

Ouderdomsdiabetes

Met een prevalentie van momenteel 8% van de Belgen en een predictie tot 10% in het jaar 2025 is type 2 diabetes zonder meer een van de meeste frequente chronische ziekten, leidend tot een belangrijke morbiditeit en mortaliteit indien onvoldoende onder controle. Onze drastisch gewijzigde levensstandaard samen met de vergrijzende bevolking zorgt voor een ware diabetesepidemie.

Het belang van een vroege multifactoriële aanpak met onder andere gewichtsreductie, gezonde voeding, beweging, rookstop, behandeling van hoge bloeddruk en dyslipidemie en glycemiecontrole kan niet genoeg benadrukt worden. Een slecht verzorgde diabetes op jonge en middelbare leeftijd leidt immers tot multipale verwikkelingen in de oude dag zoals hartinfarcten, beroertes, chronisch nierlijden leidend tot dialyse, oogschade, invaliderende neuropathie en diabetische voetproblemen. Er is een actieve screening nodig naar deze complicaties in een vroeg stadium om erger te voorkomen. Diabetes adequaat behandelen is één van de grootste uitdagingen van de nabije toekomst. Het ontbreken van klachten bij milde hyperglycemie geeft vaak een misleidende geruststelling dat er geen probleem is. Daarom dient regelmatige meting van het HbA1c te gebeuren met als doel een waarde < 7 % (tenzij een individuele situatie het anders vereist) en is het nuttig om patiënt of familie glycemiezelfcontroles te laten doen.

De laatste jaren zijn er heel wat nieuwe therapieën op de markt gekomen, zowel perorale als injecteerbare middelen zoals oa. de incretines en de insulineanalogen.

De keuze van behandelingsschema is steeds sterk individueel, maar dit in het bijzonder bij de bejaarde patiënt. Factoren waarmee rekening dient te worden gehouden zijn de zelfredzaamheid van de bejaarde, de comorbiditeit, de levensverwachting, het valrisico, de mogelijke nevenwerkingen bij polyfarmacie en de aanwezigheid van mantelzorg. Het optreden van een ernstige hypoglycemie is bijvoorbeeld veel risicovoller bij een alleenwonende bejaarde dan bij een rusthuispatiënt, bij wie steeds professionele derden aanwezig zijn. Metformine, het eerste keuze product bij type 2 diabetes dient in deze populatiegroep iets omzichter gebruikt te worden gezien de gastrointestinale nevenwerkingen en het risico op lactaatacidose bij reeds gedaalde nierfunctie. Niet alleen het creatinine is bij hen belangrijk maar ook de klaring.

De voorkeur bij bejaarden gaat uit naar kortwerkende sulfonyleurea zoals glicinide of repaglinide en insulineanalogen indien hiernee onvoldoende controle bereikt wordt. Met de nieuwere therapieën zoals de incretines is er momenteel nog weinig ervaring in deze populatiegroep en deze dragen bij hen momenteel ook niet de voorkeur. Ondanks de schrik voor hypoglycemies draagt het starten van insuline vaak bij tot een betere levenskwaliteit door reductie van de perorale medicatie en betere glycemiecontrole. ■

dr. Evy Degrande
Geriatric - Endocrinologie
evy.degrande@sintandriestelt.be

Voetproblemen, vaak voorkomend op gevorderde leeftijd

Samen met andere ongemakken zien we op hogere leeftijd ook meer voetproblemen. Deze kunnen primair zijn en eerder degeneratief van aard ("slijtage") of secundair aan vasculaire of neuropathische aandoeningen. Steeds zijn de letsels hinderlijk daar ze de patiënt raken in zijn mobiliteit en zelfstandigheid. Controle en preventie zijn dan ook van belang.

Als degeneratieve problemen van de voorvoet kunnen eelten plantair (metatarsalgie) en dorsaal (op de tenen) als meest voorkomend genoemd worden. Vaak gaan ze gepaard met hallux valgus of hamertenen. Bij goede vasculonerveuze toestand geven ze zelden wonden. De behandeling begint meestal met orthotische hulpmiddelen zoals steunzolen en orthopedisch schoeisel. In tweede fase heeft zeker reconstructieve heelkunde een plaats met goede resultaten bij de juiste patiëntselectie. Midden- en achtervoetsdegeneratie is minder frequent. Tarso-metatarsale arthrose is zeer pijnlijk maar kan meestal conservatief met steunzolen of infiltratie onder controle gebracht worden. Achtervoetslijden wordt meestal veroorzaakt door M. Tibialis Posteriorinsufficiëntie en behandeling start dan ook met orthopedische zolen of schoeisel. Daar waar voorvoetheelkunde vaak reconstructief is met asherstel, bestaat midden- en achtervoetchirurgie uit resectie van het gewricht en arthrodese om de pijn weg te nemen. Naast degeneratieve zijn de belangrijkste voetklachten de vasculaire en neuropathische problemen die elkaar ontmoeten in de diabetische voet. De arteriële problemen met occlusie gaan vaak met pijn

gepaard (claudicatio) en worden als dusdanig op tijd herkend. De micro-angiopathie met perifere vasculaire stroomis geeft distale of plantaire wondjes. In combinatie met gevoelsstoornis (o.b.v. polyneuropathie) en statiekafwijking blijven ze lang onopgemerkt. Toch kunnen ze de eerste manifestatie zijn van een opkomend diabetes. De behandeling van de diabetesvoet is orthotisch met zachte steunzolen en aangepaste cornfortschoenen (Riziv-tussankomst in diabetesconventie). Reconstructieve heelkunde wordt wegens gevaar voor wondproblemen bij diabetici vaak vermeden. Daarentegen is agressieve vasculaire of orthopedische chirurgie bij infectie of wonde vaak de enige mogelijkheid om lidmaatsparend te kunnen werken. Naast glycemieregeling, rookstop, revascularisatie, voetorthosen, orthopedische voetchirurgie en (thuis)verpleging voor wondzorg, speelt regelmatige controle van de voet(zool) door huisarts en patiënt (spiegelte) een belangrijke rol in preventie van majeure verwikkelingen. Door langdurige opname kunnen ze een belangrijke individuele en maatschappelijke kost betekenen. Samenwerking tussen de bovennoemde actoren (para)medisch is dan ook de sleutel tot succes. ■

dr. Kristof Deroo
Orthopedie
kristof.deroo@sintandriestelt.be



Cognitieve syndromen

De vergrijzing van de bevolking heeft een significante impact op de prevalentie en incidentie van cognitieve stoornissen. Uiteraard kennen we allemaal de fysiologische involutie van het geheugen (denken we bv. aan het moeilijk op namen komen), maar het is van belang om dit te onderscheiden van de pathologische toestand van dementie.

Op 65 jaar heeft men 6% kans op het ontwikkelen van dementie; op 85 jaar bedraagt dit reeds 30%. Met andere woorden, dit komt in een doorsnee huisarts- en zeker neurologie- of geriatriepraktijk frequent voor. Een grondige uitwerking is bij elk van deze patiënten noodzakelijk om diverse redenen: vooreerst ter uitsluiting van dementia-lijke ziektebeelden: depressie, malnutritie, schildklierlijden, medicatieabus, hersentumor, ... waarvan het overgrote deel behandelbaar en bijgevolg vatbaar voor verbetering is. Vervolgens, indien deze oorzaken zijn uitgesloten, ter verdere specificering van het type degeneratieve dementie waarvan Alzheimer dementie, frontotemporale dementie en multi-infarctdementie de drie meest frequente zijn, in dalende volgorde van voorkomen. Een dergelijke uitwerking gebeurt in het Sint-Andriesziekenhuis via een opname op het geriatric dagziekenhuis onder supervisie van de neuroloog. Tijdens deze dag in de "geheugenklinik" wordt de patiënt gezien door een klinisch psycholoog die een MMSE (minimalstate examination) en zonodig de uitgebreidere ADAS-COG afneemt. Voorts ondergaat hij een CT of NMR hersenen, een neuroconsult met EEG en eventueel cognitieve potentialen en indien recent niet gebeurd (bij de huisarts) een bloedafname met in het bijzonder bepaling van PBO, VitB12, foliumzuur, electrolyten (inclusief Calcium), TSH en indien van toepassing serologie. Met deze testing kunnen we de symptomatische van de neurodegeneratieve dementiepatiënten scheiden en een navenante behandeling instellen. In afwachting



Namens de neurologen
dr. Philippe Tack
philippe.tack@sintandriestelt.be
dr. Bart Lamont
bart.lamont@sintandriestelt.be

Perifeer vaatlijden bij de geriatrische patiënt

"The man is as old as his arteries" Thomas Sydenham,

Perifeer vaatlijden is een steeds frequenter wordende aandoening. De veroudering van de bevolking is hier zeker niet vreemd aan.

17% van de mannen en 21% van de vrouwen ouder dan 55 jaar hebben een significant gedaalde enkel/arm index. Op een leeftijd jonger dan 65 jaar zijn de meeste patiënten asymptomatisch. Bij de geriatrische bevolking daarentegen hebben we dikwijls te maken met veralgemeende atherosclerose. Niet alleen de arteries van de ledematen zijn aangetast, maar we vinden in deze patiëntengroep nierinsufficiëntie, coronair lijden en aantasting van de hals/cerebrale arteries. De atherosclerose is niet alleen veralgemeend maar ook progressief. Het kan lijden tot kritische ischemie met lidmaatbedreiging. Behandeling van zo'n vergevorderde vasculair aangetaste patiënten is niet eenvoudig. Postoperatieve nierinsufficiëntie, cardiaal lijden en mogelijke CVA's zijn niet uitzonderlijk. De progressie van de aandoening en de forse verkalking van de bloedvaten kan ook aanleiding geven tot revisies. Het alternatief is amputeren, maar dit gaat gepaard met een slechtere levensverwachting en levenskwaliteit en is daarenboven veel duurder voor de maatschappij. Het is belangrijk om bij de geriatrische vasculaire patiënt



dr. Marc Vuylsteke
Heelkunde
marc.vuylsteke@sintandriestelt.be

Valpreventie en revalidatie na val in de ouderenzorg

Een val is bij onze oudere populatie zelden banaal. Vallen kan leiden tot breuken, bloedingen, valangst, ... Het vormt één van de belangrijkste redenen voor opname in het ziekenhuis met soms ingrijpende gevolgen.

Vallen gebeurt meestal wanneer ze alleen zijn en in hun thuissituatie. Daarom is het geven van valpreventietips aangewezen. We dienen zowel in te werken op extrinsieke of omgevingsfactoren als op de intrinsieke (biologische en gedrags-) factoren.

Ten eerste moeten we de omgeving veiliger maken. Dit kunnen we doen door oa. tapijten zoveel mogelijk weg te doen of ze vast te kleven. Ook losliggende snoeren van tv, telefoon, ... vormen vaak een probleem. Bij veel van onze ouderen valt de post nog door de deur op de grond, daarom is het plaatsen van een doos voor de deur de oplossing. Deuren moeten gemakkelijk open en dicht kunnen gedaan worden. Bij de trap zorgt men er best voor dat de laatste en eerste trede duidelijk gemarkeerd zijn. Antislipmatjes en handgrepen zorgen in de badkamer voor minder valrisico. Een goede verlichting in huis is belangrijk, ... Ook aangepast schoeisel is een noodzaak. Daarbij gaat de voorkeur naar schoenen met een niet gladde zool en een gesloten hiel. Ze zorgen voor meer steun tijdens het stappen. Ook intrinsieke factoren kunnen beïnvloed



Namens de fysiotherapeuten
dr. Greet Descheemaeker
greet.descheemaeker@sintandriestelt.be
dr. Jozef Verhamme
jozef.verhamme@sintandriestelt.be

i.s.m. Soetkin Mestdagh
Ergotherapeute revalidatiecentrum, GST

Twee nieuwigheden voor betere geriatrische oogzorg

1) Cataractoperatie langs micro-insnede



Verwijderen van de lensinhoud langs 1.8 mm



Inbreng van een plooiens langs 1.8 mm aan de hand van een injector

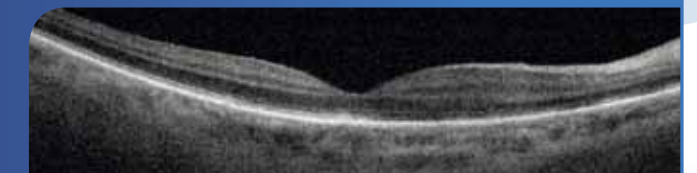
Dankzij verdere miniaturisatie van de faco-apparatuur is het sinds 2009 mogelijk om de insnede te halveren (van 3.5 mm naar 1.8 mm). Dit biedt volgende belangrijke voordelen: snellere zichtverbetering/minder lang druppelen (2 weken)/hog minder kans op besmetting.

Om de insnede van 1.8 mm te kunnen behouden, wordt de lens nu ingebracht via een spuit ("injector") zodat ze ingespoten kan worden. Plooiën met een pincet, zoals vroeger maakt de lens immers niet voldoende klein!

2) OCT (optical coherence tomography):

Dit is een scanonderzoek dat een driedimensionale doorsnede maakt van het netvlies en van het hoornvlies, enigszins te vergelijken met een echografie in radiologie. Er komt echter alleen licht aan te pas en geen schadelijke röntgenstralen. Meestal moet ook de pupil niet verwijd worden.

Dit onderzoek is een revolutie in de oftalmologie, omdat het heel goed vocht in het licht stelt (oa. bij leeftijdsgebonden maculaire lijden en diabetes). Bij glaucoom kan ook de beschadiging van de peri-papillaire zenuwvezel in het licht gesteld worden. Deze schade kan vergeleken worden met een database van de normale patiënten van dezelfde leeftijd.

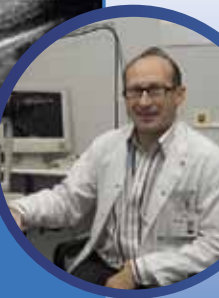


Normale doorsnede van de retina met typische maculaire depressie



Subretinale vochtophoping door leeftijdsgebonden maculaire degeneratie met secundaire golving van het netvlies. Dit geeft aanleiding tot metamorfose. ■

dr. Danny Deroos
Oftalmologie
danny.deroos@sintandriestelt.be



De dienst Vaatheelkunde heeft een Europese prijs gewonnen

Afgelopen jaar hebben we in het dierenlabo in Leuven een aantal experimenten uitgevoerd op geiten. De bedoeling was om de bestaande 'Endoveuze Laserbehandeling' van spataders verder te verbeteren. Een nieuwe katheter, ontworpen in samenwerking met Tobrix (Waalre, Nederland) werd getest. De venen werden behandeld met een speciaal ontworpen katheter die het direct contact tussen de venewand en laserfiber voorkomt. Een vergelijkend aantal venen werd met een klassieke fiber behandeld. Al deze venen werden nadien op verschillende tijdstippen (1/3 onmiddellijk, 1/3 na 10 dagen, 1/3 na 3 weken) na de behandeling verwijderd voor histologisch onderzoek (dr. Jan Roelens). De beschadiging aan de venen en de evolutie van de fibrosering van de behandelde venen werd gevolgd in de tijd. Zo konden we vaststellen dat venen behandeld met de nieuwe 'Tulp-katheter' significant minder perforaties vertonen, meer circumferentiële wandnecrose en minder beschadiging van het omgevende periveneuze weefsel.

Op het wereldcongres van flebologie, dat plaatsvond in september 2009 te Monaco, werden er 4 mondelinge presentaties van onze dienst gegeven.

Met dit wetenschappelijk werk hopen we een betere kwaliteit in de behandeling van spataders te bekomen. ■



Fig 1: schematische voorstelling van de nieuwe 'Tulp-katheter'

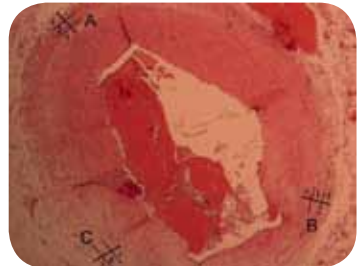


Fig 2: periveneuze weefselbeschadiging wordt gemeten



dr. Marc Vuylsteke
Heelkunde

Deze resultaten werden gepresenteerd op het jaarlijks congres van het 'European Venous Forum' te Kopenhagen (juni 2009). Hierbij hebben we de eerste prijs behaald voor de beste wetenschappelijke presentatie. Als beloning kunnen we dit wetenschappelijk werk presenteren op het 'American Venous Forum' in februari 2010 in Florida. Dr. De Bo, assistent heelkunde/orthopedie, heeft dit wetenschappelijk werk ook voorgesteld op de jaarlijkse vergadering van de BeNeLux vereniging voor Flebologie (Harzê, mei 2009). Ook daar werd de eerste prijs behaald.

Succesvolle implementatie van het Procure rectaal kanker protocol in het Sint-Andriesziekenhuis

Sinds december 2005 maakt het Sint-Andriesziekenhuis deel uit van de enkele Belgische ziekenhuizen die deelnemen aan het Procure project, het Belgisch rectaal kanker project gestart eind 2003 dat de bedoeling heeft om de behandeling van het rectumcarcinoom te standardiseren en de behandelingskwaliteit te verbeteren.

De te volgen richtlijnen geschreven in context van het Procure project zijn gebaseerd op conclusies van internationaal gepubliceerde oncologische richtlijnen. Dit project wordt financieel ondersteund door het Ministerie van Volksgezondheid, RIZIV en mutualiteiten.

Het betreft een multidisciplinair kankerproject waarbij een samenwerking tussen de diensten oncologie, gastro-enterologie, radiotherapie, anatomopathologie en abdominale chirurgie binnen de deelnemende ziekenhuizen centraal staat.

In het Sint-Andriesziekenhuis gebeurt de coördinatie van het project vanuit de dienst heelkunde o.l.v. dr. P. Lissens, chirurg gesubspecialiseerd in colorectale en proctologische heelkunde. De meer dan 40 patiënten die intussen in het Sint-Andriesziekenhuis werden behandeld voor rectumcarcinoom, werden allen geïncludeerd in de Procure studie.

Standaard in de behandeling zijn het toedienen van radio-chemotherapie bij lokaal geavanceerde rectumtumoren, het resecteren volgens het totaal mesorectaal excisie principe (TME) bij midrectale/laag rectale tumoren en het uitvoeren van

een sfinctersparende procedure met colo-anaale anastomose (met pouch/coloplastie reconstructie) al dan niet onder tijdelijk beschermend stoma.

Tumoren geresecteerd volgens het TME principe worden volgens een gestandaardiseerd anatomopathologisch protocol digitaal gefotografeerd, geïnkt, versneden en geprotocolleerd.

In het kader van het Procure project kunnen alle volgens het TME principe geresecteerde tumoren niet alleen centraal in de stichting kankerregister worden geregistreerd maar ook beoordeeld worden door een (colorectale) "commissie van wijzen" met de bedoeling om feedback van de resectiekwaliteit als deelnemend centrum te bekomen.

Sinds januari 2009 behoort de dienst heelkunde van het Sint-Andriesziekenhuis tot die diensten (18 chirurgen in België) die het TME resectie protocol volgens de Procure richtlijnen succesvol hebben geïmplementeerd. ■

Namens dr. Peter Lissens, dr. Jan Beys,
dr. Leen De Backer, dr. Steven De Coninck,
dienst radiotherapie Hellig Hartziekenhuis Roeselare

Referenties:

1. Verslag van de secretaris-generaal, editoriaal, *De Geneesheer-Specialist - speciaal nummer/juni 2009* blz. 5.
2. Procure project on cancer of the rectum - multidisciplinary guidelines for the treatment of rectal cancer - www.belsurg.org
3. Belgian cancer registry - procure www.kankerregister.be
4. Databasegegevens dienst heelkunde Sint-Andriesziekenhuis Tielt: www.chirurgietielt.be

Weetjes

Publicaties

"Hoest en bilaterale longinfiltraten na radiotherapie voor borstcarcinoom"

A. Van De Bruaene, G. Tits, P. Moons, L. De Backer, J. Beys, M. Cardon, Tijdschrift van Geneeskunde, 65 Nr. 7, 2009, 301-305.

"Invasieve aspergillose na corticoiden voor auto-immuunhemolytische anemie"

C. Beys, A. Van De Bruaene, G. Tits, M. Cardon, J. Beys, Tijdschrift voor Geneeskunde, 65 Nr. 19, 2009, 897-903.

"Abdominale koliekpijnen na een verblijf in China"

V. Soufflet, S. De Coninck, P. Lissens, J. Roelens, L. Djoa, J. Beys, Tijdschrift van Geneeskunde, 65 Nr. 22, 2009, 1053-1057.

"Endovenous laser treatment: a morphological study in an animal model"

M. Vuylsteke, J. Van Dorpe, J. Roelens, T. De Bo, S. Mordon, Phlebology, 2009 Aug; 24(4):166-75.

"Use of a New Endovenous Laser Device: Results of the 1,500 nm Laser"

M. Vuylsteke, P.J. Vandekerckhove, T. De Bo, P. Moons, S. Mordon, Ann Vasc Surg., 2009 Sep 10. [Epub ahead of print]

"Intraluminal Fibre-Tip Centring Can Improve Endovenous Laser Ablation: A Histological Study"

M. Vuylsteke, J. Van Dorpe, J. Roelens, T. De Bo, S. Mordon, I. Fourné, Eur J Vasc Endovasc Surg (2009), doi:10.1016/j.ejvs.2009.09.013.

"New tulip catheter decreases post-operative pain and periphlebitis"

M. Vuylsteke, J. Van Dorpe, J. Roelens, T. De Bo, S. Mordon, Venous Times, August 2009, p8.

Voordrachten

"Je laatste keuze, informatieavond over medische beslissingen rond het levenseinde"

Documentatiecentrum tegen Kanker (TVDK) in samenwerking met het Sint-Andriesziekenhuis vzw Tielt, vzw Huisartsen Oosten van West-Vlaanderen en Palliatief Netwerk De Mantel, te Tielt, op 15/9/2009.

"Nausea en braken"

door dr. Hannes Vervaeke (ex-assistent interne), met als medewerkers oa dr. De Coninck, dr. Beys, dr. Djoa, op de Vlaamse Vereniging van Gastro-Enterologie nav "Het Speciale Geval", te Antwerpen, op 19/9/2009.

"Schotte en Szondi: basisconcepten"

door dr. Leo Ruelens, naar aanleiding van een studiedag over het leven en werk van prof. J. Schotte, psychiater en psychoanalyticus, te Gent, op 27/11/2009.

Oncologie

Sinds 15 februari 2009 werd door de Vlaamse Overheid een erkenning verleend van de associatie 'Netwerk Oncologie in West-Vlaanderen' tussen het Stedelijk Ziekenhuis Roeselare, het H.-Hartziekenhuis Roeselare-Menen, de Sint-Jozefskliniek Izegem en het Sint-Andriesziekenhuis Tielt, met betrekking tot de gezamenlijke exploitatie van het gespecialiseerd zorgprogramma voor borstkanker ("Borstcentrum Midden West-Vlaanderen").

Wordt verwacht

Start van het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie in Tielt vanaf 1 januari 2010 in samenwerking met dienst nefrologie Hellig Hartziekenhuis Roeselare-Menen. Verdere info volgt.

Colofon

Redactieraad

Dr. Mehrdad Biglari: mehrdad.biglari@sintandriestielt.be
Mevr. Sofie Blancoquaert: sofie.blancoquaert@sintandriestielt.be
Dr. Steven De Coninck: steven.de.coninck@sintandriestielt.be
Mevr. Betty de Muelenaere: betty.de.muelenaere@sintandriestielt.be
Mevr. Lien Depauw: lien.depauw@sintandriestielt.be
Dr. Danny Derous: danny.deraus@sintandriestielt.be
Dr. Peter Moons: peter.moons@sintandriestielt.be
Dr. Gaert Tits: gaert.tits@sintandriestielt.be
Mevr. Hilde Van den Wyngaert: hilde.vdwynngaert@sintandriestielt.be
Dr. Marc Vuylsteke: marc.vuylsteke@sintandriestielt.be

Hoofdredacteur

Dr. Jan Beys: jan.beys@sintandriestielt.be

Werken verder mee aan dit nummer

Dr. Evy Degrande, Dr. Kristof Deroo, Dr. Gretel Descheemaeker,
Dr. Leen De Backer, Dr. Bart Lamont, Dr. Peter Lissens,
Dr. Sandra Maertens, Dr. Philippe Tack, dr. Jozef Verhamme, Soelikin
Mestdagh, dienst radiotherapie Hellig Hartziekenhuis Roeselare

copyright © 2009 vzw Sint-Andriesziekenhuis. Behoudens de uitdrukkelijke bij wet bepaalde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave vervaardigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt worden, op welke wijze ook, zonder de uitdrukkelijke voorafgaande en schriftelijke toestemming van de uitgever.

Geriatric: multidisciplinaire zorg op maat

Nooit in de geschiedenis werd de mens zo oud als vandaag. Elk jaar stijgt de ouderdom die de Belg gemiddeld haalt met maar liefst drie maanden. Dat kan niet eeuwig vol te houden zijn, maar het liefst toch zo lang mogelijk.

Maar niet iedereen wil 100 jaar worden. De mensen geven de voorkeur aan een korter leven van hoge kwaliteit, boven een langer leven met zorgen en verzorgen. Als de kans zich voordoet, als zij zich goed voelen, als zij een bepaald niveau van autonomie bewaren en - niet onbelangrijk - als zij niet te zeer vereenzamen, doet elke oudere er graag een jaartje bij.

Jammer genoeg wordt de oudere patiënt veelal geconfronteerd met meerdere ziektebeelden en lichamelijke, psychische en sociale problemen. Om het levenscomfort te optimaliseren, is een aangepaste zorg cruciaal.

Bij een ziekenhuisopname wordt ernaar gestreefd om het zelfstandig functioneren zo goed mogelijk te herstellen door een gespecialiseerd team zoekt samen met de oudere patiënt naar oplossingen voor medische, familiale en sociale problemen.

Hoewel lang niet alle 75-plussers op de geriatric afdeling van het ziekenhuis opgenomen worden, willen we met het **geriatric support team (GST, interne liaison)** hen toch dezelfde kwaliteitsvolle zorg aanbieden. Via een korte vragenlijst schetst de GST-verpleegkundige een beeld van de patiënt om op die manier gepaste hulp binnen het ziekenhuis te kunnen inschakelen. Op vraag van de behandelende specialist test de geriatric patiënt op fysieke, psychische en sociale problemen en worden deze resultaten in nauw overleg met het team verder uitgewerkt. De ergotherapeute wordt ingeschakeld voor cognitieve screening. Door het geven van ADL-training (Activity of Daily Life) en valpreventietips stimuleert ze de zelfredzaamheid. De diëtiste onderzoekt de patiënten naar risico op ondervoeding en de logopedist gaat langs bij patiënten met slik- en/of spraakproblemen.

De sociale dienst evalueert de thuissituatie en zij overlopen samen met de patiënt en de familie de ontslagmogelijkheden. Waar nodig wordt er voor psychologische bijstand gezorgd. Niet alleen voor de patiënt zelf, maar eventueel ook voor familie of andere betrokkenen.

Ook buiten de muren van het ziekenhuis heeft de oudere patiënt recht op geriatric pluridisciplinaire deskundigheid. Via de **externe liaison** stellen wij onze deskundigheid ter beschikking van de huisarts, de thuiszorgdiensten, de Woon- en Zorgcentra en alle zorgverstrekkers van de oudere persoon. De doelstelling is om de continuïteit van de zorg te optimaliseren en een langdurige opname te voorkomen of te verkorten.

De verdere revalidatie of het op punt stellen van een aantal specifieke ouderdomsaandoeningen zoals bv. diabetes, eetstoornissen, incontinentie, geheugenstoornissen, veelvuldig vallen, ... kan ambuland in het **dagziekenhuis geriatric** gebeuren. Een dagopname kan ook op verzoek van de huisarts of na een specialistische raadpleging. De gevraagde onderzoeken en behandelingen worden dan in één dag geconcentreerd.

De **dienst geriatric** van het Sint-Andriesziekenhuis reikt de hand naar alle zorgverleners, zowel medici als paramedici, om de zorg voor onze ouderen op elkaar af te stemmen. Vanuit het gezegde "voorkomen is beter dan genezen" iveren we ervoor om de risicofactoren vroegtijdig op te sporen en in kaart te brengen. In overleg met alle betrokken partijen kunnen we zoeken hoe we de risico's kunnen beperken en hoe we de leeftijdsgebonden problemen kunnen aanpakken. Uiteindelijk streven wij naar een optimaal herstel van het functioneren en de zelfredzaamheid, wat de levenskwaliteit alleen maar ten goede zal komen. ■

dr. Jan Beys, hoofdredacteur
dr. Sandra Maertens, diensthooft geriatric

