



az West CONNECT

6e jaargang
nr.1 • april 2021

Echo-endoscopie

Accreditatie 2.0

Achter de schermen bij het labo

Geriatrische zorg in az West



az **West**

Zorg op mensenmaat



VOORWOORD

Onze communicatieverantwoordelijke lachte me toe.

"Schrijf eens een voorwoord", zei ze. Haar monkel-lachje voorspelde niet veel goeds.

"Maar", zei ze in dezelfde adem en wierp me een hooimijt voor de voeten weggemaaid gras toe: "Niet over accreditatie of kwaliteit".

Wat rest je dan als schrijver van een voorwoord?

Ons kwaliteitsdenken is immers een hot topic, de kern van ons werken, waar nu en in de komende maanden en jaren veel energie naartoe zal vloeien.

Het wordt nu zelfs veel belangrijker in de dag na dag vol te houden inspanning, als in één langgerekte Ronde van Q, met tijdritten en bergritten en zeker ook periodes met kasseien voor de wielen, dan in het JCI-gebeuren dat eerder op één sprint bergop resulteerde met decompressie nadien.

Maar daarover dus niet ...

"Misschien de andere onderwerpen even toelichten?"

De cynische ondertoon in haar stem ontging me weer nie.

Wat kan een arme voorwoordschrijver immers nuttig aanbrengen buiten een warme uitnodiging tot lezen, wanneer specialisten in de materie hun onderwerp uit de doeken doen en de lezer meenemen doorheen de eigenheden van hun discipline, van echo-endoscopie over de interne liaison en het geriatrisch dagziekenhuis, doorheen de labogangen naar de bloedtransfusie toe en naar de zachte warme rustgevende omgeving van de nieuwe kamer voor ongeneeslijk zieke patiënten?

Deemoedig berusten dus en zich nu al voornemen zelf elk artikel te zullen lezen.

Zoals u dus.

Even besluit het idee van een gemakkelijksoplossing...: "Corona!" "Caramba!"

Over Corona dus?

Of beter toch weer niet ... Dr. Hans Kluge, fiere Roeselarenaar en Directeur Europa bij de WHO voorspelde meer dan een jaar geleden al: "de infodemie wordt erger dan de pandemie".

Of hij gelijk kreeg in deze crisis waar wetenschappers mekaar verdringen en over mekaar struikelen om hun plaatsje in de zon, vóór microfoons en cameralenzen, en zich wellicht suf piekeren om een nieuwe quote met gegarandeerde media-aandacht .

Een virus wordt blijkbaar, gemeten aan de inspanningen ter zake, beter in de media bestreden dan in een labo ...

De lust bekruipt de voorwoordschrijver om buiten zijn lijntjes te kleuren en een boek te schrijven (Wie schrijft het voorwoord?) over virussen, evolutie, (negeren van) natuurlijke wetmatigheden, de beperkte triomf van de geneeskunde in deze en de eeuwigdurende overwinning van Het Leven vanuit sterrenstof tot sterrenstof.

"Teveel tekens!" hoor ik haar roepen ...

Dus lezer, geniet alvast al van de artikels in deze uitgave.

**Dr. Vollon,
hoofdarts**



ACCREDITATIE 2.0

In 2018 behaalde az West zijn eerste JCI kwaliteitslabel. Drie jaar later werd na intern debat ervoor gekozen om niet voor een tweede JCI-accreditatie te gaan. We kiezen voor een eigen kwaliteitsbeleid op maat van ons ziekenhuis.

Accreditatie heeft een meerwaarde betekend voor het ziekenhuis, maar er werd ondervonden dat sommige vereisten moeilijk eigen te maken zijn. De keuze om toe te werken naar een piekmoment wordt verlaten. Toch is blijven werken aan zorgkwaliteit een must. Vandaar werd de keuze gemaakt om een eigen kwaliteitsbeleid te installeren waarbij de JCI-standaarden en reguliere wetgeving als leidraad dienen.

JCI-ACCREDITATIE

"De JCI-accreditatie heeft zijn nut gehad om de kwaliteit van zorg en het beleid rond kwaliteit naar een hoger niveau te tillen. De normen waren soms wat abstract en daarnaast stonden sommige (Amerikaanse) normen wat verder van de Belgische

werking. Het nieuwe beleid staat dichterbij de realiteit en geeft ons de mogelijkheid om continu te toetsen en verbeteren, terwijl JCI eerder een momentopname is." – dr. Lebbinck, voorzitter Medische Raad

Zo zal er o.a. gewerkt worden met verschillende focusdomeinen, 14 in totaal. Voor 9 punten werd er reeds heel wat uitgewerkt en geïmplementeerd. Het gaat om opvolging van de punten patiëntenidentificatie, hoogrisicomedicatie, handhygiëne, veilige heekunde, valpreventie, pijnbeheersing, veilige bloedtransfusie, infectiepreventie en veilige omgeving. Omwille van hun belangrijkheid binnen kwaliteit en patiëntveiligheid vormen ze een belangrijke basisset waarop systematisch controles zullen gebeuren. Dit zal gebeuren d.m.v. tracers, veiligheidsrondes, dossieraudits, risicoanalyses, bevraging patiënten,...

Naast de negen basisdomeinen zijn er ook 5 domeinen of uitdagingen waarmee het komende jaar actief aan de slag zal gegaan worden. Deze werden bepaald op basis van incidentmeldingen, tracers en

Comité Quality and Patient Safety, de drijvende kracht achter het nieuwe kwaliteitsbeleid



gesprekken tijdens de veiligheidsrondes, m.a.w. ze focussen op zaken die onze medewerkers belangrijk vinden. Concreet wil dit zeggen dat er voor 2021 (-2022) het volgende op de planning staat:

- Toetsing m.b.t. collegiale professionele communicatie
 - Gebeurt onaangekondigd in juni, 2 dagen, 2 externe auditoren
- Revisie en aanpassen EWS-protocol
- Opstarten mortality & morbidity gesprekken (= een samenkomst van een discipline waar medische fouten, complicaties en problemen i.v.m. behandeling en verwachtingen van patiënt (in alle veiligheid) kunnen besproken worden).
- Sensibilisering m.b.t. agressie
- Opzetten initiatieven om zorgbeleving te verbeteren. Dit is namelijk de ultieme indicator om kwaliteit te meten

Externe toetsingen zullen nog steeds plaatsvinden, maar niet meer om bepaalde eisen op te leggen maar wel om ons te wijzen op blinde vlekken in ons zorgsysteem. Het doel is nog steeds hetzelfde namelijk het verbeteren van onze zorg voor zowel onze patiënt als onze medewerkers.

“Het is duidelijk dat wij met deze werkwijze willen proberen de winsten van geleverde inspanningen telkens voor de toekomst vast te leggen, en zo willen proberen elke terugval te vermijden. We introduceren hiermee een nieuw format in ons kwaliteitsstreven, zonder uitgesproken piekinspanningen, maar met een volgehouden aandacht voor hoger gelegde doelen naast een volledig normale dienstwerking. Het voorheen drie jaar van tevoren vastgelegd einddoel wordt vervangen door een permanente aandachtsvraag. Het zal voor iedereen een aanpassing betekenen met de nodige verbetertrajecten.” – dr. Vollon, hoofdarts

COMING SOON: NIEUWE MEDEWERKER PATIËNTENPARTICIPATIE EN – BELEVING

De patiënt staat centraal in het ziekenhuis. Om de patiënt beter van dienst te kunnen zijn en meer te betrekken bij de zorg willen we de inbreng van de patiënt vragen. Hiervoor zoeken we een medewerker patiëntenparticipatie en –beleving.

Patient-Centered Care (PCC) is een nieuw hoofdstuk binnen de 7de editie van het JCI- raamwerk. PCC is een houding of benadering met als doel zorg te verlenen die respectvol, individueel en empowered is. Dit houdt de individuele deelname van de patiënt in en is gebaseerd op wederzijds vertrouwen, empathie en gedeelde kennis.

Het is duidelijk dat deze houding binnen de opdracht ligt van elke medewerker in het ziekenhuis en geen doel is op zich, maar een middel om patiëntgerichte zorg te realiseren

Binnen az West willen we PCC verder uitbouwen om de patiënt (en familie) maximaal te betrekken in het totale zorgproces rekening houdende met de context, de capaciteiten en de behoeften van de patiënt om zo het volgende te realiseren:

- Betere patiëntveiligheidscultuur en -beleving
- Meer bevoegdheid bij zorgverleners
- Minder heropnames
- Betere outcome

Er wordt iemand aangesteld om in goede samenwerking met team kwaliteit en de verantwoordelijken van het zorgdepartement PCC uit te bouwen in ons ziekenhuis.

Binnen de functie zal gewerkt worden aan projecten zoals What Matters To You, mangomomenten, patiëntenoverleg, bevraging noden en wensen patiënten, boodschappenrails,...

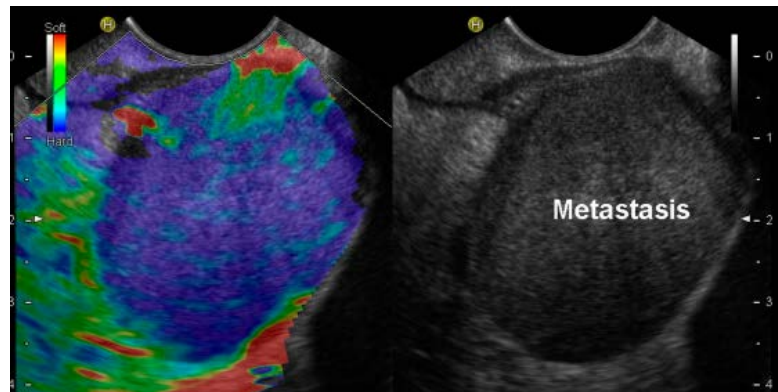
ECHO-ENDOSCOPIE OM DE DIAGNOSTIEK VERDER TE OPTIMALISEREN

De dienst maag-, darm- en leverziekten streeft naar de beste kwaliteit van zorg. Nieuwe technieken zoals echo-endoscopie laten toe om dit streven in de dagdagelijkse diagnostiek van abdominale en mediastinale pathologie te realiseren.

Echo-endoscopie is een combinatie van een echografisch en endoscopisch onderzoek. Een kleine echografiesonde, die bevestigd is op de tip van de endoscoop, wordt in het maagdarmkanaal gebracht. Door de korte afstand tussen de echografiesonde en de te onderzoeken structuur kunnen meer details van deze structuur vastgesteld worden dan met andere beeldvormingstechnieken zoals CT en zelfs MR. Het onderzoek verschaft via de orale weg informatie over de slokdarm, maag, lever, galwegen, bijnier, lymfeklieren en pancreas en via de rectale weg over de (para)rectale structuren en het sfincterapparaat.

Bovendien kunnen er nog bijkomende technieken naast de hoge-resolutie echografie aangewend worden. Via Doppler kan men bijv. de vasculatuur van een letsel beoordelen. Daarenboven verschaft elastografie (cfr. foto rechtsboven; blauw betekent hard en dus verdacht voor tumor) een visuele inschatting van de hardheid van een letsel, hetgeen de kans op maligniteit kan onderbouwen.

Ten slotte kan er door gerichte punctie (FNA, fine needle aspiration) of zelfs biopname (FNB, fine needle biopsy) doorheen de wand van het maagdarmstelsel ook een biochemische, cytologische en zelfs histologische analyse uitgevoerd worden. De combinatie van deze technieken geeft de clinicus op een niet-operatieve manier veel extra informatie om zijn beleid te sturen. Dit onderzoek vormt zo de basis voor belangrijke beslissingen zoals het al dan niet uitvoeren van majeure chirurgie bij bijv. een verdacht pancreasletsel.



HOE KAN EEN ECHO-ENDOSCOPIE DE PATIËNT HELPEN?

De indicaties zijn de laatste jaren sterk uitgebreid, cfr. tabel 1. Bij **orale** echo-endoscopie vormt de detectie van galwegstenen de frequentste benigne indicatie. Onverklaarde bovenbuikpijn of cholestase kan gebaseerd zijn op aanwezigheid van (soms erg kleine) galstenen, welke aanleiding geven tot galkolieken, cholangitis of pancreatitis. Echo-endoscopie vertegenwoordigt de meest gevoelige techniek voor de detectie van galstenen. Zo is de gevoeligheid van MR significant lager voor de detectie van een (kleine) galwegsteen. Daarenboven kan een MR-onderzoek ook niet uitgevoerd worden bij patiënten met claustrofobie of niet-compatibele pacemaker. De hoge resolutie van echo-endoscopie laat toe om het beleid van patiënten met galwegstenen te optimaliseren.

De uitwerking van pancreasletsels vormt de frequentste oncologische indicatie van orale echo-endoscopie. Hierbij kan men bij de diagnostiek en opvolging van premaligne pancreasletsels terugvallen op evidence-based, internationale richtlijnen die strikte surveillance intervallen dicteren in functie van de bevindingen tijdens dit onderzoek. Op die manier kunnen (pre)maligne pancreasletsels via vroegdetectie



op een minder invasieve manier behandeld worden met bijgevolg een beduidend lagere morbiditeit én mortaliteit.

Daarnaast is echo-endoscopie het laatste decennium een belangrijke pijler geworden van de TNM staging bij slokdarm-, maag-, pancreas- of longcarcinoom. Adequate staging zorgt ervoor dat de patiënt de beste oncologische behandeling krijgt. Het onderscheid tussen reactief ontstoken lymfeklieren en lymfeklieren met metastase is primordiaal voor correcte staging. Door gerichte punctie met bewijs van maligniteit van een lymfeklier op afstand kan er besloten worden om de patiënt niet te opereren gezien het positief effect op de overleving vervalt in metastatische setting. Omgekeerd kan een patiënt juist wel in aanmerking komen voor curatieve chirurgie door negatieve echo-endoscopische bevindingen van een letsel op afstand, welk op CT/MR eerder als verdacht werd beschouwd. Daarenboven kan door meer adequate staging de preoperatieve behandeling beter aangewend worden waardoor de kans op een curatieve resectie vergroot.

**“ECHO-ENDOSCOPIE IS HET
LAATSTE DECENNIUM EEN
BELANGRIJKE PIJLER GEWORDEN
VAN DE TNM STAGING BIJ
SLOKDARM-, MAAG-, PANCREAS- OF
LONGCARCINOOM.”**

Rectale echo-endoscopie laat toe om het sfincterapparaat en het klein bekken in detail te evalueren zowel in rust als tijdens actief persen. Zo kan (traumatische/degeneratieve) schade van het sfincterapparaat gedetecteerd worden waardoor gerichte behandeling (bijv. lokale chirurgie bij sfincterruptuur) van fecale incontinentie mogelijk wordt. Tijdens het onderzoek wordt ook de bekkenbodem dynamisch geëvalueerd. Een uitdrijvingsstoornis met obstructieve defecatie wordt frequent verkeerd geïnterpreteerd als slow transit constipatie. Dynamische echo-endoscopie laat toe om bekkenbodempathologie zoals anismus, met dyssynerge contractie i.p.v. relaxatie van de anale sfincter bij persen, te diagnosticeren waardoor doeltreffendere behandeling met biofeedbacktraining i.p.v. laxativa kan ingesteld worden.

WAT BRENGT DE TOEKOMST VAN ECHO-ENDOSCOPIE?

Het veld van diagnostiek en therapie met echo-endoscopie is snelgroeiend en wordt regelmatig aangevuld met innovatieve toepassingen. Naast interne drainage van abscessen of cysten via echo-endoscopische plaatsing van drains worden er heden steeds meer patiënten behandelend met een 'lumen-apposing metal stent' (LAMS). Dit is een speciale stent die toelaat om functionele verbindingen te maken tussen 2 holle organen. Hiermee kan er bijvoorbeeld een nieuwe functionele verbinding aangelegd worden tussen de galweg of galblaas naar het duodenum in geval van moeilijke transpapillaire galdrainage.

TABEL 1: INDICATIES VOOR ECHO-ENDOSCOPIE

Oraal:

- Analyse/biopsname van een pancreasletsel (cyste/massa).
- Onverklaarde cholestase/galkoliek of pancreatitis (meest gevoelige test voor galsteen of galweg/pancreasletsel).
- Staging bij slokdarm-, maag-, pancreas- of longcarcinoom.
- Analyse/biopsname van letsel t.h.v. slokdarm/maag/duodenum/pancreas/linkerlever, omgevende lymfeklier of linkerbijliver.
- Analyse/biopsname van submucosale letsels vastgesteld op endoscopie of een verdikte wand van slokdarm/maag op CT zonder verklaring op endoscopie.
- Screening (voorloper van) pancreascarcinoom bij patiënt met sterk verhoogd familiaal/genetisch (bijv. BRCA) risico.

Rectaal:

- Fecale incontinentie (beoordeling interne/externe anale sfincter (bijv. post-partum) en exclusie bekkenbodempathologie)
- Obstructieve defecatie (dynamisch onderzoek)
- Analyse/biopsname van (para-)rectale letsels.
- Opvolging na lokale resectie van hoogrisico anorectale letsels.

Dr. Yves-Paul Vandewynckel

gastro-enteroloog

Yves-Paul.Vandewynckel@azwest.be

secretariaat: 058 33 30 10

ACHTER DE SCHERMEN BIJ HET LABO: TRANSFUSIE ANNO 2021

Wist je dat de bloedbankfunctie binnen az West wordt waargenomen door het klinisch labo? Als perifere bloedbank - ver afgelegen van het distributiecentrum van het Rode kruis in Gent- stelt dit een dagelijks logistische uitdaging om de patiënten van de meeste geschikte bloedproducten te kunnen voorzien.

HOEVEEL BLOEDPRODUCTEN WORDEN JAARLIJKS UITGEGEVEN DOOR DE BLOEDBANK IN AZ WEST?

Jaarlijks worden meer dan 2200 units uitgegeven voor transfusie. Dit stemt overeen met ruim 600 patiënten die jaarlijks een bloedtransfusie ontvangen.

In de afgelopen 10 jaar is het aantal getransfundeerde bloedproducten per patiënt gedaald met wel 25%! Het transfusiegebeuren is duidelijk verschoven van de chirurgische patiënt naar de chronisch interne pathologie. Dit is enerzijds te danken aan betere operatie technieken en restrictief gehanteerde transfusie drempels¹ door de artsen en anderzijds het akkoord van patiënt bij transfusie (het zgn. informed consent waarbij de patiënt mag mee ...beslissen). Ook voor het K.E.I. in Oostduinkerke voorzien wij jaarlijks 150 erythrocytenconcentraten.

ZIJN ER PERIODES MET TEKORTEN AAN BLOEDPRODUCTEN ?

Doorgaans zijn er geen belangrijke tekorten aan bloedproducten. De voorraad wordt dagelijks op landelijk niveau opgevolgd door het rode kruis. In het verleden gebeurde het wel al eens dat de door ons gevraagde producten slechts met de helft konden worden geleverd. Een soort rantsoenering dus.

Vooraf zomerperiodes kunnen aanleiding geven tot gedaalde voorraden. Vandaar de bloedcollectes die opduiken aan de kust tijdens de zomermaanden.

Niettemin blijft het een uitdaging om voldoende (jonge) donoren te blijven aantrekken. De veroudering

van de bevolking met samengaande verhoogde transfusienoden dreigt toch aanleiding te geven tot structurele tekorten in de toekomst. Wist je dat slechts 3% doneert en dat 70% van de mensen ooit in hun leven bloed nodig heeft?

WORDT ER NU REEDS GEANTICIPEERD OM IN DE TOEKOMST TEKORTEN DE BAAS TE KUNNEN ?

Jazeker. Nationaal worden de ziekenhuizen aangespoord om 'Patiënt blood management' te gaan toepassen. Algemeen gesteld betreft dit een individuele benadering waarbij alle mogelijke opties in stelling worden gebracht om transfusies te vermijden of te beperken.

PBM bestaat uit volgende 3 pijlers:

- Optimaliseer de eigen bloedaanmaak door het vroegtijdig opsporen van ijzertekorten en andere essentiële elementen. Hierin is het preoperatief consult bij de huisarts of specialist het ideale moment om naast het hemoglobinegehalte ook de ferritine spiegel en ijzer saturatie te laten bepalen en eventueel te substitueren. Dit voordat er sprake is van duidelijke anemie. Het gebruik van intraveneus ijzer kan hierbij een grote meerwaarde hebben zeker bij patiënten met anemie van de chronische ziekte.
- Minimaliseren van het bloedverlies tijdens operaties (Celsaver®) en voorkomen van ernstige bloedingen.
- Niet iedereen heeft het hematocriet nodig van een topsporter: instellen van persoonlijke transfusiedrempels en toepassen van een 'single unit'-transfusiebeleid², moeten ons toelaten nog rationeler om te springen met bloedproducten.

BLOEDTRANSFUSIE ZAL DUS ZEKER NOG VAN ESSENTIEEL BELANG BLIJVEN ?

Zeker, allogene bloedtransfusie zal nog lange tijd een belangrijke rol spelen in de gezondheidszorg: het is

¹ Onder deze drempel wordt er transfusie opgestart. Dit staat op een aanvraag tot transfusie gespecificeerd. Vroeger Hb <10 g/dL tegenwoordig <8 g/dL.

² Eén kolf toedienen en de status van de patiënt evalueren. Vroeger werden standaard 2 EC toegediend.



**"IN DE AFGELOPEN 10 JAAR IS HET
AANTAL GETRANSFUNDEERDE
BLOEDPRODUCTEN PER PATIËNT
GEDAALD MET WEL 25%!"**



veilig met bovendien een kostenbatenanalyse die door de patiënt als prima wordt ervaren.

ZIJN ER DAAR BEPAALDE EVOLUTIES ?

Zoals de moleculaire diagnostiek een enorme vlucht heeft genomen, wordt nu ook een uitgebreide bloedgroepbepaling met deze techniek uitgevoerd. Dit betreft niet enkel de gekende ABO en Rhesus bloedgroepen maar ook andere klinisch belangrijke bloedgroepsystemen zoals Kell, Duffy, Kidd en MNS.

Aan de hand van deze typering wordt dan een individueel transfusieadvies uitgebracht waarbij het ideale bloedproduct kan worden geselecteerd dat immunologisch het best past bij de patiënt. Aldus kan er veiliger worden getransfundeerd.

Dit alles vraagt extra logistieke ondersteuning omdat bloedproducten dikwijls speciaal op voorhand moeten besteld worden. Ondertussen zijn de verpleegkundigen van het geriatisch en oncologisch dagziekenhuis hiermee vertrouwd om deze geplande transfusies op voorhand aan te kondigen. Als het geschikte bloedproduct reeds voorhanden is, kan de doorlooptijd sterk ingekort worden.

GOEDE TRANSFUSIEPRAKTIJK VERGT DUS HEEL WAT LOGISTIEKE VOORBEREIDING EN OPVOLGING ?

Klopt! Het ziekenhuis heeft hieromtrent ook Stijn Lefever aangesteld als referentiepersoon transfusie. Deze taak wordt deeltijds door hem uitgevoerd.

Zoals de naam het aangeeft is de referentiepersoon betrokken bij alle operationele stappen in het transfusiegebeuren. Wisselwerking met het ziekenhuis is hiervoor essentieel. Je kan Stijn bereiken via transfusie@azwest.be. Suggesties zijn zeker welkom.



ZIJN ER NOG BIJKOMENDE ADVIEZEN DIE KUNNEN MEEGEGEVEN WORDEN ?

Zeker. We willen een oproep doen aan de lezers om te overwegen om bloeddonor te worden of alleszins te blijven. Het Rode Kruis organiseert immers regelmatig bloedcollectes in onze regio. De verschillende locaties vind je op www.rodekruis.be/waargeven. Afspraken maken kan online via <https://donorportaal.rodekruis.be/>

Stijn Lefever en Apr. bioloog Johan Gunst
transfusie@azwest.be



KLAAR VOOR DE (GERIATRISCHE) ZORG VAN MORGEN

De bevolking kent aan onze Westkust een enorme vergrijzing. Meer dan 26% van de bevolking is 65 jaar of ouder. Deze streek is een afspiegeling van de situatie in België binnen 15 jaar. De gemiddelde leeftijd van onze oudere bevolking heeft aanzienlijke gevolgen voor de zorgvraag en de zorgbehoeften. Deze feiten vragen een aanpassing van de aard en de kwaliteit van de gezondheidszorgstructuren om aan deze evolutie te voldoen zowel voor, tijdens als na de hospitalisatie. Binnen ons ziekenhuis staan naast de hospitalisatieafdelingen geriatrie en onze geriater 3 vaste diensten paraat om begeleiding op maat te bieden van onze geriatrische patiënt.

GERIATRISCH DAGZIEKENHUIS EN DE GEHEUGENKLINIEK

Veel ouderen vermijden liever een ziekenhuisopname en wachten heel lang om een arts te consulteren bij klachten. Een dagopname in het geriatrisch dagziekenhuis verlaagt de drempelangst om naar het ziekenhuis te komen.

Ons eigen vaste team organiseert en begeleidt er de dagopnames van geriatrische patiënten met een gemiddelde leeftijd van 80 jaar. We staan voor een persoonlijke, patiëntgerichte, rustige aanpak in een huiselijke sfeer. De patiënt mag ook steeds vergezeld worden van een familielid of kennis.

TAKEN

“Voorafgaand aan de opname worden de nodige onderzoeken, consultaties en behandelingen op één dag gepland. Daarnaast voeren we ook zelf een multidisciplinaire evaluatie uit zowel op lichamelijk, sociaal als cognitief vlak en geven we de patiënt persoonlijk advies.”

- Petra, verpleegkundige geriatrisch dagziekenhuis
Contact 058 33 40 10

We bevragen de zelfredzaamheid in de activiteiten van het dagelijks leven. Verder gaan we de voedingstoestand na, het risico op ondervoeding, en het risico op vallen. Indien er een vermoeden is van cognitieve problemen ondernemen we een eerste korte geheugen- en concentratietest. We gaan de thuissituatie van de patiënt na en adviseren en organiseren thuishulp, met hulp van de sociaal assistente.

**“IN 2030 ZAL EEN KWART VAN DE
VLAMINGEN OUDER ZIJN DAN 65 JAAR.
WIJ STAAN KLAAR VOOR JULLIE!”**

Tijdens de dagopname zijn ook steeds andere disciplines zoals de logopediste, ergotherapeut, maatschappelijk werker,...bereid om indien nodig langs te komen en advies te verstrekken. Patiënten kunnen bij ons onder andere opgenomen worden voor een algemene check-up, diverse onderzoeken in het kader van vermindering van de algemene toestand zonder direct aanwijsbare reden, geheugenkliniek, nazicht bloedwaarden met eventuele bloedtransfusie, infusiotherapie (ijzer, vitamines, osteoporose-behandeling...), val- en gangstoornissen,... De patiënt krijgt ook steeds een verpleegkundige ontslagbrief mee naar huis waarin de verschillende multidisciplinaire adviezen geformuleerd staan.

Daarnaast hebben we ook de **geheugenkliniek**, die in nauwe samenwerking staat met de arts-neurologen. De geheugenkliniek dient om vroegtijdig een correcte diagnose te stellen. Hiermee kan de arts-neuroloog medicatie opstarten die de patiënt lange tijd stabiel kan houden. De levenskwaliteit van de patiënt en zijn

omgeving kan hierdoor enorm verbeterd worden en de patiënt kan volgens zijn wens en eventueel mits aanpassingen veel langer thuis blijven wonen.

INTERNE LIAISON GERIATRIE TEAM

Als een 75-jarige patiënt op een niet-geriatrische afdeling opgenomen wordt, wordt hij systematisch gescreend volgens het geriatrisch risicoprofiel. Het risicoprofiel omvat 5 items: recente hospitalisatie, polyfarmacie, cognitieve stoornissen, alleenwonend en mobiliteitsproblemen. Behaalt de patiënt een positieve score, dan wordt hij vanaf opname tot ontslag gevolgd door het interne liaison geriatrie-team.

Bij opname gaan we langs voor een uitgebreide anamnese. We helpen ervoor zorgen dat de patiënt op diverse vlakken de aangepaste zorgen krijgt die hij nodig heeft.

Wekelijks is er een multidisciplinair overleg waarbij deze patiënten besproken worden. Op dit overleg is de geriater, kinesiste, diëtiste, verpleegkundige interne liaison, logopediste, ergotherapeut en sociale dienst steeds aanwezig.

De patiënt wordt in zijn totaliteit bekeken en de nodige adviezen worden overgemaakt aan de behandelend arts en verpleegafdeling. Deze adviezen kunnen van medische aard zijn, maar ook in het kader van mobiliteit, slikproblemen, thuissituatie,...

"We stellen alles in het werk om de zelfredzaamheid van de patiënt te behouden of te verbeteren. Ons doel is de patiënt in een zo goed mogelijke toestand terug naar huis te laten gaan of indien nodig naar een revalidatiecentrum of thuis vervangende woonsituatie."

– Roseline, ILG-team
Contact: 058 33 38 78

EXTERNE LIAISON GERIATRIE

Zowel de geriater, de hospitalisatieafdeling geriatrie, het geriatrisch dagziekenhuis en het interne liaison geriatrie team zijn hierbij betrokken. Het is een samenwerking met de diensten buiten het ziekenhuis, namelijk de huisartsen, de thuiszorgdiensten en de woonzorgcentra.

Geriatrische deskundigheid, patiëntgebonden informatie en adviezen worden ten voordele van de patiënt ter beschikking gesteld. Zo optimaliseren we de continuïteit van de zorg en worden onnodige opnames vermeden.

VOEDING & VALPREVENTIE

Binnen geriatrie zijn er 2 heel belangrijke thema's: voeding en valpreventie.

WAAROM IS VOEDING ZO BELANGRIJK IN DE BEHANDELING?

Er wordt steeds gefocust op onderzoeken en behandeling. Nochtans is voeding een basisbehoefte. Ons lichaam heeft voor z'n dagelijkse werking nood aan energie en aan bouwstoffen om zichzelf te onderhouden en op te bouwen. Dit is bij een zieke persoon nog belangrijker dan bij een gezonde.

Onze kwetsbare oudere patiënt heeft vaak bij opname reeds een verminderde voedingstoestand. We zien hiervoor vaak verschillende oorzaken zoals veranderd smaakvermogen bij het verouderingsproces, opgelegde diëten, kauwproblemen wegens kunstgebit, slikproblemen, vermoeidheid, nevenwerkingen medicatie, veranderde keuzemogelijkheden, eenzijdig dieet, eenzaamheid,... Daarnaast hebben we bij ziekte vaak te maken met een verminderde eetlust die vaak al een tijdje voor de opname aanwezig is.

Als we ongewenst vermageren verliezen we niet alleen vet, maar ook veel spieren wat ons nog zwakker maakt. De kans op verwikkelingen zoals infecties, doorligwonden,... wordt veel groter waardoor opname langer kan duren en het resultaat voor de patiënt hierdoor zeker negatief beïnvloed kan worden.





“Om deze voedingstoestand zo goed mogelijk in kaart te brengen is het belangrijk de nodige informatie zoals de lengte, het gewicht, de voedingsintake en de eetlust van de patiënt zo correct mogelijk te verzamelen. Dit gebeurt door een verpleegkundige op de afdeling waar de patiënt is opgenomen. Het gewicht wordt bepaald aan de hand van een zitweegschaal of tillift, de lengte met een meetlat of in het geval de patiënt bedlegerig is een ulnameter. Met deze gegevens kan de diëtist vervolgens screenen of de patiënt al dan niet een verhoogd risico op ondervoeding heeft. Wanneer de patiënt positief scoort, gaat de diëtist langs om een grondige voedingsanamnese af te nemen en de voeding aan te passen volgens nood met als doel het herstel te bespoedigen.”

– Ayla, diëtiste

HOE BELANGRIJK IS VALPREVENTIE?

“In ons ziekenhuis zien we dat er veel patiënten opgenomen worden met mobiliteitsproblemen of na een val. Vallen kan namelijk heel wat verschillende oorzaken hebben (evenwichtsproblemen, gebruik van foutieve medicatie, risicovol gedrag van de patiënt, etc.), daarom is het belangrijk dat we ook hier aandacht aan schenken.”

– Shauni, valexperte



Op basis van een screening die gebeurt bij opname van de patiënt, wordt er bepaald of die een verhoogd valrisico heeft. Indien dit zo is, gaat er iemand van het geriatrisch experten team langs om te evalueren wat mogelijks allemaal tot een verhoogd valrisico leidt en daaraan worden dan ook gerichte adviezen gekoppeld voor de patiënt. Deze adviezen kunnen gaan over mogelijke woningaanpassingen, het aanraden van een hulpmiddel, kinesitherapie aan huis, aandacht naar het gebruik van slaap- en kalmeermedicatie (benzodiazepines), etc.

COMFORT VOOR PALLIATIEVE PATIËNTEN

Kamer 401 wordt omgebouwd tot een huiselijke kamer met extra comfort voor patiënten die ongeneeslijk ziek zijn. Het project werd op poten gezet door het Palliatief Support Team met hulp van enkele sponsors.

Het palliatief support team (PST) is een multidisciplinair team dat ondersteuning biedt aan patiënten met een ernstige levensbedreigende aandoening. Ze werken als een mobiel team over de afdelingen heen.

Az west beschikt jammer genoeg niet over een palliatieve eenheid, een huiselijke omkadering waar op het ritme van de patiënt gewerkt wordt. Het palliatief support team liep hier in het verleden tegenaan. Het is niet evident om in een patiëntenkamer op een acute verpleegafdeling een huiselijke sfeer aan te bieden. Om hieraan tegemoet te komen had het PST boxen ontwikkeld met enkele huiselijke elementen, zoals een koffietoestel, theelichtjes, een kleurrijk dekentje, aromatherapie,... die aan de palliatieve patiënt en zijn familie aangeboden werd.

De voorbije jaren rijpte het idee om een stap verder te gaan. Mits financiële steun was er de mogelijkheid om een kamer ten behoeve van de palliatieve patiënt te bouwen. Het project kreeg groen licht van de directie en via sponsors konden de nodige centen ingezameld worden.

In 2018 organiseerde Best Pittig hun jaarlijkse Soirée Féminine. De opbrengst ging naar het project palliatieve kamer. Ook Garage Marrannes – waar het evenement doorging – deed nog een extra schenking waardoor in totaal zo'n €6050 werd ingezameld. Nadien kregen we ook nog €9000 van Rotary Nieuwpoort-Westhoek. De werken hebben even on hold gestaan en ook de coronacrisis zorgde voor een tijdelijke vertraging, maar nu is de kamer bijna af.

INFRASTRUCTUUR

De kamer is groter dan andere kamers doordat de aanpalende berging ingenomen werd en nu dienst zal doen als badkamer. De badkamer beschikt over een





Het PST bestaat uit (v.l.n.r. en van onder naar boven): Kelly Steen, diëtiste, Nathalie Scharre, oncologisch verpleegkundige, Goedele Tavernier, coördinator team, Sarah Bloeyaert, psychologe, Annelien Persyn, sociale dienst, Bieke Roose, spiritueel zorgverlener, Dr. P. Maes, anesthesist en palliatief arts, Katleen Clays – Veronique Rabaey (niet op foto), palliatief verpleegkundigen.

toilet, lavabo en douche. Voor patiënten die minder mobiel zijn is er een speciale zetel voorzien die boven het toilet kan rijden en de patiënt tot onder de douche kan verplaatsen. Alles staat in het teken van extra comfort voor de patiënt.

Het bed is geen ziekenhuisbed, maar een groot bed waar eventueel de partner of kinderen even bij de patiënt kunnen gaan liggen. Er is ook een uitklapbaar bed voor familie die wil blijven slapen. Er mag steeds 1 bezoeker bij de patiënt verblijven.

Doorheen de hele kamer werd gebruikgemaakt van warme tinten en hout. Er werden eveneens gordijnen voor het raam bevestigd om een huiselijke sfeer te creëren. Eén muur werd bekleed met een foto van helmgras voor een verruimend en rustgevend effect. Een andere muur werd voorzien van een magneetstrook voor kaartjes, tekeningen,...

Contact: pst@azwest.be

Met grote dank aan onze sponsors:

**“WE BEOGEN EEN HUISELIJKE
KAMER VOOR PALLIATIEVE
PATIËNTEN WAAR MEDISCHE EN
VERPLEEGKUNDIGE ZORGEN IN HET
TEKEN STAAN VAN EEN ZO HOOG
MOGELIJK COMFORT.”**

Er is een zithoek aanwezig met een zetel en tafeltje, een TV, een comfortabele stoel en een kitchenette met frigo, microgolf en koffiezet. Ook op medisch vlak werd alles voorzien, zoals een kolom met medische gassen en een locker met noodmedicatie. Dit alles werd ingebouwd in kasten en netjes weggewerkt.



NIEUWS

CHIRURGIE 24/7

De voorbije jaren is de chirurgische activiteit toegenomen in volume en een pak complexer geworden. Daarom werden de chirurgieafdelingen (shortstay en longstay) gereorganiseerd om meer hospitalisatiecapaciteit ter beschikking te stellen. Dit houdt o.a. in dat de afdeling 'shortstay' opnieuw 7 dagen op 7 zal open zijn.

Op 6 april zijn we gestart met deze werking:

- De afdeling algemene heelkunde, vaatheelkunde, urologie. (route 143)
Hoofdverpleegkundige: Jolien Verstraete
(T. 058 33 32 53)
- De afdeling orthopedie & neurochirurgie. (route 153)
Hoofdverpleegkundige: Mieke Devos
(T. 058 33 32 52)

COVIDCARE@HOME

Sinds kort kunnen Covid-patiënten die beterschap vertonen in az West opgevolgd worden via telemonitoring. We stapten mee in het pilootproject van het RIZIV waarbij de firma Byteflies de CovidCare@Home Box ontwikkelde. In de box zit een thermometer, saturatiemeter en slimme patch waarmee patiënten hun vitale waarden in hun thuisomgeving meten en automatisch doorsturen naar een centrale die 24/7 gemonitord wordt. Er zijn 2 trajecten mogelijk:

- Prehospitalisatie: een patiënt meldt zich aan op spoed, maar kan met de nodige opvolging via telemonitoring terug naar huis.
- Posthospitalisatie: patiënten die opgenomen zijn, kunnen vroeger terug naar huis met de medische opvolging via de Byteflies-toepassing.



© Frederik Beyens Photography

NIEUWE ARTSEN

PEDIATRIE

Dr. Luminita Beldean is op 1 april gestart als pediater. Ze studeerde in 1988 af als arts aan de Universiteit Luliu Hateganu, Cluj Napoca in Roemenië. Ze behaalde in 1993 haar erkenning als pediater en in 2002 haar erkenning als endocrinoloog voor kinderen en volwassenen. Naast haar specialisaties heeft ze gedoctoreerd en een opleiding psychologie en pedagogie gevolgd. Ze heeft ruime ervaring als pediater en endocrinoloog.



Luminita.Beldean@azwest.be

Tel: 058 33 32 75

PENSIONERINGEN

NEUROCHIRURGIE

Dr. Patrick Depraetere gaat op 21 mei op pensioen. We willen hem dan ook bedanken voor zijn jarenlange inzet!



LABO

Eind juni kan apotheker-bioloog **dhr. Marnik Degryse** genieten van zijn welverdiend pensioen. De functie directeur klinisch labo werd doorgegeven aan dhr. Johan Gunst.



COLOFON

az West-Connect is het medisch magazine van az West voor huisartsen en verschijnt tweemaal per jaar.

Eindredactie & coördinatie: D. Deneir. Redactieraad: dr. L. Caenepeel, B. Cleuren, D. Deneir, dr. B. Deylgat, dr. N. De Wever, dr. H. Lebbinck, dr. Y. Van Durme, L. Vermeulen. In dit nummer staan redactionele bijdragen van: P. Blomme, B. Cleuren, D. Deneir, J. Gunst, S. Lefever, I. Van Giel, dr. Y-P. Vandewynckel, dr. H. Vollon.

Fotografie: toech.be, Gent

Vormgeving: toech.be, Gent

Hebt u een vraag of suggestie voor de redactie of wil u zich abonneren of een adreswijziging doorgeven? Of wenst u dit tijdschrift niet langer te ontvangen? E-mail naar: communicatie@azwest.be.

Verantwoordelijke uitgever: Lieven Vermeulen,
Ieperse Steenweg 100, 8630 Veurne

www.azwest.be

