

INTRO

Nr. 73 - December 2022

Medisch informatieblad Sint-Franciscusziekenhuis Heusden-Zolder

De ene dementie
is de andere niet:
vormen van dementie

Conservatieve
aanpak van
overgewicht
en obesitas



Fijne feestdagen,
een goede gezondheid
en vele prettige
uitdagingen
voor 2023!



Een multidisciplinaire benadering van dementie wordt steeds belangrijker.



Dr. Steven Pans,
medisch directeur

Vergeten. Geregeld vergeten we wel eens iets te doen en dat is helemaal onschuldig. Maar als geheugenklachten een alledaags feit worden, zorgen ze voor onrust en vragen ze meer aandacht. In deze editie van Intro staat dementie centraal. Verschillende specialisten van ons ziekenhuis belichten dit topic vanuit hun eigen kennis en ervaring.

Eenvoudig samengevat is dementie een verzamelnaam voor ruim 50 hersenziektes. De meest voorkomende vorm van dementie is de ziekte van Alzheimer. Daarnaast komen vasculaire dementie, frontotemporale dementie en Lewy body dementie veel voor. Literatuur toont dat de diagnose van dementie vaak pas 2 tot 3 jaar na de eerste symptomen gesteld wordt. Dat komt doordat

de aandoening sluimerend kan optreden: geheugenstoornissen, moeite met alledaagse handelingen, veranderingen in karakter en gedrag of problemen met taal.



De 87-jarige vader van Eleenoor uit de provincie Groningen heeft al een tijdje dementie. Drie maanden na zijn opname vond ze dit gedicht, geschreven door Sophia den Otter, in zijn portemonnee.

Als ik zo geworden ben
Dat ik niemand meer herken
En niet eens jouw naam meer weet
Pak dan mijn hand heel even beet
En zeg me zo gedag
En laat me voelen dat je me mag.
Wellicht dat ik het gevoel herken
Dat ik voor iemand, iemand ben.
Herinner mij, maar niet in sombere dagen.
Herinner mij in stralende zon,
Hoe ik was toen ik nog alles kon.

(Uit het Algemeen Dagblad Nederland, 22 augustus 2020)

De link tussen ouderdom en dementie verschuift stilaan. De meerderheid van de patiënten is ouder dan 65 jaar, maar ook mensen jonger dan 65 kunnen lijden aan de ziekte (jongdementie). In België zijn er ongeveer 202.402 patiënten met dementie. Het aantal mensen met jongdementie schatten we in Vlaanderen op 8.374. Daarvan hebben slechts 1.800 mensen een formele diagnose gekregen.

Door de vergrijzing zal het aantal mensen met de diagnose van dementie verdubbelen tegen 2070. De kans op deze diagnose is 1 op 5. Zulke cijfers vragen om de aandoening in de kijker te zetten, wat we doen met deze Intro.

Dementie raakt niet alleen de patiënt, maar ook de omgeving, met name de partner, broers, zussen en kinderen. Zij worden geconfronteerd met de zorg en de praktische problemen door de vergeetachtigheid en verwardheid. Bovendien wordt hun geliefde geleidelijk onherkenbaar. Ze moeten afscheid nemen van iemand die lichamelijk nog aanwezig is.

Daarom willen we binnen SFZ niet alleen de patiënt, maar ook de partner en familie betrekken bij het hele traject van diagnose en behandeling. Een multidisciplinaire benadering wordt hierbij steeds belangrijker voor de patiënt met dementie of dementieel syndroom.

De ene dementie is de andere niet

Dr. Josje Voncken, neuroloog

Waar het woord dementie in de volksmond gebruikt wordt voor één ziekte, gaat het feitelijk om een syndroom en verwijst de term naar een spectrum van klinische beelden. Die hebben verschillende kenmerken en worden door verschillende hersenziekten veroorzaakt.¹

Dementie wordt gedefinieerd als geobjectiverde cognitieve stoornissen met belangrijke interferentie in het dagelijks leven, met afname ten opzichte van het vroegere niveau van functioneren, niet te verklaren door delier of depressie. De cognitieve stoornissen zitten in 2 van de 5 domeinen: geheugen, taal, visuospatieële functies, uitvoerende functies en gedrag/persoonlijkheid. (Definitie volgens McKhann, 2011)¹

Alzheimer

De meest voorkomende vorm van dementie is de ziekte van Alzheimer. Bij deze neurodegeneratieve ziekte is er een overmaat van het eiwit amyloïde bèta in de hersenen, wat vervolgens neerslaat in de vorm van extracellulaire amyloïde plaques. Daarnaast ontstaan er in de neuronen ophopingen van gefosforyleerd tau, die neurofibrillaire 'tangles' genoemd worden. Als gevolg





De meest voorkomende vorm van dementie is de ziekte van Alzheimer.

van deze plaques en 'tangles' (in combinatie met een ontstekingsreactie) ontstaan synaptische disfunctie en neuronenvlies, wat leidt tot atrofie en cognitieve symptomen.⁴

In de klinische presentatie staan geheugenstoornissen over het algemeen het meest op de voorgrond. Ze ontstaan dan ook vaak als eerste. Nadien volgen stoornissen in de andere domeinen: vaak eerst uitvoerende functies en vervolgens taalproblemen en visuospatieële stoornissen. Onder de 65 jaar begint de ziekte vaker met taalstoornissen, vaardigheidsstoornissen of veranderd gedrag.⁴ Ook bestaan er varianten van M. Alzheimer, zoals 'posterior cortical atrophy', waarbij visuo-perceptieve stoornissen, taalvarianten (logopene variant, valt ook onder primair progressieve afasie) en frontale varianten op de voorgrond staan. De beeldvorming (CT of MRI) toont atrofie van de hippocampus, mediale temporaalkwab en globaal corticaal, meer dan op basis van de leeftijd verwacht mag worden. Bij varianten kan de atrofie bipariëtaal of pariëto-occipitaal gelokaliseerd zijn.

In specifieke gevallen waarbij (bij jonge patiënten) na aanvullend onderzoek twijfel blijft bestaan over de oorzaak van de klachten, is het mogelijk om Alzheimer-specifieke eiwitten te meten in de liquor. Bij de ziekte van Alzheimer wordt in de liquor een verlaagd amyloïde- β 42 gevonden en een verhoogd tau en gefosforyleerd tau. Minstens 2 van de 3 eiwitten moeten hiervoor afwijkend zijn. De sensitiviteit

en specificiteit zijn met name hoog (85-90%) bij het onderscheid tussen patiënten met M. Alzheimer en gezonde ouderen. Wanneer Alzheimer wordt vergeleken met andere typen dementie zijn liquormarkers minder specifiek (specificiteit rond 70%). Een ander mogelijk onderzoek in deze situatie is de FDG-PET-scan of de amyloïde-PET-scan. Ook hierbij is met name de negatief voorspellende waarde van belang.

Cerebrovasculaire ziekten

Na de ziekte van Alzheimer zijn cerebrovasculaire ziekten de meest voorkomende oorzaak van cognitieve stoornissen. Hiervoor is de term vasculaire cognitieve beperking (VCI) geïntroduceerd. Dit is een containerbegrip en omvat zowel cognitieve stoornissen die niet voldoen aan de criteria voor dementie (VCI-no dementia) als vasculaire dementie en cognitieve stoornissen op basis van een mengvorm van Alzheimer- en vasculaire pathologie. Hierbij moet worden voldaan aan 3 kerncriteria:

1. Er moet een aangetoonde cognitieve beperking vastgesteld zijn.
2. Er moet vasculaire beschadiging van het cerebrum vastgesteld zijn.
3. Er moet een causale relatie tussen 1 en 2 vastgesteld zijn (in de praktijk gaat het om een aannemelijk verband).

Oorzaken van deze vasculaire schade kunnen atherosclerose, cardiale embolieën, 'small vessel disease', intracerebrale bloedingen of monogenetische cerebrovasculaire ziekten zijn. Beeldvorming via CT of MRI is dan ook een belangrijk diagnosticum. Bij vasculaire cognitieve stoornissen kunnen alle domeinen aangedaan zijn. Vaak staan bij 'small vessel disease' (wat subcorticale schade geeft) vooral stoornissen in de executieve functies op de voorgrond. Ook gedragsstoornissen komen vaak voor, in de vorm van karakterverandering en stemmingsstoornissen. Ook gang- en balansstoornissen kunnen optreden, met extrapiramidale verschijnselen in de benen, wat samen 'lower body parkinsonism' genoemd wordt.^{2,4}

Lewy bodies

Een andere veelvoorkomende vorm van dementie (met name op oudere leeftijd) is dementie met Lewy bodies (DLB). Kernsymptomen hiervan zijn visuele hallucinaties, parkinsonisme en een fluctuerend bewustzijn. Daarnaast zijn er suggestieve criteria, zoals REM-slaap, gedragsstoornissen, overgevoeligheid voor antipsychotica en een afwijkende DAT-SPECT-scan. Ook is er een relatie met autonome disfunctie, frequent vallen/syncope en psychiatrische stoornissen. De cognitieve stoornissen worden bij deze patiënten vooral gezien in de executieve functies, de aandacht en het visuospatieële domein. Geheugen- en taalstoornissen staan in het begin van de ziekte dan weer helemaal niet op de voorgrond.

INLEIDING



Dr. Martine Peters



Dr. Jan-Dirk Vermeij, dr. Josje Voncken en dr. Marika Doberenz

DLB behoort tot de synucleïnopathieën, net zoals M. Parkinson (PD), Parkinson dementie (PDD) en multiële systeem-atrofie (MSA).⁴ Deze neurodegeneratieve aandoeningen worden pathologisch gekenmerkt door neuronenvlies en de ophoping van het eiwit alfa-synucleïne in intracytoplasmatische inclusielichaampjes, die Lewy bodies genoemd worden. PD, PDD en DLB worden allen gekenmerkt door parkinsonisme en cognitieve stoornissen. Daarom worden deze 3 syndromen ook gezien als onderdeel van hetzelfde ziektespectrum.² Daarnaast wordt er bij de meerderheid van patiënten met DLB ook Alzheimer-pathologie gevonden. Omdat er klinisch een overlap is met Alzheimer en de ziekte van Parkinson is DLB soms lastig te herkennen.

Waarschijnlijke DLB wordt gekenmerkt door dementie met 2 van de genoemde kerncriteria of 1 kerncriterium en 1 suggestief criterium. Mogelijke DLB wordt gekenmerkt door dementie met minstens 1 kern- of suggestief criterium.⁴ Een MRI van de hersenen is vaak niet afwijkend, maar kan enige globale corticale atrofie laten zien. Een DAT-SPECT daarentegen kan vaak al vroeg in het beloop van de ziekte afwijkingen laten zien (een verminderde presynaptische dopamineopname in het striatum) en kan met een sensitiviteit van 78% en een specificiteit van

90% DLB van de ziekte van Alzheimer onderscheiden. Maar deze scan is ook positief bij andere hypokinetisch-rigide syndromen en maakt hier dus geen onderscheid tussen.

Een EEG toont een meer uitgesproken vertraging en vaak frontale intermitterende ritmische delta-activiteit (FIRDA) ten opzichte van Alzheimer. Liquor-onderzoek helpt vaak niet om een onderscheid te maken met Alzheimer, behalve dat volledig normale liquorconcentraties van amyloïde-β42, tau en gefosforyleerd tau tegen Alzheimer pleiten.

Wanneer er een vermoeden is van DLB, is het belangrijk om medicatie met een sterk anticholinergisch effect te stoppen. Daarnaast kunnen cognitieve klachten en neuropsychiatrische symptomen behandeld worden met cholinesteraseremmers.

Frontotemporale dementie

Onder de leeftijd van 65 jaar is frontotemporale dementie (FTD), samen met Alzheimer, de meest voorkomende vorm van dementie. FTD is een paraplueterm voor verschillende klinische syndromen met verschillende onderliggende pathofysiologie, gekarakteriseerd door veranderingen in sociaal gedrag en karakter of afasie met degeneratie van de frontaal- en/of temporaalkwab. Hieron-

der vallen de gedragsvariant van frontotemporale dementie (gvFTD) en 2 van de 3 vormen van primair progressieve afasie (PPA), waarover later meer. Sommige patiënten ontwikkelen ook ziekten met bijkomende motorische syndromen, zoals FTD-ALS (met 'motor neuron disease') en progressieve supranucleaire parese (PSP) (met parkinsonisme).

De gedragsvariant van FTD wordt getypeerd door achteruitgang in sociale cognitie en gedragsstoornissen. Denk aan ontremming, apathie, stereotiep/dwangmatig gedrag en veranderde eetgewoonten. Ook treedt er vaak verlies van empathie op. Het ziekteinzicht is doorgaans afwezig. Het geheugen en de visuospatieële functies blijven relatief lang gespaard. Vroeg in het beloop van de ziekte scoren patiënten dan ook vaak nog goed tijdens hun neuropsychologisch onderzoek. Gereviseerde diagnostische criteria voor gvFTD zijn beschreven door Rascovsky et al. in 2011.

Op MRI-hersenen wordt typisch atrofie gezien van frontaal- en temporaalkwabben, waarbij frontaal vaak meer is aangedaan dan temporaal en de mate van atrofie vrij asymmetrisch kan zijn. In een vroeg stadium kan de MRI wel nog normaal zijn. Ook hypoperfusie of hypometabolisme van de frontale en/of anterieure temporaalkwab op PET of

SPECT kan de diagnose ondersteunen en helpen om te onderscheiden van Alzheimer. Belangrijk is wel dat er in 2006 een syndroom beschreven is bij patiënten die aan de diagnostische criteria van mogelijke gVFTD voldoen, maar bij wie de typische afwijkingen op beeldvorming ontbreken én waarbij er geen progressief beloop optreedt. Dit ziektebeeld wordt het 'fenocopy'-syndroom van FTD genoemd (fcFTD).^{5,6}

Primair progressieve afasie

Primair progressieve afasie (PPA) is een syndroom dat gekenmerkt wordt door progressieve achteruitgang van spraak of taal. PPA is relatief zeldzaam en klachten beginnen vaak al voor het 65ste levensjaar. Het treedt op bij neurodegeneratie in de taaldominante hemisfeer. Zoals eerder vermeld, bestaan er 3 vormen. In elke vorm wordt een ander gedeelte van het taalgebied in de hersenen aangetast. In de loop van de ziekte blijven de taalproblemen op de voorgrond, maar kunnen ook andere cognitieve domeinen betrokken raken.⁶

Bij de eerste vorm, semantische demantie (SD), treden problemen op met woordbegrip en benoemen, terwijl de spraak verder vloeiend en grammaticaal correct is. Patiënten gebruiken vaak semantische parafasieën. Ook is er vaak sprake van problemen met de visuele perceptie, waardoor ze moeite hebben om gezichten en voorwerpen te herkennen.

De tweede vorm wordt progressieve niet-vloeiende afasie (PNFA) genoemd. Typisch hiervoor zijn een moeizame, haperende spraak door problemen met de motoriek (spraakapraxie) en veel grammaticale fouten (agrammatisme). Het woordbegrip is relatief intact, maar het begrip van complexe zinnen kan verstoord zijn.

De derde vorm, logopene progressieve afasie (LPA), wordt gekenmerkt door woordvindproblemen en een verstoorde zinsherhaling. De spraak is traag vanwege het zoeken naar woorden, maar zonder spraakapraxie. Vaak worden fonematische parafasieën gebruikt. De grammatica is eenvoudig maar correct en het woordbegrip is normaal. SD en PNFA worden in de literatuur het meest geassocieerd met frontotemporale demantie en LPA het meest met Alzheimer-pathologie, maar beide kunnen ten grondslag liggen aan alle 3 de vormen van PPA.⁷

Naast demantie zijn er ook andere oorzaken van cognitieve stoornissen, zoals stemmingsstoornissen, burn-out, obstructief slaapapneusyndroom, medicatiegebruik en metabole oorzaken. Deze oorzaken zijn vaak behandelbaar en moeten dus onderscheiden worden van beginnende demantie.



Naast demantie zijn er ook andere oorzaken van cognitieve stoornissen. Die zijn vaak behandelbaar en moeten dus onderscheiden worden van beginnende demantie.



Bronnen

1. Richtlijn Demantie, Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
2. Biemond Cursus 2017, Nederlandse Vereniging voor Neurologie
3. Biemond Cursus 2022, Nederlandse Vereniging voor Neurologie
4. Nervus, Jaargang 1, deel 4
5. Nervus, Jaargang 6, deel 3
6. Uptodate
7. Dopper et al. Primair progressieve afasie: frontotemporale lobaire degeneratie of de ziekte van Alzheimer? Tijdschrift voor Neurologie & Neurochirurgie vol. 113 - nr. 3 - juni 2012



Een correcte diagnose is cruciaal. Hiervoor kan je terecht bij de neuroloog, de geriater of het geriatrisch dagziekenhuis.

Geheugenstoornissen: wat nu?

Dr. Marika Doberenz, neuroloog



*Dementie (Latijn)
Waanzin, dwaasheid*

**Af en toe iets vergeten,
zeker op latere leeftijd,
is niet tragisch en hoeft
geen reden tot paniek te zijn.
Maar als deze vergetelheden
toenemen of veel voorkomen
bij jongere mensen, vraagt
dit zeker om de nodige
medische aandacht.**

Wat is dementie?

Bij alle soorten dementie gaat de geestelijke capaciteit van de hersenen verloren. Het verloop en de bijkomende symptomen hangen af van de dementievorm. Primaire dementievormen (zoals Alzheimer) zijn aparte ziektes waarbij zenuwcellen in de hersenen afsterven. De juiste oorzaak hiervan is niet gekend. Secundaire dementie is het gevolg van een andere aandoening (bijvoorbeeld alcohol, stofwisselingsstoornissen, ontstekingen, depressies ...) of een bijwerking van medicatie.

De meeste dementiepatiënten zijn vrouwen, omdat die over het algemeen ouder worden dan mannen. Vaak zijn

patiënten ook ouder dan 65 jaar, behalve bij frontotemporale dementie. Die kan al beginnen vanaf het 50ste levensjaar.

Waar kan ik terecht?

Een correcte diagnose is cruciaal. Hiervoor kan je terecht bij:

- **De neuroloog**
Voor jongere patiënten of patiënten met zeer sterke geheugenstoornissen is het eerste aanspreekpunt de neuroloog. Ook voor bijkomende neurologische stoornissen, zoals afasie, gangstoornissen of paresen, wordt best een neurologisch consult gepland.
- **De geriater of het geriatriisch dag-ziekenhuis/de geheugenkliniek**
Voor patiënten vanaf 65 jaar met comorbiditeit of voor patiënten vanaf 75 jaar is de eerste stap een raadpleging bij de geriater.

Wat gebeurt er tijdens de consultatie?

Voor een exacte diagnose wordt de patiënt verder opgevolgd in het geriatriisch daghospitaal. De anamnese van de patiënt en informatie van naasten, verzorgenden, de huisarts ... zijn hierbij heel belangrijk. Dit kan confronterend zijn voor de patiënt, als hij de veranderingen zelf niet opmerkt.

Er wordt ook een geheugentest (bv. MMSE, horlogetest, ADL ...) afgenomen. Daarna volgen bijkomende onderzoeken, zoals beeldvorming (CT-scan/NMR-scan/PET-scan van de hersenen), hersenfunctietesten (EEG), neuropsychologische onderzoeken en, in zeldzame gevallen, een lumbaalpunctie. Indien nodig wordt er ook een bijkomend internistisch nazicht gepland. Uitgebreide info hierover vind je in het artikel van dr. Schellekens.

Welke behandeling is mogelijk?

Afhankelijk van de diagnose start de behandeling met medicatie, gecombineerd met een multidisciplinaire aanpak zoals beschreven in het artikel over patiëntenbegeleiding. De aanpak omvat onder andere psychologische behandeling, braining, ergotherapie, gedragstherapie ...

Is dementie te genezen?

De meeste dementievormen zijn niet te genezen. Een goede behandeling kan de negatieve evolutie wel vertragen en de levenskwaliteit van de patiënt en zijn omgeving verhogen. Secundaire dementie is soms te genezen, als de oorzaak gekend is en behandeld kan worden (bv. alcohol-dementie).

Onderzoeken voor de diagnosestelling 'dementie'

Dr. Michel Schellekens, diensthoofd geriatrie

De cijfers rond dementie zijn enigszins verontrustend: 33% van de 80-jarigen en 50% van de 85-jarigen lijdt aan de ziekte. En hier komt elk jaar nog eens 10% bij. Meestal gaat het om Alzheimer-dementie (60%) of mengvormen met voornamelijk vasculaire etiologie.



Het is belangrijk om een juiste diagnose te stellen en vroegtijdige therapie op te starten. Die heeft zijn nut al bewezen inzake tijdelijke stabilisatie van de ziekte en verbetering van secundaire gedragsproblemen. 80% van de opgestarte behandelingen met acetylcholine-esterase-remmers wordt namelijk gecontinueerd na 6 maanden omwille van verbetering of stabilisatie van de cognitieve toestand. De levenskwaliteit gaat erop vooruit en gemiddeld blijven behandelde personen anderhalf jaar langer thuis dan niet-behandelde personen.

Hieronder sommen we de klassieke onderzoeken voor de oppuntstelling van cognitieve stoornissen op.

Labo

We beginnen met een internistisch labo om te controleren op onderliggende hematologische afwijkingen (zoals anemie), problemen van metabole aard (zoals lever- en nierfunctiestoornissen), elektrolytstoornissen (hypoNa - hypercalciëmie), endocrinologische pathologieën ...

Ook een onderliggende ziekte van Kahler, een afwijkende elektroforese, een prostaatcarcinoom en eventuele systeemziekten moeten uitgesloten

worden. Daarnaast is urine-nazicht essentieel om een onderliggende infectie (die soms weinig andere symptomen veroorzaakt bij ouderen) uit te sluiten.

Medische beeldvorming en technisch onderzoek

We doen beeldvorming van hart en longen om hartfalen en luchtwegeninfecties uit te sluiten. Via een MRI van de hersenen, met tegenwoordig ook een icobrain om hersenvolumes te meten, kunnen we onderliggende structurele pathologieën opsporen. Denk aan infarcten (kleine en grote circulatie), bloedingen, belangrijke atrofieën en tumoren. Een SPECT-scan van de hersenen vult de MRI aan en duidt eerder functionele zaken aan, zoals hypoactiviteit bij frontale en frontotemporale dementie.

Het duplex-doppler-halsvatenonderzoek dient om onderliggende vernauwingen uit te sluiten. We bekijken ook de hartpompfunctie, via een transthoracale echografisch onderzoek in combinatie met een electrocardiogram. Chronisch hartfalen en hypertensie zorgen namelijk vaak voor cognitieve achteruitgang.

Indien nodig kan een bijkomend holteronderzoek aritmie vaststellen die geheugenproblemen kan veroorzaken,

zoals bradycardie, tachycardie en VKF. Met een echografie van de buikorganen elimineren we dan weer onderliggende buikpathologieën die geheugenproblemen kunnen veroorzaken (bv. levercirrose, lymfomen, andere tumoren of metastasen).

Tot slot doen we een EEG om encefalopathie op te sporen.

Multidisciplinaire aanpak

Bij belangrijke gedragsstoornissen overleggen we ook met de psychiater. Daarnaast maken de ergotherapeut en de psycholoog evaluatieschalen op. Die zijn vaak nodig om de terugbetaling van geheugenmedicatie aan te vragen.

Besluit

Deze onderzoeken brengen de dementie, die meestal van multifactoriële origine is, goed in kaart. Ze zijn niet invasief en worden dan ook niet als belastend ervaren.

De familie, en indien mogelijk ook de patiënt, krijgt uitgebreide uitleg en begeleiding van onze psychologen en sociale dienst. Die voorzien ook de nodige middelen ter ondersteuning bij deze soms moeilijk te accepteren en te verwerken diagnose.



Deze onderzoeken
brengen de dementie,
die meestal van
multifactoriële origine
is, goed in kaart.



Psycholoog Hanne Knuts



Psycholoog Astrid Herman

Dienst patiëntenbegeleiding ondersteunt personen met dementie en hun omgeving bij elke stap

De corebusiness van de dienst patiëntenbegeleiding is om de gezondheid en het welzijn van de patiënt en zijn omgeving te optimaliseren. De impact van ziekte op het welzijn staat daarbij centraal. Ook het dementieel proces tast de kwaliteit van leven van de patiënt en zijn mantelzorgers aan. De patiënt gaat lichamelijk of geestelijk achteruit, krijgt meer gezondheidsproblemen en verliest zijn onafhankelijkheid, sociale contacten en rollen en zingeving. Bovendien wordt hij getroffen door de daarbij horende rouw. Maar ook mantelzorgers ervaren een achteruitgang van hun levenskwaliteit.

Als basis voor dit artikel sluiten we aan bij de fasen van het zorgproces zoals uitgetekend door het Expertisecentrum Dementie: (1) detectie en signalering, (2) ziekte- en zorgdiagnose, (3) vroegtijdige zorgplanning, (4) hulpverlening en (5) palliatieve zorg en nazorg.

FASE 1: DETECTIE EN SIGNALERING

De directe omgeving van de betrokkene staat centraal in de detectie van cognitieve problemen en de signalering aan de huisarts. Soms vallen deze problemen op bij een verandering van omgeving, bijvoorbeeld bij een ziekenhuisopname, of worden ze sneller 'erkend' door mensen die geen persoonlijke band hebben met de betrokkene. Medewerkers van SFZ hebben oog voor signalen van dementiële problematiek.

FASE 2: ZIEKTE- EN ZORGDIAGNOSE

Neuropsychologisch onderzoek

De neuropsycholoog verdiept zich in de werking van de hersenen en de relatie hiervan met het denken, het gedrag en emoties. Wanneer er iets fout gaat in het brein, zoals bij dementie, kan het moeilijk worden om te concentreren, te onthouden en taal te spreken en te begrijpen. Ook de stemming, de persoonlijkheid en het gedrag kunnen veranderen na beschadiging van het brein. Met behulp van een neuropsychologisch onderzoek brengt de neuropsycholoog deze veranderingen in kaart. Dit onderzoek behelst zowel een gesprek met de patiënt en de familie als cognitieve testen. Op deze manier wordt er een beeld gevormd van het klachtenpatroon en -beloop en de aard en ernst van eventuele cognitieve uitval. Bij een vermoeden van dementie

probeert de neuropsycholoog ook een cognitief profiel te distilleren. Dat kan een indicatie geven van het type en de fase van dementie. In de mate van het mogelijke geeft hij ook advies over hulpverlening en nazorg.

Zorgbilan

Tijdens de geriatrische daghospitalisatie in het kader van diagnosestelling wordt een zorgbilan opgemaakt vanuit sociaal werk. De patiënt krijgt ook gepersonaliseerde informatie over thuiszorgmogelijkheden en zelfhulpgroepen.

FASE 3: VROEGTIJDIGE ZORGPLANNING

Vertrouwenspersoon en vertegenwoordiger

Het is belangrijk om in de beginfase van het ziekteproces de mogelijkheid van een vertrouwenspersoon en verte-

genwoordiger te bespreken en die ook te registreren. De vertrouwenspersoon wordt aangewezen door de patiënt om hem bij te staan wanneer hij informatie over zijn gezondheidstoestand krijgt of zijn patiëntendossier inkijkt. De vertegenwoordiger wordt ingeschakeld bij medische beslissingen, als de patiënt niet meer in staat is om zijn wil uit te drukken. Medewerkers patiëntenbegeleiding brengen dit ter sprake.

Medische beslissingen over het levenseinde

Het is belangrijk om op tijd een gesprek te hebben over de wensen van een patiënt met beginnende dementie omtrent zijn toekomstige medische zorg en hulpverlening. Natuurlijk moet ook de directe omgeving hierbij betrokken worden. Hiervoor kan het palliatief supportteam ingeschakeld worden. In een wilsverklaring kan de patiënt zijn wensen aangeven voor toekomstige medische situaties waarin hij niet meer



Sociale dienst: Jonina Veestraeten, Daisy Pauwels en Merel Breemans

in staat is om zichzelf te uiten. Een specifieke vorm hiervan is euthanasie bij een onomkeerbare coma. In een negatieve wilsverklaring geeft de patiënt dan aan wat er niet meer gedaan mag worden als hij in een situatie komt waarin hij zijn wil niet meer kenbaar kan maken.

Zorgvolmacht

Met een zorgvolmacht geeft de patiënt de bevoegdheid aan een of meerdere personen om handelingen te stellen met betrekking tot zijn vermogen of zorg in de toekomst. Om zo'n volmacht te geven, moet de patiënt wilsbekwaam zijn op het moment dat hij de volmacht opstelt. Ook dit moet op tijd besproken worden. Medewerkers sociaal werk besteden hier de nodige aandacht aan en voorkomen zo dat er plots een bewindvoerder aangesteld moet worden in het kader van zorgbeslissingen.

FASE 4: HULPVERLENING

Zorgaanbod sociaal werk

Een ziekenhuisopname is vaak een kantelmoment in de levensgeschiedenis. De dienst sociaal werk begeleidt de patiënt en zijn omgeving dan ook tijdens de opname. Dit gebeurt op systematische wijze voor patiënten ingeschreven op naam van de gerieters. Via een gesprek met de patiënt en zijn familie worden de zorgnoden in kaart gebracht en multidisciplinair besproken. Daarna legt de sociaal werker mogelijke oplossingen voor, zoals een aangepast thuismilieu (bv. de opstart of uitbreiding van thuiszorg) of een thuis-vervangend milieu.

Verder biedt de dienst sociaal werk informatie op maat omtrent tegemoetkomingen, zorgvolmacht of bewindvoering, preventieve inschrijving in een woonzorgcentrum ... De sociaal werker kadert dit in een brede psychosociale ondersteuning voor de patiënt en zijn familie. Sociaal werkers vormen ook de brug naar de andere lijnen in de gezondheids- en welzijnszorg. Om de continuïteit te waarborgen, werkt de sociale dienst nauw samen met verschillende zorgpartners, waaronder OCMW's, de dienst maatschappelijk werk van de mutualiteiten, Pallion, het Expertisecentrum Dementie, de Alzheimerliga ...



Intercultureel bemiddelaar Sibel Turkoglu

Psychologische begeleiding

De neuropsycholoog geeft (individuele) begeleiding in de fase van hulpverlening. Er is ook psycho-educatie over de diagnose dementie en de betekenis hiervan voor de patiënt en zijn omgeving. Verder worden er tips en adviezen aangeboden over het cognitief functioneren. Het gaat hier om hulpmiddelen ter ondersteuning van het geheugen en/of strategieën om de tekorten in het denken te compenseren. Daarnaast kan de familie of mantelzorger de psychologen consulteren voor advies over omgaan met de veranderingen die horen bij dementie, zoals gedragsveranderingen. Ook op emotioneel vlak kan de diagnose een impact hebben, in de vorm van depressieve of angstklachten of moeite met de verwerking. De neuropsycholoog kan hierbij een ondersteunende, begeleidende rol opnemen, zowel voor de patiënt als voor zijn mantelzorger of naasten.

Interculturele bemiddeling

Anderstaligen kunnen taalbijstand krijgen via de intercultureel bemiddelaar. Zij tolkt voor mensen van Turkse origine en schakelt sociaal tolken in voor anderstaligen. Daarnaast helpt ze om culturele verschillen te duiden, misverstanden uit te klaren ...



Pastorale dienst: Noortje Martens



Palliatief coördinator Sarah De Moor

Pastoraal werk en zingeving

Ook voor mensen met dementie zullen de medewerkers pastoraal werk en zingeving 'er zijn'. Zo zeggen ze: 'Ik ben er voor jou, ik vind jou de moeite waard.' Er ontstaat tijd om verbinding te maken met de ander. Dat gebeurt via aanrakingen, rituelen en gekende gebeden of handelingen. Er wordt samen gezocht naar wat zin en betekenis geeft, naar spirituele noden en naar krachtbronnen. Samen het levensverhaal van de patiënt (her) ontdekken en beluisteren (ook samen met familie) is zeker op dit moment van grote betekenis.

FASE 5:

PALLIATIEVE ZORG EN NAZORG

In het Sint-Franciscusziekenhuis bieden we kwalitatieve palliatieve zorg. In de terminale fase van dementie speelt deze zorg een cruciale rol. Enkele vaak voorkomende problemen bij mensen met dementie zijn pneumonie, eet- en slikstoornissen, bijkomende infecties ... Daarnaast is het belangrijk om te letten op non-verbale signalen van pijn: grimassen, jammeren, blijven wrijven over dezelfde plaats, onrust ... Al deze symptomen vragen om deskundige comfortzorg. Uiteraard is ook de begeleiding en eventuele rouwnazorg voor familie een prioriteit.



Medewerkers van SFZ hebben oog voor signalen van dementiële problematiek.

De samenwerking tussen ziekenhuis en eerste lijn is essentieel voor geïntegreerde zorg en de continuïteit van zorg voor personen met dementie en hun omgeving. Een transmuraal zorgpad zou daaraan kunnen bijdragen. Het Sint-Franciscusziekenhuis is hierbij een uitnodigende partij.

Ontmoet onze referentie-verpleegkundigen dementie



Sara Vanzonhoven

Een referentiepersoon dementie bewaakt vakinhoudelijk het mentorschap rond dementie. Deze persoon is een vertrouwd en vast aanspreekpunt voor mensen met dementie en hun naasten, maar ook voor collega's. Wendy Droogmans en Sara Vanzonhoven nemen deze rol op zich binnen SFZ.

Een warm hart voor ouderen

Momenteel hebben we 2 referentie-verpleegkundigen dementie: Wendy Droogmans en Sara Vanzonhoven. Wendy studeerde af als sociaal verpleegkundige in 1997 en werkt nu 5 jaar in het geriatriesch daghospitaal van SFZ. Gedreven door haar aandacht voor de cognitieve noden van ouderen volgde ze de opleiding tot referentieverpleegkundige dementie. Sara studeerde af als verpleegkundige (hbo5) in 2019. Ze is bijzonder geïnteresseerd in dementie en werkt mee aan een dementievriendelijke aanpak, met aandacht voor de nodige ondersteuning voor de familie.

Een greep uit het takenpakket

Wendy en Sara begeleiden mensen met dementie, hun familie en hun mantelzorgers. Daarbij vertrekken ze van persoonsgerichte zorg, gebaseerd op de noden van de patiënt en zijn omgeving. Ze geven informatie, hebben oog voor knelpunten in het dagelijks leven (communicatie, gedrag ...) en denken probleemoplossend mee.

Daarnaast delen ze hun kennis met collega's, zowel op afdelings- als op ziekenhuisniveau. Ze ondersteunen, adviseren en coachen hen en geven ziekenhuisbreed advies bij de ontwikkeling van professionele dementiezorg.



Wendy Droogmans



Onze referentieverpleegkundigen dementie begeleiden mensen met dementie, hun familie en hun mantelzorgers.



Geslaagde projecten in het dagziekenhuis

- Een handige checklist voor de bespreking van de diagnose en de follow-up na 2 weken
- Een multidisciplinair plan van aanpak, zowel individueel als groepsgericht (bv. lotgenootschap)
- Een informatieve brochure
- Thematisch opgebouwde info op de website van SFZ
- Een sticker voor op de deuren van patiënten: kader van het thema RUST, zodat hij zichtbaar is voor ons en voor de families
- Een pictogram dat aangeeft dat het gaat om een patiënt met dementie (handig voor zorgverleners die niet gebonden zijn aan de afdeling)
- Een nieuwe gedragscode: Je ROCKT (Rust – Oogcontact – Communicatie – Kenbaar maken – Tijd (blijf geduldig))
- Collega's kunnen steeds beter hulpmiddelen inzetten: voelschorten, knuffels, verzwaringsdekens, voorzettafels ...

Vanuit het dagziekenhuis blijven we werken aan een dementievriendelijk ziekenhuis. Interne vorming en de ontwikkeling van een procedure dementie zijn hierbij de volgende stappen.



Laure Volders

Conservatieve aanpak van overgewicht en obesitas in het Obesitascentrum SFZ

Dr. Nathalie Deferm, abdominaal chirurg

Laure Volders, obesitascoördinator

In het Obesitascentrum SFZ bieden we naast heelkunde ook een conservatief (niet-chirurgisch) traject aan. Dit houdt in dat we samen met de patiënt aan het werk gaan om zijn overgewicht of obesitas aan te pakken, zonder dat er voor een operatie gekozen wordt. Belangrijk om op te merken is dat ook dit conservatieve traject volledig vanuit een multidisciplinair standpunt benaderd wordt.



Elke patiënt met vragen over zijn overgewicht of obesitas kan terecht bij het Obesitascentrum SFZ.



Dr. Nathalie Deferm

Intakeprocedure

Eerst gebeurt er een intake bij de obesitascoördinatrice. Zij doorloopt het volledige traject met de patiënt (doelstellingen, verwijzingen naar (para)medici, kostprijs ...). Uiteraard is er ook een intake bij de diëtiste van het Obesitascentrum SFZ. Die gaat samen met de patiënt aan de slag om het dieet te optimaliseren en hem te leren omgaan met gezonde voeding.

Ook de kinesiste speelt een belangrijke rol in het conservatieve traject. Zij staat in voor beweging en revalidatie. Samen met de patiënt werkt ze een op maat gemaakt trainingsschema uit. Bij elke sessie wordt de evolutie van de patiënt bijgehouden en het gewicht genoteerd. Indien nodig komt ook de diëtiste langs.

De psychologe helpt met gedragsveranderingen van blijvende duur. Vaak zijn er onderliggende emotionele en/of eetpro-



Ellen Verjans, Kelly Bloemen, dr. Nathalie Deferm, Lieve De Clerck en Evelien Vranken



Dr. Katrien Laga en dr. Galina Khorosheva

blemen waaraan de psychologe samen met de patiënt kan werken. Indien nodig kan ze ook doorverwijzen naar of overleggen met een externe psycholoog of de psychiaters binnen SFZ.

Bij een conservatief traject hoort ook een intake bij de endocrinologen. Aan de hand van een uitgebreide anamnese, klinisch onderzoek en biochemisch nazicht gaan ze na of medicatie bijkomende ondersteuning kan bieden in de aanpak van het overgewicht of de obesitas. Dit al naargelang de noden en behoeften van de patiënt. Ze screenen ook op medische aandoeningen die kunnen bijdragen aan het overgewicht of de obesitas.

Multidisciplinair team

Het is belangrijk om te benadrukken dat een conservatief traject (al dan niet met medicatie) pas succesvol kan zijn als er ook bijkomende ondersteuning is via een multidisciplinair team. Dit om goede resultaten op lange termijn te bekomen en te behouden.

Tot slot wordt elk dossier, ook dat van een patiënt in een conservatief traject, multidisciplinair opgevolgd. Dat doen we om de evolutie bij te houden en extra zorg en ondersteuning te voorzien waar nodig. Het multidisciplinaire obesitasteam van SFZ staat onder leiding van dr. Nathalie Deferm en mevr. Laure Volders.

Elke patiënt met vragen over zijn overgewicht of obesitas kan terecht bij het Obesitascentrum SFZ. Je kan een afspraak maken voor een intake bij de coördinatrice via 011 71 54 76 of 011 71 58 12. Meer info vind je op www.obesitascentrum-sfz.be.



Afscheid van dr. Raf Leus

Op 1 augustus 2022 namen we afscheid van dr. Raf Leus, internist/gastro-enteroloog. We deden een interview met hem, waarvan je hier een stukje kan lezen.

Maak kennis met dr. Leus

Dr. Leus werd geboren in Sint-Truiden. Van zijn 3de tot zijn 10de woonde hij met zijn ouders in Gent, om vervolgens zijn vaste stek te vinden in Antwerpen, waar hij ook studeerde. In 1987 startte hij zijn carrière in de Sint-Annakliniek in Beringen. Na de fusie in 1990 werkte hij in het Sint-Franciscusziekenhuis.



De gastro-enterologie deelt zich meer en meer op in subspecialisaties.

Hier bouwde hij in nauwe samenwerking met de internisten de dienst gastro-enterologie uit. Binnen de gastro-enterologie groeide zijn interesse voor de digestieve oncologie en behaalde hij de erkenning van digestief oncoloog. Hij leerde zijn echtgenote kennen in het Middelheim Ziekenhuis. Samen hebben ze 3 kinderen. De familie Leus woont in Antwerpen.

Een greep uit het interview

Hoe kijk je naar de medische evolutie op het vlak van inwendige geneeskunde en gastro-enterologie?

“De kennisevolutie ging progressief: ieder jaar kwam er wel iets bij. Een grote vooruitgang in de praktijkvoering was het reinigingsgebeuren van de endoscopen en de volledige traceerbaarheid hiervan. Ook de beeldvorming is enorm toegenomen: MRI, ERCP, echo-endoscopie ... Daarnaast zijn er binnen de gastro-enterologie specialisaties waarbinnen we onze expertise continu verder ontwikkelen.”

Hoe blik je terug op de samenwerking met de huisartsen?

“Huisartsen komen voor heel wat uitdagingen te staan. Ze werken vaak in lastige omstandigheden, terwijl in het ziekenhuis alles goed georganiseerd is. Huisartsen hebben die luxe niet en dat valt niet te onderschatten. Door de jaren heen heb ik nauwe contacten opgebouwd met de huisartsen. Die versterkten de onderlinge communicatie, wat op zijn beurt zorgde voor een vlotte samenwerking.”

Hartelijk bedankt voor je jarenlange inzet en nog veel succes in Antwerpen met je gezin!

Afscheid van dr. Werner Wouters

Op 31 augustus 2022 liet dr. Werner Wouters op 60-jarige leeftijd de medische wereld definitief achter zich. Hier lees je een stukje uit het interview dat we met hem deden.



Maak kennis met dr. Wouters

Dr. Wouters is afkomstig uit Mol. Hij begon zijn medische loopbaan als radioloog in SFZ in 1991. Hij zette zich in voor zijn dienst en leverde een bijzondere bijdrage aan de musculoskeletale radiologie, de coronaro-CT en, samen met andere collega's, aan het virtueel colon. Aanvankelijk was hij verplicht om dichtbij te wonen, maar in 1994 koos hij voor inslapende wachtdienst en verhuisde hij terug naar Mol. De echtgenote van dr. Wouters komt ook uit de omgeving van Mol. Samen hebben ze 2 dochters en 2 zonen.

Een greep uit het interview

Hoe kijk je naar de evolutie van de medische beeldvorming?

"Radiologie kende een grote evolutie op korte tijd. Vergelijk maar eens de CT van vroeger, die 1 beeldje per 25 seconde deed, met de huidige spiraal-CT met 2 buizen. Als je nu kijkt naar een beeldje van de echomachine 25 jaar geleden, vraag je je af hoe we daar ooit een

diagnose mee hebben kunnen stellen. Daarnaast is de komst van de MRI heel belangrijk geweest voor de medische beeldvorming, ook in SFZ. Zelf ben ik blij dat ik een bijdrage heb kunnen leveren door me te specialiseren in de coronaro-CT en door me toe te leggen op het virtueel colon."

De dienst radiologie staat nu voor een hele verbouwing. Wat denk je daarvan?

"We kijken al lang uit naar de geplande verbouwingen. De eerste stap, met de verplaatsing en uitbouw van het secretariaat, is al een grote verbetering voor de medewerkers en de patiënten. Nu is het de beurt aan de rest van de dienst, met nieuwe machinerie in gemoderniseerde accommodatie."

"Het is hier altijd heel aangenaam werken geweest. Nu hopen dat mijn gezondheid goed blijft en dat ik nog veel kan gaan fietsen en skiën, want dat doe ik het liefst."

We wensen dr. Wouters nog veel geluk en plezier in de toekomst!



Het is hier altijd heel aangenaam werken geweest.



Macro-opname van bloemkool, met een zich herhalend patroon, steeds in een andere dimensie.

'Fractals'

Forsythe analyseerde de penseelstreken op het doek. Daarbij maakte ze gebruik van zogenaamde 'fractals'. Dat zijn geometrische patronen die zichzelf herhalen in verschillende dimensies. Bekende voorbeelden van dit herhalingspatroon zijn de vertakkingen van een boom, de structuur van bladeren en de vorm van schelpen.

In schilderijen zie je dit verschijnsel als de kleinste penseelstreken een patroon vormen dat op grotere schaal herhaald wordt. Deze penseelstreken zijn direct gelinkt aan de identiteit van de schilder. Iedereen hanteert een penseel namelijk op zijn eigen manier. Het is als een vingerafdruk.

Fractalanalyse is zo nauwkeurig dat het gebruikt wordt om de authenticiteit van belangrijke kunstwerken te bepalen. Zo werden hiermee authentieke Jackson Pollock-schilderijen onderscheiden van een grote verzameling vervalsingen. Hieruit blijkt wel degelijk dat kunstenaars hun eigen unieke fractalpatronen op hun werk aanbrengen.

De invloed van dementie op kunst

Dr. Fons Henckens, kinderarts

In het kader van onderzoek naar de ziekte van Alzheimer en dementie in het algemeen verscheen er een vijftal jaar geleden een interessant artikel van Alex Forsythe van de Universiteit van Liverpool. Zij onderzocht meer dan 2.000 schilderijen van bekende kunstenaars en vond progressieve veranderingen in het werk van diegenen die later neurodegeneratieve aandoeningen ontwikkelden, met name dementie en Parkinson.

Hoewel deze vingerafdruk lichtjes verandert in de loop van de jaren, zien onderzoekers een duidelijk verschil tussen de evolutie van Monet, Picasso of Chagall (die mentaal gezond ouder werden) en die van Willem de Kooning (die Alzheimer had) en Salvador Dalí (die aan de ziekte van Parkinson leed).

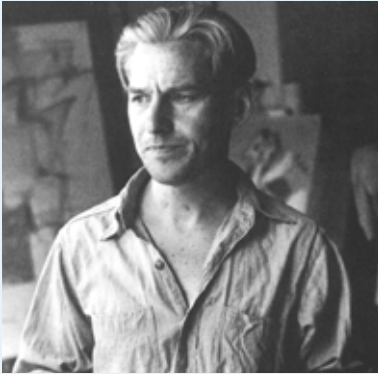
Deze verandering in patronen treedt relatief vroeg op, al vanaf 40 jaar, lang voordat de eerste klinische tekens van Alzheimer vastgesteld worden. Het belang van dit artikel staat wel nog ter discussie. Is hier een mogelijke nieuwe opening in het onderzoek naar dementie?

Willem de Kooning

Willem de Kooning werd geboren op 24 april 1904 in Rotterdam. Hij ging in 1916 als leerling aan de slag in een decoratieatelier om zijn lessen aan de Rotterdamse Academie te bekostigen. In 1920 ging hij werken voor een interieurontwerper in Amsterdam. Op 22-jarige leeftijd nam de Kooning de boot naar de Verenigde Staten en vestigde hij zich in Hoboken, New Jersey. Om geld te verdienen, werkte hij als huisschilder. In 1927 verhuisde hij naar Manhattan. Daar raakte hij goed bevriend met kunstschilders Arshile Gorky, Stuart Davis



Dit schilderij uit 1931 van Salvador Dalí vertoont een andere fractal-vingerafdruk in vergelijking met zijn latere werken, een indicatie van de ziekte van Parkinson. (Dalí, *The Persistence of Memory*, 1931)



en John Graham. Gorky was een van de belangrijkste schilders in de overgang van het surrealisme naar het Amerikaans abstract expressionisme.

In 1925 werd de Kooning deel van een Amerikaans kunstprogramma dat kunstenaars ondersteunde met belastinggeld. Binnen dit Federal Art Project werkte hij aan muurschilderingen. In zijn schilderijen uit deze tijd zijn invloeden te zien van Fernand Léger, Pablo Picasso, Joan Miró en Arshile Gorky. De werken zijn abstract, met geometrische vormen. Hij maakte ook enkele schilderijen van mannen. Eind jaren 40 kreeg hij zijn eerste solotentoonstelling bij Charles Egan. Daar toonde hij zwart-witte abstracten.



In 1950 begon hij aan zijn beroemdste serie van vrouwenfiguren, in een zeer expressieve kleurrijke stijl. Hiermee werd de Kooning een van de leidende figuren in het abstract expressionisme. In de jaren 50 werd hij stilaan succesvol. Hoewel die jaren draaiden om abstractie en performance-schilderijen, zoals de drup-schilderijen van Jackson Pollock en de grote kleurvlakken van Mark Rothko, bleef de Kooning ook figuratief schilderen. Hij gebruikte expressieve verfstreken, een agressieve toets en druipende verf om de energie en de kracht van de vrouw weer te geven. Zo bleef hij trouw aan de moderne technieken, zonder abstracte werken te maken.



Woman I



Woman III

In de jaren 60 en 70 maakte de Kooning ook beeldhouwwerken en werd zijn atelier steeds groter. In de jaren 80 begon zijn gezondheid achteruit te gaan. Uiteindelijk overleed hij op 19 maart 1997 aan de gevolgen van de ziekte van Alzheimer.

De Woman-serie is de beroemdste reeks schilderijen van de Kooning. In totaal zijn er 6 grote Woman-schilderijen, waarvan er 5 in Amerikaanse en Australische musea te zien zijn. Woman I is onderdeel van de collectie van het Museum of Modern Art. Aan dit eerste deel heeft de Kooning 3 jaar gewerkt. Hij maakte talloze studies en overschilderde het werk meermaals. Uiteindelijk creëerde hij een oervrouw, gebaseerd op prehistorische beelden, maar ook op pin-upgirls uit de jaren 50.

In 2006 werd het derde deel (Woman III) voor 137,5 miljoen dollar verkocht aan een privéverzamelaar. Met dat bedrag was het schilderij het op een na duurste ter wereld.



Via deze QR-code kan je een mooie documentaire over Willem de Kooning bekijken.

Interessante tentoonstellingen

Verborgene parels. Zeven eeuwen meesterwerken uit Mechelen.

Hof van Busleyden,
van 11/11/2022 tot 25/06/2023.

Friends in a field met Raoul De Keyser.

Mu.ZEE Oostende,
van 17/12/2022 tot 21/05/2023.

Marc Sleen 100.

Belgisch stripmuseum, Brussel,
van 27/05/22 tot 05/03/2023.

Nieuwe artsen

Om de medische teams van SFZ te versterken, verwelkomen we enkele nieuwe artsen.
We stellen hen graag kort aan je voor.



Dr. Lieselotte De Bruyn
Mond-, kaak- en aangezichtschirurg

Dr. Lieselotte De Bruyn is afkomstig uit Hasselt en deed hier een groot deel van haar studies. Aansluitend op haar opleiding biomedische wetenschappen aan de Universiteit Hasselt doorliep ze de studies tandheelkunde aan de KU Leuven. Als maxillofacialist werkte ze in het AZ Nikolaas, het Maria Ziekenhuis en het AZ Sint-Jan Brugge. Haar subspecialismen zijn orthognathische heekunde of kaakoperaties, 3D-operatieplanning, preprothetische heekunde en implantologie en aangezichtschirurgie.

Dr. De Bruyn is geboeid door muziek en speelt zelf piano. Ze woont met haar gezin in Hasselt en herneemt haar activiteiten bij de dienst mond-, kaak- en aangezichtschirurgie in SFZ op 1 februari 2023, na haar zwangerschapsverlof voor haar derde kindje.



Dr. Anke Thaens
Gynaecoloog

Dr. Anke Thaens behaalde haar master in de geneeskunde en specialisatie geneeskunde en ASO gynaecologie-verloskunde aan de KU Leuven. Als allround gynaecologe specialiseerde ze zich in hoogrisicoverloskunde en echografie. Daarnaast heeft ze een bijzondere interesse in pediatrische en adolescentengynaecologie. Ze heeft veel ervaring opgedaan in de hoogrisicoverloskunde en echografie in het ZOL in Genk. Ze woont met haar gezin in Scherpenheuvel en versterkt het team gynaecologie sinds 16 september 2022.



Dr. Laure Poels
NKO-arts

Dr. Laure Poels volgde haar studies geneeskunde aan de KU Leuven en specialiseerde zich in de otorhinolaryngologie. Ze werd opgeleid door prof. dr. E. Offeciers bij GZA en door prof. dr. M. Jorissen in het Universitair Ziekenhuis in Leuven. Dr. Poels woont in Diepenbeek.



Dr. Christine Yin Versluis
Uroloog

Dr. Christine Yin Versluis is geboren en opgegroeid in Amsterdam. Ze volgde haar opleiding geneeskunde aan het Erasmus MC in Rotterdam en haar truncus communis heekunde in het Diaconessenhuis in Utrecht. Daarna specialiseerde ze zich in de urologie in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en bij het andreas-ziekenhuisnetwerk (Sint-Trudo Ziekenhuis, AZ Vesalius, Jessa Ziekenhuis en Sint-Franciscusziekenhuis). Ze heeft bijzondere interesse in de endo-urologie en functionele urologie. Dr. Versluis woont met haar gezin in Hasselt.



Dr. Nguyen Van Lai
Radioloog

Dr. Van Lai groeide op in Nederland en deed zijn studies geneeskunde aan de Universiteit Maastricht. Als arts-assistent in opleiding deed hij ervaring op in het Erasmus MC en het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis in Nederland. Dr. Van Lai heeft als radioloog gewerkt in het Algemeen Ziekenhuis Turnhout en het Laurentius Ziekenhuis in Roermond. Naast de algemene radiologische opdrachten legt hij zich toe op bijzondere aandachtsgebieden zoals thoraxradiologie en cardiovasculaire radiologie. Dr. Van Lai is vader van 2 kinderen en woont met zijn gezin in Voorschoten (Nederland). Sinds 1 juli versterkt hij het team van radiologen in SFZ.



Dr. Aleide Vandewal
Gynaecoloog

Dr. Aleide Vandewal volgde haar opleiding geneeskunde aan de Universiteit Hasselt en aan de KU Leuven. Nadat ze haar basisopleiding succesvol afrondde in 2017, specialiseerde ze zich in de gynaecologie-verloskunde aan de KU Leuven. Tijdens haar opleiding als assistent deed ze ervaring op in het Jessa Ziekenhuis in Hasselt, het ZOL in Genk, het Universitair Ziekenhuis in Leuven en het Mercy Hospital in Melbourne, Australië. Sinds 2 november 2022 versterkt ze het team van gynaecologen in SFZ voor algemene gynaecologie en verloskunde, met een bijzondere interesse in reproductieve geneeskunde.



Dr. Rūta Jasaitytė
Cardioloog

Dr. Rūta Jasaitytė komt uit Vilnius (Litouwen) en volgde haar opleiding cardiologie aan de Charité Universiteit in Berlijn (Duitsland). Van 2021 tot haar verhuis naar België werkte ze in het Hartcentrum Brandenburg, waar ze zich vooral focuste op geavanceerde echocardiografische beeldvorming en patiënten met kleplijden en hartfalen.

Voor ze aan haar opleiding cardiologie begon, doctoreerde ze in de medische wetenschappen aan de KU Leuven. Ze heeft een Europese accreditatie voor transthoracale en transoesophageale echocardiografie. Sinds 2022 volgt ze een postgraduaat hartfalen in het Zurich Heart House.

In september 2022 is ze samen met haar echtgenoot en 2 kindjes van Berlijn naar België verhuisd. Ze versterkt de dienst cardiologie in SFZ en in het Jessa Ziekenhuis in Hasselt.



Dr. Diebrecht Appelen
Dermatoloog

Dr. Diebrecht Appelen is afkomstig uit Ham en studeerde geneeskunde aan de Universiteit Maastricht. Daarna specialiseerde hij zich tot dermatoloog in het Radboud Universitair Medisch Centrum Nijmegen. Binnen de dermatologie bekwaamde hij zich verder in de huid- en systeemziekten, inflammatoire dermatosen en acneïforme dermatosen. Voor die laatste heeft hij ook de nationale richtlijnen meegeschreven. Dr. Appelen heeft een speciale interesse in biologicals en dermatoscopie. Sinds juli 2022 versterkt hij het team dermatologie van dr. Vandermaesen.

Nuttige telefoonnummers SFZ

Afsprakenbeheer	011 71 55 55
Algemeen	011 71 50 00
Directiesecretariaat	011 71 54 17

Medische specialismen

Abdominale heelkunde	011 71 58 12
Endocrinologie	011 71 58 13
Fysische geneeskunde	011 71 59 18
Gynaecologie	011 71 58 09
Hematologie	011 33 79 79 (VJZ)
Inwendige ziekten (gastro-entero, pneumo, cardio, geriatrie)	011 71 58 05
Kinder- & jeugdgeneeskunde	011 71 58 45
Labo	011 71 59 57
Medische beeldvorming	011 71 56 10
Medische oncologie	011 33 79 79 (VJZ)

Mond-, kaak- & aangezichtschirurgie	011 71 58 14
Neurologie (dinsdag en donderdag tussen 9 en 10 uur)	011 71 59 00
Nucleaire geneeskunde	011 71 59 52
Orthopedie	011 71 58 06
Pijnkliniek	011 71 55 95
Preoperatieve raadpleging	011 71 54 73
Revalidatie	011 71 55 63
Spoedgevallen	011 71 55 04
Urologie	011 71 58 10
Vaatheelkunde	011 71 58 07

Specialismen die NIET in deze lijst zijn opgenomen, bereik je via het afsprakenbeheer op het nummer 011 71 55 55. Je kan ook toegang vragen tot onze digitale telefoongids door te mailen naar communicatie@sfz.be.

Wil je Intro liever digitaal ontvangen?

- Altijd en overal raadpleegbaar op pc, laptop en smartphone
- Meer diepgang voor boeiende topics over de dagelijkse ziekenhuisrealiteit
- Interactieve mogelijkheden, educatieve filmpjes, fotoreportages, nuttige links, enz.

Mail je naam, functie, e-mailadres en gemeente naar communicatie@sfz.be of scan de QR-code en vul meteen je gegevens in.



Colofon

Algemeen

Sint-Franciscusziekenhuis
P. Paquaylaan 129
3550 Heusden-Zolder
Tel. 011 71 50 00 (algemeen)
011 75 55 55 (polikliniek)

Algemeen directeur

Mevr. Nele Sneyers

Eindredactie

Mevr. Diane Mombers

Redactieraad

Voorzitter: dr. Stijn Loonbeek
Redactie: dr. Fons Henckens, mevr. Diane Mombers

Foto's

Mine Daelemans, Kris Dexters

V.U.

Dr. Steven Pans

Hebben meegewerkt

Dienst patiëntenbegeleiding,
referentieverpleegkundigen dementie, dr. Michel Schellemans, dr. Josje Voncken, dr. Marika Doberenz, dr. Steven Pans, dr. Nathalie Deferm, dr. Fons Henckens, mevr. Laure Volders