

# Focus

86

mei  
juni  
juli  
augustus  
2021

VIERMAANDELIJKS ARTSEN MAGAZINE



**Behandeling longkanker**  
Knappe resultaten  
dankzij teamwork

**Robotchirurgie**  
Knieprothesen plaatsen  
met precisie

**Pinda-allergie**  
Nieuwe  
perspectieven

 **azsintlucas**  
gent

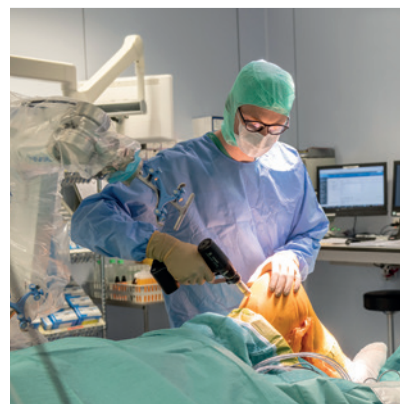
**04**  
Kort

**06**  
Dubbelinterview met  
onze medische en  
algemene directeur

**08**  
Longkanker

**10**  
G-coach

**12**  
Robotchirurgie



**14**  
Pinda-allergie bij kinderen



**16**  
De wilsverklaring

**17**  
Stewardship antico

**18**  
Nieuwe artsen

**20**  
In de praktijk



**Dr. Katrien De Ketelaere**  
Medisch directeur

**I**k schrijf dit voorwoord nu we - tot mijn en ieders grote opluchting - net terug in fase 0 na de derde golf van de COVID-pandemie beland zijn. De vaccinatie draait op volle toeren en is in het ziekenhuis al volledig afgerond. De maatschappij keert in snel tempo terug naar 'het leven van vroeger', we kunnen terug met en van (een beperkt aantal) vrienden en familie genieten. Iedereen hunkert naar vakantie om de voorbije 15 maanden een beetje af te schudden. De reis-vaccinatiepas en reistesten staan hoog op de prioriteitenlijst. Uiteraard met de nodige waakzaamheid en maatregelen om opflakeringen snel de kop in te drukken. Zoals de overheids campagne aangeeft: 'Geniet met maatregelen'.

Bij het overlopen van de inhoud van deze Focus is duidelijk dat we naar de toekomst kijken met een rode draad, meer bepaald 'samen werken'. De gezondheids-

zorg van de toekomst speelt zich niet meer af binnen de muren van één ziekenhuis of binnen een bepaald echelon. Onze patiënt komt centraal te staan in een zorgmodel waarin alle actoren samen met de patiënt het traject uittekenen. We intensifiëren onze samenwerking met het UZ Gent voor supraregionale zorg, we zetten eerste stappen in samenwerkingen rond basiszorg binnen het Ziekenhuisnetwerk Gent, de samenwerking met de huisartsen wordt sterker door de aanwezigheid van een huisartsenwachtpost op onze campus, we gaan samenwerken met de brandweer voor de PIT en de behandeling van onze patiënten wordt deels verschoven naar de vertrouwde thuisomgeving. Dit uiteraard naast al het mooie en intense teamwerk binnen AZ Sint-Lucas zelf.

Veel leesplezier.

## Ambulance met PIT

Op 1 juli gaat AZ Sint-Lucas samen met AZ Jan Palfijn en Brandweer Zone Centrum van start met PIT, een paramedisch interventieteam. Bij een PIT zit een hulpverlener-ambulancier aan het stuur en rijdt een speciaal opgeleide verpleegkundige mee. Een PIT kan dus meer gespecialiseerde zorg bieden

dan een klassieke ambulance en geeft ook meer comfort voor de patiënt omdat ter plaatse ook medicatie als pijnstilling kan toegediend worden. De PIT-wagen heeft geen vaste standplaats maar vertrekt afwisselend vanuit de twee ziekenhuizen en de brandweerkazerne.

## The summer of Sumehr

Sinds najaar 2020 werken de Huisartsenvereniging Gent (HVG) en de vier Gentse ziekenhuizen nauwer samen om de digitale communicatie tussen eerste lijn en tweede lijn te verbeteren. Eén van de eerste resultaten van die nauwere samenwerking, is de 'Summer of Sumehr': een frisse zomercampagne waarbij de HVG de Gentse huisartsen motiveert om werk te maken van meer en betere Sumehrs. Deze campagne is het antwoord van de HVG op een sig-

naal dat zij van de ziekenhuizen kregen. De spoedafdelingen zijn alvast unaniem: 'Sumehrs zijn voor ons essentieel om een correct beleid op te starten. Héél vaak hebben we zonder Sumehr geen volledig beeld van de gezondheidssituatie van de patiënt.'

Meer info vind je op de website van de HVG: [www.hvg.be](http://www.hvg.be)

## Verregaande samenwerking met netwerkpartners

Met onze netwerkpartners AZ Oudenaarde en UZ Gent gaan we nieuwe samenwerkingen aan:

- De diensten **abdominale en algemene heekunde** van **AZ Oudenaarde** en AZ Sint-Lucas bundelen hun krachten in een innovatief expertisecentrum met specifieke expertise voor oncologische heekunde, buikvlieskanker en obesitas- en buikwandchirurgie. De nieuwe samenwerking zorgt voor een schaalvergroting die verdere subspecialisatie mogelijk maakt en het ontwikkelen van innovatieve technieken en processen. De wachtdiensten worden verzorgd door de associatie.
- Met **UZ Gent** is een akkoord gesloten voor een gemeenschappelijk aanbod van gespecialiseerde zorg. In eerste instantie betreft het een verregaande samenwerking op het vlak van **interventionele radiologie en pelviene oncologie**. Ook voor onderzoek zal samengewerkt worden voor de disciplines **radiotherapie-oncologie, neurochirurgie, hoofd- en halschirurgie en thoracale oncologie**. Door de combinatie van een gezamenlijk zorgaanbod en onderzoek willen beide ziekenhuizen samen een referentiecentrum blijven in de vernoemde domeinen.

Voor beide samenwerkingen zal de patiënt steeds in zijn eigen ziekenhuis zo snel en efficiënt mogelijk behandeld worden. De artsen verplaatsen zich tussen de verschillende campussen.

## Uitstekende door-to-needle time

De associatie cardiologie, opgericht door de cardiologische diensten van UZ Gent, AZ Sint-Lucas en AZ Nikolaas maakt jaarlijks zijn cijfers bekend. In lijn met alle centra zagen we door COVID-19 een lichte daling van de activiteiten, inclusief de STEMI's. De uitstekende door-to-needle time blijft wel gehandhaafd met 72% binnen het uur. Met een vierde interventionele cardioloog zullen de activiteiten verder uitgebouwd worden.

## Save the date

Dit najaar hebben we weer wat activiteiten voor huisartsen op de agenda. We hopen je in levende lijve te mogen ontmoeten op volgende avonden:

- Medische avond dienst maag-, darm- en leverziekten

Donderdag 28 oktober om 20u30

- Symposium borstkliniek

Zaterdag 20 november om 8u30

Persoonlijke uitnodiging volgt.



## Bereikbaarheid klinisch lab na de openingsuren

Ons klinisch laboratorium is buiten de openingsuren voortaan bereikbaar voor hulpverleners op het nummer **09 224 64 47**. Tijdens de openingsuren blijft het nummer 09 224 64 45 geldig.

*Openingsuren:*

Maandag tot en met vrijdag van 7u45 tot 21u.

Zaterdag van 7u45 tot 13u.

## Nieuwe huisartsenwachtpost: een eerste evaluatie

Op 5 maart nam de HVG zijn intrek in de gloednieuwe huisartsenwachtpost AZ Sint-Lucas. Na drie maanden is de eerste evaluatie erg positief. Coördinator Ann Bonte: 'De situatie in de wachtpost Sint-Lucas is niet te vergelijken met onze vroegere wachtpost in de Martelaarslaan. Naast de hoogstaande accommodatie is ook de manier van werken nieuw. Het werken op een ziekenhuissite schept nieuwe opportuniteiten: zo kunnen we efficiënt doorverwijzen naar de spoedgevallendiensten of de medische beeldvorming, omgekeerd kan de spoedgevallendienst patiënten met huisartsenpathologie naar de wachtpost verwijzen. De nieuwe samenwerking brengt voor de wacht-

dienst ook nieuwe vragen met zich mee: Wat met patiënten die niet uit onze regio komen? Wat met patiënten die geen dringende hulpvraag hebben? Wat met patiënten die geen afspraak maakten? ...'

De voorbije drie maanden werden 120 patiënten doorverwezen naar de spoedafdeling en werden 420 patiënten vanuit de spoed getrieerd naar de huisartsenwachtpost. Coördinator Ann Bonte: 'Wegens het succes van deze wachtpost zullen we de artsenbezetting in 2022 verder opdrijven en de volledige capaciteit van de 4 kabinetten gebruiken.'



# Directeurs met een missie

## Duogesprek met Katrien De Ketelaere en Dirk Maes

*Dr. Dirk Maes werd algemeen directeur begin 2020, niet lang voor de wereld stilviel en de ziekenhuizen in overdrive gingen. Dr. Katrien De Ketelaere volgde hem op als medisch directeur op 1 mei 2020, toen de eerste COVID-golf net over zijn hoogtepunt was. Een jaar later blikken we terug op hun eerste jaar.*

### HOE HEBBEN JULLIE DAT EERSTE – HECTISCHE - JAAR IN DIE NIEUWE FUNCTIE ERVAREN?

Katrien De Ketelaere: 'De COVID-crisis was voor iedereen een nieuw en ongekend gegeven dus het voelde niet echt als een nadeel dat ik nog maar nieuw in de functie van medisch directeur was. Je zag dat mensen die al 10 jaar bezig zijn het ook niet makkelijk vonden om dit soort van crisismanagement te beheren.'

Dirk Maes: 'Er is heel veel gebeurd op heel korte tijd. Het normale werk is gewoon stilgevallen omdat ook heel veel activiteiten stilvielen. We waren continu bezig met het inschakelen van mensen en het herindelen van het ziekenhuis. Je had niet veel tijd om na te denken over andere zaken.'

Katrien: 'Als starter was het voor mij wel een groot nadeel dat COVID dat eerste jaar zo overheersend was en ook ons KompAZ-project (voorbereiding van het nieuwe EPD) nam heel veel van mijn tijd in. Dat maakte dat ik heel operationeel bezig was terwijl ik in mijn functie bezig moet zijn met strategisch, medisch handelen op lange termijn. Daar moet ik nu een inhaalbeweging kunnen maken.'

### WE BLIKKEN METEEN VOORUIT: WAT VINDEN JULLIE DE GROOTSTE UITDAGING AAN DE JOB?

Katrien: 'Er is een evolutie in de gezondheidszorg naar denken in netwerken, den-

ken buiten de muren van het ziekenhuis. Ik vind het een mooie uitdaging om daar nieuwe strategieën rond te ontwikkelen en iedereen daar in mee te krijgen.'

Dirk: 'COVID heeft voor een periode van stilstand gezorgd maar het heeft ook het voordeel dat de pandemie een trigger is geweest en heel wat ziekenhuizen heeft doen nadenken over de toekomst. Zo waren er afstemmingen tussen de ziekenhuizen onderling en was de samenwerking in de tweede golf al veel beter dan in de eerste. Er is een evolutie en ik mag hopen dat dit niet losgelaten wordt. De uitdaging is enerzijds de financiering van de ziekenhuizen en anderzijds evolueren naar meer persoonsgericht zorg. We gaan de zorg veel meer moeten afstemmen op de patiënt en zijn omgeving. Daarnaast is er ook meer aandacht voor het luik kwaliteit en het samenwerken in netwerken.'

### ZIEN JULLIE DE SAMENWERKING MET DE EERSTE LIJN OOK VERANDEREN?

Katrien: 'De samenwerking wordt intensiever. Zo hebben we met de eerste lijn afge-

stemd hoe we de COVID-screening van mensen die op reis vertrekken zouden organiseren. In de toekomst zullen we steeds in functie van de patiënt of de klant (in het geval van testing) moeten bekijken wat het best mogelijke traject is en wie wat organiseert.'

Dirk: 'De screening van preoperatieve patiënten door de thuisverpleging is ook een mooi voorbeeld van samenwerking en afstemming. We moeten daar durven in



Algemeen directeur Dirk Maes en medisch directeur Katrien De Ketelaere

meegaan. In het buitenland zie je ook een verschuiving naar thuishospitalisatie voor het toedienen van preparaten. Het hele mHealth-verhaal biedt gigantisch veel mogelijkheden. Dankzij COVID hebben we daarvan geproefd en we moeten daar ook mee verder.

Katrien: 'We moeten erover waken dat we deze veranderingen niet linken aan COVID en nadien weer vervallen in ons klassieke patroon. Ook voor andere projecten moeten we dit kunnen toepassen.'

### ZIEN JULLIE EEN GROTERE ROL IN PREVENTIE?

Katrien: 'Preventie van gezondheidsproblemen is belangrijk en daar is naast de rol van de eerste lijn zeker ook een rol weggelegd voor de ziekenhuizen. Patiënten aanspreken op hun risicogedrag is ook een vorm van preventie. Op een consultatie ga je niet alleen meer het curatieve aspect benaderen maar aandacht hebben voor preventie door bv. lifestyletips mee te geven.'

*"Er is een evolutie en ik mag hopen dat dit niet losgelaten wordt"*

### HET BELEID ROND KWALITEIT EN VEILIGHEID IS EEN BELANGRIJK ONDERDEEL VAN JULLIE TAAK?

Katrien: 'Ik ben zeer blij geweest met het eerste accrediteringstraject dat we doorlopen hebben omdat ik vind dat we in het ziekenhuis daardoor heel veel zaken op orde hebben gezet. We zijn gegroeid in het standaardiseren van onze werking en dat vind ik een absolute meerwaarde. Natuurlijk moet hier een herhalingscyclus inzitten om telkens weer dat kwaliteitsaspect binnen je organisatie te kunnen houden.'

Dirk: 'Wat je internationaal ook ziet, is dat het luik veiligheid en kwaliteit veel meer verbreed wordt en dat men veel meer aandacht gaat hebben voor wat de patiënt wil in zijn specifieke situatie en wat zorg

voor hem betekent. Participatieve zorg zal de komende jaren heel belangrijk worden: keuzemogelijkheden geven, voor- en nadelen afwegen, samen tot een beslissing komen. We moeten ons er ook van bewust zijn dat een ziekenhuisverblijf steeds korter wordt en slechts een schakel is in het hele zorgtraject, zeker bij chronische patiënten. Dit moet transmuraal goed afgestemd worden en zal de nodige inspanningen vragen.

Katrien: 'Je ziet ook een evolutie van wat de definitie gezondheid en gezondheidszorg is. Vroeger was dat puur afwezigheid van ziekte. Nu is dat eerder: wat heb ik aan mijn leven en wat is voor mij

levenskwaliteit? Ook het psychosociale aspect krijgt een meer prominente plaats.'

### ZIEN JULLIE OOK HET PROFIEL VAN DE ZIEKENHUISARTS EVOLUEREN?

Katrien: 'Nieuwe artsen moeten veel meer een teamplayer zijn. Wij zijn zelf nog opgeleid als arts die solo over alles moest beslissen en die fase is absoluut voorbij. Artsen organiseren zich niet alleen in associaties op dienstniveau maar evolueren ook meer naar de organisatie rond een bepaalde pathologie eerder dan rond een bepaalde dienst. We moeten multidisciplinair samenwerken, ook over de ziekenhuizen heen. Er is veel meer overleg en dat botst soms ook wel op weerstand omdat je op de duur heel veel tijd spendeert aan vergaderen. Maar het is wel nodig om je patiënt goed te kunnen behandelen.'

Dirk: 'Een goeie evolutie is dat er meer aandacht is voor het welzijn van de patiënt. Ik maak me wel zorgen om de administratieve last die op artsen gelegd wordt. Dit is toch een van de redenen waarom heel wat artsen dreigen af te haken. Daar moet ook vanuit de overheid meer aandacht voor zijn.'

### TOT SLOT, WAT GEEFT JULLIE HET MEEST VOLDOENING IN JULLIE JOB?

Katrien: 'De belangrijkste motivatie om te gaan voor de functie van medisch directeur was voor mij het ontwikkelen van een langetermijnvisie en andere meekrijgen in dat traject.'

Dirk: 'Ik vind het enorm boeiend dat je als algemeen directeur enerzijds een veel breder zicht hebt op hoe een ziekenhuis werkt en bij uitbreiding een ziekenhuisnetwerk. Anderzijds is het een grote uitdaging om iedereen die in het ziekenhuis werkt zo goed mogelijk te laten samenwerken.'



# Behandeling van longkanker

## Knappere resultaten dankzij teamwork

*De behandeling van longkanker is complex. De voorbije jaren is het therapeutisch landschap (gelukkig) erg uitgebreid. Een gepersonaliseerde aanpak en goede patiëntselectie is de basis om hierin de juiste keuze te maken. Meer dan ooit is de behandeling van longkanker echt teamwork geworden. De recente cijfers van het Vlaams indicatorenproject bevestigen dat het team van AZ Sint-Lucas erg mooie resultaten neerzet.*

### DIAGNOSTIEK

Om te beginnen is een correcte diagnose uiteraard essentieel. Een PET-CT en NMR van de hersenen stellen ons in staat om de uitgebreidheid van de ziekte te documenteren. De radioloog staat ons samen met de nucleairist bij om deze beelden correct te interpreteren.

Daarnaast is weefselname noodzakelijk. Dit gebeurt bij voorkeur via allerlei weinig invasieve technieken: klassieke bronchoscopie met biopsname, bronchoscopie met miniprobe (om meer perifere letsels te kunnen biopsieren), Ebus-TBNA (waarbij de klierstations mediastinaal en hilair kunnen aangeprikt worden), transthoracale punctie, echogeleide punctie ... Soms zijn meer invasieve onderzoeken nodig zoals mediastinoscopie of wigresectie.

De anatomopatholoog gaat aan de slag met het stukje weefsel. Waar vroeger enkel het onderscheid werd gemaakt tussen grootcellige en kleincellige longtumoren, voeren we nu veel meer kleuringen uit om de tumor te subspecifiëren. Zo kan bijvoorbeeld een PDL-1-kleuring bepalend zijn

voor de respons op immunotherapie.

De analyse stopt niet bij de anatomopatholoog. We voeren ook systematisch moleculaire analyse uit op het tumormateriaal. Aan de hand van het NGS-resultaat (next generation sequencing) worden eventuele driver mutaties opgespoord. Zo kunnen we bijvoorbeeld EGFR-mutanten opgespoord en behandelen met een EGFR TKI, een vorm van moleculaire therapie.

### HET MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG

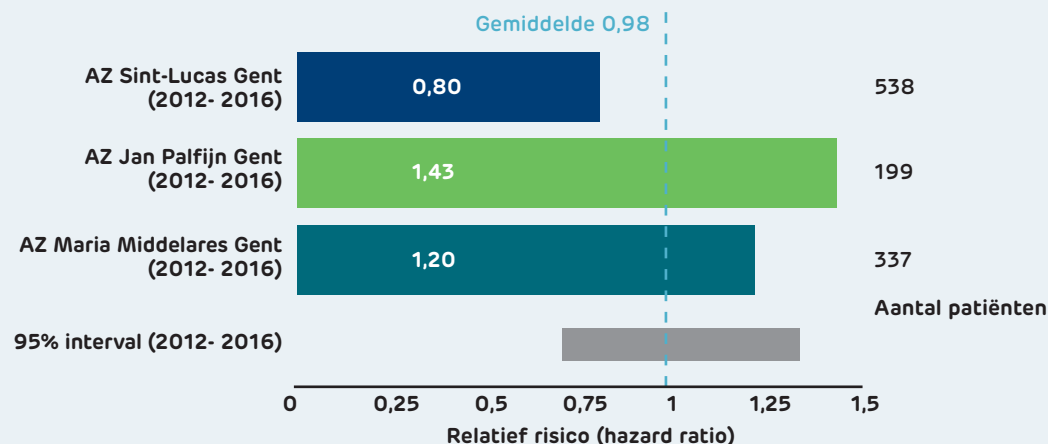
Op het wekelijks multidisciplinair oncologisch overleg (MOC) bespreken we alle resultaten, zowel voor alle nieuwe patiënten, als voor alle gekende patiënten waarbij een aanpassing van de therapie vereist is. Uw inbreng als huisarts is hierbij ook essentieel. Alle leden van ons team zijn aanwezig op het MOC zodat ieder vanuit zijn specifieke expertise inbreng heeft.



*V.l.n.r.: Joke De Meester (psychologe), dr. Joke Van Aken (anatomopathologie), dr. André Verstraeten (longziekten), dr. Frédéric VandeVyver (nucleaire geneeskunde en moleculaire beeldvorming), dr. Anneleen Stockman (thorax- en vaatheelkunde), dr. Elke Govaerts (longziekten), dr. Ilse Vanhoutte (radiotherapie, oncologie en hematologie), dr. Christophe de Bergeyck (medische beeldvorming) en Saskia Caeldries (begeleidingsverpleegkundige).*



## GECORRIGEERD RELATIEF STERFTERISICO BINNEN EEN JAAR VOOR PATIËNTEN MET LONGKANKER



Het volledige cijfer rapport vind je terug via [www.zorgkwaliteit.be](http://www.zorgkwaliteit.be)

Grafiek: <https://zorgkwaliteit.be/comparison/az-sint-lucas-gent/algemeen-ziekenhuis-jan-palfijn-gent/algemeen-ziekenhuis-maria-middelaes-gent/algemeen-ziekenhuis/longkanker>

### BEHANDELING

Voor elke patiënt wordt op basis van uitgebreidheid van de ziekte, histologie en NGS, algemene toestand en comorbiditeit, en voorkeur van de patiënt een behandelplan opgesteld. Chirurgie blijft de hoeksteen in het vroege stadium van de ziekte. Onze chirurgen behandelen patiënten via VATS (video assisted thoracoscopy) waarbij hun herstel toch merkbaar sneller is dan vroeger toen we enkel open thoracotomie uitvoerden.

Sommige patiënten komen niet in aanmerking voor chirurgie omdat hun algemene toestand het niet toelaat. Stereotactische radiotherapie is dan een goed alternatief. Als het ziektestadium te uitgebreid is (bv. bij klierinvasie) kan radiotherapie, soms concurrent met chemotherapie voor deze patiënten een goede behandelstrategie zijn. Voor patiënten in een meer gevorderd stadium van de ziekte behoren chemotherapie, immunotherapie en moleculaire therapie tot de mogelijkheden. Deze behandelingen vinden meer en meer plaats in onze nieuwe dagkliniek. Via bloedafnames de dag voor de behandeling (bij de huisarts

of via een lab) kunnen we de duur van hun aanwezigheid in de dagkliniek aanzienlijk inkorten. De afgelopen jaren trekken we ook actief oncologische studies aan om de patiënt de best mogelijke, soms innovatieve therapie te kunnen bieden.

### ONDERSTEUNING

De gepersonaliseerde aanpak van elk dossier vertaalt zich ook in een gepersonaliseerde aanpak van elke patiënt. Dr. André Verstraeten en dr. Elke Govaerts begeleiden de patiënten door het hele traject. Hierbij worden ze ondersteund door de begeleidingsverpleegkundige en zo nodig ook door de oncologisch psycholoog.

### ERVARING

Dr. Verstraeten en dr. Govaerts werken al jaren samen om de patiënten op een menselijke manier een wetenschappelijk onderbouwde behandeling te kunnen bieden. De cijfers gepubliceerd door de overheid over longkankeroverleving zijn hierbij een hart onder de riem. Hoewel vergelijkingen met andere centra moeilijk liggen, geven de

overlevingscijfers hier toch een signaal. Het gecorrigeerd relatief sterfterisico binnen een jaar ligt beduidend lager in AZ Sint-Lucas in vergelijking met de meeste andere centra. De cijfers geven een extra stimulans om op deze ingeslagen weg verder te gaan.

### TOEKOMST

In de toekomst zijn er nog een heel aantal uitdagingen waar we naar uit kijken. Zo zal met PROMS/PREMS (patient reported outcome/experience) de inbreng van de patiënt groter worden, wat de gepersonaliseerde aanpak alleen maar ten goede kan komen.

Daarnaast is er het gegeven van het ziekenhuisnetwerk waarbij de regering duidelijk kleur bekend dat er in de toekomst veranderingen/verschuivingen op til zijn. Hier zal de oncologische behandeling zeker en vast een centraal onderdeel van uitmaken. De afgelopen twee jaar zijn we dan ook met onze netwerkpartners al in gesprek gegaan. Hoe de toekomst eruit zal zien, is voor alle partijen nog koffiedik kijken.

*Dr. Elke Govaerts*

### INFO

Longziekten  
Pneumo-oncologie  
Straat 53  
T 09 224 64 70  
Dr. Elke Govaerts  
Dr. André Verstraeten

# G coach: co-management voor de oudere patiënt

*Sinds oktober 2020 loopt in ons ziekenhuis het proefproject G coach, een co-managementmodel waarbij zowel geriater als hartspecialisten de patiënten opvolgen tijdens hun verblijf op de afdeling hart- en vaatziekten. Er is dus niet alleen oog voor het hartprobleem, maar ook voor de specifieke geriatrische problematiek.*

• **Laag risico:**

geen verdere geriatrische opvolging nodig.

• **Hoog risico:**

opvolging van het team ILG: preventie van complicaties, dagelijkse follow-up, geriater komt aan bed bij de patiënt voor evaluatie.

• **Acuut risico:**

idem hoog risico, overleg tussen geriater en hartspecialist over medicatie, zo nodig overname door dienst geriatrie.

**S**inds jaar en dag worden in ons ziekenhuis, net zoals in zowat alle omliggende centra, de 75-plussers die niet op een geriatrie-afdeling terechtkomen, opgevolgd door het team interne liaison geriatrie (ILG). Zij brengen na een kamerbezoek de eventuele geriatrische syndromen en risico's in kaart en geven daarover een uitgebreid advies.

Recenter wetenschappelijk onderzoek wijst echter meer en meer op de beperkingen van deze 'gouden standaard'. Zo is het ILG-advies per definitie niet bindend en ontbreekt het aan actieve opvolging. Een directe impact van een ILG-advies voor uw patiënt kon tot op heden in studies dan ook niet worden hard gemaakt. Daarom willen we met het project G coach een stapje verder gaan.

Binnen dit project kiezen we heel bewust voor co-management: een doorgedreven samenwerking tussen de behandelende hartspecialist en de geriater/interne liaison. Het team interne liaison geriatrie brengt in deze formule nog altijd proactief een bezoek aan alle patiënten van 75 jaar en ouder op de afdelingen hart- en vaatziekten. Bij de screening (Mini Geriatric Assessment) evalueren we volgende factoren:

- Verminderde mobiliteit
- Cognitieve achteruitgang
- Depressieve symptomen
- Aanwezigheid van vrijheidsbeperkende materialen zoals een sonde, infuus, fixatie ...
- Verminderde eetlust

Op basis van de resultaten delen we de patiënten in drie groepen in. Aan de hand van het risicoprofiel bepalen we de intensiteit van de geriatrische opvolging (zie kader). Door kort op de bal te spelen en de adviezen direct te implementeren, vermijden we verdere functionele achteruitgang, geriatrische complicaties en overlijdens en zorgen we gemiddeld voor een kortere opname.

**GERIATRIE**

Dr. David Dedecker en dr. Elke Steen: "In het project G coach worden patiënten behandeld door een cardiologisch én een geriatrisch team. Onze proactieve aanpak legt de focus op preventie en behandeling van de leeftijdsgebonden complicaties en risicofactoren en loopt parallel met het behandelplan van de cardiologen. Onze aanwezigheid en klinische blik bij patiënten met een hoog of acuut risico leidt tot een snellere aanpak, zowel van evidente als van meer sluimerende problemen. Typische voorbeelden zijn de delierpreventie bij kwetsbare ouderen, het vermijden van fixatiemaatregelen en het vervroegd oppikken van cognitieve problemen die dan in een ambulante setting via het zorgtraject Cognitie kunnen worden opgevolgd. Voor de echt frêle ouderen is er zo nodig een vlottere en vroegtijdige doorstroming naar de geriatrie-afdelingen.

Dit model heeft een positief effect op de kwaliteit van de zorg voor de oudere patiënt. Naar ons gevoel loopt de samenwerking en communicatie met onze collega's hartspecialisten gesmeerd en zien we op de werkvloer een pak minder geriatrische



V.l.n.r.: gerieters dr. Elke Steen en dr. David Dedecker, en hartspecialisten dr. An-Kristin Ascoop en dr. Hans Vandekerckhove

complicaties. Op termijn willen we G coach heel graag ook op andere afdelingen uitrollen en proberen we blijvend de aandacht voor geriatrische profielen in het hele ziekenhuis aan te scherpen."

#### HART- EN VAATZIEKTEN

Dr. Hans Vandekerckhove en dr. An-Kristin Ascoop: "Het project G-coach biedt op twee vlakken een grote meerwaarde. Ten eerste is er meer oog voor de kwetsbaarheid van de patiënt met een puur cardiaal probleem op de afdeling hart- en vaatziekten. Het ILG-team heeft aandacht voor zaken die wij als hartspecialist niet altijd opmerken zoals het valrisico van de patiënt, de zelfredzaamheid, fixatie ... Adviezen worden meteen ter harte genomen; overleg met de hartspecialisten is niet nodig. Dat is een quick win. Ten tweede zien we dat patiënten vanuit de spoed niet altijd op de juiste plek belanden. Als het hartprobleem domineert, zijn ze natuurlijk op hun plaats op onze afdeling, maar wij voelen wel meteen dat er veel comorbiditeiten zijn die de opname kunnen verlengen of zelfs terugkeer naar huis moeilijk of onmogelijk maken. Het ILG-team pikt die kwetsbaarheden sneller op, zodat we een transfer naar geriatrie ook sneller kunnen doorvoeren.

Voor bepaalde ingrepen (bv. percutane aortaklepvervangings) bij patiënten met een hoge leeftijd is een geriatric assessment nodig voor de terugbetaling. Ook dat is een traject dat we samen met de gerieters bewandelen. Zij kunnen vooraf al het welbevinden van de patiënt inschatten en de verplichte

testing uitvoeren. Op die manier proberen we af te stappen van de behandeling volgens vaste protocollen en onze therapie meer patiëntspecifiek te maken."

#### INTERNE LIAISON GERIATRIE

Ann Van den Bossche en Bart Claeys: "Bij de reguliere opvolging van interne liaison geven we een eerder vrijblijvend advies. We hebben er niet echt een zicht op of dat advies effectief wordt opgevolgd. Bovendien kan ons eenmalig bezoek altijd vertekend zijn door een goede of slechte dag. Met G coach is er meer ruimte voor overleg en naar ons gevoel verwerven de collega's op de afdeling hierdoor meer en meer een 'geriatrische blik'. We bezoeken de patiënten dagelijks en krijgen daardoor een duidelijker beeld van de polipathologie, de grote en kleine noden. Deze noden zijn zeer divers: het kan gaan om de opstart van kinesithérapie, het verwijderen van een blaassonde, het bijhouden van een voedingsbalans, aangepast schoeisel, het tijdig alarmeren van de sociale dienst ... We kunnen nu zelf vaststellen hoe onze brede geriatrische aanpak en tips bijdragen tot het herstel van onze patiënten, hoe het een meerwaarde is voor de zorg. De patiënten appreciëren deze follow-up, ze krijgen nu dagelijks een vertrouwd gezicht over de vloer."

*"We kunnen afstappen van de behandeling volgens vaste protocollen en onze therapie meer patiëntspecifiek maken"*

#### INWENDIGE 1

Mieke Meire (dienstverantwoordelijke): "Wij kijken nu breder naar onze patiënten met een geriatrisch profiel. Mijn team geeft tijdens de overdracht spontaan aan welke patiënten opvolging krijgen via interne liaison en bijkomend worden hun adviezen besproken en opgevolgd. De samenwerking met de gerieters verloopt bijzonder vlot en constructief. Beslissingen over transfers naar de geriatrie gaan vlotter dan voorheen. Ik merk ook een opvallende daling in het aantal valincidenten. Het G coach project heeft ons veel alerter gemaakt voor valrisico's en er is meer aandacht voor preventie. Ook de nazorg verloopt efficiënter. Terwijl we patiënten vroeger soms naar huis stuurden met controleafspraken op verschillende dagen, plannen we nu alles op één dag via het dagziekenhuis geriatrie. Niet alleen voor de zorg op de afdeling, maar ook voor de ambulante opvolging betekent G coach een hele verbetering."

#### INFO

Geriatric  
Straat 80  
T 09 224 54 90  
Dr. David Dedecker

Hart- en vaatziekten  
Straat 25  
T 09 224 64 00  
Dr. Hans Vandekerckhove

# Plaatsing van knieprothese met uiterste precisie

*Onze orthopedisch chirurgen plaatsen sinds enkele jaren knieprothesen met assistentie van een robot. De robot helpt om het implantaat met uiterste nauwkeurigheid op de juiste positie te plaatsen. En wat die juiste positie is, is voor iedere patiënt anders.*

**D**e kniechirurgen van AZ Sint-Lucas hebben ruime ervaring met robotchirurgie; de eerste cases dateren van 2018. De robot is een bijzonder nauwkeurig hulpmiddel voor de chirurg, waarmee de prothese volgens de individuele anatomie van de patiënt geplaatst wordt. En dat heeft voor beide partijen alleen maar voordelen.

## HOE VERLOOPT EEN OPERATIE MET DE ROBOT?

Dr. Pieter Beekman: "De robot bestaat uit verschillende componenten: een navigatiesysteem, een computer die de berekeningen maakt en een robotgestuurd zaagsysteem. In een eerste stap plaatsen we trackers, een soort van reflectoren die de camera kan detecteren, op het boven- en onderbeen van

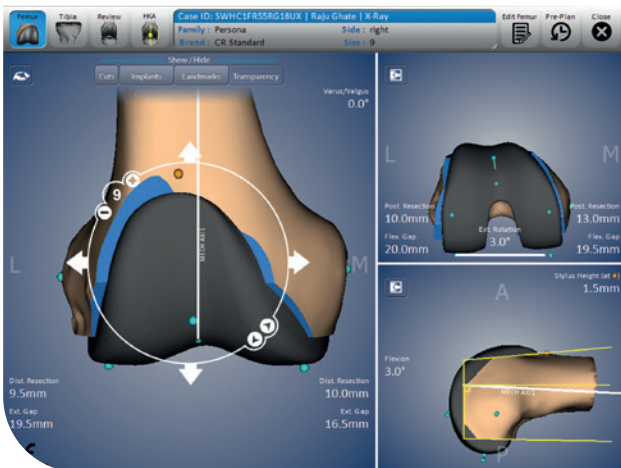
de patiënt. Dan openen we de knie en met een pointer die ook trackers heeft, lezen we de anatomie van de patiënt in. Op het scherm krijgen we dan een driedimensionale reconstructie van het gewricht. Ook de ligamentaire spanning wordt ingelezen.

In een tweede stap doet de computer een voorstel voor een operatieplan. De chirurg bekijkt dit plan en past het plan aan zodat de anatomie van de patiënt en de positie van de prothese zo goed mogelijk op elkaar afgestemd zijn.

In de laatste stap voeren we het plan uit met een ongelooflijke nauwkeurigheid (minder dan 1 mm en minder dan 1 graad afwijking) via een robotgestuurde zaag. Door die precieze én unieke plaatsing voelt de prothese natuurlijker aan."

## WAT IS HET GROTE VERSCHIL MET DE CONVENTIONELE TECHNIEK?

Dr. Pieter Beekman: "De slijtage van het implantaat was lang de eerste bekommernis. De mechanica speelt daar een belangrijke rol bij: plaats je het implantaat loodrecht, dan wordt het gelijkmatig belast. Het conventionele instrumentarium werd zo ontwikkeld dat de prothese loodrecht geplaatst kon worden. De anatomie van de patiënt zo perfect mogelijk nabootsen was niet prioritair. Door nieuwe ontwikkelingen in de metallurgie en de kunststoffen, zijn de prothesen slijtvaster geworden. Hierdoor kan er afgeweken worden van de loodrechte plaatsing. Niet elke knie is immers loodrecht. Eén op drie heeft een duidelijk O-been. Als je dat recht maakt, krijg je



Gepersonaliseerde plaatsing van de knieprothese.



Op het boven- en onderbeen worden trackers geplaatst.



V.l.n.r.: dr. Carlos De Wandel, dr. Alexander Schepens, dr. Pieter Beekman en dr. Piet Libbrecht

een bepaalde laxiteit die we moeten oplossen met bijvoorbeeld ligamentaire releases (het lossen van ligamenten). Door dichterbij de anatomie van de patiënt te blijven, zijn dat soort ingrepen niet meer nodig en voelt de prothese voor de patiënt bovendien veel natuurlijker aan. De robot is de uitgelezen tool om de prothese met uiterste precisie en dus volledig gepersonaliseerd te plaatsen."

#### HOE GAAT DIE GEPERSONALISEERDE PLAATSING CONCREET IN ZIJN WERK?

Dr. Alexander Schepens: "De sleutel tot de perfecte knieprothese is de natuurlijke spanning van de ligamenten. Hoe dichterbij de prothese bij de natuurlijke anatomie komt, hoe minder afwijkende ligamentspanning. Met de robot kan de prothese virtueel geplaatst worden, nog voor er een coupe gezaagd wordt. De computer voorspelt de ligamentspanning bij verschillende zaagsneden. Voor elke optie krijg je meteen de outcome. Nadat ik de gewenste optie heb geselecteerd, zorgt de robot ervoor dat ik frees en zaag met uiterste precisie. En terwijl het conventionele instrumentarium een variatie heeft van een drietal graden, kunnen we met onze robot tot op 1 graad nauwkeurig werken. Alles komt samen: de nieuwe implantaten openen onze mogelijkheden en dankzij robotchirurgie zorgen we voor een precieze plaatsing."

Dr. Pieter Beekman: "Het stuk bot dat je wegneemt, we noemen dat de gap, moet gelijk zijn bij flexie en extensie. Als chirurg kom je bij het maken van coupes met conventionele instrumenten altijd in een bepaald scenario terecht, bijvoorbeeld een ligamentaire onbalans. Op dat moment moet je een beslissing nemen gebaseerd op kennis, feeling en ervaring. Het is een beetje vergelijkbaar met een schaakmeester die snel patronen herkent en weet hoe hij met een paar slimme trucjes het spel naar zijn hand kan zetten. De robot is een uitstekende assistent die accurate visuele info geeft en de mogelijke scenario's tegen elkaar afweegt. De bijhorende outcomes worden berekend en de chirurg selecteert de beste optie. Het mooie is dat nog voor we gaan snijden, we al weten waar we zullen uitkomen."

#### HOE VERLOOPT DE REVALIDATIE NA EEN KNIEPROTHESE?

Dr. Piet Libbrecht: "Robotchirurgie is in feite een verderzetting van het Rapid Recoveryprogramma. Door onze totaalaanpak is de patiënt de volgende dag terug op de been. Via spiersparende chirurgie, groepsrevalidatie, teaching classes en specifieke anesthesie kunnen we de patiënt snel activeren. Die gerichte aanpak is essentieel voor een snelle mobiliteit, een goed resultaat en minder kans op complicaties."

#### WIE KOMT IN AANMERKING VOOR ROBOTCHIRURGIE?

Dr. Alexander Schepens: "In principe komt elke patiënt die een totale knieprothese nodig heeft in aanmerking voor robotchirurgie. De robot past in de doelstelling om het postoperatief verloop zo vlot mogelijk te laten verlopen; de operatie is minder invasief, geeft minder weefselschade en minder bloedverlies. En nog een detail: er is geen meerprijs voor de patiënt. De ambitie is om de robot voor zo veel mogelijk patiënten te gebruiken. De mogelijkheden zijn enorm: op termijn kunnen we de robot ook gebruiken voor heupprothesen, schouderprothesen en reconstructie van de voorste kruisband."

#### INFO

Orthopedische heekunde en  
traumatologie - Kniechirurgie  
Dr. Pieter Beekman  
Dr. Piet Libbrecht  
Dr. Alexander Schepens  
Straat 24  
T 09 224 65 90  
www.ortho.gent

Dr. Carlos De Wandel  
Straat 23  
T 09 224 65 91

# Pinda-allergie bij kinderen



*Pinda-allergie is één van de meest voorkomende voedselallergieën bij kinderen, met een prevalentie tussen de 1 à 3% in de Westerse landen. Pinda-allergie is in de meeste gevallen levenslang en kan de levenskwaliteit van kinderen (en het gezin) significant beïnvloeden. Preventie en een correcte diagnose zijn daarom van essentieel belang. Dr. Sarah De Schryver geeft een inzicht in recente ontwikkelingen en nieuwe perspectieven.*



Dr. Sarah De Schryver

**D**e oorzaak van pinda-allergie is multifactorieel: zowel genetische als omgevingsfactoren spelen een belangrijke rol. Een positieve familiale anamnese verhoogt het risico op pinda-allergie. Wat betreft omgevingsfactoren, zijn vitamine-D-deficiëntie en de toenemende hygiëne risicofactoren voor het ontwikkelen van voedselallergie. Daarnaast blijkt de wijze van blootstelling aan pinda (en andere voedselallergenen) bij eerste introductie van cruciaal belang. Volgens de "dubbele allergeen blootstellingshypothese" zou blootstelling via de huid bij een verstoorde huidbarrière leiden tot allergische sensibilisatie, terwijl orale blootstelling op het juiste tijdstip voor tolerantie kan zorgen.

Filaggrine speelt een rol in de integriteit van de huidbarrière en vochtretentie. Mutaties in het FLG (filaggrine gen) zijn geassocieerd met atopische dermatitis en een verhoogd risico op andere atopische aandoeningen zoals voedselallergie (zie figuur 1).

## PREVENTIE

In 2008 toonde een observationele studie dat joodse kinderen in het Verenigd Koninkrijk tien keer meer risico hadden op

pinda-allergie dan hun leeftijdgenoten in Israël. Het grote verschil tussen beide groepen was de leeftijd van introductie van pinda (vanaf babyleeftijd in Israël).

In 2015 toonde de gerandomiseerde gecontroleerde LEAP-studie (Learning Early about Peanut) met 640 kinderen met een verhoogd risico op pinda-allergie (op basis van ernstige atopische dermatitis en/of ei-allergie), dat vroege introductie van pinda (tussen de 4 en 11 maanden) resulteerde in 86% minder risico op het ontwikkelen van pinda-allergie. Het uitstellen van introductie van potentieel allergene voeding wordt niet meer aanbevolen.

## DIAGNOSE

Een grondige anamnese is de belangrijkste tool bij het stellen van de diagnose. Symptomen zoals urticaria kunnen optreden tijdens een allergische reactie, maar bij jonge kinderen treden ze ook vaak op tijdens virale infecties. Chronische klachten zoals eczeem of buikpijn worden frequent geassocieerd aan een onderliggende pinda- of voedselallergie.

Huidpriktesten (HPT) en specifieke IgE-antilichamen (sIgE's) voor pinda zijn de belangrijkste aanvullende onderzoeken.

Beide onderzoeken hebben een hoge sensitiviteit en een lage specificiteit met dus een hoog risico op vals positieve resultaten. **Een positief testresultaat (= sensitisatie) wijst echter niet altijd op een allergie.** De gouden standaard voor de diagnose is een orale provocatietest waarbij het kind onder gecontroleerde omstandigheden een oplopende hoeveelheid van pinda toegediend krijgt. Dit is echter een tijdsintensief onderzoek met een risico op anafylaxie. Er is dus nood aan verbeterde diagnostiek.

Aanvullend kunnen sIgE's voor verschillende componenten van het pinda-eiwit bepaald worden. Er zijn zes verschillende componenten commercieel beschikbaar: Ara h1, Ara h2, Ara h3, Ara h6, Ara h8 en Ara h9. De significante componenten geassocieerd met pinda-allergie zijn de eiwitten Ara h1, Ara h2, Ara h3 en Ara h6. Hiervan is sIgE voor het eiwit Ara h2 de meest predictieve component voor pinda-allergie. Deze componenten zijn stapeleiwitten die hittestabiel zijn. Het eiwit Ara h8 is daarentegen hittelabel en een homoloog van het majeur berkenpollen allergeen Bet v1. Monosensitisatie voor Ara h8 wijst altijd op kruisreactiviteit met berkenpollen en is geassocieerd met milde symptomen zoals orale jeuk.

De bepaling van sIgE's voor de pinda-componenten kan aanvullende diagnostische informatie geven in specifieke omstandigheden: bij een onduidelijk klinisch verhaal, twijfelachtige HPT en/of sIgE en om een onderscheid te maken tussen een primaire pinda-allergie of een secundaire allergie in de context van een berkenpollenallergie.

Het beleid bestaat uit het strikt mijden van pinda. Intramusculair adrenaline is de eerstelijnsbehandeling in geval van acute allergische reacties. We geven een geschreven actieplan mee met uitleg over indicaties en het gebruik van de adrenaline auto-injector.

## RECENTE ONTWIKKELINGEN IN DE BEHANDELING

Orale immunotherapie voor pinda-allergie of POIT is een veelbelovende opkomende behandeling voor kinderen met pinda-all-

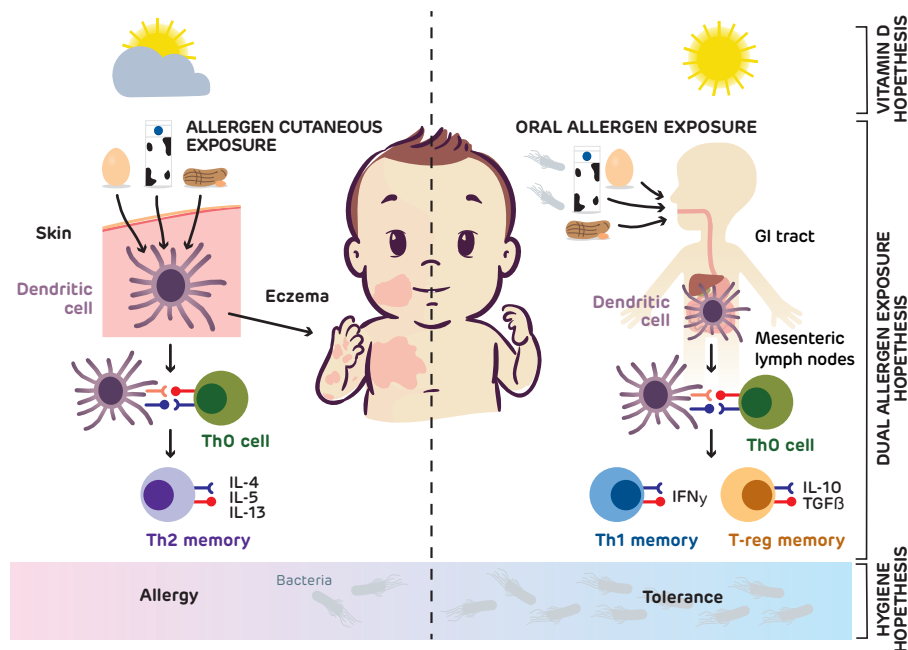
gie. De behandeling houdt in dat er geleidelijk aan toenemende dosissen van pinda onder medisch toezicht worden toegediend.

Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat POIT een efficiënte behandeling is voor de desensitisatie van kinderen met pinda-allergie. Een recente observationele studie heeft aangetoond dat bij 117 kinderen die gedurende één jaar een onderhoudsbehandeling kregen met dagelijks 300 mg pinda, bijna 80% een dosis van 4000 mg pinda goed tolereerden. 98,3% van deze patiënten tolereerde een dosis van minstens 1000 mg pinda, wat voldoende bescherming biedt tegen accidentele innames.

De voornaamste beperkende factor aan deze behandeling is het risico op allergische reacties. De meeste kinderen zullen milde tot matige klachten ontwikkelen tijdens de behandeling zoals milde cutane of gastro-intestinale klachten. Hoewel er altijd

een risico bestaat op levensbedreigende reacties, toont onderzoek aan dat dit risico significant lager ligt bij jonge kinderen onder de leeftijd van 5 jaar. Het doel van de behandeling is om een onderhoudsdosis van pinda te bereiken en om de levenskwaliteit van kinderen met een pinda-allergie aanzienlijk te verbeteren. De behandeling biedt een bescherming tegen accidentele blootstellingen en vermindert het risico op ernstige (mogelijk levensbedreigende) reacties. Deze behandeling wordt niet als definitief beschouwd en moet levenslang verder genomen worden. Het kind moet naast zijn behandeling nog altijd pinda mijden en een adrenaline auto-injector bij zich hebben.

Dr. Sarah De Schryver, pediater



Figuur 1: Du Toit G. et al. Food allergy: update on prevention and tolerance. *J Allergy Clin Immunol* January 2018.

## Referenties

1. Abrams EM et al. Peanut Allergy: New Advances and Ongoing Controversies. *Pediatrics* 2021; 145 (5) : 1-11.
2. Vickery et al. Early oral immunotherapy in peanut allergic preschool children is safe and highly effective. *J Allergy Clin Immunol* 2017; 139 (1): 173-181.
3. Soller et al. First real world safety analysis of preschool peanut oral immunotherapy. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2019; 7(8): 2759-2767.
4. Soller et al. First real world effectiveness analysis of preschool peanut oral immunotherapy. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2021; 9(3): 1349-1356.
5. Tang M et al. Peanut oral immunotherapy, state of the art. *Immunol Allergy Clin N Am* 2020; 97-110.

## INFO

Kinderziekten - Allergologie  
Dr. Sarah De Schryver  
Straat 61  
T 09 224 54 13

# Voorafgaande zorgplanning: wat wil de patiënt aan het einde van zijn leven?

*Patiënten hebben vaak concrete wensen of verwachtingen over hun levenseinde. Als huisarts hebt u een belangrijke rol in het informeren over de mogelijkheden. U bent het best op de hoogte van de medische voorgeschiedenis en de thuissituatie van uw patiënt. Hoe kunt u ervoor zorgen dat uw patiënt correcte informatie krijgt over zijn/haar voorafgaande zorgplanning?*

**M**isschien krijgt u er ook steeds vaker mee te maken: patiënten die u aanspreken over thema's als levenseinde en euthanasie. Het zijn thema's die op regelmatige basis de media halen waardoor de aandacht ervoor bij het grote publiek blijft groeien. Ondanks de uitgebreide berichtgeving blijkt de verstrekking van correcte informatie vaak een probleem. Het is tenslotte geen gemakkelijke materie, noch juridisch, noch emotioneel. Bovendien ontbreekt het soms aan voldoende tijd op een consultatie om deze zaken grondig te bespreken.

Als arts bent u de meest aangewezen persoon om patiënten als eerste te informeren over de mogelijkheden op het vlak van voorafgaande zorgplanning. U bent het best op de hoogte van zowel de medische toestand en voorgeschiedenis, als van de sociale context. Als u niet zo vertrouwd bent met de materie, kunt u er voor kiezen om na een eerste verkennend gesprek met uw patiënt ondersteuning in te roepen van 'experten voorafgaande zorgplanning'. U kunt daarvoor terecht bij ons Palliatief Support Team.

## EUTHANASIE

Als we het over voorafgaande zorgplanning hebben, staat euthanasie als thema doorgaans op de agenda. Het is een gevoelig thema. Euthanasie biedt een mogelijkheid om waardig te sterven. Het blijft voor de arts een beklievende handeling en vraagt een bijzondere verantwoordelijkheid. De eerste stap van een patiënt die euthanasie overweegt, is om er met zijn behandelende arts(en) over te praten. Als de patiënt kiest voor euthanasie, dan verdient u als arts tijd en ruimte om voor uzelf uit te maken of u met respect voor uw eigen waarden en beleving de euthanasie kunt uitvoeren. Als

u niet bereid bent aan het verzoek gevolg te geven, kunt u nagaan naar wie u kunt doorverwijzen.

Uiteindelijk streven we naar een goed geïnformeerde patiënt die kan vastleggen hoe de zorg op het einde van zijn leven mag verlopen. Ook als arts moet u het gevoel hebben dat u voldoende ruimte hebt gekregen om de patiënt ten gronde te informeren en om begrip te ontwikkelen voor de beslissingen van uw patiënt. Idealiter is de bespreking van voorafgaande zorgplanning en euthanasie een openhartige en constructieve dialoog tussen u en uw patiënt die resulteert in een zorgplanning waar de patiënt zich goed bij voelt. Aarzel niet om ons Palliatief Support Team te contacteren voor meer informatie of ondersteuning. Ook patiënten kunnen er terecht.

## INFO

Palliatief support team  
T 09 224 52 01  
E [pst@azstlucas.be](mailto:pst@azstlucas.be)  
Ma - vrij van 8u00 tot 16u30





# Anticoagulant stewardship identificeert risicofactoren voor de patiëntveiligheid

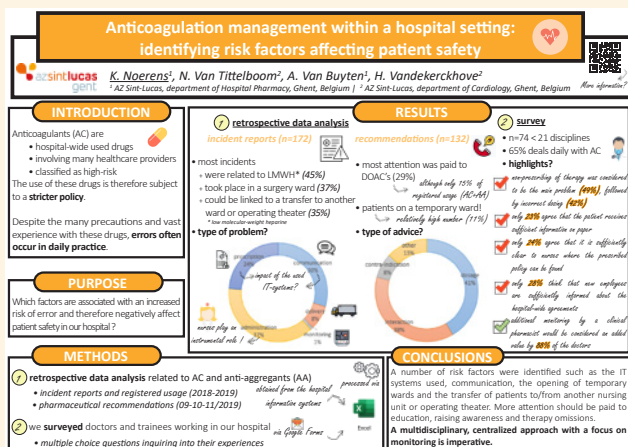
Het voorschrijven van anticoagulantia gebeurt met de grootste rationaliteit en voorzorgen, maar risico's zijn niet uitgesloten. Onze anticoagulant stewardship (ACS) werkgroep deed hierrond onderzoek bij de artsen en ASO's en vatte de resultaten samen in een poster.

**E**ind 2019 startten we in ons ziekenhuis met een anticoagulant stewardship werkgroep. De werkgroep ontstond uit de diensten apotheek en hart- en vaatziekten, aangevuld met vertegenwoordigers van andere specialismen. Door het gebruik van anticoagulantia en thromboseprofylaxie onder de broodnodige aandacht te brengen heeft het stewardship behoorlijk wat buzz en impact rond dit topic kunnen opwekken. Anticoagulantia zijn immers vaak gebruikte geneesmiddelen, zowel in het ziekenhuis als in ambulante setting, waarbij veel zorgverstrekkers betrokken zijn. Er kan dus heel wat fout gaan en dat werd al meermaals aangetoond in wetenschappelijke literatuur. De werkgroep beoogt kwaliteitsmonitoring en veiligheid en streeft goed en

rationeel voorschrijfgedrag van anticoagulantia en hun bridging na, zowel in preventiebeleid (profylaxe) als in pre- en postoperatieve opvolging. Tijdens de moeilijke coronaperiode heeft de werkgroep via de begeleiding van een masterproef van een ziekenhuisapotheker in opleiding het rationele denken en voorschrijven van antico bij de artsen en ASO's in kaart gebracht. Via dit onderzoek konden we achterhalen welke risicofactoren fouten in de hand werken (en aldus de patiëntveiligheid negatief beïnvloeden) om in een tweede fase gerichte acties te ondernemen om het proces te optimaliseren. We maakten een risicoanalyse op basis van gegevens uit onze ziekenhuisprogramma's zoals incidentmeldingen, farmaceutische adviezen en verbruikscijfers. Interne zorgverstrekkers kregen een

bevraging over het huidig beleid en hun verwachtingen naar de toekomst toe. De resultaten, gedetecteerde risicofactoren en aanbevelingen voor de toekomst vatten we samen op een poster die werd voorgesteld op twee congressen (The European Association of Hospital Pharmacists - EAHP en The Belgian Society of Cardiology - CBSC).

We kunnen uit ons onderzoek besluiten dat het stewardship zich vooral moet focussen op multidisciplinair overleg, opleiding en communicatie rond het rationeel gebruik van anticoagulantia in het ziekenhuis. Ambulante zorgverstrekkers zijn hierbij een belangrijke partner aangezien zowel voor als na opname in het ziekenhuis (tijdelijke) wijzigingen aan de behandeling noodzakelijk kunnen zijn.



Bekijk de poster op onze website:



**INFO**

Met suggesties, opmerkingen of vragen kunt u altijd terecht bij:

- Kenny Noerens, apotheker  
kenny.noerens@azstlucas.be
- Dr. Hans Vandekerckhove, cardioloog  
hans.vandekerckhove@azstlucas.be

# Nieuwe artsen



## DR. JONAS SCHOONACKERS

Sinds 1 april maakt dr. Jonas Schoonackers deel uit van ons team van spoedartsen. Hij studeerde geneeskunde aan de Universiteit Gent en voltooide daar vervolgens zijn opleiding urgentiegeneskunde in 2020. Tijdens deze opleiding was hij in 2017 al werkzaam als ASO op onze dienst spoedgevallen. Verder werkte hij tijdens zijn opleiding in

het UZ Gent (spoed en intensieve zorg), AZ Sint-Jan Brugge (spoed en intensieve zorg), OLV Aalst (spoed en anesthesie) en AZ Delta Roeselare (inwendige ziekten en spoed). Daarnaast deed hij buitenlandse werkervaring op in Cambodja. Hij leverde zijn masterproef over het gebruik van Near-infrared spectroscopy (NIRS) in reanimatiesetting.

## DR. VICKY MAERTENS

Dr. Vicky Maertens voltooide in 2019 haar opleiding Algemene Chirurgie aan de Universiteit Gent. Ze specialiseerde zich verder in de abdominale heelkunde en volgde bijkomende opleidingen in binnen- en buitenland met nadruk op minimaal invasieve technieken. Ze bekwaamde zich onder andere in oncologische chirurgie en trauma-opvang in het Erasmus MC te Rotterdam (NL) en volgde een fellowship

colorectale robotchirurgie in het Queen Alexandra Hospital in Portsmouth (UK). Ze versterkt de dienst heelkunde om naast de meer algemene activiteit de niches colorectale heelkunde (open, laparoscopisch en robotchirurgie), hipec en peritoneale ziekte en leverchirurgie verder uit te bouwen. Dr. Maertens vervoegde de groep heelkunde op 1 april 2021 en is werkzaam in AZ Sint-Lucas en AZ Oudenaarde.



## DR. BENEDIKTE VAN DRIESSCHE

Dr. Benedikte Van Driessche vervoegde op 1 april 2021 als kinderneuroloog onze associatie kinderziekten. Ze studeerde geneeskunde aan de Universiteit Gent. Tijdens haar opleiding tot kinderarts was ze werkzaam in AZ Groeninge te Kortrijk, OLV ziekenhuis te Aalst en UZ Gent. Nadien volgde ze een bijkomende subspecialisatie in de kinderneurologie

tijdens een tweearig fellowship op de dienst kinderneurologie en metabole ziekten in UZ Gent. Dr. Van Driessche zal zich naast de algemene kindergeneeskunde hoofdzakelijk toeleggen op neurologische aandoeningen en ontwikkelingsproblematiek. Daarnaast is ze als kinderneuroloog werkzaam in het Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen (COS) in Gent.



## DR. CHARLOTTE KEMEL

Sinds april 2021 maakt tandarts Charlotte Kemel deel uit van onze dienst tandheelkunde. Tandarts Kemel behaalde haar diploma in de tandheelkunde in

2019 aan de Universiteit Gent. In 2020 behaalde ze de beroepstitel van Algemeen Tandarts. Daarnaast is ze ook aan het werk in een groepspraktijk in Brugge.

## DR. GRIET LORET

Op 1 juni 2021 vervoegde dr. Griet Loret onze dienst neurologie. Ze legt zich naast de algemene neurologie in het bijzonder toe op de subdiscipline van de bewegingsstoornissen waaronder de ziekte van Parkinson, tremor en dystonie. In 2020 studeerde dr. Loret af als neuroloog aan de Universiteit Gent. Nadien volgde ze gedurende een half jaar een fellowship in het Hôpital Pitié-Salpêtrière in Parijs. Daar verdiepte ze zich in de meest

courante pathologieën binnen het domein van de bewegingsstoornissen, met bijzondere aandacht voor de behandeling ervan door middel van diepe hersenstimulatie (DBS). Binnen ons neurologisch team zorgt ze voor een verdere uitbreiding van de verschillende subdisciplines in een dynamische omgeving die al beschikt over een uitgebreide infrastructuur voor neurologische diagnostiek en behandeling.



## DR. JANNE ELST

Dr. Janne Elst versterkt sinds 1 juni 2021 ons team medische beeldvorming. Ze volgde haar opleiding algemene radiologie aan het VUMC in Amsterdam, maar mocht als assistent via een uitwisseling al eens een jaartje proeven van het uitstekende zorgaanbod en de fijne werking in AZ Sint-Lucas. Na

een extra verdiepingsjaar 'abdominal and women's imaging' in Toronto, Canada keert ze met heel veel plezier terug naar AZ Sint-Lucas om deze kennis in de praktijk te brengen. Ze zal zich voornamelijk bezighouden met mammaire en abdominale radiologie en met oncologische beeldvorming.

## DR. VINCIANE VERCRUYSSSE

Vanaf 1 juli 2021 versterkt dr. Vinciane Verduyck ons team van radiologen. Ze studeerde in 2015 af als arts aan de Katholieke Universiteit Leuven en genoot haar opleiding tot radioloog in het OLV Aalst en het Universitair Ziekenhuis Gent. In het voorlaatste jaar van haar opleiding werd zij geselecteerd voor een scholarship in de neuroradio-

logie in het Vall' d'Hebron Hospital te Barcelona. In 2020 studeerde zij af als radioloog en deed aansluitend een fellowship in AZ Nikolaas. Binnen de dienst radiologie zal zij zich, naast de algemene medische beeldvorming, in het bijzonder toeleggen op de abdominale en cardio-vasculaire beeldvorming.



# COVID-patiënten worden thuis opgevolgd via app

*Al een tijdje volgt AZ Sint-Lucas COVID-19 patiënten thuis op via de app CovidCare@Home van Byteflies. Op die manier kunnen ze het ziekenhuis vroeger verlaten of is zelfs een ziekenhuisopname niet nodig. Zo kan de patiënt in zijn vertrouwde thuisomgeving uitzielen.*



De CovidCare@Home kit is een doosje dat de patiënt mee krijgt naar huis. In het doosje zit een thermometer en een zuurstofsaturatiemeter waarmee de patiënt zijn temperatuur, ademhalingsfrequentie, zuurstofsaturatiewaarde en hartslag kan bepalen. Die parameters stuurt hij drie keer per dag via een beveiligde online applicatie naar het ziekenhuis. Aan de hand van een kleurencode ziet de patiënt wat er moet gebeuren:

- Groen: alles is oké.
- Oranje: neem je parameters opnieuw.
- Rood: neem je parameters opnieuw en contacteer het ziekenhuis of je huisarts.

De patiënten die in aanmerking komen voor Covid-Care@Home zijn patiënten die positief testen op de spoed, maar milde symptomen hebben en perfect kunnen opgevolgd worden van op afstand. Anderszijds kunnen we patiënten die opgenomen zijn met

COVID-19 vroeger naar huis laten gaan en hen via thuismonitoring verder opvolgen. Dr. Elke Goovaerts, longarts: "Wat we met de metingen vooral willen opsporen, zijn de patiënten die lage zuurstofsaturatie ontwikkelen zonder dat ze zich hiervan bewust zijn. Daarnaast willen we ook eventuele bijkomende bacteriële infecties niet missen."

De spoedartsen en longartsen volgen de ingegeven parameters van de patiënten in een wekelijkse beurtrol op, tweemaal per dag via een speciaal dashboard. Spoedarts dr. Philippe Leune: "De opvolging van de patiënten verloopt vlot en er werden tot nu toe een 50-tal patiënten geïnccludeerd. Slechts in een kleine minderheid van de gevallen moesten we de patiënt contacteren om zich opnieuw aan te melden wegens achteruitgang van de parameters. Soms namen we contact op omdat er geen nieuwe parameters meer verschenen; doorgaans voelde de patiënt zich terug goed/genezen, en kon de opvolging afgesloten worden."

Er komt zeker extra werk bij kijken (een online dossier aanmaken, papieren afdrukken, uitleg geven aan patiënt ...) maar het voordeel is dat we meer bedden kunnen vrijhouden. Ook voor de huisarts is thuismonitoring een ontlasting: hij hoeft niet meer langs te gaan om de waarden op te volgen. En de patiënt kan rustig herstellen in zijn vertrouwde omgeving en mag erop rekenen dat er meteen wordt ingegrepen als er afwijkende waarden zijn. 'Patiënten zijn erg enthousiast en zien het als een meerwaarde als we voorstellen om hen van thuis uit verder te monitoren', aldus dr. Leune.