

Nummer 9 - december 2021

ZenneZorg

Medisch informatieblad AZ Sint-Maria Halle, uw gids en partner in zorg



**THEMANUMMER
PREVENTIE**



Sint-Maria Halle
ALGEMEEN ZIEKENHUIS



Colofon

Medisch informatieblad
AZ SINT-MARIA HALLE,
uw gids en partner in zorg

nr. 9 - december 2021

Verantwoordelijke uitgever:

Axel Kerkhofs – Algemeen directeur

Coördinatie: Luc Kiekens en Lies Loeckx

Copywriting: An Verplancke, www.writing-for-response.be

Fotografie: Lies Loeckx en stockbeelden

Vormgeving: Cathérine Bogaerts, www.typographics.be en Lies Loeckx

Drukwerk: drukkerij ABC

www.sintmaria.be

DISCLAIMER

Ondanks de constante zorg en aandacht die besteed wordt aan het samenstellen en publiceren van informatie is het mogelijk dat de informatie in deze brochure onjuistheden bevat, onvolledig of te weinig genuanceerd is. Daarom kan aan deze informatie geen rechten worden ontleend en aanvaardt het Algemeen Ziekenhuis Sint-Maria vzw geen aansprakelijkheid voor directe of indirecte schade ten gevolge van het gebruik van de informatie uit deze brochure. De informatie in deze brochure heeft geen contractuele waarde.

Alle eventuele aangeboden medische informatie of advies is louter algemeen. Zij is niet gericht op individuele personen en kan geenszins als diagnose/therapie dienen. Persoonlijke medische informatie of advies kan enkel door een arts worden verschaft.

Sommige foto's in dit magazine dateren van voor het in voege gaan van de beschermingsmaatregelen i.k.v. de coronapandemie. Bijgevolg worden deze op sommige foto's niet toegepast.

Inhoud

4

Mee met de Vlaamse gezondheidsdoelstelling 'Gezonder leven'

6

Tijdige opsporing van huidtumoren reedt levens

8

Borstkanker-screening vandaag en morgen

10

Preventieve gynaecologie in functie van leeftijd

12

Doeltreffende opsporing colorectale kanker

14

Multidisciplinaire aanpak van overgewicht en obesitas

16

Gepersonaliseerde aanpak van snurken en slaapapneu

18

Stoppen met roken lukt beter met professionele ondersteuning

20

Screening tijdens hospitalisatie voor veiligere zorg

24

Een gezonde werkplek

Voorwoord

Preventie: een onderschatte meerwaarde in onze gezondheidszorg

Beste zorgactor

Bij de druk van de verschillende Covid-golven worden we regelmatig geconfronteerd met noodzakelijke andere zorg die vaak geen uitstel toelaat. Een ware uitdaging om hieraan het hoofd te blijven bieden voor ons gezondheidszorgsysteem.

Een onrechtstreekse, vaak onderschatte kracht die hierbij naar de toekomst ook een bijdrage kan leveren is een bijkomende inzet op preventie.

Preventie gaat van een niveau van het voorkomen van ziekte naar het ontdekken in een vroeg stadium van een aandoening tot het beperken van de complicaties van een ziekte.

Op al deze niveaus wenst het ziekenhuis vanuit haar missie 'Gidsen door Zorg' een voorbeeldfunctie uit te stralen.

Rookstopbegeleiding, de multidisciplinaire aanpak van overgewicht en obesitas, gynaecologische screenings zoals deze rond baarmoederhals- en borstkanker, (virtuele) colorectale kankeropsporing via onze dienst gastro-enterologie en medische beeldvorming, de gepersonaliseerde aanpak rond slaapapneu en snurken van de dienst NKO, de inzet op tijdige opsporing van huidtumoren door de dienst dermatologie zijn mooie voorbeelden binnen ons ziekenhuis.

Specifiek voor onze gehospitaliseerde patiënten worden tevens tal van screenings voorzien zoals inzake delirium, suïcide, valrisico, ondervoeding en decubitus. Dit laat ons toe optimaal kwalitatieve en veilige zorg te bieden.

En die preventie trekken we door naar onze medewerkers op allerlei vlakken, zoals met gezonde tussendoortjes, de recent ingehuldigde 'loopbaan' rond ons ziekenhuis in samenwerking met Sport Vlaanderen en de Stad Halle of initiatieven om meer medewerkers tot fietsen aan te zetten. Maar ook de bovenvermelde begeleidingen en screenings staan open voor onze medewerkers.

Het geheel sluit dan ook mooi aan op de Vlaams gezondheidsdoelstelling 'Gezonder leven' en meer specifiek voor de ziekenhuizen, 'Meer gezondheid in de zorg'.

We kunnen er allen enkel beter van worden: preventie loont!

Tenslotte wens ik u allen in deze bijzondere tijd een hoopvol 2022!

Axel Kerkhofs
Algemeen directeur



Mee met de Vlaamse gezondheidsdoelstelling 'Gezonder leven'



JUSTINE HALLAUX

Het strategisch plan 'De Vlaming leeft gezonder in 2025' van de Vlaamse overheid legt de focus op een preventief gezondheidsbeleid. Voor zorginstellingen luidt de subdoelstelling 'Meer gezondheid in de zorg'. Niet alleen door gezond te eten, ook door zittend gedrag te vermijden, voldoende te bewegen, verstandiger met alcohol om te gaan en tabak af te zweren. AZ Sint-Maria Halle staat 100% achter deze subdoelstelling, die gericht is op gezondheidswinst bij cliënten. Maar uiteraard heeft het ziekenhuis ook een voorbeeldfunctie in het opzetten van maatregelen naar haar medewerkers toe. 'Inzetten op preventie is, naast zorg, een belangrijke strategie om te werken aan de gezondheid van cliënten en medewerkers' zegt Justine Hallaux, stafmedewerker van het medisch departement. 'Preventie is dan ook een essentiële schakel in het zorgcontinuüm. Preventief werken kan je doen via gezondheidsbevordering en ziektepreventie.'

De Vlaming leeft gezonder in 2025

Het strategisch plan van de Vlaamse overheid omvat twee doelstellingen voor zorginstellingen:

1. 'Tegen 2025 voert een toenemend percentage van de zorg- en welzijnsvoorzieningen een preventief gezondheidsbeleid dat voldoende kwaliteitsvol is.'
2. 'Tegen 2025 past een toenemend percentage van de zorgverstrekkers en hulpverleners de beschikbare preventiemethodieken toe.'

Gezondheidsbevordering: goede gewoontes aanmoedigen

Gezonde eet- en leefgewoontes zijn onontbeerlijk voor ons welzijn. We weten het, maar vergeten het ook vaak. Gezondheidsbevordering vertrekt vanuit beschermende factoren, zoals gezonde voeding, beweging ... De focus ligt op het behouden en versterken van de gezondheid. Daarom stelt AZ Sint-Maria alles in het werk om gezondheidsbevorderende gewoontes te stimuleren. 'Zo is er voor het personeel gratis soep en fruit beschikbaar en werd er recent een wandel- en looppiste rond het ziekenhuis bewegwijzerd waar kan gejojgd worden en waar wandelvergaderingen doorgaan' verduidelijkt Justine Hallaux. 'Naar de cliënten toe, stimuleren we bijvoorbeeld ook een gezonde en gevarieerde voeding.'

Doeltreffende ziektepreventie op drie niveaus

In tegenstelling tot gezondheidsbevordering, focust ziektepreventie niet op beschermende factoren, maar net op ziekterisico's. Ziektepreventie richt zich op het voorkomen van ziekte door het verwijderen of verminderen van ziekterisico's (primaire preventie), het vroegtijdig opsporen en behandelen van ziekte (secundaire preventie) en het voorkomen van verergering van een bestaande ziekte (tertiaire preventie). Voor elk niveau zet AZ Sint-Maria de nodige mensen en middelen in. Ook voor de komende jaren zal dit nog verder uitgebreid worden. Justine Hallaux licht de drie niveaus verder toe:

1

Primaire preventie is erop gericht om bij gezonde mensen oorzaken weg te nemen of te verminderen die tot ziekte kunnen leiden. Overgewicht is een voorbeeld van een risicofactor die verschillende aandoeningen in de hand kan werken. Cliënten die met overgewicht te kampen hebben, kunnen deelnemen aan 'Obesiless', met name ons obesitasprogramma. Dit is een bewegingsprogramma onder begeleiding van kinesitherapeuten, dat in combinatie met dieetbegeleiding door diëtisten wordt gegeven. De rookstopbegeleiding door tabakologen is een ander voorbeeld van primaire preventie. Dit bieden we ambulant aan voor cliënten en het is zelfs gratis voor het personeel. Binnenkort verplaatsen we de rookcabines verder weg van de hoofdingang, zodat we ook het risico op passief roken inperken.'

2

'Dankzij de **secundaire preventie** in het ziekenhuis kunnen we effectief heel wat aandoeningen in een vroegtijdig stadium opsporen en vervolgens behandelen. De colonoscopie ter preventie van darmkanker, het obistasprogramma, de mammografie ter preventie van borstkanker, regelmatig gynaecologisch onderzoek naar baarmoederhals- of eierstokkanker en soa's zijn daar enkele voorbeelden van binnen ons ziekenhuis.'

3

'Wanneer dan toch een ziekte wordt vastgesteld, stelt ons ziekenhuis alles in het werk om verergering te voorkomen en complicaties tot een minimum te beperken. Deze **tertiaire preventie**, zoals bijvoorbeeld een doeltreffende, multidisciplinair ondersteunde behandeling van diabetes, heeft ook als doel de zelfredzaamheid van patiënten te bevorderen. Ook de multidisciplinaire ondersteuning na hartinfarct is een voorbeeld van tertiaire preventie.'



SAMEN BEWEGEN TIJDENS DE WEEK VAN DE VALPREVENTIE

De rol van de huisarts

Huisartsen spelen een belangrijke rol inzake ziektepreventie. Zij staan namelijk in voor het verspreiden van informatie over preventie naar hun patiënten toe, ze brengen de risico's van de patiënten in kaart en sporen hen aan om deel te nemen aan preventieonderzoeken.

De huisarts is een cruciale speler op de verschillende niveaus van preventie:

- primaire preventie zoals het geven van vaccins en aanmoedigen van een gezonde levensstijl
- secundaire preventie zoals het aansporen tot kankerscreenings
- tertiaire preventie zoals het aanbevelen van een aangepaste levensstijl na een hartaanval.

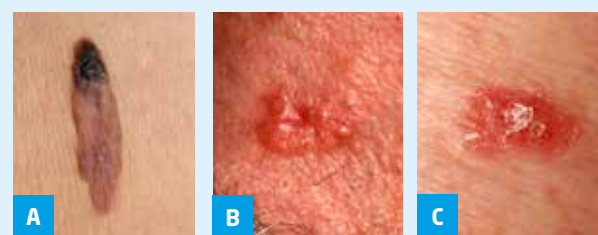


Tijdige opsporing van huidtumoren redt levens

Zowel in AZ Sint-Maria als in UZ Brussel ontvangt diensthoofd dermatologie dr. Jan Gutermuth patiënten die zich laten screenen op huidkanker. De dermatoloog, die eerder aan het Amerikaanse National Cancer Institute NIH ter zake research deed naar immuuntherapie en in München een grootschalig onderzoek leidde naar de invloed van milieufactoren op de immunologie, kent als geen ander de risico's van te veel blootstelling aan de zon en het levensnoodzakelijke belang van preventie.

Enkele cijfers

Volgens Stichting Kanker is melanoom de 6^e meest voorkomende kankersoort in België. In 2019 kregen 3.726 mensen het verdict: maligne melanoom (2070 vrouwen en 1656 mannen). Dat is 5% van het totale aantal mensen dat in hetzelfde jaar te horen kreeg kanker te hebben. Gemiddeld genomen – en uiteraard afhankelijk van het stadium waarin de huidkanker wordt ontdekt – kan echter tot 95% van de gevallen worden genezen. Vroegtijdige opsporing via screening is daarom, naast preventie, eveneens van levensbelang stelt dr. Gutermuth.



A melanoom
B basaalcelcarcinoom
C spinocellulair

Informatie en screening

Vooral op jongere leeftijd is preventie een must. 'Als de huid van jonge kinderen verbrandt, lopen ze voor de rest van hun leven een verhoogd risico op huidkanker. De huid bedekken (door een T-shirt en een petje te dragen bijvoorbeeld) en goed insmeren is dus de boodschap' benadrukt de dermatoloog, die ook zijn spontane medewerking verleende aan 'Het loopt gesmeerd!', een campagne van Sport Vlaanderen om ouders en jeugdsportorganisaties aan te zetten sportende kinderen te beschermen tegen zon en zonnebrand. Maar ook volwassenen moeten volgens hem blijvend geïnformeerd worden over hoe ze verstandig kunnen omgaan met de zon. 'Samen met een preventieve screening is duidelijke informatie de enige manier om huidkanker te voorkomen. Tijdens zo'n screening wordt de patiënt van kop tot teen onderzocht. Elk mogelijk verdacht letsel wordt dermatoscopisch uitvergroot en bekeken. Daardoor kunnen we met 95% sensitiviteit huidkankers opsporen' aldus nog de dermatoloog. Verdachte pigmentvlekken worden chirurgisch verwijderd en bij het minste vermoeden van huidkanker nemen we een biopsie.

Zwarte en witte huidkanker

Gevraagd naar de verschillende vormen van huidkanker haalt dr. Gutermuth de drie meest voorkomende carcinomen aan. Het melanoom is de meest gekende (en tegelijkertijd gevaarlijkste) vorm van huidkanker. 'Letterlijk vertaald betekent het "zwart gezwel". Vandaar ook de bijnaam "zwarte huidkanker". Zo'n melanoom kan ontstaan uit een vooraf bestaande (donkere) moedervlek of kan zich aandienen als een nieuw huidletsel. De tumor onderscheidt zich door een snellere groei en een groter risico op uitzaaiingen naar de lymfeklieren en organen.' Als meest voorkomende vorm van huidkanker verwijst Gutermuth naar het basaalcelcarcinoom dat meestal ontstaat op plaatsen waar de huid fel blootgesteld is aan de zon. 'Een basaalcelcarcinoom groeit langzaam en zaait vrijwel nooit uit.'

Maak jij je zorgen om een plek op je huid?

De SkinVision-app helpt je om zelf je huid te controleren op huidkanker. Met deze app kun je immers zelf je huid in de gaten houden waar en wanneer je wilt. Je maakt een foto van de plek met je smartphone en je krijgt direct een antwoord of deze plek als verdacht wordt herkend. Bij een verhoogd risico ontvang je begeleiding en advies over aanbevolen vervolgstappen.



Deze app werd door mHealthbelgium erkend als een CE-gecertificeerd medisch hulpmiddel.



Tot slot vermeldt hij nog het **spinocellulair carcinoom** dat meestal als een witte of een lichter gekleurde vlek ontstaat. 'Deze "witte huidkanker" – eveneens plaveiselcelcarcinoom genoemd – zien we doorgaans ook op plaatsen die veel blootgesteld worden aan de zon, maar dit carcinoom kan - sporadisch - wel uitzaaien naar lymfeklieren en andere organen. Door de mogelijkheden in Halle en onze samenwerking met UZ Brussel kunnen we al deze (en vele andere) vormen van huidkanker optimaal behandelen. Niet alleen via chirurgie, ook via immuuntherapie of radiotherapie. Alles hangt uiteraard af van de aard van de huidkanker en van het stadium waarin hij wordt ontdekt' aldus nog dr. Gutermuth.

Alle huidtypes en ook steeds meer jongvolwassenen lopen risico

Huidtumoren komen volgens het diensthoofd dermatologie niet alleen voor bij de typische risicopatiënten met een bleke huid, sproetjes, blond haar en groene of blauwe ogen. 'Ook donkere huidtypes die te veel zijn blootgesteld aan de zon kunnen tumoren ontwikkelen. Dit komt minder frequent voor, maar de gevallen die zich aandienen zijn des te agressiever.' Hoewel de gemiddelde leeftijd van huidkankerpatiënten eerder boven de 60 ligt en huidtumoren zelden bij kinderen opduiken, maant dr. Gutermuth toch aan tot grote voorzichtigheid. 'Door ons veranderende vrijetijdsgedrag zien we steeds meer problemen optreden bij jongvolwassenen. Vandaar het grote en blijvende belang van doelgerichte informatie en screening!'

Hoe herken je een melanoom?





Borstkankerscreening vandaag en morgen

In 2001 startte de overheid een nationale screeningscampagne om borstkanker bij vrouwen tussen 50 en 69 jaar vroegtijdig op te sporen. Deze campagne loopt vandaag nog steeds en herhaalt zich om de twee jaar bij wie eerder nog geen symptomen had en de laatste tien jaar geen behandeling omwille van borstkanker onderging. Dr. Laura Dewachter, staflid dienst radiologie en gespecialiseerd in mammografie, legt uit hoe grondig dit onderzoek wordt uitgevoerd en hoe belangrijk een tijdige opsporing, inclusief effectieve behandeling van borsttumoren is.

De cijfers

In België krijgen momenteel gemiddeld 11.000 vrouwen per jaar de diagnose borstkanker. Eén op negen, met andere woorden. Het is dan ook de meest voorkomende tumor bij vrouwen en nog steeds de voornaamste doodsoorzaak in de categorie 40- tot 69-jarigen. 'Het bevolkingsonderzoek is dus van levensbelang' benadrukt dr. Dewachter. 'We kunnen de ziekte er weliswaar niet mee voorkomen maar wel vroegtijdig opsporen, zodat een minder zware en meer borstbesparende behandeling mogelijk is. De resultaten spreken trouwens voor zich: de helft van de borstkankers wordt opgespoord via deze screening, die de overlevingskansen maar liefst met 25 tot 30% verhoogt!'

Mammografie: veilig en betrouwbaar

De nationale screeningscampagne betreft uitsluitend mammografieën. 'Daarmee kunnen we al zeer kleine afwijkingen opsporen nog voordat ze klachten veroorzaken' legt dr. Dewachter uit. 'Het onderzoek zelf duurt amper 15 minuten. Een technologisch verpleegkundige neemt van beide borsten twee digitale foto's (in twee verschillende richtingen). Elke borst wordt daarbij zeer nauwkeurig gepositioneerd en samengedrukt tussen twee platen. Deze fixatie laat ons toe om, met een minimum aan straling, optimaal scherpe foto's te maken. Zonder verdere interventie van een arts kan de patiënt daarna al naar huis. Twee erkende radiologen (één uit ons team en één die verbonden is aan het UZ Brussel) beoordelen de opnames, onafhankelijk van elkaar. Komen ze tot een verschillende bevinding, dan bekijkt vervolgens nog een derde radioloog de opnames. Na 2 weken ontvangen de arts en de patiënt het resultaat van deze lezing. Bij een afwijking volgt een uitnodiging tot verder onderzoek (bijkomende opnames, echografie en indien nodig biopsie).

Strengere controle op straling

Gevraagd naar de bereidheid tot deelname aan het bevolkingsonderzoek antwoordt dr. Dewachter: 'In Vlaanderen zien we dat 65% van de vrouwen tussen 50 en 69 zich preventief laat screenen, zowel in het kader van het bevolkingsonderzoek als op eigen initiatief. De weigeraars handelen meestal uit angst voor de straling. Wat jammer is, aangezien er permanent zeer strenge controles op de stralingsdoses zijn. Concreet liggen deze doses tussen de 0,24 en de 0,48 mSv (millisievert), wat overeenkomt met 6 weken tot 3 maanden natuurlijke stralingsbelasting op aarde.'

Diagnostisch onderzoek

In de praktijk voert ons ziekenhuis dagelijks zo'n 12 preventieve mammografieën uit in het kader van het bevolkingsonderzoek. Daarnaast worden ook nog een 16-tal diagnostische onderzoeken gedaan bij patiënten die na een borstkankerbehandeling bij ons worden opgevolgd of die zich aanmelden op basis van een afwijking, klachten of ongerustheid na zelfonderzoek of screening buiten het bevolkingsprogramma. In dat verband wijst dr. Dewachter op het blijvende belang om regelmatig zelf de borsten te onderzoeken, óók na een recente screening. 'De minste verandering aan de huid, de tepelvorm, een ingetrokken of bloedende tepel, een knobbelletje of een zwelling... het moet gecontroleerd worden!' Na de beoordeling van een diagnostische mammografie volgt een echografie indien de radioloog dit nodig acht.

Onze recentste vernieuwingen: 3D-mammografie

In 2018 werd een nieuw en zeer geavanceerd tomosynthetisch mammografietoestel aangeschaft. 'Daarmee kunnen we, volledig digitaal, driedimensionale foto's van de binnenkant van de borst maken' legt dr. Dewachter uit. 'Weefsellagen die over elkaar liggen worden op die manier beter en sneller zichtbaar, zodat mogelijke afwijkingen vroeger én duidelijker te detecteren zijn. Vooral bij dens borstweefsel is dit bijzonder effectief. Bovendien zorgt de techniek voor minder vals positieve en vals negatieve resultaten dan een gewone 2D-mammografie.' Dezelfde 3D-technologie wordt trouwens ook ingezet bij biopsieën van afwijkingen die niet zichtbaar zijn onder echografie. Samen met dit nieuwe toestel werd ook een aparte seno-unit voorzien waardoor diagnostische borstpatiënten na de mammo voortaan vlotter kunnen doorstromen naar de echografie-afdeling en dus sneller het volledige onderzoekstraject doorlopen.



BEVOLKINGS
ONDERZOEK
BORSTKANKER

Van 2D- naar 3D-mammografie



2D-mammografie

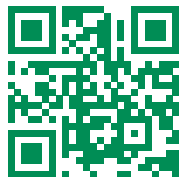
3D-mammografie

Op naar een meer gepersonaliseerde screening

Hoe effectief de huidige borstscreening ook is, ze behandelt alle uitgenodigde vrouwen op dezelfde manier. Om de twee jaar. Maar er zijn geen twee dezelfde vrouwen. Afhankelijk van genetische factoren, een familiale geschiedenis met kankergevallen of blootstelling aan hormonen loopt de ene vrouw meer risico om borstkanker te ontwikkelen dan de andere. We kunnen ons dus de vraag stellen of sommigen niet beter ieder jaar gescreend worden, terwijl om de twee jaar voor anderen misschien overbodig is. Daarom werd een internationale klinische studie gestart die, met de inzichten en de nauwkeurige instrumenten van vandaag, een nieuwe screeningsstrategie onderzoekt. Onder de naam 'MyPeBS' (My Personal Breast Screening) wordt bij 85.000 vrouwen van 40 tot 70 jaar een gepersonaliseerde, risico-gebaseerde screening vergeleken met de standaardscreening. Een veelbelovend onderzoek waaraan ons land - via de VUB - zijn medewerking verleent, samen met Frankrijk, Israël, Italië, het Verenigd Koninkrijk en Spanje.

Meedoen aan MyPeBS?

Behoor je tot de doelgroep en wil je graag deelnemen aan het onderzoek 'My Personal Breast Screening'? Schrijf je in via mypebs.eu en draag bij aan de vooruitgang van borstkankerscreening. Voor jezelf, je vriendinnen, zussen, dochters en voor de toekomstige generaties.



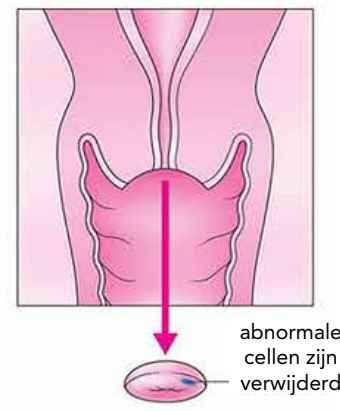
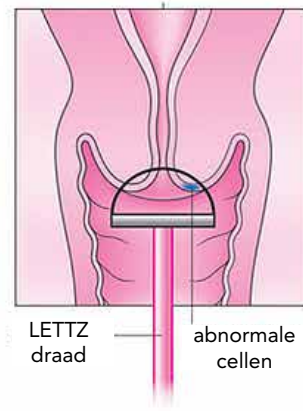
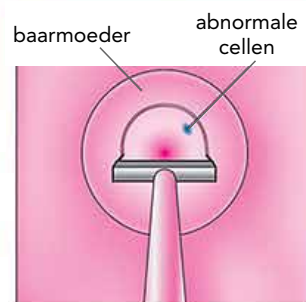
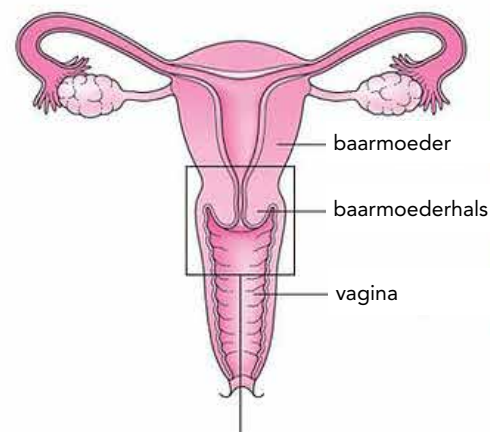
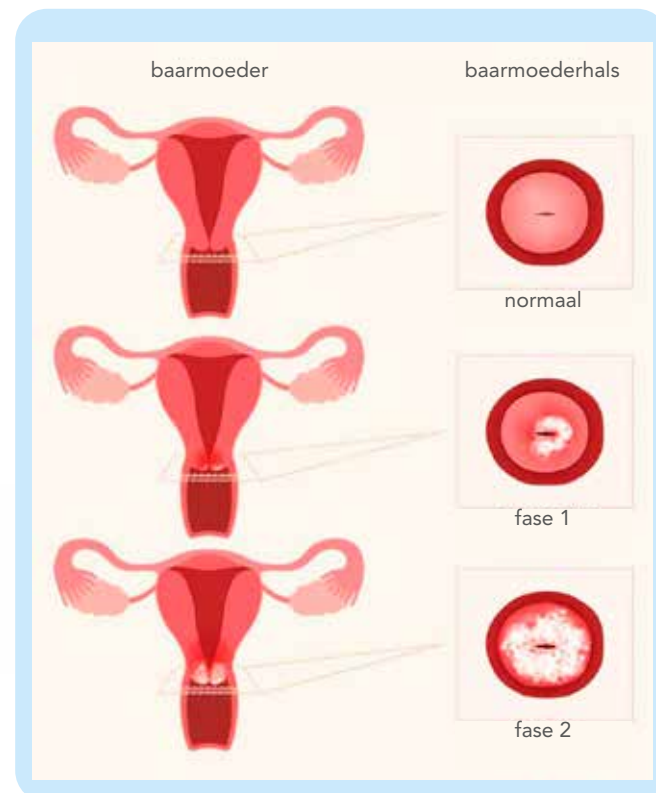
Preventieve gynaecologie in functie van leeftijd



Een gynaecologisch onderzoek is vandaag niet langer een jaarlijkse must voor elke vrouw. Afhankelijk van de leeftijd ligt de focus bij screening bovendien op een ander orgaan. Voor medisch diensthoofd gynaecologie en verloskunde dr. Nadia Vandersteen is het vooral belangrijk dat elke patiënt op het juiste moment en met de juiste frequentie de juiste zorg krijgt bij de meest aangewezen arts.

Baarmoederhalskankerscreening vanaf 25 jaar

In België stellen we jaarlijks 600 à 700 invasieve cervixcarcinomen vast. Volgens dr. Vandersteen is dit deels het gevolg van te weinig - of te onregelmatige - screening. 'Het is dus belangrijk dat huisartsen vrouwen tussen 25 en 65 jaar blijven motiveren zich preventief te laten onderzoeken' benadrukt ze. Hoewel dat perfect bij de huisarts kan, blijkt 91% van de baarmoederhalsuitstrijkjes door gynaecologen te worden afgenomen. Bij afwijkende resultaten zal de gynaecoloog een colposcopisch onderzoek uitvoeren, al dan niet met biopsie-afname. Afhankelijk van het individuele traject van de patiënte is een gecontroleerde opvolging dan soms voldoende om baarmoederhalskanker te voorkomen. In andere gevallen is een conisatie van de baarmoederhals nodig.



Screening endometriumkanker in menopauze

In de menopauze kan een onderzoek van de uterus aangevuld worden met een transvaginale echografie. Dat is zeker aan te bevelen bij bepaalde risicoprofielen, bijvoorbeeld bij vrouwen met obesitas. Maar ook bij vaginaal bloedverlies is deze echografie aangeraden - al spreken we dan uiteraard niet meer over preventie maar over diagnostiek. Dr. Vandersteen zegt hierover het volgende: 'Endometrium- of baarmoederkanker kan zich al in een vroeg stadium manifesteren via vaginaal bloedverlies. Om deze soms onopvallende klacht niet te miskennen, moeten huisarts en gynaecoloog altijd gericht navragen of er - hoe gering ook - soms sprake is van postmenopauzaal bloedverlies.'

Screening eierstokkanker na 65

Na 65 jaar wordt het baarmoederhalsuitstrijkje minder belangrijk, maar ligt de focus meer op screening van ovariële pathologie. Eierstoktumoren geven helaas pas in een gevorderd stadium aanleiding tot klachten, waardoor jaarlijks nog steeds zo'n 870 gevallen worden vastgesteld. Hoewel hiervoor momenteel geen systematische opsporing bestaat, worden in ons ziekenhuis de ovaria met de nodige aandacht onderzocht via echografisch onderzoek. Dat gebeurt bijv. bij patiënten met een familiaal verhoogd risico op ovariumcarcinoom of bij de opvolging van fibromen. Bij draagsters van BRCA-genmutatie kan, afhankelijk van de leeftijd, preventief overwogen worden om de ovaria en eileiders heelkundig te verwijderen. 'Hoewel dit voor BRCA2 het risico op eierstokkanker tot bijna 0% kan herleiden, is het echter zeer belangrijk hier te wijzen op de grote gevolgen voor het algemeen welzijn, door de plotse intrede van de menopauze' vult dr. Vandersteen aan.

Waakzaamheid met oog op vulvacarcinoom

In een steeds ouder wordende populatie van patiënten is het voor dr. Vandersteen ook belangrijk om aandacht te besteden aan het vulvacarcinoom. 'Schaamlipkanker is eerder zeldzaam en een systematische screening zou allicht geen echt verschil maken in de cijfers. Maar een goede inspectie tijdens de consultatie is zeker aangewezen, zeker bij erfelijke huidaandoeningen, zoals lichen sclerosus van de vulva.'

Tweejaarlijkse borstscreening tussen 50 en 69

Zoals het artikel over borstkankerscreening op de vorige pagina's in deze editie van Zennezorg aantoont, is borstkanker (met 11.000 gevallen per jaar) de meest voorkomende kanker bij vrouwen in ons land. 75 % van de getroffen personen is ouder dan 50. Voor deze leeftijdsgroep biedt de overheid - tot de leeftijd van 69 jaar - een tweejaarlijkse mammografie aan. Dr. Vandersteen benadrukt daarnaast ook het belang van klinische palpatie van de borst. 'Hoe beperkt van waarde die ook is bij asymptomatische patiënten, ze kan tijdig alarmtekens voor borsttumoren aan het licht kan brengen. Ik denk bijvoorbeeld aan intrekking van de huid of tepel, tepelvocht ...' Maar huisartsen en gynaecologen moeten volgens haar ook blijven wijzen op belangrijke borstkankerrisicofactoren als overgewicht, alcoholgebruik en te weinig lichaamsbeweging. Bij bepaalde hoog-risico profielen kan bovendien een vroegere of meer intensieve screening of MRI aangewezen zijn. Voor iemand met een familiale historie is een consult oncogenetica aangewezen. En bij genetisch belaste dames (drager van BRCA1, BRCA2, CHECH2) kan zelfs een verwijdering van de borsten worden overwogen. Uiteraard gaan hier uitvoerige gesprekken met de patiënt en de psycholoog aan vooraf.'





DR. KATRIEN BULTÉ

Doeltreffende opsporing van colorectale kanker

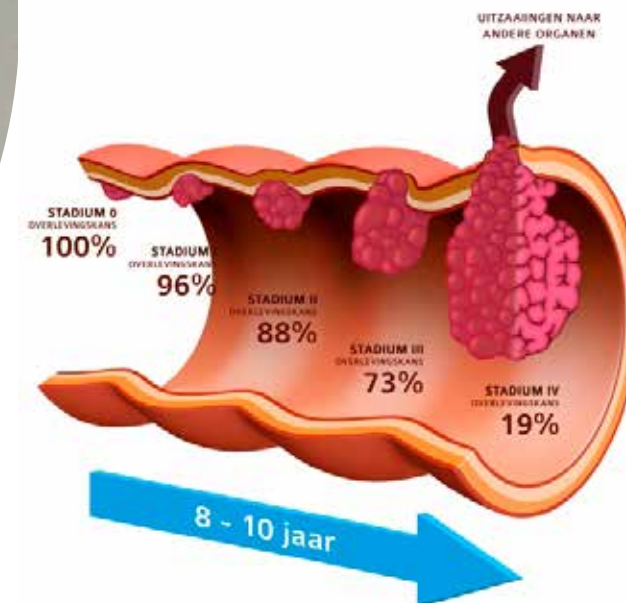
Ook inzake colorectale kanker trekt ons ziekenhuis voluit de kaart van de preventie. Dikkedarmtumoren zijn immers perfect te behandelen op voorwaarde dat ze op tijd worden vastgesteld. Jammer genoeg veroorzaken ze vaak pas symptomen bij de patiënt in een vergevorderd stadium, met dus een slechtere prognose tot gevolg. De aandoening is dan ook de op één na grootste oorzaak van kankersterfte. 'Tijdige screening spaart heel wat levens en voorkomt onnodig lijden' zegt dr. Katrien Bulté, die sinds 2008 als gastro-enterologe in AZ Sint-Maria werkt.

Het belang van het Bevolkingsonderzoek

Toen de Vlaamse regering in 2013 door een hoge prevalentie van darmtumoren overging tot het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker, is Sint-Maria Halle meteen mee op de kar gesprongen. 'We volgden via coloscopie sowieso al een groep mensen op met een verhoogd risico op deze aandoening, wegens darmkanker in de familie, chronische darmontstekingen enz. Er zijn echter nog meer mensen die risico lopen op de ontwikkeling van deze tumoren, maar van wie we het nog niet weten. Wachten op symptomen geeft alleen maar slechtere prognoses. Met het Bevolkingsonderzoek hebben we nu een belangrijk werkinstrument om ook hen te detecteren, nog voor ze symptomen vertonen' legt dr. Bulté uit. Aangezien een darmpoliep gemiddeld tien jaar nodig heeft om uit te groeien tot een tumor, is deze kanker bovendien goed te voorkomen mits tijdige verwijdering van de poliep. Ook het feit dat een colorectale kanker vier stadia doorloopt, geeft extra marge voor een doeltreffende aanpak. 'Want de stadia I en II (de 'vroegere stadia') zijn nog perfect behandelbaar. Pas in stadium III en IV spreken we van uitzaaiing naar de lymfeklieren en/of andere organen en is de prognose minder gunstig. Meer én vroeger opsporen is dus de boodschap' aldus nog de gastro-enterologe.

Het belang van campagnes en duidelijke communicatie

Heldere informatie en doeltreffende communicatie zijn daarbij uiteraard onmisbaar. Want vaak hangt er nog een taboe over alles wat met darmen en stoelgang te maken heeft. De campagne rond het Bevolkingsonderzoek deed alvast haar werk. 'In eerste instantie zagen we via dit onderzoek tussen 2014 en 2015 een opmerkelijke toename van het aantal opgespoorde tumoren. Logisch, aangezien alle 55- tot 74-jarigen samen werden uitgenodigd om deel te nemen. Intussen merken we dat de frequentie van colorectale tumoren stabiliseert door tijdige detectie en opvolging. Stilaan zien we nu zelfs een daling, vooral in Vlaanderen waar het screeningsprogramma zeer goed loopt.' Ook nuanceert dr. Bulté nog dat het risico op het ontwikkelen van darmkankers niet volledig kan geëlimineerd worden. 'Factoren als rood vlees vermijden, niet roken en overgewicht vermijden blijven ook belangrijk om het risico op darmkanker te verminderen. Maar door tumoren in een zo vroeg mogelijk stadium of zelfs nog als poliep te ontdekken, garanderen we een veel betere prognose.'



Screening darmkanker op grote schaal vanaf 50 jaar

Aankankelijk waren het mensen van 55 tot 74 jaar die om de twee jaar de uitnodiging en het nodige materiaal ontvingen om zelf een stoelgangstaal te nemen dat ze gratis voor onderzoek konden opsturen met de post. Intussen is de minimumleeftijd al verlaagd naar 50 jaar. 'En op termijn zal men in Europa allicht het Amerikaanse voorbeeld volgen om vanaf 45 jaar te testen' vermoedt Katrien Bulté. Bij aanwezigheid van ook maar de minste hoeveelheid bloed in een stoelgangstaal verwittigt de huisarts de betrokkene en wordt er een afspraak gemaakt voor een coloscopie in het ziekenhuis. De darm wordt daarbij grondig onderzocht en eventuele poliepen worden verwijderd, zoals onder sedatie of algehele anesthesie.

Vlaanderen screent goed, maar kan nog beter

Het Bevolkingsonderzoek wordt in Vlaanderen vrij goed opgevolgd. In 2019 ging gemiddeld de helft van de aangeschreven in op de uitnodigingsbrief (48% van de mannen en 54% van de vrouwen). In Wallonië ligt dat cijfer een stuk lager. Dr. Bulté vermoedt dat dit te maken heeft met het verschil in aanpak. 'In Vlaanderen krijgt de doelgroep al het nodige materiaal meegestuurd, samen met de uitnodiging. De staalname gebeurt dus volledig in de privésfeer. In Wallonië en Brussel daarentegen moet men eerst nog langs de huisarts om de test-kit op te halen. Dit is voor veel mensen een extra drempel om de stap te zetten.'

Colonkanker in cijfers

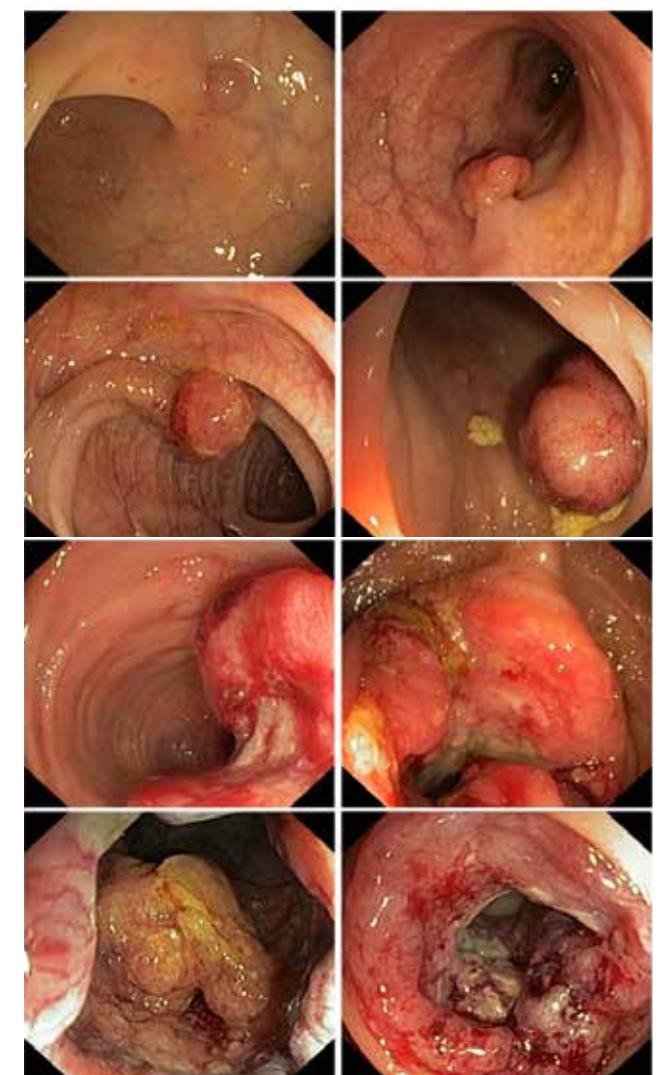
- Gemiddeld 1 persoon op 20 wordt geconfronteerd met colonkanker.
- Dagelijks overlijden in België 4 tot 5 patiënten aan darmkanker.
- Op 71.000 kankers waren er in 2019 8.000 van dikkedarm-origine.
- De meeste dikkedarmtumoren ontstaan bij 50-plussers. Toch is 15% terug te vinden bij -50 jarigen.

Frappante resultaten

De statistieken van 2019 tonen aan dat via de staalname van het bevolkingsonderzoek alleen al 75% van de dikkedarmtumoren tijdig (met andere woorden in stadium 0 of I) ontdekt wordt en slechts 2,6% in stadium IV. 'Ter vergelijking: bij niet-deelnemers (de groep die wel een uitnodiging kreeg maar er niet op inging) wordt maar 35% gedetecteerd in stadium 0 of I en maar liefst 20% in stadium IV' voegt dr. Bulté eraan toe. 'Het is dan ook raadzaam dat we blijven proberen steeds meer mensen te motiveren.' In de groep die zich regelmatig laat screenen daalt het risico op overlijden met maar liefst 20%!

De technologie staat gelukkig niet stil

Volgens onze gastro-enterologe is het aantal coloscopieën in Sint-Maria Halle sinds de start van het Bevolkingsonderzoek in 2013 beduidend toegenomen. 'En de technologie staat niet stil' voegt ze er tevreden aan toe. Het materiaal en de beeldkwaliteit van de camera's worden inderdaad steeds beter en er zijn ook steeds meer performante, nieuwe technieken voor het verwijderen van grotere poliepen. 'Soms is het om fysieke of technische redenen moeilijk om een colorectaal onderzoek uit te voeren, bijvoorbeeld door vernauwingen in de dikke darm. In dat geval kunnen we nu ook een virtuele coloscopie - 'CT-coloscopie' - uitvoeren. Op de dienst radiologie worden dan 3D-beelden van de darm gemaakt. Wordt er een poliep of afwijking vastgesteld, dan moet deze uiteraard alsnog via een coloscopie worden verwijderd.'





NATHALIE NYS



ANNELEEN VAN BULCK



Multidisciplinaire aanpak van overgewicht en obesitas

Obesitas - 'die andere actuele pandemie' - is een chronische ziekte die in direct of indirect verband staat met verschillende gezondheidsproblemen. Ook ons land deelt in de klappen. Maar liefst 49,3 procent van de Belgen kampt met overgewicht (BMI hoger dan 25) en 15,9 procent is obees (BMI hoger dan 30). Het obesitasteam van AZ Sint-Maria stelt alles in het werk om ernstige ziektes te voorkomen door een doordachte aanpak van - en medische begeleiding bij - overgewicht. Daartoe werden twee initiatieven uitgewerkt: het chirurgisch zorgpad en het Obesiless-bewegingsprogramma.

Chirurgisch zorgpad

Patiënten met ernstig overgewicht kunnen via verschillende wegen terecht komen op de afdeling chirurgie. Volgens adjunct paramedisch diensthoofd diëtetiek en obesitascoördinator Nathalie Nys is dat meestal op doorverwijzing van de huisarts, 'maar ook de diëtist kan mensen met aanhoudende gewichtsproblemen doorsturen. Soms worden ook zware diabetespatiënten met een hoge insulinenood door de endocrinoloog naar het team doorverwezen. En dan zijn er nog patiënten die zich rechtstreeks tot onze afdeling wendden voor een chirurgische aanpak van hun gewichtsproblemen.' Aangezien een multidisciplinaire benadering van obesitas noodzakelijk is om goede resultaten te behalen op korte en langere termijn, wordt elke patiënt door alle leden van het obesitasteam gezien en gescreend. Het verslag van dit multidisciplinaire overleg is bovendien noodzakelijk om recht te hebben op terugbetaling door de mutualiteit. 'Daarom hebben we een 7-tal jaar geleden een chirurgisch zorgpad opgericht, dat bestaat uit de nodige technische onderzoeken en raadplegingen bij alle leden van het obesitasteam, gevolgd door een grondige bespreking in het voltallige team van chirurgen, diëtisten en psychologen' aldus

nog Nathalie Nys. 'In samenspraak wordt dan beslist of er effectief een ingreep nodig is, dan wel of een bewegingsprogramma een betere optie is.' In het eerste geval wordt de patiënt verder doorverwezen naar de chirurg, in het tweede geval komen ze terecht in het team van Anneleen Van Bulck, paramedisch diensthoofd kinesitherapie en ergotherapie. Zij laat de patiënt dan kennismaken met het 'Obesiless-bewegingsprogramma'.

Uitstekende resultaten chirurgie

De resultaten na vermageringschirurgie zijn bijzonder goed. Gemiddeld verliest de patiënt 65 tot 75% van het overgewicht. Gevolg: verhoging van de fysieke fitheid en het mentale welbevinden. Uiteraard is het wel belangrijk dat de patiënt regelmatig opgevolgd blijft, zowel door het obesitasteam als door de huisarts. Zo worden gezonde eet- en bewegingsgewoontes verdergezet en bijgestuurd waar nodig.

Het Obesiless-programma

Niet iederéén met overgewicht kiest dus voor een chirurgische oplossing van het probleem. En niet iederéén komt in aanmerking voor terugbetaling van zo'n ingreep. 'Toch willen we al wie met deze problematiek te kampen heeft verder helpen' zegt Anneleen Van Bulck. 'Sinds 2020 bieden we onze patiënten daarom de mogelijkheid om zich te engageren voor ons Obesiless-programma. Deelnemers verbinden zich ertoe om, zes of vier maanden lang, twee keer per week gedurende twee uur in groepjes van acht personen onder begeleiding te sporten en een gezonde levensstijl uit te bouwen.' Ook wie na een chirurgische ingreep best nog verder gewicht verliest of hulp kan gebruiken om gezond te leven, kan terecht in het Obesiless-oefenprogramma. Door een combinatie van dieet, kinesitherapie, heel veel beweging en, indien nodig, ook de hulp van psychologen gaat de patiënt het gevecht met de overvloedige kilo's aan. Een strategie die volgens Anneleen Van Bulck haar doel treft, dankzij 3 unieke factoren:

1. Obesiless is een **groepsgebeuren onder lotgenoten**. De band tussen de groepsleden heeft hier een bijzonder positief en stimulerend effect.
2. Naast het sporten worden ook individuele sessies **diëtetiek** aangeboden, evenals een individueel consult én drie groepsessies bij de **psycholoog**, gericht op motivatie, valkuilen, emo-eten, ...
3. Obesiless heeft ook een positief effect op de langere termijn. Na afloop van het programma blijven de groepsleden immers vaak samen sporten, ze delen activiteiten en successen via hun WhatsApp-groepje en blijven elkaar motiveren.

Lovende reacties op Obesiless

Uit de evaluaties blijkt dat Obesiless over het algemeen tot een betere conditie leidt. De patiënten voelen zich na de reeks unaniem fitter en sterker. Het hechte groepsgevoel en de positieve druk, ook op de langere termijn, worden bijzonder gewaardeerd. Ook de multidisciplinaire aanpak, de persoonlijke, losse sfeer in het team, de groepsessies met de psycholoog enz. blijken van onschatbare waarde. 'En dan is er nog het feit dat we niet tellen in verloren kilo's maar in verloren centimeters' voegt Anneleen Van Bulck eraan toe. 'Dit wordt als bijzonder stimulerend ervaren. Het gaat immers niet zozeer om kilo's. Mensen die aan sport doen bouwen ook spieren op en die wegen nu eenmaal. Voor ons gaat het om de inzet, de conditieverbetering en het volhouden. We zijn dan ook erg streng in de selectie van de deelnemers. Alleen wie zich 100% wil engageren en organiseren wordt weerhouden' aldus nog het paramedisch diensthoofd kinesitherapie en ergotherapie.



Graag meer informatie of een afspraak?

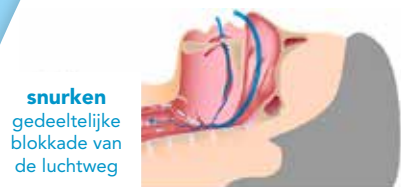
Nathalie Nys | 02 363 62 37
Anneleen Van Bulck | 02 363 64 37
of mail naar obesitaskliniek@sintmaria.be

Gepersonaliseerde aanpak van snurken en slaapapneu

Slaapapneu komt vaker voor dan gedacht en houdt een ernstig risico in voor de gezondheid. Het tast de slaapkwaliteit aan, waardoor apneulijders overdag slaperigheid, concentratiestoornissen, geheugenproblemen of prikkelbaarheid ervaren. Op lange termijn ontwikkelen ze echter ook een groter risico op hart- en vaatziekten. Vroegtijdige opsporing is dus van belang. Medisch diensthoofd Neus-, Keel- en Oorziekten Dr. Karen Pilaete legt uit wat slaapapneu precies inhoudt en hoe we in ons ziekenhuis ook op dit vlak aan preventie en behandeling doen.

Wat is snurken en slaapapneu?

Als de luchtweg tussen de ingang van de neus en de stembanden een vernauwing vertoont, is de kans groot dat we gaan snurken. In sommige gevallen klappt de luchtweg echter volledig dicht (collaps), waardoor de adem even stopt. Zo'n apneu kan verschillende keren per uur optreden, afhankelijk van de persoon. Mensen met overgewicht of afwijkingen van neus- en/of keelholte, rokers, gebruikers van slaap- of kalmerende middelen en alcoholgebruikers hebben er significant meer last van. Bij elke apneu daalt ook het zuurstofgehalte in het bloed en wordt de betrokkene, al dan niet bewust, even wakker. Met als gevolg: een daling van de slaapkwaliteit, met alle hierboven genoemde gevolgen van dien.



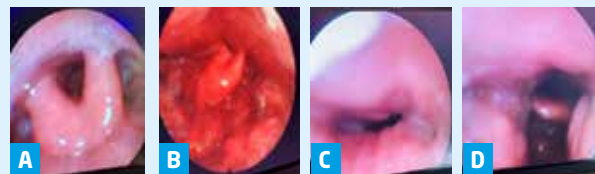
Hoe wordt slaapapneu gediagnosticeerd?

Met een Brizzy-apparaat kan thuis alvast heel makkelijk een eerste screening naar slaapapneu gebeuren. Deze thuismonitor wordt 's avonds door de patiënt zelf opgehaald. Een arts of verpleegkundige bevestigt daarbij één electrode op het voorhoofd en één op de kin. Voor het slapengaan verbindt de patiënt beide elektroden met de Brizzy-monitor. Na twee dagen zijn de resultaten al beschikbaar. Bij een afwijkende screening volgt er via het slaaplabo verder een polysomnografie, waarbij verschillende fysiologische parameters tijdens de slaap van de patiënt worden opgenomen.

Hoe wordt het snurken zelf onderzocht?

De plaats ter hoogte van de bovenste luchtweg waar het snurkgeluid gemaakt wordt, kan onderzocht worden met een slaapendoscopie. Dit is een dynamisch onderzoek (onder sedatie) waarbij de NKO-arts met een flexibele laryngoscoop de plaats van collaps van de bovenste luchtweg inspecteert en eventueel het effect van een mondbeugel op de apneus nagaat.

Tijdens de slaapendoscopie worden de niveaus van obstructie van de bovenste luchtweg (neus, verhemelte met huig en amandelen, tongbasis met epiglottis) en ook de manier van collaps (voor-achterwaarts, zijwaarts of circulair) geëvalueerd.



- A oedemateuze forse epiglottis
- B zijwaartse collaps epiglottis
- C voor-achterwaartse collaps palatum
- D zijwaartse collaps tonsillen

Welke behandelingen zijn mogelijk?

Niet-heelkundige behandelingen

In eerste instantie wordt advies gegeven wat de levensstijl betreft: mensen met overgewicht krijgen een dieet voorgeschreven, indien nodig wordt een alcohol- en/of rookstop aanbevolen, de medicatie wordt aangepast ... Vaak blijkt dit onvoldoende en moet toch een stap verder worden gegaan. We kunnen opteren voor de mondbeugel of MAD (Mandibular advancement device), dit wanneer vooral de tong voor de collaps zorgt. De patiënt moet dan eerst langs een gespecialiseerde tandarts gaan voor aanpassing van het mondapparaat. Bij een matig tot ernstige slaapapneu, opteren we er eerder voor de betrokkene naar de pneumoloog te sturen om een CPAP (Continuous positive airway pressure) op te starten. De patiënt draagt in dat geval 's nachts een neus- of gezichtsmasker, verbonden aan een toestel dat continu lucht met lichte overdruk in de neus-keelholte blaast, waardoor het snurken - evenals de apneu - stopt.

Heelkundige behandelingen

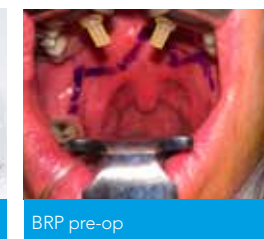
Ingeval van neusobstructie of bij een collaps ter hoogte van het verhemelte, de huig en/of de amandelen kan een chirurgische behandeling het snurken en eventuele slaapapneu verhelpen. Hoewel een neusobstructie, als gevolg van een deviatie van het tussenschot, zelden alleen verantwoordelijk is voor het snurken, kunnen we een **correctie van het neustussenschot** uitvoeren. Zien we een collaps ter hoogte van het verhemelte, de huig en/of de amandelen, dan opteren we voor palatale heelkunde. Sinds enkele jaren maken we daarbij gebruik van een nieuwe techniek: **Barbed wire Reposition Pharyngoplasty** (of BRP). Om de palatale collaps te verminderen, worden daarbij de amandelen verwijderd (tonsillectomie), waarna de farynxspieren geheroriënteerd worden. Het voordeel van deze nieuwe techniek is dat we geen weefsel ter hoogte van het verhemelte wegnemen, wat voorheen wel het geval was. Gevolg: een bredere keelholte en minder verlittekening - die op termijn opnieuw tot vernauwing zou kunnen leiden. Een BRP gebeurt onder algemene anesthesie, met één overnachting. Postoperatief is goede pijnstilling en zachte, koude voeding van belang voor het herstel.



Mondbeugel of MAD (Mandibular advancement device)



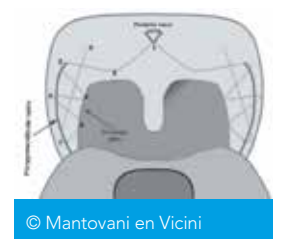
CPAP-toestel (Continuous positive airway pressure)



BRP pre-op



BRP post-op



© Mantovani en Vicini



DR. KAREN PILAETE

Ook dr. Aad Bosmans zet zich, sinds 2006, als psychiater en tabacoloog in om zowel patiënten als medewerkers in ons ziekenhuis te helpen stoppen met roken.

Een succesvol preventiebeleid hangt voor hem af van de motivatie. 'Hoe groter de intrinsieke motivatie van de roker om ermee te stoppen, hoe groter de kans op slagen.' Hij bevestigt dat stoppen met roken moeilijk is, maar niet onmogelijk. 'Je bent toch niet geboren met een sigaret in je handen...?' Bij fysieke afhankelijkheid is een medicamenteuze ondersteuning volgens hem vrijwel altijd nodig. Dat mensen vaak meerdere pogingen moeten ondernemen voordat ze succesvol kunnen stoppen, vindt Aad Bosmans tot slot geen probleem: 'Hoe vaker je probeert, hoe groter de kans dat het uiteindelijk lukt!'



Niemand wordt geboren met een sigaret in z'n handen.



Stoppen met roken lukt beter met professionele ondersteuning

Sinds eind 2018 is Gretel Raspé als zelfstandig tabakologe werkzaam in ons ziekenhuis. Op donderdagnamiddag en -avond begeleidt ze patiënten én werknemers van AZ Sint-Maria bij hun beslissing te stoppen met roken. Een ondersteuning die van levensbelang kan zijn!

Informatie en preventie

AZ Sint-Maria neemt actief deel aan initiatieven en projecten waarbij stoppen met roken kan worden gestimuleerd. Zo staat er op 31 mei (de jaarlijkse Wereld Anti-Tabaksdag) in normale omstandigheden een infostand bij de ingang van ons ziekenhuis. Zowel patiënten als bezoekers en werknemers krijgen hier een woordje uitleg over het hoe en waarom van een rookstop. Ook kunnen ze via een blaastest een CO-meting laten doen om na te gaan in welke mate hun longen zuurstof doorlaten in het bloed. 'Bovendien zijn we sinds begin 2021 een driejarig stappenplan aan het uitrollen waarbij met preventie, ontrading en professionele begeleiding naar een rookarme campus toe wordt gewerkt' zegt Gretel Raspé. 'Roken kan dan in ons ziekenhuis enkel nog onder strikte voorwaarden die momenteel, doelgroep per doelgroep, worden uitgewerkt.'

Specifieke voorwaarden

In een eerste fase wordt ons personeel gestimuleerd om er een gezonde levenskwaliteit op na te houden. 'Daar hoort roken uiteraard niet bij' aldus nog de tabakologe. 'Daarom proberen we zowel het aantal actieve rokers als de negatieve impact van passief roken te verminderen. Zo worden onze rookcabines in de nabije toekomst bijvoorbeeld verplaatst, verder weg van de ingang en van de picknicktafels waaraan de medewerkers bij mooi weer eten. Daarnaast bieden we sinds kort ook gratis rookstopbegeleiding aan voor alle medewerkers die dit wensen. Naast mijn ondersteuning, kunnen ze ook terecht bij psychiater en tabacoloog dr. Bosmans.' Ook voor de patiënten wordt volop gesleuteld aan effectieve begeleiding bij rookstop. Momenteel kunnen ze alvast ambulant bij de tabakologe terecht, op afspraak. Naar de toekomst toe wordt er eveneens voor gehospitaliseerde patiënten een specifiek aanbod tot ondersteuning uitgewerkt. Tegen 2024 tenslotte zal de rookstop-aanpak naar de bezoekers toe op punt worden gesteld.

Grondige intake

Rookstopbegeleiding start met een intakegesprek van 1 uur. Daarbij worden in het kort de schadelijkheid en de verslavende aspecten van het rookgedrag bij de betrokkene overlopen. 'Welke zijn de triggers? Heeft de roker in kwestie al geprobeerd te stoppen of af te bouwen? Werden er vervangmiddelen gebruikt? Welke waren de redenen tot hervat? ...' Vervolgens worden de verschillende rookstopmethodes omschreven en beslist we, in samenspraak met de roker, of men gaat afbouwen dan wel direct stoppen. In functie van het huidige tabaksgebruik wordt tot slot ook bekeken of medicatie dan wel substitutiemiddelen als pleisters, zuigtabletten, sprays... aangewezen zijn of niet.

Verschillende vervolgssessies

Na het intakegesprek zijn er - afhankelijk van de gekozen methode en de ernst van het tabaksgebruik - gemiddeld nog drie tot zes vervolgssessies nodig. 'Hier wordt vooral gepolst naar de ervaringen van de afgelopen weken. Hoe verloopt het afkicken? Worden de tips en tricks die ze meekrijgen in crisismomenten gebruikt? Zijn er nevenwerkingen door de medicatie? Ook motivatie is in deze fase van fundamenteel belang. 'We stimuleren de betrokkene om door te zetten. Om er elke dag opnieuw voor te gaan.'

Eén op drie slaagt!

Er zijn verschillende redenen waarom mensen willen stoppen met roken. Volgens Raspé maken ze zich meestal zorgen omwille van hun rokershoest, omdat ze een aanslepende verkoudheid hebben, een longontsteking opdeden of omdat hun arts het hen oplegt om complicaties na een chirurgische ingreep te voorkomen. Maar stoppen met roken blijkt verre van evident. Of het nu mannen of vrouwen zijn, de meesten hebben drie tot vier pogingen tot stoppen nodig om er dan uiteindelijk definitief mee te kappen. 'Op drie tabaksverslaafden is er gemiddeld toch altijd één die erin slaagt.'

Stoppen heb je zélf in de hand. Net zoals de sigaret...

'Onder druk stoppen met roken is geen haalbare kaart' benadrukt Gretel Raspé. 'Als de wil er niet is, is de slaagkans nihil. Daarom wijs ik iedereen op de eigen verantwoordelijkheid inzake het stoppen met roken. Die heb je immers zelf in de hand (net zoals de sigaret ...)' Als iemand echter te lang blijft vechten tegen de verslaving, komt hij of zij vaak in een negatieve spiraal terecht en adviseert de tabakologe toch om enkele maanden de pogingen tot stoppen te onderbreken. 'Vaak ziet de roker dan veel beter in waar hij of zij in feite mee bezig is en lukt het makkelijker om te stoppen bij een tweede poging. Of op z'n minst om zich te beperken tot één à twee sigaretten per dag.'



Graag meer informatie of een afspraak?

Gretel Raspé | 0471 06 11 12
of mail naar gretel.raspe@telenet.be
Dr. Aad Bosmans | 02 363 66 72

Screening tijdens hospitalisatie voor veiligere zorg

Tijdens de hospitalisatie wordt de patiënt gescreend naar de risico's op delirium, suicide, val, ondervoeding en decubitus. Door deze risico's in kaart te brengen, kunnen we betere en veiligere zorg aanbieden.

Delier vroegtijdig herkennen door het gebruik van de DOS-schaal

Wat is delirium en waarom is screening zo belangrijk

Delirium treedt heel vaak op bij patiënten die opgenomen worden in het ziekenhuis, voornamelijk bij de oudere en kwetsbare patiënten. Bij een delirium raakt de patiënt plots verward en onrustig. Het komt vaak voor maar is een onderschat en ernstig probleem aangezien het vaak gepaard gaat met bijkomende complicaties, een langer ziekteproces, langere hospitalisaties en soms zelfs met de dood tot gevolg. Daarenboven belast het de zorgverleners, de patiënt en de families extra.

Na een doorgemaakt delier kunnen mensen angstig zijn, blijvend cognitieve problemen ondervinden en de kans op dementie bij ouderen is groter. Maatschappelijk gezien betekent dit dan ook een belangrijke meerkost waarvoor een snelle screening, diagnostiek en behandeling van uiterst belang zijn.

Wie heeft het grootste risico

Alle patiënten krijgen bij opname een eerste korte screening voor risico op delier. Indien op 1 van de onderstaande vragen positief wordt beantwoordt, heeft de patiënt een verhoogd risico:

- >70 jaar?
- Hulp nodig bij zelfzorg?
- Delier in de voorgeschiedenis en/of middelengebruik?
- Gekende cognitieve stoornissen (verwardheid/dementie/depressie/CVA)?

Bij een verhoogd risico dient de verpleging driemaal per dag een uitgebreidere DOS-schaal ('Delirium Observatie Screening')

bij de patiënt af te nemen om delier vroegtijdig te herkennen zodat de nodige acties snel kunnen genomen worden.

Wat kunnen we doen om delirium tegen te gaan

Wanneer uit de uitgebreidere screening met de DOS schaal wordt vastgesteld dat de patiënt tekenen van delirium vertoont, zullen eerst niet medicamenteuze acties ondernomen worden (vb. zorgen voor een prikkelarme omgeving, verbeteren van mobiliteit, verbeteren van oriëntatie door traag en duidelijk te spreken of klok hangen) en medische oorzaken die delirium uitlokken worden behandeld (vb. pijn, infectie,...). Indien deze beide acties geen beterschap opleveren, wordt er overgegaan tot medicamenteuze therapie.

'Het is belangrijk dat we blijven werken aan de sensibilisering en opleiding van de gezondheids-medewerkers wat betreft delier. We moeten verder blijven inzetten op preventieve maatregelen en vooral dan de niet medicamenteuze interventies tot zelfs de architectuur van de afdelingen toe.' aldus nog Dr. Aad Bosmans, psychiater binnen het AZ Sint-Maria.



Meer informatie over de niet medicamenteuze acties of medicamenteuze therapie om delirium tegen te gaan en te behandelen, kan u raadplegen via deze QR-code

Onze Interne Psychiatrische Liaison wérkt!

Meer oog voor geestelijke gezondheid

Vanuit de PAAZ werd vorig jaar, bij wijze van proefproject, een interne psychiatrische liaison (IPL) opgericht naar inwendige geneeskunde en acute diensten toe. Het doel: suïcidale patiënten opsporen enerzijds, aandacht en zorg bieden aan mensen met acute angstklachten, depressieve gevoelens en afhankelijkheidsproblemen anderzijds. Adjunct diensthoofd PAAZ Bieke Keunen gaat daartoe dagelijks langs op de betrokken diensten. Samen met haar back-up, hoofdverpleegkundige Valérie Demol, maakt ze een inschatting van de risicopatiënten. Problemen worden doorgegeven aan de psychiaters, die via consults de situatie nauwlettend opvolgen. Indien nodig kan de patiënt na de fysieke behandeling opgenomen worden op de PAAZ voor een mentale oppuntstelling.

Ook na het ontslag uit het ziekenhuis krijgt hij de nodige tools en handvaten mee waar hij thuis op kan terugvallen, zoals brochures, adresgegevens van ambulante diensten enz.

Iedereen unaniem enthousiast

De IPL-werking verloopt zeer goed en de reacties zijn unaniem lovend. Patiënten zijn blij dat er tijd is om naar hen te luisteren, de ondersteuning wordt bijzonder gewaardeerd. Ook verpleegkundigen ervaren het als een verademing om de nodige tijd en aandacht te hebben voor de geestelijke gezondheid van de patiënt. Zelf krijgen ze door deze werking ook steeds meer oog voor diverse psychische problemen en vormen van levensmoeheid. Dankzij het succes onderzoekt de directie de mogelijkheden om de nodige mensen en middelen vrij te maken om dit proefproject definitief uit te rollen.

Valpreventie op maat van de patiënt

Effectieve valpreventie is onmisbaar voor een optimaal herstel van onze patiënten. In 2017 startten we dan ook met een doeltreffend beleid ter zake. Ergotherapeute Nancy Speeckaert legt uit welke procedures we volgen en welke instrumenten we ter beschikking hebben.

Drie doelgroepen

Bij het binnenkomen van een patiënt in het ziekenhuis gelden er standaard preventieve maatregelen. Daarnaast wordt boven de 60 jaar ook zijn valrisico gescreend en in de anamnese opgenomen. Elk risicogeval krijgt, afhankelijk van de leeftijd en de problematiek, aangepaste begeleiding en preventiemiddelen. 'De 60- tot 75-jarigen hebben één keer kine' legt Nancy Speeckaert uit. 'Samen met de patiënt overlopen we ook de brochure "Bewegen tijdens en na de ziekenhuisopname". Afhankelijk van de ernst van het risico kan, in samenspraak met de behandelende arts, nog extra kine worden voorzien. De 75-plussers krijgen een meer uitgebreide opvolging. Valrisico wordt in deze groep immers niet alleen veroorzaakt door mobiliteitsproblemen. Ook de algemene medische conditie van de patiënt, de voedingstoestand, het medicatiegebruik, incontinentieproblemen enz. kunnen valrisico's met zich meebrengen. In dat geval zetten we niet alleen in op kinesitherapie, maar werken we samen vanuit onze geriatrie liaison. Omdat we zien dat 1/3 van de vallers in het ziekenhuis verwardheid vertoont, hebben we vanuit onze werkgroep Valpreventie, Fixatie en Delier de laatste tijd ook onze aanpak van delier verder verbeterd. Op basis van de valincidenten zet deze werkgroep bovendien verbeteracties voor heel ons ziekenhuis op.'

Concrete hulpmiddelen

Sinds de start van ons valpreventiebeleid zijn er op diverse afdelingen ook heel wat zichtbare veranderingen doorgevoerd. Zo bieden we risicopatiënten, naast antislipsokken en aangepaste pantoffels, ook rollators aan waarop een infuus kan worden bevestigd. De badkamers op geriatrie krijgen robuuste, stabiele krukjes en de nieuwe, automatische schuifdeuren hebben een extra veiligheidsoogje en gaan langzamer dicht. Ook onze tuin voor locomotorische revalidatie is aangepast. Het steile hellingsvlak is nu makkelijker toegankelijk en armbandjes met een belletje bieden de patiënt er extra veiligheid. Wie met een valrisico is opgenomen, krijgt voortaan zelfs een rood identificatiebandje om extra zichtbaar te zijn voor alle zorgverleners.



NRS-screening beperkt aanzienlijk de risico's en gevolgen van ondervoeding

Malnutritie is een probleem dat zeer vaak wordt onderschat! Ongeveer 1 op 4 patiënten in de Belgische ziekenhuizen loopt risico op ondervoeding. Zeker ouderen zijn er erg gevoelig voor, vaak door onvoldoende voeding thuis of door malnutritie op te lopen in het ziekenhuis (wegens te lang nuchter voor en/of na een operatie, handen te kort om te helpen bij het eten...) 'Tijdige screening is uitermate belangrijk om ergere problemen te voorkomen' benadrukt diëtiste Nathalie Nys. Daarom maakt onze nutrietiewerkgroep, onder leiding van intensivist dr. Colin Cordemans, het voedingsbeleid multidisciplinair op om zodoende ondervoeding in ons ziekenhuis vroeg te detecteren en te behandelen.

Hogere mortaliteit en hospitalisatieduur

Ondervoeding kan leiden tot een grotere vatbaarheid voor infecties, een vertraagde wondheling, verminderde spiersterkte en verminderde kwaliteit van leven. Voor dezelfde soort en ernst van ziekte, ligt de mortaliteit van ondervoede patiënten na een opvolging van 1 jaar drie keer hoger in vergelijking met goed gevoede patiënten. De hospitalisatieduur wordt met de helft verlengd en er worden respectievelijk 23% en 16% meer antibiotica en intraveneuze vloeistoffen verbruikt. De hospitalisatiekosten stijgen daardoor met minstens 20%. Bovendien verdubbelt het risico op een heropname binnen de 15 dagen bij ondervoede patiënten. Voor België wordt de impact op de kosten van de gezondheidszorg geschat op 400 miljoen euro per jaar!

Vaakst voorkomende gevolgen van ondervoeding

- ↑ complicaties en infecties
- ↑ decubitus
- ↓ wondgenezing
- ↓ functionaliteit
- ↓ conditie
- ↑ opnameduur
- ↑ kosten
- ↓ kwaliteit van leven
- ↑ sterftেকans

Voedingstoestand in België per regio en provincie

	Ondervoeding % (N)	Risico op onder-voeding % (N)	Niet ondervoed % (N)
Vlaanderen	34,40% (516)	42,90% (644)	22,70% (341)
Oost-Vlaanderen	34,80% (139)	44,60% (178)	20,60% (82)
West-Vlaanderen	32,70% (118)	46,50% (168)	20,80% (75)
Limburg	33,70% (69)	40,50% (83)	25,90% (53)
Antwerpen	34,70% (139)	39,70% (159)	25,70% (103)
Vlaams-Brabant	37,80% (51)	41,50% (56)	20,70% (28)
Wallonië	40,20% (299)	39,20% (292)	23,40% (75)
Waals-Brabant	55,10% (27)	26,50% (13)	18,40% (9)
Luik	34,00% (84)	41,30% (102)	24,70% (61)
Henegouwen	41,40% (128)	38,80% (120)	19,70% (61)
Luxemburg	42,40% (19)	40,00% (18)	17,80% (8)
Namen	43,60% (41)	41,50% (39)	14,90% (14)
Brussel			
Hoofdstedelijk Gewest	33,10% (106)	43,40% (139)	23,40% (75)

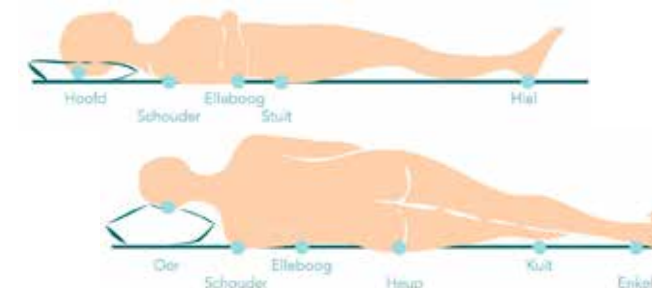
Preventie van ondervoeding in ons ziekenhuis

Binnen de 48 uur na opname wordt, in de mate van het mogelijke, elke patiënt gemeten en gewogen. Er wordt ook gevraagd naar de eetlust, eventueel gewichtsverlies en naar het gewichtsverlies over de laatste periode. 'Al deze gegevens worden opgenomen in het persoonlijke dossier en vormen de basis van onze screeningstool' legt Nathalie Nys uit. 'Per risicoscore krijgt de patiënt één NRS-punt ('Nutritional Risk Score'). Wie drie punten scoort, wordt doorverwezen naar de diëtisten, die nagaan of het gewichtsverlies gewenst is, waarom de patiënt geen zin heeft in eten, hoe de voedingstoestand voor de opname was enz. In functie van de aandoening krijgt de patiënt dan een gespecialiseerd diëtist – bijvoorbeeld in oncologie, psychologie, geriatrie, pediatrie... - toegewezen. Deze past het dieet aan en voegt de nodige nutriënten toe. We proberen de patiënt te stimuleren tot een adequate inname. Lukt dat echter niet, dan bekijken we samen met de behandelende arts de mogelijkheid om sondevoeding op te starten. Maar ook dan proberen we toch nog oraal bij te voeden. Slechts in uitzonderlijke gevallen, wanneer het maag-darmsysteem niet meer voldoende functioneert, wordt parenterale voeding via de bloedbaan toegediend.'

Hoe we continu streven om decubitus te voorkomen

Wat is decubitus en hoe ontstaat het?

Decubitus of doorligwonde is een frequent voorkomend probleem in de gezondheidszorg, voornamelijk bij ouderen of bij immobiele patiënten zoals bijvoorbeeld op IZ. Een decubitusletsel wordt veroorzaakt door aanhoudende druk op een bepaald gedeelte van de huid met verminderde doorbloeding en sterfte van het weefsel tot gevolg. Dit proces wordt versneld door wrijving of wanneer het een vochtige plek is en komt voornamelijk voor waar de huid dicht gelegen is tegen het bot: stuit, hielen, ellebogen, schouderblad, heup, enkel en achterhoofd.



Decubitus veroorzaakt pijn en ongemak, kan de normale activiteit beperken en tast de levenskwaliteit aan. Omwille van de langdurige genezing van decubitusletsels, leidt vaak tot een verlengde opnameduur en verhoogde verzorgingskosten. De prevalentie van decubitus in Belgische ziekenhuizen werd in 2000 geschat op 10,7%. Om deze reden is het van uiterst belang om de risicopatiënten snel te herkennen d.m.v. screening en bij de risicopatiënten de juiste en aangepaste voorzorgmaatregelen te nemen.

Elke patiënt wordt preventief gescreend

Bij al onze gehospitaliseerde patiënten wordt er dagelijks een inschatting gemaakt op het ontwikkelen van decubitus. Dit gebeurt op basis van gestandaardiseerde vragen: of de patiënt zich om de 4 uur kan draaien, of de patiënt nu of in het verleden een decubitusletsel heeft gehad en of de patiënt op verpleegkundig oogpunt een risico heeft tot het ontwikkelen van een decubitusletsel omwille van ondergewicht, mobiliteit, ziekte, ondervoeding, medicatie, ...

Voorkomen en behandelen van decubitus in de praktijk

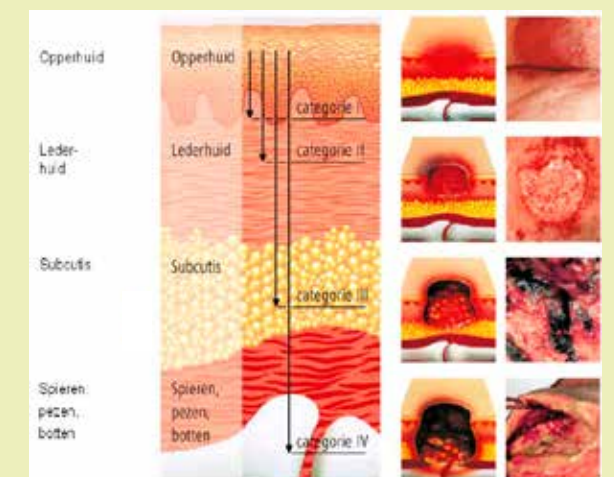
Bij elke risicopatiënt kunnen aan de hand van deze gedetecteerde risico's specifieke maatregelen worden geïmplementeerd:

- wisselhouding
- drukverlagende matrassen en kussens
- schuimverband ter hoogte van bekken en hielen
- huidbescherming door barrièrecreme of spray en doekjes
- zorg voor juiste voeding en voldoende vocht
- advies van een kinesitherapeut
- advies van een ergotherapeut
- advies van een diëtist

Ook de patiënt en/of familie wordt betrokken in het preventieproces. Zo vinden ze n de infobrochure m.b.t. decubituspreventie die meegegeven wordt bij ontslag allerlei tips zodat de maatregelen thuis verder gezet kunnen worden. Elk decubitusletsel wordt ook gemeld zodat elke casus kan onderzocht worden, feedback kan gegeven worden of ondersteuning kan aangeboden worden. Bij decubitus in categorie 1 en categorie 2 wordt dit gecoördineerd door een decubitus-referentieverpleegkundige, bij decubitus in categorie 3 en categorie 4 zorgen de wondzorgcoördinator en gespecialiseerde wondzorgverpleegkundige voor de coördinatie en komen zij bedside het juiste advies geven.

Vier stadia in de ontwikkeling van decubitus

- I** Roodheid van de intacte huid, niet wegdrukbaar.
- II** Huidletsel dat zich beperkt tot de opperhuid en met (open gesprongen) blaarvorming en/of ontvelling.
- III** Huiddefect met schade of necrose (weefselversterf) van huid en onderhuids weefsel. De schade kan zich uitstrekken tot aan het onderliggende bindweefselvlies. Klinisch is het letsel zichtbaar als een krater, al dan niet met ondermijning van het aanpalende weefsel.
- IV** Uitgebreide weefselschade of weefselversterf aan spieren, botweefsel of ondersteunende weefsels. Het letsel van de huid behelst de volledige huiddikte.



- walk the talk -

Een gezonde werkplek

Eerder in dit nummer vermeldden we al dat we preventie beschouwen als een van de basisopdrachten van ons ziekenhuis. Vermits we écht geloven dat voorkomen beter is dan genezen, lijkt het ons vanzelfsprekend om ook een gezond leef- en werkklimaat te creëren voor onze medewerkers en artsen. De afgelopen jaren namen we meerdere initiatieven om onze medewerkers te stimuleren en te helpen een gezonde(re) levensstijl aan te nemen.

In het glas en op het bord

In het personeelsrestaurant zullen de frietjes zeker blijven scoren. Maar daarnaast willen we onze medewerkers consequent een gezond alternatief aanbieden. Groenten zijn reeds vele jaren omnipresent in het aanbod. Zo bieden wij sinds jaren gratis soep aan en kwam er in 2020 ook een vegetarisch alternatief op het menu. COVID-19 vraagt veel van onze mensen, zowel op mentaal als op fysisch vlak. Tijdens de coronapandemie zijn we begonnen met het gratis aanbieden van een gezond en versterkend vieruurtje. Om onze medewerkers te stimuleren dagelijks minstens één stuk fruit te eten, besloten we dit blijvend aan te bieden, COVID of geen COVID. Investeren in een gezond aanbod betekent ook ontraden wat als ongezond kan worden beschouwd. Om die reden worden suikerrijke frisdranken niet langer aangeboden tijdens meetings of opleidingsmomenten. Voldoende water drinken is de boodschap. Naar aanleiding van de dag van de zorg kregen alle medewerkers een Dopper-fles.

Al gehoord van de 'LOOPBAAN'?

Met de 'LOOPBAAN' wil Sport Vlaanderen werken en sporten met elkaar verbinden door de aanleg van een bewegwijzerde loop- en wandelomloop in de buurt van bedrijventerreinen, bij voorkeur met een link naar nabijgelegen natuur. Perfect geschikt dus voor een jogging, een lunchwandeling of een actieve vergadering. De werknemers kunnen dan, zowel tijdens de pauze als tijdens de werktijd, even genieten van de buitenlucht én van een flinke portie beweging. Sport Vlaanderen stelde voor om de eerste 'LOOPBAAN' van Vlaams-Brabant te realiseren op de Grote Weide, aan de achterzijde van ons ziekenhuis. Sport Vlaanderen, de stad Halle en het AZ Sint-Maria sloegen hiervoor de handen in elkaar. We beschouwen het als een extra troef om onze medewerkers een 'wand- en loopbaan' in de directe omgeving van ons ziekenhuis aan te bieden, zowel voor pauzemomenten als voor het voeren een 1-op-1 gesprekken, zoals bijvoorbeeld een evolutiegesprek.

Loopbaan 'Grote Weide'

Loopbaan 'Grote Weide' bevat 2 bewegwijzerde wandel- en looproutes. De kleine lus (2 km) start aan de achterzijde van ons ziekenhuis. Via de kleine lus kan dan gemakkelijk aangesloten worden op de grotere lus (6,5 km), die haar startpunt heeft op de Colruyt-terreinen.

Naar een tabaksarme campus

AZ Sint-Maria wil ook gefaseerd evolueren naar een tabaksarme campus. Men zegt wel eens: 'Zien roken, doet roken'. In de eerste plaats willen we rond het ziekenhuis een brede, rookvrije perimeter realiseren. Concreet betekent dit dat de rookhokjes verder van de toegangen zullen worden ingeplant. De overlast voor niet-rokers en verblijvende patiënten zal hierdoor sowieso afnemen. Als tweede spoor willen we onze eigen medewerkers aanmoedigen om het roken te laten. De drempel daartoe kunnen we verlagen door de kosten van een professionele rookstopbegeleiding mee te financieren. Tenslotte willen we dat het zorgpersoneel getraind wordt om patiënten effectief aan te moedigen om deel te nemen aan een rookstopprogramma binnen of buiten het ziekenhuis.

Inzetten op vaccinatie

Onze medewerkers en artsen stimuleren we steeds zo veel mogelijk om zich te laten vaccineren. Zo is er onze jaarlijks wekerende griepvaccinatiecampagne, die dit jaar een mooie vaccinatiegraad opleverde van bijna 72 %. Daarnaast legden we de focus het voorbije jaar natuurlijk ook de Covid-vaccinatiecampagne. Daar haalden we een topresultaat van bijna 98 %. Onze zorgmedewerkers staan immers dagdagelijks in nauw contact met onze patiënten. Door zich te laten vaccineren beschermen ze dus niet enkel zichzelf maar ook de patiënten of kwetsbare personen met wie ze contact hebben.

Authenticiteit en externe ondersteuning

Het is een groot voordeel je ondersteund te weten door de externe dienst voor preventie en bescherming op het werk. Zowel de preventieadviseur-arbeidsarts als de preventieadviseur psychosociale aspecten tonen zich zeer betrokken. De recente wetgeving creëert eveneens meer ruimte voor preventie, ten koste van periodieke consults. Ook de arbeidsarts heeft een belangrijke signaalfunctie. Vanuit de vele persoonlijke contacten komen risicofactoren aan de oppervlakte. Als gevolg daarvan werd de afgelopen jaren onder meer ingezet op de preventie van rugklachten door medewerkers te trainen in hef- en tiltechnieken. Ook kwamen er maatregelen om prikongevallen terug te dringen en werd er werk gemaakt van veilige en ergonomische schoenen. Het is evident dat wij als ziekenhuis geloofwaardig willen zijn in alles waar we voor staan. Medewerkers met een gezonde levensstijl dragen onze waarden mee uit!



Nieuwe artsen



Dr. Tom DEPOVERE Arts-Specialist in de Orthopedie met subspecialisatie in de Voet- en Enkelchirurgie

Sinds 1 september 2021 wordt onze dienst Orthopedie versterkt met de aanstelling van dr. Tom DEPOVERE.

Na het afronden van zijn opleiding kinesitherapie en revalidatie-wetenschappen startte hij zijn opleiding geneeskunde aan de Vrije Universiteit van Brussel. Vervolgens heeft hij zich gespecialiseerd in de orthopedie in verschillende centra in België. Dr. DEPOVERE heeft zich nadien gesubspecialiseerd in de voet- en enkelchirurgie door het volgen van fellowships in verschillende centra: Sint Maartenskliniek Nijmegen in Nederland, Clinique du Sport Mérignac (Bordeaux) in Frankrijk en ZNA Middelheim Antwerpen.

CONTACTGEGEVENS Dr. Tom DEPOVERE

02 363 66 35
t.depovere@sintmaria.be

RIZIV-nummer:
1-37371-74-480



Dr. Elisabeth DE MEUE

Arts-Specialiste in de Medische Oncologie

Dr. Elisabeth DE MEUE versterkt vanaf 13 september 2021 onze dienst Oncologie.

Zij genoot haar opleiding geneeskunde aan de KU Leuven, waarna zij zich specialiseerde in de Medische Oncologie.

Dr. DE MEUE is als voltijds arts tewerkgesteld in de Europaziekenhuizen en zal als consulente 2 dagen per week in ons ziekenhuis de dienst oncologie mee ondersteunen, samen met de reeds bestaande equipe. Zij zal steeds aanwezig zijn op de MOC's van vrijdag.

CONTACTGEGEVENS Dr. Elisabeth DE MEUE

02 363 66 84
e.demeue@sintmaria.be

RIZIV-nummer:
1-99876-41-660



Dr. Deborah MASFRANCX

Arts-Specialiste in de Endocrinologie

Vanaf 15 september 2021 versterkt dr. Deborah MASFRANCX onze dienst Endocrinologie.

Dr. MASFRANCX genoot haar opleiding geneeskunde aan de KU Leuven, waarna zij zich specialiseerde in de Endocrinologie.

Bij de aanvang van haar medische activiteit werd Dr. MASFRANCX ook aangesteld als medisch diensthoofd van de dienst.

Vanaf heden hospitaliseert de dienst endocrinologie naast de ambulante endocrinologische zorg ook patiënten onder de naam van de endocrinologie zelf.

CONTACTGEGEVENS Dr. Deborah MASFRANCX

02 363 66 80
d.masfrancx@sintmaria.be

RIZIV-nummer:
1-98277-88-583



Dr. Thomas VAN NIEUWENHOVE

Arts-Specialist in de Gastro-Enterologie

Sinds 1 oktober 2021 wordt onze dienst Gastro-Enterologie versterkt met de aanstelling van dr. Thomas VAN NIEUWENHOVE.

Hij genoot zijn opleiding geneeskunde aan de Vrije Universiteit van Brussel, alwaar hij zich specialiseerde in de Gastro-Enterologie. Dr. VAN NIEUWENHOVE heeft zich tijdens zijn opleiding verder toegespitst op echo-endoscopie, ERCP en IBD middels een buitenlandse stage in het Breda-ziekenhuis.

CONTACTGEGEVENS Dr. Thomas VAN NIEUWENHOVE

02 363 66 21
t.vannieuwenhove@sintmaria.be

RIZIV-nummer:
1-99941-73-650



Dr. Nicolas KINT

Arts-Specialist in de Hematologie

Onze dienst Hematologie wordt vanaf 12 november 2021 versterkt met de aanstelling van dr. Nicolas KINT.

Hij genoot zijn opleiding geneeskunde aan de KU Leuven, alwaar hij zich tevens specialiseerde in de Inwendige Geneeskunde en de Klinische Hematologie. In 2019 behaalde hij tevens een PhD in Biomedical Sciences. Binnen de hematologie richt zijn klinische interesse zich hoofdzakelijk op de diagnostiek en behandeling van patiënten met plasmacelaandoeningen.

Dr. KINT is sinds oktober 2021 als voltijds arts tewerkgesteld in het UZ Brussel en zal 1 dag per week in ons ziekenhuis de dienst hematologie mee ondersteunen in nauwe samenwerking met Dr. Trullemans.

CONTACTGEGEVENS Dr. Nicolas KINT

02 363 66 00
n.kint@sintmaria.be

RIZIV-nummer:
1-99194-44-598



Dr. Karolien VAN DER LELIE

Arts-Specialiste in de Psychiatrie

dr. Karolien VAN DER LELIE versterkt onze dienst Psychiatrie vanaf 15 november 2021.

Zij genoot haar opleiding geneeskunde aan de KU Leuven, waarna zij zich specialiseerde in de Psychiatrie. Dr. VAN DER LELIE heeft haar laatste jaar opleiding psychiatrie bij ons in het AZ Sint-Maria gevolgd en met succes voltooid.

CONTACTGEGEVENS Dr. Karolien VAN DER LELIE

02 363 66 72
k.vanderlelie@sintmaria.be

RIZIV-nummer:
1-79183-73-780

Met pensioen



Dr. Antoon DEROULEZ

Arts-Specialist in de Fysische Geneeskunde & Revalidatie

Per 1 september 2021 heeft dr. Antoon DEROULEZ, arts-specialist in de fysische geneeskunde & revalidatie, ons ziekenhuis verlaten om te gaan genieten van een welverdiend pensioen.

Wij wensen dr. DEROULEZ te danken voor de jarenlange samenwerking en zijn inzet voor onze dienst fysische geneeskunde & revalidatie en wensen hem het allerbeste toe voor de toekomst.

Nieuw in AZ Sint-Maria - logopedie voortaan ook ambulant

Sinds september 2021 kunnen patiënten in ons ziekenhuis terecht voor een ambulante consultatie logopedie. Zelfstandig logopediste Joyce Valkenier ontvangt ook niet-gehospitaliseerde patiënten op de raadpleging, zowel voor het stellen van een diagnose als voor een behandeling. Patiënten met een neurogene problematiek zijn er eveneens welkom, evenals mensen met slikstoornissen. Verder kunnen ook baby's en jonge kinderen met een eet- of drinkproblematiek bij Joyce terecht. De focus in deze ambulante setting ligt steeds op de individuele therapie en behandeling van de patiënt,

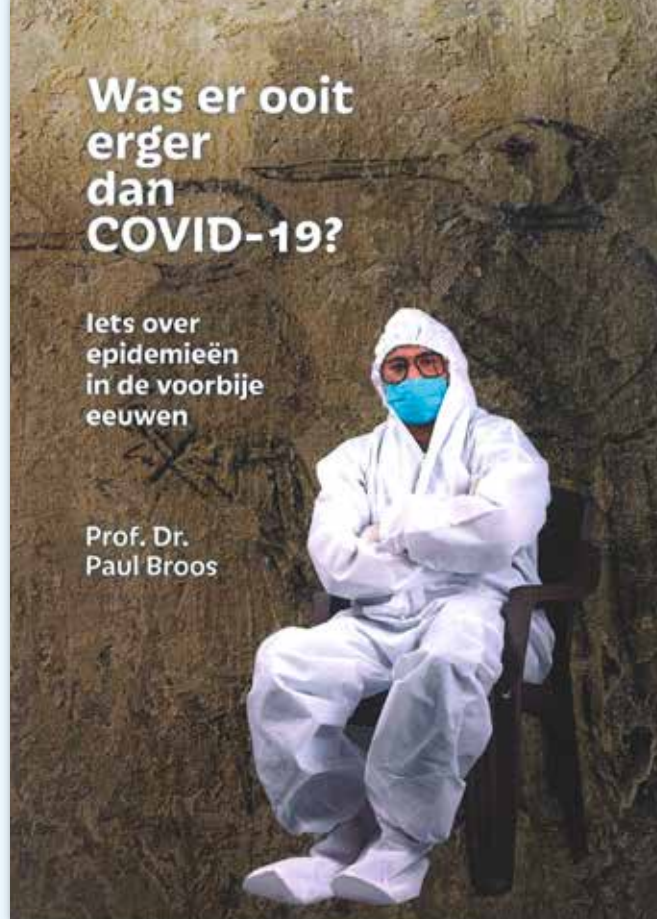


Graag meer informatie of een afspraak?

Dat kan online via www.sintmaria.be of telefonisch op 02 363 61 22.

Was er ooit erger dan COVID-19?

Prof. Dr. Paul Broos, voorzitter van de Raad van bestuur van AZ Sint-Maria vraagt het zich af in zijn nieuw boek over epidemieën in de voorbije eeuwen.



Epidemieën, virus, vaccinatie, quarantaine,... het zijn termen die ons tegenwoordig maar wat vertrouwd in de oren klinken. Toch is dit allemaal niet nieuw. Van in de vroege middeleeuwen worden onze contreien geteisterd door allerlei infectieziekten. De focus in dit boeiende werk ligt dan ook op deze klassieke boosdoeners uit een ver verleden zoals de pest, Spaanse griep, malaria ... en in hoeverre onze Lage landen hieronder te lijden hadden. Het boek leest niet als een modern werk over infectiologie of epidemiologie, ook wie op zoek is naar de nieuwste behandelingen en onderzoeksmethodes blijft op zijn honger zitten. Wie daarentegen houdt van een mix van wetenschap en historische feiten komt hier zeker mee aan zijn trekken.

De laatste hoofdstukken in het boek gaan over de hedendaagse virus- epidemieën en (hoe kan het ook anders?) de huidige pandemie waar we nog steeds midden in zitten: COVID- 19. Komt er ooit een einde aan deze pandemie? Zullen we ooit gewapend zijn tegen Corona- en andere virussen? Vragen waar we op dit moment helaas nog geen antwoorden op hebben gevonden. Maar dit boek plaatst ze alvast tegen een historisch kader en helpt ons linken leggen naar het verleden. Het is dan ook opgedragen aan alle zorgverleners die zich in deze woelige tijden staande weten te houden, ondanks een hier en daar wankelend beleid. Prof. Broos weet de lezers te boeien met een goed geschreven en rijklijk gedocumenteerd werk waar zijn passie voor geschiedenis en geneeskunde al vanaf de eerste bladzijde duidelijk wordt. Een aanrader voor iedereen die graag een duik neemt in het verleden!

Algemeen Ziekenhuis Sint-Maria vzw

Ziekenhuislaan 100 | 1500 Halle
tel. +32 (0)2 363 12 11 | fax +32 (0)2 363 12 10
www.sintmaria.be

Ond.nr. 0467.967.491



Sint-Maria Halle
ALGEMEEN ZIEKENHUIS