



Ziektes zijn zoals zoveel andere aspecten van het leven sterk afhankelijk van plaats en tijd. In Afrika bijvoorbeeld is malaria de nummer één als doodsoorzaak. In Europa heeft 1 op 9 vrouwen te maken met borstkanker. Obesitas is een wereldwijde problematiek die meer dan 1,5 miljard mensen treft. Vroeger kwam dit probleem in mindere mate tot uiting enkel en alleen omdat het leven harder en voedsel schaarser was. Mensen met aanleg voor obesitas hadden gewoon de kans niet om bij te komen, omdat de omstandigheden het niet toelieten. Zoals dat op veel plaatsen op onze planeet nog steeds het geval is. Een andere belangrijke factor is dat we steeds minder bewegen, maar we blijven onze magen wel vullen met veel en energierijk eten. Jaarlijks eten we samen naar schatting 532 miljoen kilogram aan snacks en zoetigheid. Dat is bijna 33 kilogram per hoofd van de bevolking. Andere factoren die de kans op overgewicht vergroten zijn:

- erfelijkheid
- medicijngebruik
- ziekte of een handicap
- te weinig lichaamsbeweging
- een ingrijpende gebeurtenis
- stoppen met roken
- (gevolgen van) zwangerschap

Intussen weten wij dat obesitas de ziekte van de 21<sup>ste</sup> eeuw is met een zeer nefast gevolg op alle aspecten van het leven, zowel lichamelijk als psychosociaal. Uiteraard, zoals alle veel voorkomende ziektes zijn, naast een preventief plan, ook therapeutische maatregelen nodig voor een grondige aanpak van deze epidemie. Voor ernstige en morbide obesitas is bariatrische chirurgie de enige behandeling met goede resultaten op lange termijn. Verschillende onafhankelijke studies wereldwijd hebben bewezen dat er op heden geen enkele conservatieve behandeling bestaat die hetzelfde resultaat kan voorleggen. De vraag is niet of bariatrische chirurgie effectief is, dit is intussen een evidentie, maar wel in welk kader het moet gebeuren. Obesitas is een chronische ziekte die een multidisciplinaire behandeling en een levenslange opvolging vereist. Om dat enkel met een ingreep te willen oplossen getuigt van weinig inzicht in deze complexe pathologie.

De progressieve evolutie van de Obesitas Kliniek in het Sint-Andriesziekenhuis was het logische gevolg van meer en meer inzicht in dit specifiek medische probleem. Het blijvend postoperatieve contact met patiënten en hun huisartsen heeft ons enorm geholpen onze behandeling door een betere voor- en nazorg continu te verbeteren. Naast deze noodzakelijke omkadering is er de continue optimalisatie van de ingreep zelf door regelmatige bijscholing van heel het operatieteam en de investering in technologisch hoogstaand materiaal. De aanschaf van de 3D laparoscopie-toren bevestigt onze voornemens en toont aan dat wij ondanks onze schaal niet aarzelen in onze visie op zorgverlening te investeren.

Het gewichtsverlies is essentieel maar niet het doel, wel het middel. De doelstelling is een stabiel gezond gewicht met een subjectief gevoel van een goed leven. Dus de ultieme betrachting van onze obesitaskliniek is de levenskwaliteit van patiënten in alle aspecten van hun leven te verbeteren door hen ook na de ingreep verder te helpen een nieuw evenwicht te vinden tussen gezondheid en een goed kwalitatief leven. Deze doelstelling is enkel mogelijk door een zorgverlening die rekening houdt met alle aspecten van dit medische probleem. Enkel op deze manier zal de bariatrische chirurgie leiden tot een levenslang effectieve behandeling met behoud van een zo goed als normaal leven. ■

Dr. Mehrdad Biglari  
mehr.dad.biglari@sintandriestielt.be



## Werking diëtisten binnen het obesitasteam

Een belangrijk onderdeel van onze taak als diëtist(e) is het begeleiden en opvolgen van patiënten met overgewicht en obesitas. In eerste instantie is het van belang om een beeld te krijgen van de eet- en leefgewoonten van de patiënt. Dit wordt gedaan aan de hand van een uitgebreide voedingsanamnese. Daarnaast wordt er navraag gedaan naar de fysieke activiteit van de patiënt. Op die manier is het mogelijk om voedingsadvies op maat te geven. Iedere persoon houdt er andere eetgewoontes op na. Patiënten worden zowel ambulante als tijdens hun opname gevolgd in het kader van hun obesitas. Dit dient wel telkens op voorschrift van de behandelende arts te zijn. In diverse situaties, waarbij reeds verschillende dieetpogingen ondernomen werden, biedt bariatrische heelkunde de enige uitweg om gewichtsverlies te bekomen. Ook in deze situatie is dieetopvolging noodzakelijk.

Vóór de ingreep komt men steeds op intakegesprek bij de diëtisten. Hierbij worden de huidige eet- en leefgewoontes overlopen en adviezen geformuleerd. Enerzijds omtrent gezonde voeding en voldoende beweging, anderzijds aangaande aandachtspunten die van belang zijn na de chirurgische ingreep. Tijdens de opname worden deze patiënten steeds door ons gezien om de eventuele vragen te beantwoorden en de adviezen nogmaals kort te overlopen. Postoperatief worden deze patiënten intensief opgevolgd, namelijk op drie, zes en twaalf maanden na de operatie. Dit om hen optimaal te begeleiden naar gezonde eet- en leefgewoontes om zo het gewicht op peil te houden. Na deze periode worden de patiënten niet meer systematisch door ons opgevolgd. Indien er zich problemen voordoen, kan men echter altijd een beroep doen op een diëtist. ■

Diëtisten Sint-Andriesziekenhuis:  
Annelies Carpentier (momenteel vervangen door Jill Windels) –  
Ann Lecluyse – Leen Pauwelyn – Lies Wambeke

## Vijf voor twaalf

Dat obesitas een steeds groter mondiaal probleem wordt, is open deuren intrappen. Het percentage mensen in België met overgewicht ligt momenteel op 56% en voor obesitas op 22%. Ruim 1 op 2 Belgen is dus te zwaar. Dat brengt toenemende problemen mee op gezondheidsvlak: (pre)diabetes met alle



mogelijke comorbiditeiten, cardiovasculaire problemen, toenemend aantal maligniteiten e.a. Het probleem op zich is niet louter het gewicht, maar wel de hoeveelheid diepe buikvet rond de organen, een actieve speler die leidt tot inflammatie, insulineresistentie, hoge

bloeddruk of atherosclerose. Niet iedereen met obesitas heeft dezelfde risico's op vroegtijdige cardiovasculaire sterfte. In de triage kan de internist/endocrinoloog/huisarts een belangrijke rol spelen. Op het vlak van medicatie is er sinds 2016 is er een nieuw injecteerbaar medicijn op de markt. Het gaat om een oorspronkelijk diabetesmedicijn, nu beschikbaar in hogere dosis en onder een aparte merknaam als obesitasbehandeling. Hierbij wordt een gewichtsverlies van om en bij de 5% verwacht. Niet direct een spectaculair effect, maar wel vaak voldoende om het risico op metabole verwikkelingen gevoelig te reduceren en dat is tenslotte wat we medisch willen. Doordat obesitas niet erkend is als 'ziekte' is er echter geen mogelijke terugbetaalbaarheid voor het product wat het voor de meesten niet haalbaar maakt om dit te bekostigen.

Ons lichaam is van in het begin van het bestaan van onze soort geprogrammeerd op survival en heeft een aantal beschermingsmechanismen ingebouwd om in tijden van schaarste minder energie te moeten leveren en dus minder te verbranden om te overleven. Na de komst van de landbouw en het verdwijnen van het zwerfend leven (men leefde van jacht en trek rond) is het voedingspatroon totaal veranderd. Men ging veel meer (snelle) suikers eten en het energieverbruik verminderde. Bovendien verdwenen de perioden waarbij geen voedsel meer voorradig was. Momenteel is er eten in overvloed, wordt er door de industrie massaal extra suikers aan onze voeding toegevoegd, hoeven we niet meer te bewegen om ergens te geraken. Ons genetisch materiaal is echter nog grotendeels hetzelfde als dat van onze verre voorvaders. Namelijk: bedoeld om reserve op te bouwen. Het resultaat ervan zien we weerspiegeld in de bovenstaande cijfers. Uiteraard proberen we in onze gezondheidszorg de verwikkelingen veroorzaakt door het diepe buikvet zo goed mogelijk te voorkomen en de bestaande problemen zo goed mogelijk te managen. Maar er gaat te weinig aandacht naar preventie onder de vorm van actieve promotie van gezonde, suikerarme voeding en de aanmoediging van sport vanaf zeer jonge leeftijd. Het gaat om belangrijke politieke, economische en opvoedkundige keuzes waarin de overheid een belangrijke rol speelt. Het is hoog tijd om deze snel te maken. ■

Dr. Evy Degrande  
evy.degrande@sintandriestielt.be



## De rol van de gastro-enteroloog in het bariatrische team

### 1. Preoperatief internistisch nazicht

Er wordt nagekeken of er (1) geen hormonale oorzaak bestaat als verklaring voor overgewicht, (2) contra-indicaties voor de ingreep zijn (ernstige hart- of longziekte), (3) preoperatieve voorzorgsmaatregelen moeten worden genomen (stoppen antico, aanpassen insuline therapie), (4) galstenen zijn (in dat geval advies tot preoperatieve cholecystectomie) en (5) leversteatose is. Daarnaast worden via gastroscopie letsels in de bovenste GI tractus (GERD, ulcera) en Helicobacter pylori infectie opgespoord en behandeld.

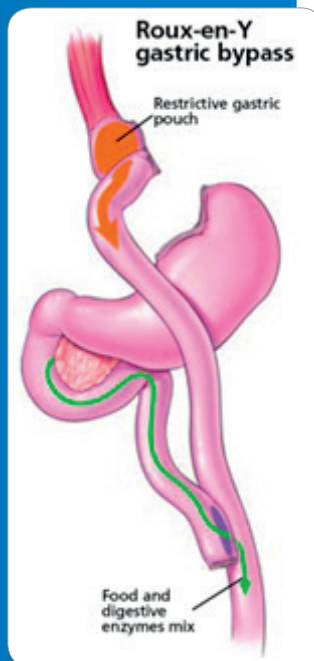
### 2. Niet-chirurgische, o.a. endoscopische, alternatieven in de behandeling van obesitas

Deze zijn te overwegen bij falen van de basistherapie bij een patiënt met een duidelijk gezondheidsrisico (BMI > 30 of BMI > 27 + 2 co-morbiditeiten) en die niet in aanmerking komt voor bariatrische chirurgie of dit weigert. Een andere indicatie is het bekomen van significant gewichtsverlies voorafgaandelijk aan bariatrische heelkunde (verkleinen perioperatief risico). Enerzijds is er de medicamenteuze therapie, waarbij we in ons land vooralsnog en alleen beschikken over Orlistat. Anderzijds zijn er de endoscopische technieken. Op heden wordt voornamelijk een maagballon type Orbera geplaatst via gastroscopie (restrictieve techniek) maar nieuwe, 'niet-invasieve' types zijn op komst type Ellipse Ballon (een klein opgerold ballonnetje wordt ingeslikt, verbonden aan een capillaire buisje; vervolgens wordt via het buisje de ballon gevuld met vocht en het buisje gelost; na 4 maanden lost de ballon spontaan op). Andere technieken zijn volop in ontwikkeling (restrictieve e/o malabsorptieve werking): bijv. maagverkleining via suturen/plicaturen; ter hoogte van de dunne darm plaatsen van een 'mouw'; aanleggen entero-enterale anastomose enz.

### 3. Aanpak van complicaties na bariatrische heelkunde (niet-limitatieve lijst)

- Endoscopische therapie is de eerstelijns therapie voor vele post-bariatrische complicaties: ulcera, bloedingen en stricturen t.h.v. anastomosen, banding complicaties en lekkages/fistels. Een snelle verwijzing is essentieel en de endo-therapie wordt steeds overlegd met de chirurg (bijv. dilatatie bij stricturen; stenting of clips of plugs bij lekkage).

- Nutritionele deficiënties komen vrij vaak voor en peristeren in de regel. De volgende laboratoriumtesten dienen minstens te worden uitgevoerd (na 3 en 6 maanden en verder jaarlijks): PBO met formule, elektrolyten (incl. calcium en fosfor), glucose, ijzerstatus, thiamine, vitamine B12, foliumzuur,



## Vanessa Van Renterghem, obesitas-verpleegkundige & coördinatrice

"Bariatrische heelkunde is een goed uitgebouwd concept in ons ziekenhuis. Twee jaar geleden heb ik de overstap naar poli heelkunde gemaakt. Een onderdeel van mijn takenpakket was het verzorgen van de coördinatie van de obesitaspatiënten. Een volledig nieuwe uitdaging aangezien deze functie nog niet bestond. Door de goede samenwerking met Dr. Biglari, alsook met diverse andere disciplines, is de Obesitas Kklinik geworden wat ze nu is. Mijn doel is om de planning van alle onderzoeken, het verloop in het ziekenhuis en de opvolging zo gestructureerd mogelijk laten verlopen. Op deze manier ervaren de patiënten minder werkonderbreking en moeten ze zich minimaal verplaatsen. Door goed communicatie en educatie weten patiënten aan wat ze zich mogen verwachten, zowel pre-als postoperatief. Dat alles wordt gebundeld in hun infomap. Deze bevat alle aanvragen voor de onderzoeken, het opnameformulier, de patiëntenmap en de informatiebrochure. Patiënten moeten aan

25-OH vitamine D, albumine, zink, koper, levertesten en lipidenstatus. Aan te raden is dat de patiënt blijvend een multi-vitaminepreparaat inneemt (bv. FitForMe). Soms volstaat dit niet en is extra suppletie nodig zoals calcium/vit D (po), vit B12 (IM) of ijzer (IV Injectafer of IM).

- Dumping wordt gezien bij tot 50% van de gastric bypass patiënten na inname van grote hoeveelheden enkelvoudige suikers. Er zijn 2 types: early dumping (binnen de 15 min. koliekpijn, diarree, nausea, tachycardie) en late dumping (2-3 u na maaltijd met duizeligheid, moeheid, zwakte). Behandeling bestaat uit dieetaanpassingen en ev. medicatie (acarbose, octreotide analogen).

- Obese patiënten zijn at risk voor NASH (non alcoholic steatohepatitis) welke kan evolueren tot cirrose. Preoperatief wordt daarom een leverbiopsie genomen. Bij bevestigde NASH moet extra aandacht worden besteed aan goede gewichtscntrole, voldoende beweging, goede lipiden- en diabetescontrole en beperking tot idealiter stoppen van alcohol en frisdranken.

- Postoperatief is er door het snelle gewichtsverlies een reëel risico op het ontstaan van galblaassludge tot stenen (prevalentie na 6 maand tot 38%). Dit kan worden tegengegaan door de patiënt postoperatief tijdelijk Ursodeoxycholzuur in te laten nemen (prevalentie zakt tot 2% na 6 maand). ■

Dr. De Coninck  
steven.de.coninck@sintandriestielt.be

verschillende voorwaarden voldoen om in aanmerking te komen voor een terugbetaling van een bariatrische ingreep.

- Vanaf 18 jaar
- Minstens 1 jaar geprobeerd hebben om op niet-chirurgische wijze te vermageren
- Een BMI  $\geq$  40 OF BMI  $\geq$  35 in combinatie met:
  - o Slaapapneu Syndroom
  - o Diabetes
  - o Arteriële hypertensie
  - o Heringreep van vorige bariatrische ingreep

De algemene gezondheidstoestand van iedere patiënt wordt hiervoor goed onderzocht door middel van hart- en long specialistisch onderzoek, gastroscopie, psychologisch onderzoek, echo abdomen, foto van slokdarm en maag, en een bezoek aan de diëtiste. In geval van diabetes of schildklierproblemen: endocrinologisch nazicht. Tijdens de hospitalisatie worden de patiënten opgenomen in het 'zorgpad bariatrische heelkunde'. Op deze manier weten de verpleegkundigen wat qua zorg verwacht wordt en kan men dit overbrengen naar de patiënt. Na de ingreep is een opvolging gedurende vijf jaar voorzien. Bij ontslag uit het ziekenhuis starten ze met hun vitaminesupplementen en geef ik hen de opvolging voor het eerste jaar mee. Daarin worden ze driemaandelijks opgevolgd in combinatie met de diëtisten, fysio en eenmalig bij hun internist. Wanneer ik patiënten gelukkig en (soms onherkenbaar) terugzie geeft mij dit een grote voldoening." ■

vanessa.van.renterghem@sintandriestielt.be

## Chirurgisch team obesitaskliniek



**Van links naar rechts:**  
Annelies Lips, hoofd hospitalisatie  
Vanessa Van Renterghem obesitasverpleegkundige & coördinatrice  
Dr. Mehrdad Biglari, chirurg  
Dr. Filip Rousseau, anesthesist  
Anne De Keyser Recovery, verpleegkundige  
Sam Frodure, instrumentist

### Stephanie Verschuere, anatomopathologie

"Op 1 januari 2016 startte ik als patholoog in het laboratorium anatomopathologie van het Sint-Andriesziekenhuis. Ik behaalde mijn diploma geneeskunde aan de Universiteit Gent in 2005. Na 2 jaar opleiding in de Algemene Heelkunde switchte ik naar de specialisatie Anatomopathologie. Daar startte ik met 4 jaar wetenschappelijk onderzoek, dat leidde tot een doctoraatsthesis over de invloed van roken op het gastro-intestinaal immuunsysteem (2012). Daarna volgde de klinische opleiding anatomopathologie in het UZ gent en AZ sint-Jan Brugge. Eind 2014 startte ik als laboratoriumdirecteur anatomopathologie in het Sint-Rembertziekenhuis in Torhout. Daarnaast werkte ik als patholoog in AZ Sint-Jan Brugge. Sinds begin 2016 ben ik laboratoriumdirecteur van het laboratorium voor anatomopathologie in het Sint-Andriesziekenhuis. Daarnaast werk ik als patholoog in AZ Delta Roeselare, en ben ik toegelaten geneesheer op de dienst anatomopathologie van het OLV van Lourdes ziekenhuis van Waregem."



Dr. Stephanie Verschuere  
stephanie.verschuere@sintandriestielt.be

### Evelyne De Decker, gastro-enteroloog

"Sinds ik in maart 2016 mijn opleiding tot gastro-enteroloog in het UZ Gent beëindigde, vervoegde ik op 1 april het team van Dr. De Coninck, Dr. Beyls en Dr. Baertsoen. Ik startte mijn studies Geneeskunde aan de Universiteit Gent en studeerde af als arts in 2003. Nadien ging ik niet onmiddellijk specialiseren, maar vatte mijn opleiding aan als huisarts na eerst de cursus Tropische Geneeskunde gevolgd te hebben aan het Tropisch Instituut te Antwerpen. Mijn opleiding tot huisarts deed ik deels in het ZNA Stuivenberg (Antwerpen) op de spoedafdeling en deels in een huisartsenpraktijk. Het was tijdens deze periode op de spoed, dat mijn voorkeur voor gastro-enterologie duidelijk werd en sterk groeide. Mijn professionele ervaringen op de spoedafdeling werden nog uitgebreid door MUG-ritten na het behalen van mijn Brevet Acute Geneeskunde."

Toen ik afstudeerde als huisarts, werd het tijd om een van mijn grote dromen te realiseren en ging ik werken voor Artsen Zonder Grenzen. Tijdens meerdere interessante en uitdagende projecten in het buitenland heb ik gedurende die 4 jaren niet alleen mijn professionele bagage enorm verrijkt, maar stond ik ook op persoonlijk vlak voor grote uitdagingen.

Het verlangen om me te specialiseren in de Inwendige Geneeskunde en in het bijzonder in de Gastro-Enterologie bleef echter al die jaren bestaan, tot het in 2009 tijd werd om deze opleiding in het UZ Gent aan te vatten. Ik liep voornamelijk stage in het UZ Gent, maar ook in het Sint-Lucas Ziekenhuis (Gent) en het AZ Delta (Roeselare). Twee zwangerschappen en prachtige kinderen verlengden mijn opleiding met enkele maanden, tot ik in maart mijn erkenning als Gastro-Enteroloog kreeg.

Binnen de Gastro-Enterologie wil ik me, naast de algemene Gastro-Enterologie, vooral toeleggen op endoscopie. Ik ben dan ook heel enthousiast dat ik mij in de nabije toekomst kan verdiepen in het aanleren van echo-endoscopie, om zo het aanbod binnen onze dienst verder te verruimen."

Dr. Evelyne De Decker  
evelyne.de.decker@sintandriestielt.be

### Nieuw in het Sint-Andriesziekenhuis

#### 3D-videotoren voor Sint-Andriesziekenhuis

Sinds oktober is de Olympus 3D-videotoren in gebruik op de afdeling chirurgie van het Sint-Andriesziekenhuis in Tielt. Deze hoogresolutie 3D-toren garandeert een perfect driedimensionaal beeld en is een van de meest technologische kijkoperatietoestellen van vandaag. Dankzij dit nieuw verworven dieptezicht verlopen de operaties in kwestie niet alleen accurater maar ook sneller. Een directe kwalitatieve meerwaarde voor de patiënt. Dr. Biglari, chirurg abdominale heelkunde van het Sint-Andriesziekenhuis, is verheugd over de komst van de nieuwe 3D-videotoren: "De bekroonde Endoeye Flex 3D Videoscope van Olympus is echt het neusje van de zalm. Alle beperkingen waar we met de traditionele laparoscopische camera's mee te maken hadden, behoren nu tot het verleden. De 3D-toren kan tot 100° in alle richtingen circuleren waardoor observatie en behandeling in de hele buikholte mogelijk wordt. Bovendien is manipulatie van het bekomen beeld van het operatieveld in real time mogelijk, wat een zeer fijne en precieze dissectie van de organen en weefsels toelaat."



#### Uniek in West- en Oost-Vlaanderen



Het Sint-Andriesziekenhuis beschikt als eerste ziekenhuis in West- en Oost-Vlaanderen over dit type 3D-toren. Dr. Biglari: "Voor ons als regionaal ziekenhuis is het een grote inspanning om deze ingenieuze 3D-toren te laten plaatsnemen. Het kostenplaatje schommelt rond de 270.000 euro. Aangezien het om een compleet nieuwe operatietechniek gaat, volgden de artsen bovendien de nodige bijscholing om het toestel perfect

te kunnen hanteren. Alle kijkoperaties, zoals een maagoverbrugging of gastric bypass en leveroperaties, gebeuren voortaan met dit technologisch hoogstandje. De komst van de 3D-toren kadert in het beleid van het ziekenhuis om, net als met de onlangs aangekochte MR-scanner, te blijven investeren in technologische vooruitgang. Dat terwijl de uiteindelijk kostprijs voor de patiënt dezelfde blijft. Alleen maar voordelen dus."

Dr. Mehrdad Biglari  
mehrdad.biglari@sintandriestielt.be

#### Laser voor nierstenen

De dienst urologie is heel trots u onze nieuwste aanwinst te mogen voorstellen. Het gaat over een lasertoestel en een flexibele ureteroscoop die onze mogelijkheden voor steenbehandeling serieus uitbreiden. Tot nu toe werden stenen



in de nier en hoge ureter behandeld met eswl (extra corporele shockwave therapie) of verbrijzeling. Idealerweise breekt de steen in kleinere stukken die dan vervolgens uitgeplast worden. Soms vraagt dit meerdere behandelingssessies, soms blijven er stukjes in de ureter steken die we dan alsnog via ureteroscopie moeten verwijderen. Hoge ureterstenen waren niet altijd te benaderen met de rigiede ureteroscoop. In dat geval werd een dj stent geplaatst en een tweede tijd gepland. Grotere nierstenen worden via een kleine opening in de nier percutaan verwijderd.



#### Zeer doeltreffend, maar invasiever

Lage ureterstenen kunnen we ureteroscopisch verwijderen. Als ze te groot zijn kost dit soms ook wel meerdere sessies omwille van het materiaal dat we tot nu toe ter beschikking hadden om de steen te fragmenteren. Met de flexibele ureteroscoop en fiber van de 2100 nm Holmiumlaser kunnen we stenen in de nier nu via ureteroscopie bereiken en ter plaatse verpulveren. Dit lukt ook niet altijd in één keer, en voor grotere stenen blijft de percutane benadering de gouden standaard, maar het biedt voor kleinere stenen een duidelijk minder invasief alternatief. Hoge ureterstenen kunnen nu ook worden bereikt via flexibele ureteroscopie.

Grotere lage ureterstenen worden met de laserfiber in één tijd verpulverd. Een ander toepassingsgebied is het behandelen van oppervlakkige blaas- en ureterpoliepen. Nadeel van de procedure is de kostprijs: de laserfiber, de single-use-accessoires en de zeer fragiele ureteroscoop zijn kostbaar. Deze materialen zijn echter de huidige gouden standaard voor steenbehandeling en we zijn zeer blij dit aan onze patiënten te kunnen aanbieden.



Dr. Mariette Van den Heuvel  
mariette.van.den.heuvel@sintandriestielt.be

### Bijscholingen huisartsenkring

- 10.01.2017 Immunotherapie in de oncologie | Lore De Coster
- 24.01.2017 ECG | Philippe Vanderheeren
- 07.02.2017 Patiëntenrechten: waar gaat het naartoe? Wilsverklaring | Christophe Lemmens
- 21.02.2017 Radiologie | Niels Favoreel
- 07.03.2017 Statutaire met partners: Technologische (r)evolutie | Hugo De Man
- 21.03.2017 Medicinaal gebruik van cannabis en andere 'drugs' | Jan Tytgat
- 18.04.2017 Echo-endoscopie in de gastro-enterologie | Evelyne De Decker
- 23.05.2017 Update E-health | Inge Huysentruyt
- 06.06.2017 Statutaire zonder partners: Islam | Marc Cardon

### Internationale presentaties

1. Assessing the efficacy of varicose vein treatment - Histological Evaluations, European Society of Vascular Surgery -ESVS annual congress, Copenhagen September 30th 2016.
2. The prevalence of Chronic Venous Disease Worldwide - an epidemiological analysis. American College of Phlebology. Anaheim USA November 5th, 2016.

## Colofon

#### Redactieraad

Dr. Antonio Gazziano: antonio.gazziano@sintandriestielt.be  
Dr. Jan Beyls: jan.beyls@sintandriestielt.be  
Dr. Mehrdad Biglari: mehrdad.biglari@sintandriestielt.be  
Dr. Danny Deros: danny.deros@sintandriestielt.be  
Dr. Gretel Descheemaeker: gretel.descheemaeker@sintandriestielt.be  
Dr. Valérie Van Damme: valerie.van.damme@sintandriestielt.be  
Mevr. Valérie-An Desmet: valerie-an.desmet@sintandriestielt.be

#### Hoofredacteur

Dr. Marc Vuytsteke: marc.vuytsteke@sintandriestielt.be

#### Werken verder mee aan dit nummer

Dr. Ely Degrande, Dr. De Coninck, Vanessa Van Renterghem, dr. Eveline De Decker, dr. Stephanie Verschuere, dr. Mariette Van den Heuvel, deeltafdeling Sint-Andriesziekenhuis

#### Lay-out & Druk

Drukkerij Lannoo: www.lannooprint.be

#### Verantwoordelijke uitgever

Sint-Andriesziekenhuis Tielt  
Bruggestraat 84  
8700 Tielt

#### Sponsors



## Edito

### Love is not a victory march | the selfie

Allerheiligen, herfst, winter: periode van reflectie na een uitbundige en zorgeloze zomer. De draad van het alledaagse leven wordt weer opgenomen. Ieder op zijn terrein en in zijn vakgebied. Voor de ene misschien een herstart, voor de andere een vervolg van vroeger.

Ook in het ziekenhuis komt de alledaagse routine weer op gang. Tal van structurele veranderingen in de organisatie van de ziekenhuiswerking en bij uitbreiding in de gezondheidszorg worden verder geïmplementeerd. De uitrol van JCI en netwerking met omgevende ziekenhuizen is maar enkele te noemen. Iedereen wordt uitgenodigd hier maximaal in te participeren. Recent zijn ook de beslissingen bekend gemaakt omtrent de besparingen in de gezondheidszorg door Minister De Block.

Hebben de stakeholders in de gezondheidszorg bij dit alles een goed gevoel? De 'economic savings' in de gezondheidszorg die de overheid hiermee beoogt, in parallel met de beoogde betere 'medical outcome' voor de patiënt is zeer waarschijnlijk terecht. Desalniettemin dienen toch nog enkele 'heilige huisjes' gesloopt te worden (lees: herijken van de onevenwichtige verloning van de verschillende deelspecialismen, inpassen van de pay per performance in de medische vergoeding, afschaffen van prestaties en vergoedingen die geen wetenschappelijke basis hebben enz.) en is kritische reflectie omtrent de 'from top to bottom' opgelegde accrediteringsvereisten voor ziekenhuizen zinvol. De 'doorlichting' van de JCI-ziekenhuisaccreditering door de Deense

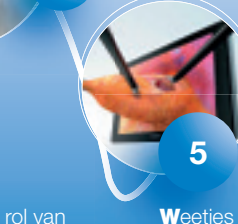
overheid heeft na raadpleging van de basis (artsen en verpleegkundigen) reeds gezorgd voor een fundamentele bijsturing van het systeem.

Even belangrijk is de barometer van professionele tevredenheid op de werkvloer. Persoonlijk ben ik niet op de hoogte van enig onderzoek naar of de studie van de geluks- of tevredenheidsindex van gezondheidswerkers. Staat voldoende materiële welstand gelijk met tevreden en gelukkig zijn of is dit slechts een instant en/of ersatz geluksgevoel dat snel weer wegwijnt en onecht is. Een uitgebreid mondiaal onderzoek van de WHO toonde aan dat 'happiness' en 'good feeling' niets met materiële welstand maar met empathie, emotionele intelligentie en 'mutuel help and understanding' te maken hebben. Selfies nemen van een in nood zijnde zeehaai, of van een verkeersongeval in plaats van hulp te bieden getuigen van een gemiste kans!

Het zou nuttig zijn indien overheid en management eveneens investeert in menselijke netwerking op de werkvloer en op maatschappelijk sociaal vlak. Een pleidooi zoals in de boeken van de bekende psychiater Dirk De Wachter: Liefde en De wereld van De Wachter. Love is not a victory march. Een aanrader voor iedereen. ■

Dr. Jan Beyls  
jan.beyls@sintandriestielt.be

1 Obesitas - Werking diëtisten binnen het obesitasteam



Vanessa Van Renterghem, obesitasverpleegkundige & coördinatrice - Chirurgisch team obesitaskliniek

Bijscholingen huisartsenkring - Internationale presentaties

Vijf voor twaalf - De rol van de gastro-enteroloog in het bariatrische team

Weetjes - Nieuwe artsen - Nieuw in het Sint-Andriesziekenhuis