screening en behandeling van osteoporose.

Net zoals in het Verenigd Koninkrijk en in Australië zal deze aanpak van heupfracturen naar de toekomst toe als kwaliteitscriterium gebruikt worden, met voornamelijk toezicht op de snelheid van operatief ingrijpen (<24u), aanpak valrisicofactoren en behandeling van osteoporose als merkers voor goede zorg.



dr. Justine Barbier
justine.barbier@sintandriestielt.be

Dr. Justine Barbier is orthopediste. Schouder- en kniechirurgie, en sport- en prothesechirurgie zijn haar subspecialisaties. Ze werkt samen met dr. Kristoff Deroo, dr. Jan Van Nuffel, dr. Rik Raes, dr. Chris Martens en dr. Thomas Wetzels

Als orthopedisch chirurg dienen we de patiënt met een acute fractuur zo goed mogelijk te behandelen. Voldoende studies tonen aan dat bij een heupfractuur de patiënt zo snel mogelijk geopereerd dient te worden. Echter zijn deze patiënten meestal ouder en hebben ze veel comorbiditeiten met dus risico op niet-chirurgische postoperatieve complicaties. Verder dient de oorzaak van de val gezocht te worden en zo mogelijk volop ingezet op preventie van nieuwe valincidenten evenals de behandeling van osteoporose, voor zover nog geïndiceerd. Een nauwgezette opvolging door de geriater komt aan deze aspecten tegemoet en zorgt dan ook voor betere overlevingscijfers. Wij vergeten echter de patiënten op orthogeriatrie niet. In comanagement komen wij geregeld de patiënt in consult zien om zo het orthopedisch postoperatief verloop ook op te volgen.

ONCOGERIATRIE

Er wordt op een gestandaardiseerde manier gescreend:

- functionele status (ADL, iADL, visus, gehoor)
- locomotoriek (valrisico, spierkracht, wandelsnelheid ...)
- cognitie (klokttest, meander, MMSE, depressie screening)
- nutritie (BMI, MNA)

Daarnaast worden adviezen geformuleerd:

- polyfarmacie: rationalisatie therapie
- opstart extra voeding, ambulante kinesitherapie
- waar nodig: sociale ondersteuning

Het 'add life to years and not years to life'-principe wordt gehanteerd.

dr. Chantal Baertsoen
chantal.baertsoen@sintandriestielt.be

Dr. Chantal Baertsoen is gespecialiseerd in maag-, darm en leverziekten (gastro-enterologie) met focus op digestieve endoscopie en digestieve oncologie. Ze werkt in associatie met dr. Jan Beyls, dr. Evelynne De Decker en dr. Steven De Coninck.



De oncologische problematiek is vooral een zaak van de oudere bevolking: ruim 70% van de patiënten zijn 60-plussers. Bij de oudste bevolking bestaan er formele risico's op onderbehandeling wegens de vooringenomen schrik voor extra toxiciteit. Anderzijds is overbehandeling bij erg zwakke patiënten ook nefast. In beide gevallen kan een uitgebreid oncogeriatrisch assessment ondersteuning bieden naar de therapiekeuze, maar evenzeer een diagnostische en prognostische betekenis hebben door respectievelijk de identificatie van reeds bestaande geriatrische syndromen enerzijds en de aanpak van deze syndromen en risicofactoren anderzijds, zoals ondervoeding, spierzwakte, polyfarmacie, depressie, sociale isolement ... In deze brede context heeft men een globaal zicht op onze oudere oncologische patiënt waar de keuze van de patiënt ook gerespecteerd wordt met eventueel de mogelijkheid om een zuivere palliatieve benadering te starten.

ADVISERENDE ROL

Het is nu al onmogelijk om alle geriatrische patiënten door geriater te laten volgen en de adviserende rol zal naar de toekomst toe nog belangrijker worden. De geriatrische aanpak zal dus ook voor een kruisbestuiving tussen andere diensten zorgen.

PRIMAIRE PREVENTIE

Primaire preventie is een ziekte vermijden.

De **"anti-aging" industrie** is actueel dicht bij medicatie die echt levensverlengend zal werken. Er zal dus nog nauwer gewerkt worden met de huisartsen. Mogelijk zullen er **ambulante mobiele equipes** zijn die de door de huisarts geselecteerde patiënten zullen consulteren.

SECUNDAIRE PREVENTIE

Secundaire preventie is voorkomen dat de ziekte terugkeert of erger wordt.

Een gesystematiseerde aanpak naar screening van risicoprofielen, heeft een grote impact op het aantal opnieuw zieke patiënten, met dus een forse winst voor de reeds sterk verouderende maatschappij. **"Capture the fracture"** is een officieel erkend programma door de IOF: International Osteoporosis Foundation.



(www.capturethefracture.org/fracture-liaison-services) waarbij bij iedere fractuur in het ziekenhuis wordt gescreend naar osteoporose. Dit programma wensen we in de nabije toekomst ook te kunnen bemachtigen.

ETHIEK

Er zullen meer en meer ethische dilemma's bij ouderen bestaan, vnl. door het opkomen van anti-verouderingsbehandelingen, maar evenzeer euthanasiekwesties.

Het zal een taak van de geriater worden om hierin ook formeel ondersteunend advies te verlenen.

BELEIDSONDERSTEUNEND

De geriatrische principes inburgeren op ziekenhuisbreed niveau kan niet gebeuren zonder enige beleidsondersteunende functie waar de geriater een beetje als advocaat van de oudere patiënt dient gezien te worden. De oudere patiënt is in het ziekenhuis zeker de grootste patiëntenpopulatie. Er is dan ook wereldwijd een tendens bezig om **'senior friendly ziekenhuizen'** op te richten. In Nederland is de grootste seniorenorganisatie (KBO-PCOB) vanaf 2013 begonnen met dit keurmerk waarbij dit in 55% van de ziekenhuizen in 2017 werd aangenomen, weliswaar niet verplicht.

De kwaliteitscriteria zijn op hun site terug te vinden.



(www.kbo-pcob.nl/wp-content/uploads/2019/01/Kwaliteitsaspecten-Seniorvriendelijke-Ziekenhuiszorg.pdf)

In andere landen werden senior-friendly items opgenomen in de accreditatie-programma's, hetgeen mijn inziens meest impact kan hebben op de ouderenzorg in ziekenhuizen. Ik hoop dat België ook hierin zal volgen; misschien moet Tielt daar het voortouw in nemen?

1. Huang e.a, Moving towards the Age-friendly Hospital: a paradigm shift for the Hospital-based Care of the Elderly. Can Geriatr J. 2011; 14(4): 100-103
2. Kim e.a, Development of the Korean framework for senior-friendly hospitals: a Delphi study. BMC Health Serv Res. 2017; 17: 528
3. Senior Friendly Hospitals: Development and Application of Criteria: a descriptive study. 2016; 41(4): 256-262

19 maart 2020: eerste Ronde Tafel Conferentie Ouderenvriendelijke ziekenhuizen in België

Sinds enkele maanden is een werkgroep patient centered care for elderly in hospitals actief in België. Deze is tot stand gekomen op initiatief van een aantal verpleegkundigen, belangenbehartigers voor de geriatrische zorg. De doelstelling is om een kader uit te werken dat stimulerend en inspirerend kan zijn in functie van een kwaliteitsvol zorgprogramma voor de geriatrische patiënt, o.a. geïnspireerd op het keurmerk 'seniorenvriendelijk hospitaal'. Ondertussen bestaat de werkgroep uit een vertegenwoordiging van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, de Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie, het college van geriater, Zorgnet-Icuro, het Vlaams Patiëntenplatform,

het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen, het Vlaams Expertisepunt Mantelzorg, de Vlaamse Ouderenraad, het Instituut voor Kwaliteit van Zorg e.a. Meer dan ooit wordt vandaag aandacht gevraagd voor de stem van de patiënt (of diens vertegenwoordiger). Daarom wordt op donderdag 19 maart een eerste Ronde Tafel Conferentie georganiseerd, waarop zowel senioren als professionals zullen worden uitgenodigd. De werkgroep streeft naar een interactieve namiddag, waarbij de oudere vooral aan het woord mag komen, geflankeerd door nieuwsgierige professionals. Ongetwijfeld ontstaan er die dag mooie synergieën die een bron kunnen zijn voor de verdere ontwikkeling van het kader.

Verouderingspak

Literatuur: "Alles over spataders"

van dr. Marc Vuylsteke



Medewerkers die op de afdeling geriatrie van het Sint-Andriesziekenhuis werken, kregen de kans om tijdens een bijscholing o.l.v. geriater dr. Julien Dekoninck een 'verouderingspak' aan te trekken. Het doel? Je kunnen inleven in hoe het voelt om 80 jaar oud te zijn. Dat maakt dat je veel beter begrijpt wat er in geriatrische patiënten omgaat zodat je je zorg daaraan kan aanpassen.

Wat zie je door ogen die aan cataract lijden? Hoe eet je als je Parkinson hebt? Wat als een of meerdere ledematen het laten afweten? Hoe voelt het om je voort te bewegen met overgewicht? Geriater Julien Dekoninck is overtuigd van de meerwaarde om zijn medewerkers letterlijk aan den lijve te laten ondervinden hoe deze beperkingen voelen. "Tijdens deze bijscholing krijgt men de kans om een verouderingspak aan te trekken. Dat bestaat onder meer uit verschillende soorten brillen die elk een ouderdomsziekte nabootsen, tril-handschoenen, een koptelefoon die oorsuizen simuleert en een pak bestaande uit verschillende verzwaarde onderdelen. Dat laatste doet je ledematen zwaarder aanvoelen of bootst zelfs een eenzijdige verlamming na, waardoor je verplaatsen dus moeilijker wordt", aldus Dekoninck.

Beter inlevingsvermogen

Pieter Van de Velde, verpleegkundige op de afdeling neuro-cardiologie en lid van de werkgroep palliatieve zorgen, trok het verouderingspak aan. "Het was een indrukwekkende ervaring," vertelt hij. "Toen ik de trillende handschoenen droeg, had ik vier pogingen nodig om een yoghurtpotje te openen. Met het pak was het een hele uitdaging om te gaan zitten of om te wandelen. Ik ben me er nu veel meer van bewust hoeveel dagelijkse handelingen voor geriatrische patiënten moeilijk kunnen zijn. De simulatie heeft ervoor gezorgd dat ik meer aandacht besteed aan details die het voor hen gemakkelijker kunnen maken, zoals bijvoorbeeld ervoor zorgen dat de bel binnen handbereik ligt. We hebben door de hoge werkdruk vaak de neiging om snel te willen werken, maar ik besef nu meer dat oudere patiënten meer tijd nodig hebben. Ik ben geduldiger met mijn patiënten sinds ik ondervonden heb hoe het voelt om beperkt te zijn."

Op 26 september stelde vaatchirurg Marc Vuylsteke zijn eerste boek 'Alles over spataders en trombose' officieel voor in de aula van Lannoo Uitgeverij. Het boek biedt een helder antwoord op de meest gestelde vragen over spataders en trombose. Wat zijn spataders? Wat zijn de mogelijke complicaties? Moeten spataders altijd geopereerd worden en wanneer dan wel? Kun je daar een trombose van krijgen? Wat is een trombose? Wat kan allemaal misgaan met aders? Hoe kunnen we dat voorkomen? Een derde van de mensen krijgt in de loop van zijn leven een aandoening van de aders. Spataders zijn een veel voorkomende aandoening bij ruim 20% van de mannen en 30% van de vrouwen. Ook als je weet dat 1 op de 4 mensen overlijdt ten gevolge van een trombose en het vroegtijdig herkennen van een trombose levens kan redden, dan mag dit boek gerust een must-read worden genoemd.

Meer info en bestellen:

www.lannoo.be/nl/alles-over-spataders-en-trombose



Zien eten, doet eten

Met de start van het nieuwe jaar werd op de afdeling geriatrie ook een nieuwe gewoonte ingevoerd: samen eten. De patiënten worden maximaal gestimuleerd om het ontbijt en middagmaal samen met medepatiënten in de dagzaal te nuttigen. Het doel?

Het team geriatrie wil:

- zich zo maximaal inzetten voor de beste revalidatiekansen;
- het fixatie-arm beleid extra ondersteunen;
- het veel voorkomende probleem van ondervoeding het hoofd bieden, want "zien eten, doet eten";
- werken aan de veiligheid door veel langer ondersteuning en toezicht te bieden met minder complicaties als verwardheid, vallen of verslikking.

Nieuwe prostaatlasers

Goedaardige prostaatvergroting

Plasklachten door prostaatvergroting is een vaak voorkomend probleem bij de ouder wordende man. Vanaf 40 jaar begint de prostaat langzaam te groeien. De plasbuis loopt door de prostaat en kan door een vergrote prostaat minder doorgankelijk worden. De straalkracht vermindert, het plassen komt moeilijker op gang en gebeurt niet meer in één vlotte beweging. 's Nachts vaker uit bed moeten om te plassen is ook een vaak voorkomende klacht. Indien de klachten niet al te hinderlijk zijn, kan gestart worden met medicatie. Alfa-blokkers vergemakkelijken het plassen en kunnen de symptomen vrij snel verbeteren. 5-alfa-reductase inhibitoren verkleinen het prostaatvolume. Dit gebeurt traag en soms blijft het plassen problematisch. Een heelkundige ingreep is dan nodig om opnieuw comfortabel te kunnen urineren.

De standaard hiervoor is lang de TURP of 'boring' geweest. Hierbij wordt met een elektrische lus het obstructieve prostaatweefsel verwijderd. Bij mensen met een erg groot prostaatvolume is deze ingreep niet meer succesvol. In zulke gevallen adviseert men om het overtollig prostaatweefsel te verwijderen ofwel via een onderbuiksincisie ofwel d.m.v. HoLEP enucleatie. Een onderbuiksincisie brengt meer bloedverlies, een langere hospitalisatieduur en herstel met zich mee. Daarom wordt prostaathypertrofie nu steeds vaker behandeld met HoLEP.

HoLEP

Een holmium laserenucleatie van de prostaat (ENG: HoLEP = Holmium Laser Enucleation of the Prostate) verwijdert het overtollig prostaatweefsel door het met laserenergie los te maken van het kapsel. Met deze techniek kunnen ook grotere prostaatvolumes behandeld worden op een minimaal invasieve manier. De ingreep gebeurt transuretraal en de blaassonde wordt daags na de ingreep verwijderd. HoLEP wordt al bijna 10 jaar uitgevoerd en heeft zijn meerwaarde aangetoond in wetenschappelijke studies. De techniek is ook opgenomen in de richtlijnen van de EAU. Het voordeel ten opzichte van de eerder beschreven technieken zijn minder bloedverlies en kortere hospitalisatieduur. Na een HoLEP treden de eerste weken iets vaker dan bij een TURP een verhoogde aandrang en plasfrequentie op. Die klachten verdwijnen na enkele maanden. De operatieduur is ook wat langer. De dienst urologie is erg verheugd dat het Sint-Andriesziekenhuis heeft willen investeren in deze waardevolle techniek. Dit zal de zorg voor patiënten met goedaardige prostaatvergroting alleen maar ten goede komen.



Griepvaccinatiecampagne



Vorig jaar liet 81,3 procent van de medewerkers van het Sint-Andriesziekenhuis zich vaccineren tegen griep. Hiermee was dit ziekenhuis een van de weinige in Vlaanderen met zo'n hoge vaccinatiegraad. Ook dit jaar wordt volop ingezet op intensieve educatie en sensibilisering om zo het percentage nog hoger te krijgen en opnieuw het gouden certificaat van het Agentschap Zorg en Gezondheid te behalen. Om de medewerkers te overtuigen lanceerde het ziekenhuis in oktober een ludieke, informatieve kortfilm die het belang van de grieprik onderschrijft. "We merken dat het heel belangrijk is om stevig campagne te voeren en goed te informeren. De voorbije jaren was er bijna een verdubbeling van onze vaccinatiegraad dankzij de juiste informatieverstrekking. Vorig jaar behaalden we een percentage van 81,3, dit jaar gaan we onder meer met onze kortfilm voor een nog beter resultaat", benadrukt Matthijs Samyn, verpleegkundig directeur. Midden december klopte het ziekenhuis dan ook af op zo'n 81,5 procent gevaccineerden.



Nieuw reanimatietoestel spoeddienst



Recent heeft het Sint-Andriesziekenhuis een LUCAS 3.1-thoraxcompressiesysteem aangekocht dat prehospitalaal zal gebruikt worden door de artsen en verpleegkundigen van het MUG-team. LUCAS is een eenvoudig te gebruiken mechanisch hartmassageapparaat dat ambulanciers, verpleegkundigen en artsen helpt om efficiënte en voortdurende hartmassage uit te voeren bij een patiënt met een hartstilstand. Met LUCAS krijgen de hulpverleners dus handen vrij zodat men zijn aandacht kan richten op andere levensreddende activiteiten.

LUCAS is bovendien een waardevol hulpmiddel in situaties waar het moeilijk is om doeltreffend en veilig handmatig hartmassage geven, zoals tijdens het verplaatsen van de patiënt in het veld, bij transfer tussen ziekenhuisafdelingen of tijdens het vervoer in de ambulance naar het ziekenhuis.

Ondanks een hartstilstand kunnen cardiologen in het cath lab nu angiografie en PCI (Percutane Coronaire Interventie) uitvoeren op patiënten, omdat LUCAS de circulatie in de patiënt op gang houdt tijdens de procedure. Onder andere door de uitbreiding van de MUG-wagen met dit nieuwe toestel wil de spoedgevallendienst verder inzetten op de verbetering van de kwaliteit van de geleverde medische zorgen.

Borstkankerscreening in Tielt

In oktober, internationale borstkankermaand, nam het Sint-Andriesziekenhuis deel aan 2 initiatieven om de borstkankerscreening in de kijker te plaatsen. Op 1 oktober gaven radiologe dr. De Wilde en gynaecologe Dr. Hoste een infoavond in het CM-kantoor over het Bevolkingsonderzoek Borstkanker. Hierbij krijgen vrouwen van 50 tot en met 69 jaar de kans om elke twee jaar een kwaliteitsvolle screeningsmammografie te laten nemen. Jammer genoeg zijn de participatiecijfers van Tielt niet schitterend, vandaar dit infomoment. Op zondag 13 oktober werden meer dan 100 deelnemers van de vrouwvriendelijke wandeling in het ziekenhuis ontvangen door artsen van de dienst radiologie, gynaecologie en oncologie en vrijwilligers van het TVDK (Tielts Vormings- en Documentatiecentrum tegen Kanker). Na een bezoek aan de dienst medische beeldvorming met uitleg over mammografie en echografie, een demonstratie over alarmtekens en het zelfonderzoek, kon men genieten van een roze aperitiefje en hapje. De deelnemers vertrokken allen naar huis met een leuk gevulde goodiebag.

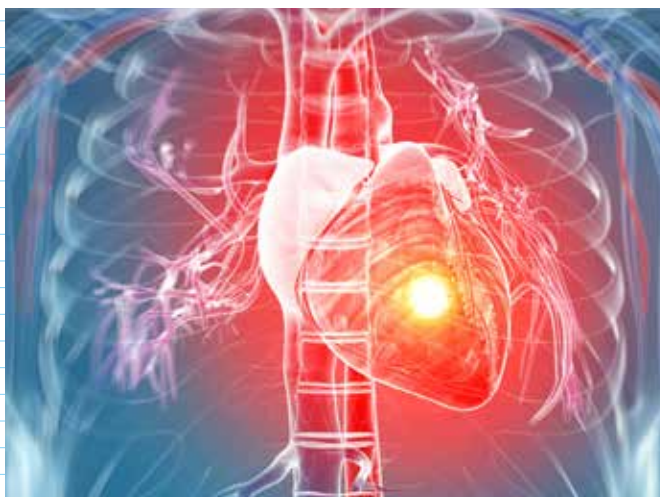


Terugkomdag cardiovalidatie

Op 20 oktober 2019 werd een eerste terugkomdag georganiseerd door het cardiovalidatieteam van het Sint-Andriesziekenhuis. Patiënten die hartrevalidatie volgden in 2017 en 2018 werden uitgenodigd op een receptie, in aanwezigheid van het volledige cardiovalidatieteam. Deze terugkomdag was een primeur voor het Sint-Andriesziekenhuis. Geen enkel ander hartrevalidatiecentrum had dit eerder georganiseerd.

Op 1 februari 2017 werd ons hartrevalidatiecentrum erkend door de overheid. Vele van de genodigden maakten dan ook deel uit van 'de eerste lichting'. De gedrevenheid van ons team, investeringen van het ziekenhuis in kwalitatief hoogstaande toestellen en apparatuur en goed gemotiveerde patiënten hebben ervoor gezorgd dat we sneller groeiden dan we voor mogelijk hielden. Inclusiecijfers wereldwijd liggen tussen de 10 en 30% van alle patiënten die recht hebben op hartrevalidatie. Sint-Andries scoort dit jaar makkelijk 70-80%. 68 patiënten in 2017, 97 patiënten in 2018 en meer dan 100 in 2019. Het is echter niet de kwantiteit die we nastreven, kwaliteit is onze prioriteit. En met een toename in aantal patiënten, moeten we ook als team en ziekenhuis een tandje bijsteken om de kwaliteit in zorg te blijven garanderen. De doelstelling blijft om de patiënt niet alleen een betere kwaliteit van leven te bezorgen, maar ook een betere prognose. Dit is wat wetenschappelijk onderzoek aantoonst voor patiënten die het volledige programma volgen.

De gasten kregen een korte opfrissing van alles wat belangrijk kan zijn in het leven na een hartziekte. Sociaal medewerkster Brenda en psychologe Annelies ontvingen de mensen in de revalidatiezaal, die volledig aangekleed was voor deze gelegenheid. Patiënten die het zagen zitten om tussen glas en hapjes een nieuw trainingstoestel, voorzien van automatische software uit te proberen, konden bij kinesisten Emilie en Thibaut terecht. Diëtiste Katelijn nodigde met veel enthousiasme de mensen uit in haar pop-up winkeltje om bewust, hartvriendelijke voeding te helpen kiezen, en eventuele vragen rond voeding te beantwoorden. Tussen het gekeuvel door kon men op het grote scherm centraal in de zaal tal van wist-je-datjes lezen, op ludieke manier gebracht door het team. Op een laptop was er de mogelijkheid om enkele 3D-animaties van hartziekten te bekijken, zoals die ook op de infosessies vertoond werden. Als beloning voor de enthousiaste medewerking kregen de aanwezigen op het einde van de voormiddag een zelf ontworpen sleutelhanger met het logo van de cardiovalidatie. Deze terugkomdag werd een gezellig weerzien tussen de patiënt en het cardioteam, evenals tussen patiënten onderling.



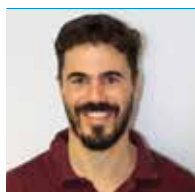
Nieuwe artsen



Dr. Thomas Wetzels,
orthopedist

De raad van bestuur en de directie van het Sint-Andriesziekenhuis hebben het genoegen u mee te delen dat dr. Thomas Wetzels op 2 januari 2020 ons team heeft vervoegd.

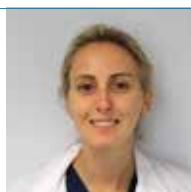
Dr. Thomas Wetzels behaalde zijn diploma geneeskunde aan de Katholieke Universiteit Leuven. Zijn specialisatie tot orthopedisch chirurg heeft hij gevolgd in Groningen (Nederland). Na zijn opleiding heeft hij eerst een fellowship heup- en kniechirurgie gedaan, gevolgd door een fellowship hand- en polschirurgie. Beide fellowships deed hij in Brugge. Ook was hij 6 maanden werkzaam op de afdeling traumatologie in het UZ Gent. In het Sint-Andriesziekenhuis legt hij zich naast de algemene orthopedie en traumatologie toe op heup-, hand- en polschirurgie. Hij werkt samen met dr. J. Barbier, dr. K. Deroo, dr. C. Martens, dr. R. Raes en dr. J. Van Nuffel op de dienst orthopedie.



Dr. Wim De Mey,
toegelaten
kinderarts



Dr. Elke Smits,
assistent-kinderarts



**Dr. Ann-Cathérine
Kempeneers,**
assistent-heelkunde

Uittredend arts



Dr. Jan Van Haverbeke,
uroloog

Dr. J. Van Haverbeke heeft na 33 jaar dienst zijn activiteiten in het Sint-Andriesziekenhuis op 31 december 2019 stopzetgezet wegens het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd.

Graag danken we dr. Van Haverbeke voor zijn jarenlange inzet voor de patiënten van het Sint-Andriesziekenhuis.

Daarnaast was hij lid van diverse comités en 12 jaar lang voorzitter en ondervoorzitter van de Medische Raad.

We wensen dr. Van Haverbeke nog vele mooie jaren in goede gezondheid.



Flexofytol[®]

PLUS



Nog vollediger voor de GEWRICHTEN, SPIEREN & PEZEN

VERSTERKTE
WERKING

BIO-GEOPTIMISEERD
KURKUMA

+

BOSWELLIA SERRATA
gestandaardiseerd
op 65% Boswellia zuren
+ vitamine D






Informatie uitsluitend bestemd voor professionals in de gezondheidssector.

www.flexofytol.be

Symposia

VOORDRACHTEN EN SYMPOSIA

Dr. Sofie Vandeplassche

- **Training "het kritiek zieke kind" op het netwerksymposium spoed**
7/5/19 en 28/5/2019
- **ALS-trainingen in Sint-Andriesziekenhuis, Tielt** - juni/2019
- **Voordracht HaOWVL: "zin en onzin van technische onderzoeken"** - 11/6/2019
- **ALS-instructeur (ERC, european resuscitation council) in UZG** - 20/6 en 21/6/2019

Dr. Stephanie Verschuere

- **When IBD is not IBD.**
Dr. Karolien Boeren en Dr. Stephanie Verschuere
- **Second educational IBD symposium of BIRD,**
28 september 2019 in Affligem

Dr. Steven De Coninck

- **HAOWVL Flash avond: "IBD nurse en nieuwigheden"** - 19/11/2019
- **Flash-avond**
 1. Yag laser vitreolyse, dr. Lucas Raj
 2. IBD nurse en nieuwigheden, dr. Steven De Coninck
 3. Slokdarmconsortium, dr. Yannick Mandeville
 4. Spinale navigatie, dr. Bart Regaert

Dr. Stefaan Marcelis

- organisatie congressen echografie:
- **Musculoskeletal ultrasound course advanced session** - 24-26 mei, Metropole hotel Brussel
 - **Advanced interventional musculoskeletal ultrasound course**
5-6 oktober Sint-Andriesziekenhuis Tielt
 - **Comprehensive musculoskeletal ultrasound course**
9-10 en 14-15 november Johannesburg S-Africa

Dr. Julien Dekoninck

- **GERIATRICS FOR JUNIORS SYMPOSIUM**
Auditorium Brederode. Sint-Vincentiusstraat, 20
- 2018 Antwerpen - Donderdag - 14/11/2019

Dr. Ward Vandewalle

- **Opleiding BBT/BBK psychiatrie Midden-West-Vlaanderen**
Datum: dinsdag 8 oktober 2019, dinsdag 15 oktober 2019, Sint-Andriesziekenhuis Tielt

Dr. Marc Vuylsteke

Internationale voordrachten:

- **Chronic venous disease progression - is it unavoidable?**
UIP Chapter meeting Krakow August 25th 2019, Poland
- **Surgery, thermal or non-thermal treatment in the SSV treatment?**
UIP Chapter meeting Krakow August 27th 2019, Poland.
- **Open views in Phlebology. Venous leg ulcer and compression therapy.**
20th Congresso Nazionale Collegio Italiano di Flebologia. Modena November 8th 2019.

Dr. Leen De Backer

- **Netwerkkopleiding hoofd - en halstumoren: systemische behandelingen** 6 juni, Ieper

Dr. Dries Deeren

- **Treatment-free remission after TPO receptor agonists in adult ITP patients in Belgium.**
Janssens A, Beguin Y, Lambert C, Breems D, Debussche S, Deeren D, Efira A, Fostier K, Janssen M, Kentos A, Maertens V, Mineur P, Schauvliege L, Schuermans C, Theunissen K, Vaes M, Van de Velde A, Van Eygen K, Vantilborg A, Selleslag D. Presented at the Belgian Hematological Society meeting, 2019.
- **Current routine and beliefs in management of hyperleukocytic acute myeloid leukaemia in multiple Belgian centres based on an electronic survey.** Kennes S, Kerre T, Selleslag D, Deeren D, Breems D, Anguille S, Beguin Y, Wittnebel S, Straetmans N, Jackuy C, De Becker A, Moors I. Presented at the Belgian Hematological Society meeting, 2019.

- **Stronger impact of centre type compared to activity volume and quality management on the performance of autologous hematopoietic stem cell transplants in adults: report of the Belgian Transplant Registry.** Poirel H, Vanspauwen M, Macq G, De Geyndt A, Maertens J, Willems E, Selleslag D, Poiré X, Theunissen K, Graux C, Kerre T, Zachée P, Meuleman N, De Becker A, Verlinden A, Van Obbergh F, Schuermans C, De Wilde V, Jaspers A, Pranger D, Deeren D, Van Riet I, Vaes E, Beguin Y. Presented at the Belgian Hematological Society meeting, 2019.
- **Randomized phase III HOVON-100 study of clofarabine combined with standard treatment in adult patients with newly diagnosed ALL.** Rijnveld AW, van der Holt B, de Weerd O, Biemond BJ, van de Loosdrecht AA, Petersen EJ, Bellido M, Schouten HC, van der Velden WJFM, Selleslag D, Schipperus MR, Halkes CJM, Klein SK, Havelange V, van Marwijk Kooij M, Legdeur MCJC, Deeren D, Gadisseur A, Sinnige HAM, Breems DA, Homburg CHE, de Haas V, van der Velden VJH, Cornelissen JJ. Presented at the EHA meeting, Amsterdam, 2019.
- **Treatment-free remission after TPO receptor agonists in adult ITP patients in Belgium.** Janssens A, Beguin Y, Lambert C, Breems D, Deeren D, Efira A, Fostier K, Janssen M, Kentos A, Maertens V, Mineur P, Schauvliege L, Schuermans C, Theunissen K, Vaes M, Van de Velde A, Van Eygen K, Vantilborg A, Selleslag D. Presented at the EHA meeting, Amsterdam, 2019.
- **Treatment patterns, minimal residual disease (MRD) testing patterns and clinical outcomes in patients with Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL): a patient chart review in Belgium, Greece and Switzerland.** Spyridonidis A, Deeren D, Bouwmeester W, Giannopoulou C, Nickel DK, Gonzalez-McQuire S, Kutikova L, Balabanov S. Presentation at the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) EU, Copenhagen, 2019.

Passion for Innovation
Compassion for Patients.™



Publicaties

Dr. Stephanie Verschuere

- **Interobserver variability in upfront dichotomous histopathological assessment of ductal carcinoma in situ of the breast: the DCISion study.** Mod Pathol. 2019 Sep 18. doi: 10.1038/s41379-019-0367-9. [Epub ahead of print]
Dano H1, Altinay S2, Arnould L3, Bletard N4, Colpaert C5, Dedeurwaerdere F6, Dessauvagie B7, Duwel V8, Floris G9,10, Fox S11, Gerosa C12, Jaffer S13, Kurpershoek E14, Lacroix-Triki M15, Laka A16, Lambein K17, MacGrogan GM18, Marchió C19,20, Martinez DM21, Nofech-Mozes S22, Peeters D23,24, Ravarino A12, Reisenbichler E25, Resetskova E26, Sanati S27, Schelfhout AM28, Schelfhout V23, Shaaban AM29, Sinke R14, Stanciu-Pop CM30, Stobbe C14, van Deurzen CHM31, Van de Vijver K32, Van Rompuy AS9, Verschuere S6, Vincent-Salomon A33, Wen H34, Bouzin C35, Galant C1,36, Van Bockstal MR37,38.
www.nature.com/articles/s41379-019-0367-9

Dr. Marc Vuylsteke

- **Photodynamic Therapy for atherosclerosis. The potential of Indocyanine Green.** Houthoofd S, Vuylsteke M, Mordon S, Fourneau I. Photodiagnosis Photodyn Ther 2019 doi: 10.1016/j.pdpdt.2019.10.003. [Epub ahead of print].
- **European Training Requirements in Phlebology** Guex JJ, Mariani F, Maletti O, Hamel-Desnos C, Vasdekis S, Vuylsteke M, Manshilha A. International Angiology 2019; 38:345-364.

Dr. Dries Deeren

- **Transplantation for TP53 mutant MDS: room for improvement** Deeren D. Leuk Res 2019.
- **Clinical implications of measurable residual disease in AML: review of current evidence** Moors I, Vandepoele K, Deeren D, Selleslag D, Philippé J, Breems D, Straetmans N, Kerre T, Denys B. Crit Rev Oncol Hematol 2019.

- **Azacitidine maintenance after intensive chemotherapy improves DFS in older AML patients** Huls G, Chitu D, Havelange V, Jongen-Lavrencic M, van de Loosdrecht A, Biemond B, Sinnige H, Hodossy B, Graux C, van Marwijk-Kooij R, de Weerd O, Breems D, Klein S, Kuball J, Deeren D, Terpstra W, Vekemans M, Ossenkoppele G, Vellenga E, Löwenberg B. Blood 2019.
- **Impact of centre type, activity volume and quality management on the performance of autologous hematopoietic stem cell transplants in adults: report of the Belgian Transplant Registry** Poirel H, Vanspauwen M, Macq G, De Geyndt A, Maertens J, Willems E, Selleslag D, Poiré X, Theunissen K, Graux C, Kerre T, Zachée P, Meuleman N, De Becker A, Verlinden A, Van Obbergh F, Schuermans C, De Wilde V, Jaspers A, Pranger D, Deeren D, Van Riet I, Vaes E, Beguin Y. Bone Marrow Transplant 2019.
- **Secrets of a Heart Laid Bare** Santy L, Deeren D. Ann Hematol Oncol 2019;6:1231.
- **Circulating cell-free DNA for response evaluation of intravascular lymphoma.** Deeren D, Van Der Linden M, Dedeurwaerdere F, Deleu L, Meert C, Menten B, Van Dorpe J. Ann Hematol 2019.
- **Cure of cerebral lymphoma with only one course of chemotherapy: was dr. House right after all? Cure of cerebral lymphoma with only one course of chemotherapy: was dr. House right after all?** Deeren D. International Journal of Regenerative Medicine 2019. <http://dx.doi.org/10.31487/j.RGM.2019.02.01>
- **Evaluation of health and quality of life in apheresis patients - data from the WAA register. Transfus Apher Sci 2019** Goto J, Newman E, Witt V, Deeren D, Blaha M, Lanska M, Gasova Z, Bhuiyan-Ludvikova Z, Hrdlickova R, Ramlow W, Prophet H, Liumbruno G, Griskevicius A, Audzijoniene J, Vrielink H, Aandahl A, Sanchez SO,

Strineholm V, Berlin G, Mörtzell-Henriksson M, Stegmayr BG, Eich T, Ilhan O.

- **Toxoplasma gondii-induced brachial plexus neuropathy after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation** De Clercq J, Crevits I, Reynders M, Deeren D. Transpl Infect Dis 2019.
- **Lenalidomide maintenance for DLBCL patients responding to R-CHOP: quality of life, dosing, and safety results from the randomised controlled REMARC study** Thieblemont C, Howlett S, Casasnovas RO, Mounier N, Perrot A, Morschhauser F, Fruchart C, Daguindau N, Van Eygen K, Obéric L, Bouabdallah R, Pica GM, Nicolas-Virezelier E, Abraham J, Fitoussi O, Snauwaert S, Eisenmann JC, Lionne-Huyghe P, Bron D, Tricot S, Deeren D, Gonzalez H, Costello R, Le Du K, Gomes da Silva M, Grosicki S, Trotman J, Catalano J, Lopez-Guillermo A, Caballero D, Greil R, Cohen AM, Gaulard P, Haioun C, Takeshita K, Casadebaig ML, Tilly H, Coiffier B. Br J Haematol 2019.
- **Post-transplantation cyclophosphamide after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation: results of the prospective randomized HOVON-96 trial in recipients of matched related and unrelated donors** De Jong C, Meijer E, Bakunina K, Nur E, van Marwijk Kooij M, de Groot M, van Gelder M, Maertens J, Kuball J, Deeren D, van der Holt B, Cornelissen J, Broers A. Blood 2019.

Dr. Stefaan Marcelis

- **MR imaging-anatomical-histological evaluation of the abdominal muscles, aponeurosis, and adductor tendon insertions on the pubic symphysis: a cadaver study.** De Maeseneer M., Forsyth R., Provijn S., Mylants A., Lenchick L., De Smedt A., Marcelis S., Shahabpour M. European Journal of radiology 09/2019; 118 (107-113)
- **A Lemierre-like syndrome caused by Staphylococcus aureus: an emerging disease.** Dr. Van Hoecke Frederik, Lamont Bart, Van Leemput Ann, Vervaeke Steven. Infectious Diseases (Lond). 2019 Nov 21:1-9

Dr. Steven De Coninck

- **Giant peritoneal loose body: a case report and review of the literature.** L. Baert, S. De Coninck, C. Baertsoen, P. Lissens, L. Djoa. Acta Gastro-enterologica Belgica. Vol. 82. Nr. 3. July-September 2019. P. 441-443.
- **A Lemierre-like syndrome caused by Staphylococcus aureus: an emerging disease.** Apr. Biol. Frederik Van Hoecke, dr. Bart Lamont, dr. Ann Van Leemput, dr. Steven Vervaeke
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31749395
Infectious Diseases (Lond). 2019 Nov 21:1-9

Bijscholing

Geneesherenkring van 't Oosten van West-Vlaanderen

04	02	20	CRPS	Céline Van Gutte
08	02	20	Nieuwjaarsfeest	
03	03	20	Stappenplan Nierinsufficiëntie	Bart Maes of collega
31	03	20	Statutaire met partner: AB gebruik en resistentie, problemen en oplossingen	Jeroen De Wulf
01	05	20	Gezinsuitstap	Valérie Van Damme
05	05	20	Spoeidpediatrie	Ibolya toth
02	06	20	Adviserend geneesheer	CM arts



Changing the practice of medicine

Bij Novartis gebruiken we de innovatiekracht van wetenschap om enkele van de meest uitdagende gezondheidsvraagstukken aan te pakken. Onze onderzoekers werken aan het verleggen van de grenzen van de wetenschap, om onze kennis en begrip van ziektes te vergroten en nieuwe producten te ontwikkelen daar waar er een grote onervulde medische behoefte is.

We zijn gepassioneerd om nieuwe manieren te ontdekken om het leven van patiënten te verlengen en te verbeteren.

Meer info? Kijk op www.novartis.be

