

Maart 2004 – Nr. 27

# FOCUS



Driemaandelijks tijdschrift

Direct overleg huisarts – geriater

Ambulante chirurgie als organisatorisch concept

Cardiaal revalidatieprogramma AZ Sint-Lucas

Diagnostisch en therapeutisch beleid  
bij dysfagiepatiënten

Alle spoedopnamen in campus Sint-Lucas



azsint-lucas

## INHOUD



2

### COLOFON

Focus is het  
driemaandelijks tijdschrift van  
vzw AZ Sint-Lucas & Volkskliniek.

Campus Sint-Lucas  
Groenebriel 1, 9000 Gent  
Tel. 09-224 61 11 – Fax 09-224 61 10

Campus Volkskliniek  
Tichelrei 1, 9000 Gent  
Tel. 09-224 56 11 – Fax 09-224 56 10

info@azstlucas.be

Redactie:  
Filip Decruynaere  
Groenebriel 1, 9000 Gent  
Tel. 09-224 61 23  
filip.decrunyaere@azstlucas.be

Verantwoordelijke uitgever:  
dr. Hugo Dierckxsens  
Groenebriel 1, 9000 Gent

Redactiecomité:  
P. Cambier, R. Coddens, T. Colle,  
A. Clement, P. De Baere, P. Degadt,  
H. Dierckxsens, G. Hollanders,  
D. Maes, E. Merchiers, W. Pauwels,  
M. Troch, G. Van den Abeele.

Foto's:  
F. Erkens

Vormgeving:  
dotplus

- 3** Editoriaal  
Oncologisch zorgprogramma
- 4-6** Direct overleg huisarts – geriater bij opname en ontslag  
“Geriaters zijn erg gemotiveerde artsen”
- 7** Dr. Luc Van Outryve, voorzitter van B.A.A.S.  
Ambulante chirurgie als organisatorisch concept
- 8-9** Cardiaal revalidatieprogramma AZ Sint-Lucas erkend  
Hartpatiënt nog beter met zorg omringd
- 10-11** Diagnostisch en therapeutisch beleid bij dysfagiepatiënten  
Efficiënt dysfagiebeleid kan erger voorkomen
- 12** Vanaf 1 juni 2004  
Alle spoedopnamen in campus Sint-Lucas
- 13-15** Homo sapiens of homo sentiens?  
In de ban van blinde emoties



Dr. Hugo Dierckxsens

EDITORIAAL

## Oncologisch zorgprogramma

Sinds jaar en dag profileert AZ Sint-Lucas zich – onder meer – als oncologisch centrum. Dankzij een goede organisatie en een doorgedreven patiëntenservice heeft het ziekenhuis op dit terrein een stevige reputatie opgebouwd. In maart vorig jaar (KB van 21/03/03) vaardigde de overheid nieuwe erkenningsnormen uit voor oncologische zorgprogramma's. Daarbij werd een onderscheid gemaakt tussen een (minimaal) basisprogramma en een (uitgebreid) oncologisch zorgprogramma. Het zorgprogramma biedt de patiënt de best mogelijke **betrouwbare zorg**. Het spreekt dan ook vanzelf dat het AZ Sint-Lucas resoluut deze weg kiest.

De rode draad in de nieuwe erkenningsnormen is het aanbieden van een kwaliteitsvolle zorg voor elke patiënt door middel van een multidisciplinaire aanpak. Om dit te verwezenlijken moet elk ziekenhuis dat het oncologisch zorgprogramma aanbiedt, aan een groot aantal voorwaarden voldoen. Een oncologisch handboek met alle procedures met betrekking tot diagnose, behandeling en verwijzing van elke oncologische aandoening, is een eerste vereiste. Er moet ook een oncologisch consult georganiseerd worden, bestaande uit minimum drie artsen – bijvoorbeeld: de huisarts of de behandelende arts, een oncoloog en een chirurg. Zij bepalen in overleg het best mogelijke behandelingsplan voor elke individuele patiënt. Van dit overleg wordt een verslag gemaakt, dat in het medisch dossier wordt opgenomen.

Naast deze basisrichtlijnen wordt de kwaliteit van het zorgprogramma oncologie verder bewaakt door een deskundige medische én paramedische besta-fing. Hierbij horen onder meer een professionele psychosociale begeleiding en de aanwezigheid van een arts-specialist in de pijnbehandeling. Het zorgprogramma vereist tevens een multidisciplinaire

oncologische commissie (waarin specialisten van verschillende disciplines samen de krachtlijnen uitwerken van het zorgprogramma), een internist-hematoloog, een internist-oncoloog en diverse gespecialiseerde artsen, zowel chirurgisch als internistisch, met ervaring in de oncologische behandeling binnen hun discipline. Om de kwaliteit van de toediening van cytostatica in het dagziekenhuis te waarborgen, is een werkgroep antitumorale medicatie opgericht. Er is ook een registratieprogramma uitgewerkt dat toelaat om de kwaliteit en de opvolging voortdurend te evalueren. Dit alles wordt in goede banen geleid door een medisch oncologisch coördinator. In AZ Sint-Lucas is dat dokter Frank Bouttens.

Tot zover de belangrijkste pijlers. AZ Sint-Lucas handelt al jaren een multidisciplinaire aanpak. Wekelijks is er een stafvergadering oncologie. Het nieuwe KB geeft echter een bijkomend elan en betekent een stimulans om het oncologisch programma te evalueren. Het is meteen ook de bedoeling om de huisarts als volwaardige partner te laten participeren bij het uitstippelen van het behandelingsplan en de opvolging ervan. De huisartsen zijn vertegenwoordigd op de vergaderingen van de multidisciplinaire oncologische commissie en worden bovendien betrokken bij de patiëntbesprekingen in het multidisciplinair consult.

Inmiddels behandelt de overheid de erkenningsaanvragen van de verschillende ziekenhuizen. Wij wachten echter niet op deze officiële erkenning om de strenge normen alvast in de dagelijkse praktijk te integreren. In een volgend nummer van Focus gaan we hier graag dieper op in.

Dr. Hugo Dierckxsens  
Medisch directeur

## “Geriaters zijn erg gemotiveerde artsen”

Vandaag telt campus Volkskliniek één afdeling geriatrie, campus Sint-Lucas heeft er drie. Tegen eind 2004 zal de situatie precies omgekeerd zijn. De geriaters van beide campussen hebben zich inmiddels in één associatie verenigd. Naast dr. Stany Haemers, dr. Rudy Heye en dr. Hendrik Pennoit maakt sinds enkele maanden ook dr. Han Martens deel uit van het team. De ideale gelegenheid om haar even aan u voor te stellen.

Dr. Han Martens was pas afgestuurd toen ze in oktober 2003 de geriatrische staf in AZ Sint-Lucas kwam vervoegen. Tijdens haar studies deed ze vooral ervaring op in het UZ Gent. Op het ogenblik werkt ze zowel op campus Volkskliniek (Sporadische ziekten) als op campus Sint-Lucas (geriatrie). Maar dat is maar tijdelijk...

**Dr. Han Martens:** Op het ogenblik wordt een afdeling interne in campus Volkskliniek verbouwd tot een geriatrie-afdeling. De kamers en het sanitair worden aangepast en opgefrist, er komt een kinezaal en een gezellige leefruimte en dagzaal, waar onder meer ergotherapie aangeboden kan worden. In juni zijn die werken klaar en verhuist er één G-afdeling van campus Sint-Lucas naar campus Volkskliniek. In oktober van dit jaar volgt een tweede verhuisbeweging van een G-afdeling van Sint-Lucas richting Volkskliniek. Op dat ogenblik zal campus Volkskliniek drie afdelingen geriatrie huisvesten, campus Sint-Lucas nog één. Dat is een bewuste keuze.

### Hoezo?

**Dr. Han Martens:** Dat er een G-afdeling in campus Sint-Lucas blijft, heeft te maken met de aanwezigheid van de spoedgevallendienst daar. Patiën-

ten die via de spoed binnenkomen, hoeven dus niet meteen naar een andere campus overgebracht te worden. Het is echter de uitdrukkelijke bedoeling om zoveel mogelijk met geplande opnames te werken, en de patiënt onmiddellijk op de juiste afdeling op te nemen. Op die manier vermijden we onnodig transport. We vragen de huisartsen om in de mate van het mogelijke rechtstreeks contact op te nemen met de geriaters om een opname te regelen. Ik weet wel, het *lijkt* soms gemakkelijker om een patiënt via de dienst spoedgevallen te laten opnemen, maar dat is niet altijd in het belang van de patiënt. Nu al gebeuren veel opnamen in direct overleg tussen huisarts en geriater; we willen dat systeem veralgemenen. In het belang van de patiënt, want die ervaart heel sterk het verschil tussen als individu op een afdeling verwacht worden en onaangekondigd binnenkomen via de spoed.

Het contact met de huisarts is trouwens van primordiaal belang om diverse redenen: om de voorgeschiedenis van de patiënt te leren kennen, om af te spreken welke onderzoeken al dan niet nodig zijn, om de verwachtingen te kennen. Ik ben dan ook erg gemotiveerd om van de communicatie met de huisartsen een actiepunt te maken, ook bij het ontslag van een patiënt.



*Dr. Han Martens:*

*“Een oude boom kan je niet zomaar verplanten. Toch beschouw ik het als een persoonlijke mislukking als een koppige bejaarde naar huis terugkeert en enkele weken later met een heupfractuur opgenomen wordt.”*

### **In totaal zijn vandaag vier gerieters werkzaam in AZ Sint-Lucas. Hoe is de samenwerking?**

**Dr. Han Martens:** Er is één associatie gevormd en elke arts concentreert zich op één afdeling. Dr. Pennoit, dr. Haemers en ikzelf worden verantwoordelijk voor een afdeling in campus Volkskliniek, dr. Heye neemt de afdeling in campus Sint-Lucas onder zijn hoede. Om routine te vermijden zullen we jaarlijks van afdeling wisselen. De afspraak is dat elke patiënt gevolgd wordt door de afdelingsarts. Uiteraard wordt de patiënt bij voorkeur opgenomen op de afdeling van de arts waarnaar verwezen is, maar als die afdeling vol ligt, dan wordt de patiënt op een andere G-afdeling en dus bij een andere geriater opgenomen. Patiënten vinden dat over het algemeen niet erg, zeker niet als er één beleid, één visie en één zorg gegarandeerd zijn. Een voordeel van dit systeem is dat geriatriepatiënten niet langer op een niet-geriatrie afdeling terechtkomen als de afdeling van hun arts vol ligt, maar wel op een andere gespecialiseerde geriatrie-afdeling.

### **Krijgen de vier geriatrie-afdelingen hetzelfde profiel?**

**Dr. Han Martens:** Zeker! Het is niet de bedoeling om in campus Volkskliniek alleen maar chronische patiënten op

te nemen en in campus Sint-Lucas de acute patiënten onder te brengen. Dat zou een vergissing zijn. Zowel voor de artsen als voor de zorgmedewerkers is het noodzakelijk om beide groepen van patiënten te hebben, zodat er afwisseling is en we bij kunnen blijven en de zorg optimaal kunnen houden.

### **Het aantal G-bedden in ziekenhuizen stijgt de afgelopen jaren gestaag.**

**Dr. Han Martens:** Het is dan ook een vrij jong specialisme. Pakweg twintig jaar geleden bestond de geriatrie nog niet als afzonderlijke discipline. Het vreemde is wel dat geriatrie niet zo populair is bij studenten geneeskunde. Op termijn dreigt zelfs een tekort te ontstaan. Daar zijn verschillende redenen voor. Als geriater kan je de mensen bijvoorbeeld niet echt genezen. Soms moet je mensen tegen hun zin in een rusthuis plaatsen. Gerieters hebben ook weinig technische prestaties. We zijn dus niet de grootverdieners. Dit alles betekent wel dat de meeste gerieters enorm gemotiveerd zijn. Gelukkig groeit ook de waardering voor het vak. Gerieters moeten van alles een beetje op de hoogte zijn: cardio, pneumo,... Daarnaast besteden we veel tijd en aandacht aan de familie en aan sociale problemen. We moeten een totaalbeeld van de patiënt proberen te

krijgen. Toch zullen we nooit de taak van een huisarts kunnen overnemen, want die staat onvergelijkelijk veel dichterbij zijn patiënt.

### **U werkt ook op de Sp-dienst chronische patiënten. Daar is vaak plaatsgebrek?**

**Dr. Han Martens:** Op de Sp-dienst verblijven veel patiënten die wachten op een plaatsing. Ze zijn over het algemeen gestabiliseerd en functioneren vrij goed. Ze komen niet alleen van een geriatrie afdeling, vaak ook worden ze door andere disciplines doorverwezen. Het klopt dat er een wachtlijst is van enkele weken of maanden. Dat komt door het nijpende tekort aan plaatsen in rust- en verzorgingstehuizen en aan service-flats. Veel mensen wachten ook te lang om zich op een wachtlijst voor een rusthuis te plaatsen. Pas als er echt problemen zijn, beginnen ze uit te kijken. Maar dan moet de hele procedure nog gestart worden en gaat er veel tijd verloren. Soms worden mensen in het ziekenhuis opgenomen die eigenlijk allang niet meer alleen kunnen wonen, maar koppig vasthouden aan het leven dat ze altijd geleid hebben. Ik begrijp dat, hoor: je kan een oude boom niet zomaar verplanten. Toch beschouw ik het als een persoonlijke mislukking als een koppige bejaarde naar huis terugkeert en enkele weken >>

>> later met een heupfractuur opgenomen wordt.

### Ook hier hangt veel af van de sociale situatie?

**Dr. Han Martens:** Oudere mensen zonder kinderen kunnen het heel moeilijk krijgen. Zij moeten meestal het vroegst naar een rusthuis, omdat ze er alleen voor staan. Thuishulp kan veel oplossen, maar niet alles. Ook voor mensen met kinderen is er minder en minder zekerheid. Weinig kinderen zijn nog geneigd om hun ouders in huis te nemen. Dat is een spijtige evolutie, al moet ik bekennen dat als kinderen mij om advies vragen, ik het ook soms afraad: het kan héél zwaar zijn en mensen worden ook hoe langer hoe ouder. Soms gebeurt het dat ik zelf eens pols bij de kinderen of ze opvang zien zitten, maar er wordt zelden op ingegaan. Als mensen dan niet vroeg genoeg een beslissing nemen en zich op een wachtlijst bij verschillende rusthuizen inschrijven, kan het een lijdensweg in verschillende stadia worden: van huis naar de geriatrie, dan naar de Sp-dienst, dan naar het rusthuis. “Wat doen ze oude mensen nog aan?”, hoor je dan vaak de bejaarde vragen en dan volgen meestal verwijzen naar de

familie. Het beste is om open kaart te spelen, om niets achter de rug van de patiënt om te bespreken.

### U bent nog maar recent afgestudeerd. Beantwoordt de praktijk aan het beeld dat u ervan had?

**Dr. Han Martens:** Er zijn toch een aantal zaken die me opvallen. Ten eerste valt het overlijden van een patiënt me stukken zwaarder nu het *mijn* patiënten zijn. Het gevoel van falen is groter, ook naar de familie toe. Een tweede vaststelling is dat er veel meer dementie en alzheimerdementie is dan ik verwacht had. Die patiënten worden nu ook veel meer in een ziekenhuis opgenomen dan vroeger, toen ze zo lang mogelijk thuis verzorgd werden. Er bestaat effectieve medicatie tegen dementie, als men er maar vroeg genoeg bij is. Deze medicatie, cholinesterose remmers, wordt echter veel te weinig voorgeschreven en het kan alleen door geriateren, neurologen en psychiaters, die dan nog een hele papierberg moeten doorworstelen. Dat is jammer, want ik vermoed dat opname in een ziekenhuis of plaatsing in een rusthuis in veel gevallen vermeden of op zijn minst uitgesteld zou kunnen worden als de huisarts dit middel zou kunnen voorschrijven

en de administratieve rompslomp zou verdwijnen.

Een derde zaak die me verrast heeft, is de hoge leeftijd van de patiënten. De gemiddelde leeftijd op de geriatrie is tachtig jaar! Veel patiënten zijn ouder dan negentig. Velen zijn nog in goede conditie, al zijn er meestal wel hartproblemen. Een vraag die zich dan opdringt is: hoe ver gaan we in de behandeling van hoogbejaarde patiënten? Soms krijg ik het gevoel dat mensen niet meer *mogen* sterven. De druk van familie om toch maar nog een hartklep te steken, kan heel groot zijn. De verwachtingen van de mensen zijn bijzonder hoog, soms té hoog. Het is begrijpelijk: afscheid nemen is altijd moeilijk. Maar tot op welke leeftijd stuur je mensen naar de afdeling intensieve zorg voor een intubatie? De familie voorbereiden op het onvermijdelijke van de dood is vaak heel moeilijk, maar het is een noodzaak.

Let wel, op de afdeling geriatrie is er meer dan kommer en kwel. Als geriaters ondervinden we over het algemeen heel veel warme vriendschap van onze patiënten. En door goed naar hen te luisteren, heb ik al heel wat levenswijsheid opgedaan!

Filip Decruynaere

6



### Geriatricie in het AZ Sint-Lucas

Dr. Stany Haemers  
09-224 63 58

Dr. Rudy Heye  
09-224 63 76

Dr. Han Martens  
09-224 65 60

Dr. Hendrik Pennoit  
09-224 54 93



DR. LUC VAN OUTRYVE, VOORZITTER VAN B.A.A.S.

## Ambulante chirurgie als organisatorisch concept

7

**B.A.A.S. staat voor Belgian Association of Ambulatory Surgery, de vereniging voor ambulante chirurgie. De vereniging telt 250 leden uit Vlaanderen, Wallonië en Brussel. De bedoeling is niet alleen om advies en informatie te verstrekken over dagchirurgie, maar ook om als gesprekspartner van de overheid te fungeren. Voorzitter van B.A.A.S. is dokter Luc Van Outryve.**

“De B.A.A.S. wil mensen bijeenbrengen die interesse hebben voor dagchirurgie”, aldus dokter Van Outryve. “Niet alleen chirurgen zijn lid van de vereniging, maar ook huisartsen, anesthesisten, verpleegkundigen en andere ziekenhuismedewerkers. Om de twee jaar organiseren we een congres. We hebben inmiddels vijf edities achter de rug. In 2003 vond het congres in Leuven plaats, in het voorjaar 2005 wordt Gent de plaats van gebeuren.”

Dr. Van Outryve werd voorzitter in maart 2003. Het is zijn betrachting om van B.A.A.S. een volwaardige gesprekspartner van de overheid te maken. “De komende maanden en jaren verwachten we nog heel wat ontwikkelingen op het gebied van de dagchirurgie”, zegt dokter Van Outryve. “Het is dan ook belangrijk dat de mensen van het werkveld hier inspraak in hebben. Vooral wat betreft de organisatie van de ambulante chirurgie kan nog heel wat gebeuren. Ik denk dan bijvoorbeeld aan de concrete samenwerking met de huisartsen en de thuiszorg. Ook voor de ontwikkeling van klinische paden is de organisatie van het grootste belang. Het implementeren van klinische paden kan het aandeel van

dagchirurgie versterken. Beide zijn immers gericht op een strakke organisatie en goede afspraken, wat moet leiden tot een betere service en een grotere performantie. Ambulante chirurgie is in de eerste plaats een organisatorisch concept.”

Als voorzitter van B.A.A.S. is dokter Van Outryve meteen ook de Belgische afgevaardigde in de I.A.A.S., de internationale overkoepelende vereniging, met secretariaat in Londen. “Die contacten met collega’s in andere landen werken erg inspirerend”, vertelt dr. Van Outryve. “België heeft nog een hele weg af te leggen in vergelijking met sommige andere landen. We hoeven dus niet altijd zelf het warm water uit te vinden. We kunnen leren uit de ervaringen van anderen. Ook de I.A.A.S. organiseert geregeld congressen. Het volgende vindt plaats in Sevilla in april 2005.”

B.A.A.S. heeft een eigen infobrief “B.A.A.S. news”, die twee keer per jaar verschijnt. Voor meer informatie kan u terecht bij dr. Luc Van Outryve, B.A.A.S., Tichelrei 1 in Gent. Er is ook een website: [www.baas.be](http://www.baas.be).

F.D.

## Hartpatiënt nog beter met zorg omringd



**Sinds 1 januari 2004 beschikt AZ Sint-Lucas over een erkenning voor cardiale revalidatie. Dit betekent dat patiënten na een hartingreep of hartaandoening in AZ Sint-Lucas een volledig revalidatieprogramma kunnen doorlopen. Twee aspecten zijn hierbij van belang: het verbeteren van de fysieke conditie en de multidisciplinaire aanpak van het risicoprofiel van de patiënt. Dr. Hans Vandekerckhove, cardioloog, cardiale revalidatie- en sportarts, is de medische coördinator van het centrum.**

Het cardiaal revalidatiecentrum in het AZ Sint-Lucas is vooral een ambulante centrum. Patiënten hoeven dus niet in het ziekenhuis te verblijven om het revalidatieprogramma te volgen. Het programma kan echter al starten tijdens de opname voor een hartaandoening. Patiënten worden meestal naar het centrum doorverwezen door een cardioloog. Een programma omvat 45 trainingssessies van één uur, met twee tot drie sessies per week. Cardiale revalidatie wordt grotendeels terugbetaald door de ziekteverzekering.

Multidisciplinaire aanpak in de cardiale revalidatie betekent dat niet alleen een hartspecialist erbij betrokken is, maar een volledig team van artsen, kinesitherapeuten, een psycholoog, een diëtiste en een medewerker van de sociale dienst. Samen volgen zij elke patiënt tijdens zijn revalidatieperiode van heel dichtbij. Zo zal een patiënt met overgewicht niet alleen fysieke training krijgen, maar ook nauwlettend opgevolgd worden door de diëtiste. Vaak hebben patiënten met een hartaandoening een onderliggende depressie. Hierbij kan de psychologische begeleiding een belangrijke rol spelen. De sociale dienst op zijn beurt beoogt een vlot verloop van de administratieve omkadering met een snelle, maar verantwoorde werkherleving.

### Nieuwe infrastructuur

Op het eerste gezicht lijkt een cardiaal revalidatiecentrum sterk op een fitnesscentrum. Je vindt er dezelfde toestellen (ergometer, loopband, stepper,...). Er zijn echter drie belangrijke verschillen. Ten eerste wordt in een cardiaal revalidatiecentrum bij elke hartpatiënt een individueel trainingsschema uitgewerkt, rekening houdend met de hartfunctie en de resultaten van de spiro-ergometrie. Ten tweede wordt elke patiënt getraind aan de hand van een trainingsspoel of trainingssweerstand. Er wordt nooit over de "overslagspoel" getraind. En ten derde is er de reeds genoemde multidisciplinaire aanpak.

De infrastructuur van het cardiaal revalidatiecentrum omvat een wachtzaal met infokiosk, een oefenzaal van 130 m<sup>2</sup> met plaats voor zestien toestellen en kleedruimten met douches. Daarnaast zijn burelen en een vergaderzaal voor teambesprekingen voorzien. Als alles naar wens verloopt, is de gloednieuwe infrastructuur van het revalidatiecentrum op campus Volkskliniek in juli 2004 klaar.

Omdat correcte informatie naar de patiënt toe uiterst belangrijk is, worden vanaf juni 2004 infosessies voor patiënten en hun partners georganiseerd. Elk informatieprogramma zal vier bijeenkomsten omvatten, waarbij hartaandoeningen, preventie en



*Dr. Hans Vandekerckhove:  
"Aangezien de patiënten tot  
driemaal in de week in het cardiaal  
revalidatiecentrum langskomen,  
zijn zij verzekerd van een optimale  
medische en paramedische opvolging."*

9

revalidatie op medisch, kinesitherapeutisch, psychologisch en dieetvlak worden toegelicht. Dit informatieprogramma zal driemaandelijks worden herhaald.

Later dit jaar kan het programma van cardiale revalidatie uitgebreid worden met een specifiek rookstop- en relaxatieprogramma, medisch en multidisciplinair uitgebouwd. Op nog langere termijn kan gewerkt worden aan specifiekere trainingsgroepen zoals patiënten met belangrijke zwaarlijvigheid, patiënten na een vaatoperatie, diabetespatiënten, patiënten met een longaandoening, geriatrische patiënten en zo meer. Reeds nu worden patiënten met een zeer slechte hartfunctie getraind, en dit naar de verdere uitbouw van een hartfalenklinik toe.

Deze erkenning betekent voor AZ Sint-Lucas een belangrijke uitbreiding van aandacht en zorg naar de patiënten toe. Aangezien de patiënten tot driemaal in de week voor hun trainingsprogramma in het cardiaal revalidatiecentrum langskomen, zijn zij verzekerd van een optimale medische en paramedische opvolging. Veel patiënten hebben het nog steeds moeilijk om een hartingeeep of hartaandoening thuis te verwerken na hun korte hospitalisatie.

Bovendien onderstreept het cardiaal revalidatiecentrum via deze multidisciplinaire aanpak dat niet alleen het werk van de arts, maar ook de inbreng van de paramedici (kinesitherapeuten, psychologen, diëtisten,...) een gunstige invloed heeft op het ziekteverloop van de patiënt.

**Dr. Hans Vandekerckhove**



*Voor meer informatie kan u terecht  
bij dr. Hans Vandekerckhove,  
tel. 09-224 64 00 of 09-224 64 01.*

## Efficiënt dysfagiebeleid kan erger voorkomen

10

**Dysfagie is het onvermogen om normaal te kauwen of te slikken. Dikwijls is het de uiting van een onderliggende oorzaak. Het kan een gevolg zijn van structurele, functionele en congenitale of verworven aandoeningen. Gezien de complexiteit van deze problematiek is een dysfagiebeleid noodzakelijk.**

Slikken is een complex neuromusculair proces met een willekeurig en onwillekeurig aspect.

Het kauwen, slikken en de tongbewegingen worden door verschillende hersenzenuwen gestuurd. Adequate orale voeding houdt het vermogen in om een toereikende hoeveelheid voedsel en drank op een veilige manier door te slikken.

Het normale slikproces bestaat uit drie fasen: de voorbereiding in de mond (*orale fase*), het transport door de farynx (*faryngeale fase*) en het transport door de slokdarm (*oesofagale fase*). Hiervoor dienen intacte anatomische structuren aanwezig te zijn. Dysfagie kan betrekking hebben op de drie fasen van het slikproces.

Aspiratiepneumonie, malnutritie, dehydratie staan bekend als complicaties van dysfagie die verantwoordelijk zijn voor hoge morbiditeits- en mortaliteitscijfers. Er werd reeds aangetoond dat de prevalentie van dysfagie in ziekenhuizen tussen 12 à 20% schommelt en naar schatting lijdt 35 % van de bewoners in nursing-homes aan dysfagie.

Gezien de complexiteit van deze problematiek is een *dysfagiebeleid*, zowel binnen de muren van een ziekenhuis, als voor ambulante patiënten met een slikklacht verwezen door huisartsen, een must.

Een multidisciplinaire benadering is noodzakelijk. Hierbij dienen een logopedist(e), een radioloog, een NKO-arts, een diëtist, een verpleegkundig team en zonodig andere specialisten betrokken te worden. Deze aanpak is uiterst efficiënt voor de diagnose, de beoordeling en de behandeling van de slikstoornissen.

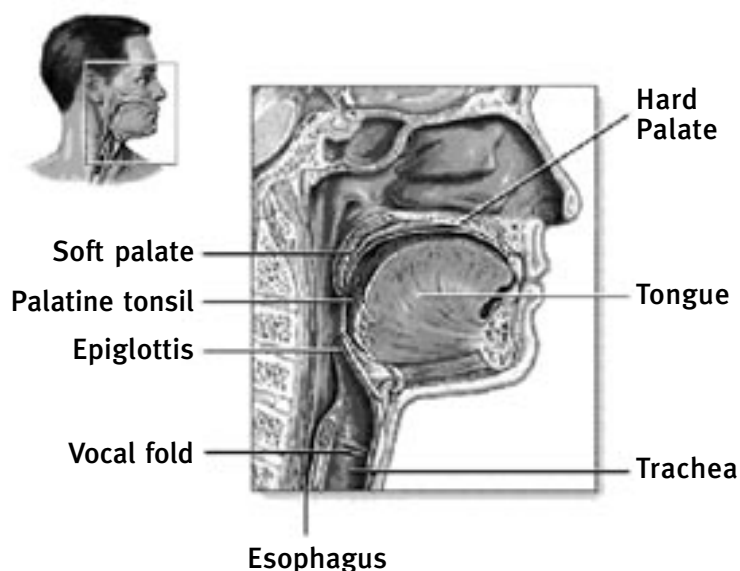
Bij elke aanmelding wordt een dysfagieprotocol opgesteld op basis van anamnestiche gegevens via de patiënt, maar soms ook via de familie, een verpleegkundige, .... Daarna volgt een logopedische screening waarbij de preliminaire functies (o.a. mond-motorische vaardigheden, sensibiliteit, enz.) en de eigenlijke slikact worden nagegaan.

Een verdere oppuntstelling gebeurt via een *klinisch NKO - onderzoek met inbegrip van een fiberoptisch onderzoek*. De fiberoscopie geeft ons informatie over de anatomie van de farynx en stelt ons in staat de functionaliteit van de stembanden na te gaan. Een goede werking van de stembanden is namelijk van cruciaal belang om een veilig slikken te garanderen.

Een verdere oppuntstelling gebeurt via een *klinisch NKO - onderzoek met inbegrip van een fiberoptisch onderzoek*. De fiberoscopie geeft ons informatie over de anatomie van de farynx en stelt ons in staat de functionaliteit van de stembanden na te gaan. Een goede werking van de stembanden is namelijk van cruciaal belang om een veilig slikken te garanderen.

### Videofluoroscopie

Meer gedetailleerde informatie bekomt men met de *FEES ofwel de Fiberoptic Endoscopic Examination of Swallowing*. Het biedt een uitstekend beeld van de anatomie van de farynx, zoals het verband tussen de epiglottis, luchtweg ingang, valleculae, aryepiglottische plooiën en de sinus pyriformes. Het stelt ons tevens in



staat om de farynx en de larynx te bekijken voorafgaand aan en na de slikbeweging. Echter op het moment dat de faryngeale slikbeweging wordt opgewekt, sluit de farynx zich om de scoop, waardoor het beeld tijdens de slikbeweging aan het oog wordt onttrokken.

Gezien er heel belangrijke zaken gebeuren tijdens dit sluitingsmoment is het van groot belang een beroep te doen op de medische beeldvorming, nl. *de slikvideofluoroscopie*. *Videofluoroscopie* is de meest gangbare methode voor onderzoek van de orale en faryngale mechanismen die met dysfagie samenhangen. Videofluoroscopie is een dynamisch onderzoek, dat de veiligheid en de werkzaamheid van de deglutitie evalueert, de deglutitieveranderingen in videofluoroscopische beelden weergeeft en ondersteuning biedt bij de selectie en beoordeling van specifieke therapeutische strategieën.

De logopedisten zijn hierbij het meest geschikt om binnen het multidisciplinair team een centrale rol te spelen en de therapeutische aanpak van de slikstoornissen te coördineren.

Sinds 1985 werd er gestreden om dysfagie als volwaardige nomenclatuur te bekomen. Sinds juni 2003

wordt dysfagie gerekend bij de pathologieën die terugbetaling krijgen voor logopedische revalidatie. Voor de logopedische behandeling van dysfagie moet het voorschrift worden opgemaakt door een geneesheer-specialist voor oto-rhino-laryngologie, voor neurologie, voor neuropsychiatrie, voor inwendige geneeskunde, voor heelkunde, voor kindergeneeskunde of voor de fysische geneeskunde en de revalidatie.

Hierbij gelden enkele criteria: de patiënt zijn nutritie of hydratatie per os is bedreigd of er is een risico op aspiratie. *De logopedische aanvraag voor dysfagie dient tevens altijd vergezeld te zijn door een verslag van een videofluoroscopisch onderzoek.*

Het is van primordiaal belang om een goed beleid te hanteren om een maximale herstelpotentie voor de patiënt met orofaryngeale dysfagie binnen handbereik te hebben. Dit alles draagt bij tot een verlenging van een veilige orale voedselinname en verlaagt het risico van voedings- en ademhalingscomplicaties. Het snel opstarten van een efficiënt dysfagiebeleid kan tevens bijdragen tot het verkorten van de hospitalisatieduur.

**Sabine Boerjan**  
Lic. Logopedie

## Praktische informatie en contactpersonen

### Contactpersonen voor gehospitaliseerde patiënten:

*De logopedisten:*

- Sabine Boerjan (NKO, neurologie, en andere specialismen)
- Ingrid Degrave & Veronique Lequeux (geriatrie)
- Mieke Eggermont (neurochirurgie, bewegingsstoornissen)

*De afspraken (NKO-consult, videofluoroscopie) worden geregeld door de logopediste na goedkeuring van de aanvragende geneesheer-specialist. De aanwezigheid van de logopediste bij deze onderzoeken kan nuttig zijn om therapeutische doeleinden efficiënter te kunnen opstellen.*

### Contactpersonen voor ambulante patiënten verwezen door huisartsen:

Dr. Christophe Vanclooster, NKO-arts  
Tel. 09-224 65 40 of 09-224 65 41



VANAF 1 JUNI 2004

## Alle spoedopnamen in campus Sint-Lucas

(spoedgevallendienst campus Volkskliniek gaat dicht)

- ◆ Vanaf 1 juni 2004 vinden alle spoedopnamen plaats in campus Sint-Lucas. De spoedgevallendienst campus Volkskliniek gaat dicht.
- ◆ Vanaf 3 mei zal een groter aandeel dagchirurgie en chirurgie met kortverblijf op campus Volkskliniek plaatsvinden. Ingrepen met hospitalisatie en post-operatief toezicht op midcare of highcare, gebeuren in campus Sint-Lucas.
- ◆ In juni verhuist een afdeling geriatrie van campus Sint-Lucas naar campus Volkskliniek. U leest hier meer over in het interview met dr. Han Martens elders in deze Focus.
- ◆ Zowel de nieuwe DBC-rugschool als de nieuwe cardiorevalidatieruimte op campus Volkskliniek openen, als alles naar wens verloopt, halfweg juli 2004.





HOMO SAPIENS OF HOMO SENTIENS?

## In de ban van blinde emoties

13

**Hoe emoties te definiëren? Wetenschapsmensen geraken er niet uit. Emoties blijken ons gedrag vaak te dicteren. Hoe prettig wij iets vinden, hoe gevaarlijk of beangstigend iets is, hoe aantrekkelijk of afstotend, hoe blij of hoe droef wij zijn, boos of net gelukkig, vertrouwend of wantrouwend, waardierend of minachtend of jaloeers. Emotionele gebeurtenissen onthouden we het best. En ook tijdens onze slaap vormen emoties de kern van onze dromen.**

Jonge kinderen vertonen vrijwel meteen emoties. Net als ziende kinderen glimlachen blinde zuigelingen na een week of zes. Schrikreacties en stampvoeten bij woede hoeven niet aangeleerd te worden. Emotionele gelaatsuitdrukkingen blijken opmerkelijk gelijk van cultuur tot cultuur. De mate waarin emoties publiekelijk worden getoond, kan wel sterk verschillen. Ziekten zoals de ziekte van Parkinson reduceren de spontane emotionele gelaatsuitdrukking.

Emoties zetten de mens in beweging: angst zet aan tot vluchten, je bent kwaad en je wordt agressief. Emoties zijn per definitie van korte duur. Zij zijn gebonden aan het hier-en-nu, zij kunnen je leven redden als er plots een gevaar opduikt, maar als het gaat om de vraag waar we op lange termijn naartoe willen, dan zijn het barslechte raadgevers.

Het emotioneel systeem kan je beschouwen als een spoedprocedure. Ons cognitief systeem gaat trager

tewerk – verloopt via onze prefrontale schors – en vergroot de kans op een juiste inschatting.

De *bypass* van de hersenschors door de rechtstreekse verbinding naar de amandelkern – de amygdala zijn ongeveer zo groot als een amandelnoot – wordt als één van de belangrijkste ontdekkingen van de neurowetenschappen in de jaren '90 beschouwd en staat op naam van Joseph LeDoux.

De ontwikkeling van de connecties tussen de amandelkern en de prefrontale cortex is een rijpingsproces dat zich doorzet tot de leeftijd van 20 jaar. Emotie en cognitie komen tot integratie. Gevoelens vloeien hieruit voort. Zonder gevoelens zou je nog emoties hebben, maar je zou het niet weten. PETscan-studies tonen aan dat jongeren hoofdzakelijk emotioneel reageren. De bemiddelende rol van de rede komt pas later. Volwassen worden aan 21 jaar is dus volgens het neurologisch boekje. Steeds voor-

rang geven in de opvoeding aan het emotionele op het rationale, bijvoorbeeld door het niveau van de schoolverplichtingen te verlagen, maakt het onevenwicht tussen emotie en cognitie groter. Simpel gezegd dient opvoeding vooral om barrières in de hersenen op te bouwen.

Wanneer de frontale cortex en het limbische systeem (= onze gevoels-hersenen met het corpus amygdaloideum) zich in harmonie bevinden, is de mens stabiel en tevreden. Wanneer dit evenwicht echter verbroken is en het limbische systeem op hol slaat, komt agressiviteit tot uiting door een overmaat aan emotionaliteit. Als daarentegen de frontale cortex als meester heerst, zodat de cirkel met de amandelkern ontbreekt, kan een gevaarlijke koele psychopaat, een Frankenstein of Dutroux, naar boven komen.

Alcohol belet de prefrontale cortex normaal te werken. Daarom voelen wij ons *ontremd* wanneer wij teveel drinken. Bij tegenslag kunnen wij >>



>> onder invloed van alcohol op een onschuldige situatie hevig reageren alsof wij eens te meer worden aangevallen. Grote stress kan onze prefrontale cortex *off-line* zetten. Wij krijgen een emotionele kortsluiting.

Simonne Weil stelt onomwonden dat godsdiensten nodig zijn omdat mensen gewelddadig kunnen zijn. De eerste wetten, de Code van Hammurabi, de Tien Geboden en de Edicten van keizer Ashoke, zijn pogingen om het gevoelsleven in het gareel te houden, te temperen en te temmen. Zegt Daniel Goleman niet: “Het probleem ligt niet in emotionaliteit, maar in de gepastheid van emotie en de expressie ervan. De vraag is hoe we intelligentie in onze emoties kunnen brengen en fatsoen in onze straten en zorgzaamheid in ons gemeenschapsleven.”

### Historiek

Elke tijd kent zijn helden en idealen. In de Middeleeuwen was de dappere en hoffelijke ridder dé man. In de Renaissance werd het de hoveling, een elegante man van aanzien en van hart. *L'honnête homme* is dé man van de 17de eeuw. De verlichte filosoof de ideale man van de 18de eeuw, toen de rede centraal stond. Op het einde van de 18de eeuw en met het begin van de romantiek zouden denken gevoelens de ratio verdringen. Charles Baudelaire schrijft: “Beethoven is begonnen met het in beroering brengen van de werelden

van melancholie en ongeneeslijke wanhoop, als wolken opgehoopt aan het innerlijke firmament van de mens. Maturin, Byron en Poe hebben op een schitterende manier de godslasterlijke aspecten van de hartstocht uitgedrukt. Ze hebben prachtige, verblindende lichtstralen gericht op de sluimerende Lucifer die in elk menselijk hart huist.”

Gevoelens beleefden een opleving op het einde van de 19de eeuw in het sensitivisme, met de bundel *Verzen* van Gorter, waarna het allemaal minder tranerig werd in de Nieuwe Zakelijkheid. In de psychoanalyse probeert men de onderdrukte emoties weer naar boven te halen. In onze tijd van extreem individualisme is de emotionele man, **de homo sentiens**, het prototype geworden. Wij baden in de emoties, wij gaan *uit de bo!* Gevoel en emotie zijn in handen van marktleiders en die weten precies wat voor opwinding zorgt. *Overall* moet emotie in zitten, anders is het niet goed. Mensen zijn gemakkelijk te lijmen met emoties via reclame en televisie. Emotie is handel; hoe warm het van zichzelf ook is, als handel wordt het koud gegeten. Emotionele hoogtepunten waren de begrafenis van Lady Di, de Witte Mars, Mondial 1998 of Euro 2000.

In de Grieks-Romeinse tijden was het wel anders. Emoties waren voor hen iets hinderlijks, dat uitgebannen diende te worden. Slaagde je erin je te ontdoen van emoties, dan pas werd je een wijs en gelukkig man.

### Links of rechts?

Letsels aan de linkerhemisfeer veroorzaken angst en depressie, terwijl letsels aan de rechterhemisfeer onverschilligheid, euforie of agressie (volgens Goldstein, 1939) kunnen veroorzaken. De rechterhemisfeer onthoudt de toonzetting (=prosodie). Bij letsels aan de rechterhemisfeer kan motorische aprosodie verschijnen, waarbij de persoon geen affectieve klank in zijn woorden kan leggen of sensorische aprosodie waarbij de persoon niet meer in staat is de emotionele bijklank van woorden te vatten: eenzelfde woord “bedankt” op het einde van een gesprek met je baas kan immers écht een teken van dank zijn maar evengoed “rot op” als connotatie hebben.

De linkerhemisfeer is vooral betrokken bij *toenaderingsgedrag* en bij positieve emoties. Zo spreekt men van de “happy left hemisphere”. De rechterhemisfeer is vooral betrokken bij onaangename emoties als woede en angst. Deze asymmetrie zou kunnen verklaren waarom linkshandigen gemiddeld iets korter leven en vaker lijden aan ziekten waarbij het afweersysteem zich tegen het eigen lichaam richt. Linkshandigheid brengt grotere activiteit van de rechterhersenhelft teweeg en vermits de rechterhemisfeer meer tot negatieve emoties neigt, zo neigen linkshandigen vaker tot een sombere stemming, met een negatief effect op het immuunsysteem. Lateralisaties worden ook waargenomen bij manisch-depressieve



psychose en in de specificiteit van waangedachten.

Al in 1949 heeft Maclean beschreven dat bij veel psychosomatische patiënten de emotionele beleving het bewustzijn niet of slechts gebrekkig bereikt. Sifneos (1973) heeft hiervoor de term alexithymie bedacht. Dergelijke patiënten hebben grote moeilijkheden te beschrijven hoe zij zich voelen, alsof zij het woord *gevoel* niet kennen. Personen waarbij de middenbalk – het corpus callosum – doorsgesneden wordt, bijvoorbeeld om hardnekkige epilepsie te bestrijden, geraken geëmotioneerd; wanneer hen gevraagd wordt waarom, kunnen zij geen duidelijk antwoord geven. Maar ook langdurige hoge stress, verminderde dopaminerge stimulatie zoals bij Parkinson, letsels van de orbitofrontale cortex, aanwezig bij psychopaten, kunnen deze vorm van gevoelsarmoede teweegbrengen. Schooljongens met gewelddadig gedrag vertonen een lagere hartslag. Bij gebrek aan emotionele ervaring zal de betreffende persoon een aantal sociale vaardigheden niet ontwikkelen of verliezen, hetgeen de kans op sociale problemen verhoogt. Bij autisten treffen wij ook een disfunctie aan van de emotionele wereld en de sociale cognitie. Gebrek aan subjectieve emotionele gevoelens, typisch voor psychopaten, kan echter ook een voordeel zijn. Het zijn onze emoties die ten minste gedeeltelijk onze motivaties bepalen. Die motivaties kunnen in veel situaties, en

zeker in sterk hiërarchische situaties, een bron van stress zijn. Zulke stress blijft de alexithyme persoon bespaard. Emotioneel-analfabeten of alexithyme personen maken vaak een over-aangepaste, robotachtige indruk. Emotioneel meer expressieve individuen zullen bij het poseren voor een foto vaker hun linkerwang tonen.

### Mars en Venus

In onze westerse cultuur worden emoties fel benadrukt. Reclamemakers spelen op onze emoties om allerlei waren aan de man te brengen. Politiek wordt meer en meer een spel van emoties en speelt zich voor de televisie af. “De emotionalisering is de andere kant van de verkilling en de verzakelijking van de maatschappij”, zegt Henri Beunders, hoogleraar geschiedenis van maatschappij, media en cultuur aan de Erasmus Universiteit. “De werkelijkheid is keihard geworden. De intermenselijke verhoudingen op het werk zijn verhard; de interesse in elkaar is nul. Nuttelozen worden terzijde geschoven, er is een “not in my backyard”-mentaliteit ontstaan, kortom: we leven in een samenleving waarin van solidariteit en empathie nauwelijks iets is overgebleven.”

Gevoelens kunnen echter ook het begin van een *zorg of bezorgdheid* zijn, bouwstenen voor ethiek. Als je je bewust bent van je eigen emoties, kan je je ook bewust worden van de emoties van andere mensen. Zo kan je tot het inzicht komen dat wat goed

is voor anderen, ook goed is voor jezelf, en wat slecht is voor anderen, ook slecht is voor jezelf. *Wijzen* zullen we vast nooit worden, maar we kunnen wel eens proberen om een emotie te onderdrukken. Laat je niet meeslepen. Snijdt iemand jou de pas af, bedenk dan dat hij misschien zijn net verongelukt kind gaat bezoeken of net een uitbrander van zijn baas of eega kreeg. Laat het overwaaien. Denk eraan dat *sense en sensitivity*, rede en gevoel, Mars en Venus soms een goed koppel kunnen vormen.

*Voor mensen die denken is het leven een komedie, voor mensen die voelen, is het een tragedie, zei Horace Walpole.*

**Dr. G. Van den Abeele**  
Neuroloog

# betrouwbare zorg



[www.azstlucas.be](http://www.azstlucas.be)

