

Borstreconstructies met eigen weefsel

Dag beste lezer,

Sinds begin april ben ik de nieuwe collega van Dr. Jo Vander Plaetsen op de dienst plastische chirurgie in het Sint-Andriesziekenhuis in Tielt, en daar ben ik zeer blij mee. Vooral het regionale karakter, en de gezellige, bijna familiale sfeer, maken dit ziekenhuis een prettige plaats om te werken, ook al ben ik hier maar een dag per week.

Dr. Vander Plaetsen en ik werken graag samen met de collega's en verpleegkundigen van de Borstkliniek. Mijn opleiding heb ik in Leuven gehad aan het UZ Gasthuisberg, waar heel veel borstreconstructies met eigen weefsel werden uitgevoerd, een ingreep die mij steeds bijzonder heeft geïnteresseerd, en die ik graag een beetje zou toelichten.

Een borstamputatie is natuurlijk steeds een zware beproeving voor de dame in kwestie. Er zijn niet alleen de fysieke ongemakken, maar ook de psychologische weerslag kan heel zwaar zijn. In België laat (slechts) ongeveer een kwart van de patiënten na een 'mastectomie' de borst weer reconstrueren. Als man is het natuurlijk moeilijk om hierover te oordelen, maar ik heb toch het gevoel dat dames die de stap zetten vaak makkelijker de moeilijke periode van borstanker achter zich kunnen laten, en sneller verder kunnen met hun leven.

Vroeger gebeurden reconstructies bijna steeds met borstimplantaten, die (in tegenstelling tot een borstvergroting voor esthetisch doel) veel complicaties kunnen geven als ze na een mastectomie worden gebruikt, zeker als ook bestraling nodig was. Sinds de jaren '90 is er dan ook een tendens om vooral eigen weefsel te gebruiken.

Het voordeel van eigen weefsel is heel logisch: het voelt warm en soepel aan, en kan niet afgestoten worden. Ook veroudert het heel natuurlijk mee met de dame in kwestie, en volgt het de gewichtsschommelingen – een heel verschil met een prothese, wat toch steeds een 'vreemd lichaam' blijft.

Het eigen weefsel kan op verschillende plaatsen worden gevonden. In het ideale geval nemen we weefsel van de buik: het stuk tussen de navel en de schaamstreek, dat dikwijls toch al een beetje als hinderlijk wordt beschouwd, zeker bij dames die een paar zwangerschappen hebben gehad. Dat weefsel voelt het meest zoals een borst aan, en het wegnemen heeft als bijkomend voordeel dat ook het buikje weg is! Ook als de buik iets te slank is, of er al een aantal operaties aan gebeurd zijn, zijn er nog andere mogelijkheden voor een reconstructie. Zo kan bijvoorbeeld een stukje uit de bil worden genomen. De littekens liggen in alle gevallen netjes verborgen in de bikinilijn. De ingreep is zwaarder dan voor een prothese, maar wordt doorgaans zeer goed verdragen. Ze helemaal uitleggen zou buiten het bestek van dit stukje vallen, maar we staan graag klaar voor meer uitleg op de raadpleging.

Naast esthetische en reconstructieve borstchirurgie heb ik steeds een grote voorliefde voor cosmetische gelaatschirurgie gehad. Ook hier heeft de tijd niet stilgestaan, en is een ingreep zoals een facelift geëvolueerd van 'strak alles naar achter trekken' naar mooi de volumes weer op hun plaats brengen, en de volle jeugdigheid van wangen en ogen herstellen. Een bijzonder hulpmiddel hierbij is het inspuiten van eigen vet in de diepere groeven van het gelaat, om ze op die manier met eigen weefsel te camoufleren. U ziet: in de moderne plastische chirurgie is 'eigen' vaak 'beter'!

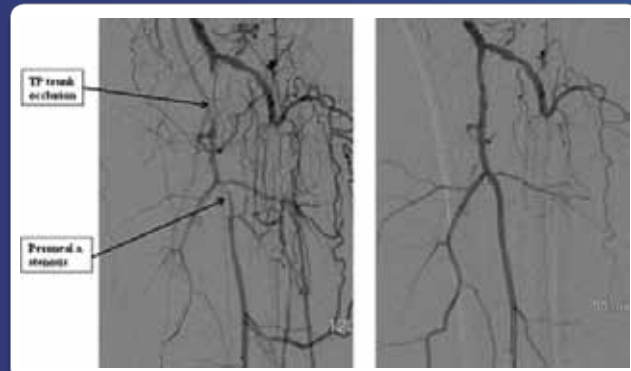
Voor meer info bent u steeds welkom op de raadpleging. Greetjes! ■

Dr. Stefaan Van den Berge, plastische chirurgie
stefaan.van.den.berge@sintandriestielt.be



Endovasculaire benadering van onderbeenspathologie

Perifeer arterieel vaatlijden komt in onze maatschappij meer en meer voor. Wanneer een patiënt komt met het verhaal van 'etalagebenen' wordt de diagnose gesteld aan de hand van anamnese en klinisch onderzoek, waarbij verminderde perifere pulsaties aanwezig zijn. De enkelam index geeft dan de ernst van aantasting weer. Met behulp van arterieel duplexonderzoek en/of CT(MR) angiografie worden de letsels in beeld gebracht. Maar soms is een niet genezende wonde het eerste symptoom, of zijn chronische pijnklachten de reden van verwijzing. Hier is het onderliggende vaatprobleem niet steeds duidelijk. Dan spreken we van chronische lidmaatschemie. Bij deze patiënten is revascularisatie van extreem groot belang om amputaties of sepsis te vermijden.



Binnen de vasculaire heekunde kent de endovasculaire heekunde een enorme groei. Voor de patiënt betekent dit een veel minder invasieve behandeling en sneller herstel. Door de verdere ontwikkeling en verfijning van de techniek kunnen letsels onder de knie ondertussen endovasculair aangepakt worden, in tegenstelling tot vroeger waar enkel een distale bypass nog een oplossing kon bieden. Hiertoe worden ultradunne (0.018" of 0.014") voerdraden en dilatatieballonnen gebruikt. Via een punctie in de lies wordt het letsel of soms meerdere letsels antegrad aangepakt. Retrograde puncties, m.a.w. via punctie van een tibiaal bloedvat gebauren ondertussen ook. De letsels worden na passage gedilateerd en zo nodig wordt een stent geplaatst. Vergelijkbaar als bij coronaire stenting, is er ook voor onderbeenspathologie een evolutie naar drug eluting ballonnen en stents. Binnen dit domein dienen de resultaten van grote gerandomiseerde studies afgewacht te worden.

Onwaarschijnlijk zal het endovasculair domein voor onderbeenspathologie verder evolueren, gezien de ontwikkelingen binnen stent- en materiaal-technologie. ■

Dr. Daphné Van den Bussche, vasculaire heekunde
daphne.van.den.bussche@sintandriestielt.be



Kniechirurgie en sporttraumatologie

Mijn werkterrein ligt vnl. in de kniechirurgie en de sporttraumatologie. Na mijn opleiding (Izegem, Tielt en U.Z. Gent) ben ik mij verder gaan verdiepen in deze deelgebieden via het behalen van het getuigschrift voor sportgeneeskunde en via fellowships in New York (ISK Institute) en in Amsterdam (Academisch Medisch Centrum) gedurende 2 jaar.

Het is de bedoeling om in de kniechirurgie alle mogelijke opties toe te passen om progressieve slijtage aan te pakken. Deze mogelijkheden gaan van arthroscopieën tot correctieve osteotomieën (om mediale, laterale of patellofemorale compartiment te ontlasten). Eveneens kraakbeentransplantaties via de mozaïekplastie of de autologe kraakbeenimplantatie waarvoor we zeer recent de toelating hebben gekregen om als één van de 22 centra in België deze volledig terugbetaalde techniek toe te passen. Verder zijn er nog de opties van unicompartimentele vervanging van het mediale, laterale of patellofemorale compartiment alleen, want dergelijke ingrepen

kunnen een mooi en langdurig resultaat hebben wanneer de juiste indicaties toegepast worden. Dit alles om een totale knieprothese - die trouwens ook reeds zeer goede resultaten kan voorleggen – eventueel te kunnen uitstellen.

Ook in de sporttraumatologie is een zeer specifieke en zo weinig mogelijk invasieve aanpak vereist met eveneens een specifieke revalidatie om de patiënt vlugger op de been te helpen en zo sporthervatting mogelijk te maken.

Ik ben zeer tevreden om mijn ervaring verder te kunnen toepassen in het Sint-Andriesziekenhuis te Tielt met zijn specifieke ambitie, steeds groeiend en up-to-date medisch kader en zeer innovatieve campus vanaf eind 2012. ■

Dr. Chris Martens, orthopedie
chris.martens@sintandriestielt.be



Kindergeneeskunde in het Sint-Andriesziekenhuis

Bij deze wil ik mezelf kort even voorstellen. Ik ben Joke Persyn, kinderarts, werkzaam in het Sint-Andriesziekenhuis te Tielt sinds 1 februari 2011. Mijn opleiding voltooide ik op 1 april 1997 in het UZ te Gent. Ik ben er een beetje langer gebleven omwille van in te halen tijd door afwezigheid bij zwangerschappen. Het derde me niet, ik was er zeer graag. Vooral op de dienst neonatologie leefde ik helemaal op. Vanaf 1 april 1997 ging ik aan de slag in het AZ Jan Palfijn in Gent. Ik combineerde dit met een thuispraktijk in Aalter.

Thuis consultaties doen, tussen de mensen van mijn dorp, sprak mij altijd zeer aan. De combinatie van beide jobs, en daarnaast ook nog een gezin met 4 kinderen, werd te zwaar. Vanaf februari 2006 koos ik volop voor mijn thuispraktijk. Gedurende 5 jaar heb ik dan ook enkel thuisconsultaties gedaan. En toen begon het weer te kriebelen... Ik begon het ziekenhuiswerk te missen. Ik miste de entourage van collega's, het kunnen bespreken van moeilijke problemen, en bovenal de aanwezigheid bij bevallingen en het onderzoek van de pasgeborene. En toen besliste ik opnieuw een ziekenhuisengagement aan te gaan.

Ik koos voor het Sint-Andriesziekenhuis te Tielt. De voornaamste reden was de nabijheid en vrij vlotte bereikbaarheid vanuit mijn thuispraktijk te Aalter. Op die manier was de continuïteit van de zorg voor mijn patiënten verzekerd. De aangename werksfeer, de collegialiteit onder de kinderartsen en de prachtig vernieuwde pediatrie waren alleen maar pluspunten. Met de drie vrouwelijke kinderartsen werd daarenboven beslist ook nog consultaties in Aalter te doen. Dagelijks wordt door iemand van ons consultatie gehouden in het Hof Van Praet 4 te Aalter.

Deze consultatieruimte wordt gedeeld met de gynaecologen en ORL-artsen. Enkel in verlofperiodes, periodes waarin de continuïteit in het ziekenhuis moet verzekerd worden, verhuizen de afspraken soms naar het ziekenhuis. Afspraken voor consultaties, zowel in Aalter als in het ziekenhuis, kunnen telefonisch op het nr. 051 42 52 69, bij voorkeur tussen 7u30 en 11u15. Patiënten kunnen ook zelf een afspraak maken online via de website www.afspraakkinderarts.be.

Ondertussen ben ik ongeveer 1,5 jaar werkzaam in het ziekenhuis en ik moet zeggen, het bevalt me. ■

Dr. Joke Persyn, kindergeneeskunde
joke.persyn@sintandriestielt.be



De kaakcyste van dentale oorsprong

Een kaakcyste kan voorkomen in samenhang met (fig.1, punt rechte wortel), of los van een tand. Cysten die zich los van de tand vormen, worden verwijderd zonder de tand aan te raken. Evenwel vergen cysten, die in samenhang met een tand voorkomen, een verwijdering van de cyste aangevuld met een wortelkanaalbehandeling om de ontsteking in het wortelkanaal mee te verwijderen. De ontsteking van het wortelkanaal breidt zich immers uit tot in de cysteholte.

In de eerste plaats wordt het infectieweefsel verwijderd. Dit zieke weefsel tast het kaakbeen aan en kan een bron zijn van druk, ongemak, pijn, fistelvorming en zelfs beschadiging van de buurtanden of de kaakzenuw. Het infectieweefsel neemt meestal de vorm aan van een cyste en bevindt zich gewoonlijk dicht bij de wortelpunt van de tand. De wegname gebeurt langs een kleine insne, waarvoor men plaatselijk verdooft zoals bij de tandarts.

In de tweede plaats wordt ook getracht de oorzaak van deze infectie weg te nemen. De infectie in het kaakbeen wordt in de regel toegeschreven aan de aanwezigheid van microben in het wortelkanaal van de tand. De contaminatie van het

wortelkanaal is bijna altijd te wijten aan een cariëshaard die zich tot in het midden van de tand uitstrekt. Daarom wordt tevens een chemische én mechanische reiniging van alle wortelkanalen van de tand uitgevoerd. Na de reiniging wordt het wortelkanaal hermetisch afgesloten door een rubberen stift (gutta percha). Dit gebeurt ofwel tijdens de heekkundige ingreep of kort ervoor in een aparte zitting.

Soms is de toegang tot de tandwortels verhinderd door een kroon of een stift in het wortelkanaal. Wanneer het wortelkanaal niet toegankelijk is, dient de cyste alsnog gescheiden te worden van het wortelkanaal waaruit opnieuw een infectie zou kunnen ontstaan. Daarom wordt het uiteinde van het wortelkanaal bijkomend ingekort en voorzien van een vulling, in dit geval retrograad (fig.2, grijze stop). ■

Dr. Xavier Vanhoutryve, stomatologie
xavier.vanhoutryve@sintandriestielt.be



fig. 1



fig. 2

CoZo - alweer een volgende stap in de elektronische communicatie met de huisarts

De elektronische communicatie met de huisarts heeft al steeds de bijzondere aandacht genoten van het Sint-Andriesziekenhuis.



De elektronische communicatie met de huisarts heeft al steeds de bijzondere aandacht genoten van het Sint-Andriesziekenhuis.

Zo was het ziekenhuis al in 1994 een van de pioniers bij de start van MediBridge. In het eerste jaar na de opstart werd er naar vijf huisartsen gecommuniceerd via dit nieuw communicatiemiddel. Vorig jaar stuurde het ziekenhuis maandelijks gemiddeld meer dan 12.000 berichten naar ongeveer 450 huisartsen. Sinds 2006 bestaat binnen het ziekenhuis een aparte website waar op een beveiligde manier alle beelden van de dienst Medische Beeldvorming kunnen worden geraadpleegd. Verder werd in 2008 gestart met het remote en via het WZC ter beschikking stellen van de interne ResultatenViewer, die intussen voor ongeveer 40 huisartsen is geconfigureerd.

De nieuwste pijler in dit elektronisch communicatieverhaal is de eHealth-hub die kadert binnen het nationale eHealth-project

van de overheid. Reeds in 2009 werden in het ziekenhuis de voorbereidende acties gestart voor deelname aan dit project via de eHealth-hub van Gent, het Collaboratief ZorgPlatform (CoZo). Recent, op 23/05, kon eindelijk aan CoZo worden gevraagd om in productie te gaan. Via de website www.cozo.be kan elke zorgverlener op een beveiligde manier een overzicht krijgen van de contacten die zijn patiënt heeft gehad met een ziekenhuis dat bij één van de eHealth-hubs is aangesloten. Via deze contacten kan dan worden doorgelinkt naar de respectievelijke ziekenhuizen, waar o.a. de bijhorende resultaten en brieven kunnen worden geraadpleegd.

Vorig jaar werd door het eHealth-platform de nieuwe basisdienst eHealthBox boven de doopvont gehouden, de beveiligde elektronische mailbox voor iedereen die over een RIZIV-nummer beschikt. Voor dit project werd door HealthConnect de toepassing Hector ontwikkeld. Ook de participatie in dit project geniet alweer de bijzondere interesse van het ziekenhuis.

Via www.sintandriestielt.be kan eenvoudig op een van de vermelde diensten worden aangesloten: zorgverleners > huisartsen > elektronische dienstverleningen. U vindt er ook meer gedetailleerde informatie. ■

Bart D'ooghe, ICT

Weetjes

Nieuwe artsen

Dr. Chris Martens, orthopedist

Dr. Chris Martens vervoegde op 1 februari 2012 de dienst Orthopedie en Traumatologie. Hij beëindigde zijn opleiding in 1996 in het UZ Gent bij Prof. Dr. R. Verdonk en nadien vervolmaakte hij zich in de Kniechirurgie en Sporttraumatologie via een fellowship in het ISK-Institute te New York en later via een fellowship en als junior staflid in het AMC te Amsterdam (1997-1998). Daarna was hij werkzaam in het H. Hartziekenhuis Roeselare-Menen (1998-2011) met de nadruk op Kniechirurgie en Sporttraumatologie.

Dr. Stefaan Van den Berge, plastisch chirurg

De dienst plastische heekkunde is sinds 1 maart 2012 uitgebreid met dr. Stefaan Van den Berge. Hij studeerde in juni 2004 af als arts aan de KU Leuven. Hij was vervolgens gedurende twee jaar assistent algemene heekkunde in het AZ Sint-Jozef in Morsel, en keerde nadien terug naar het UZ Leuven voor zijn opleiding tot plastisch chirurg. Na zijn erkenning tot plastisch chirurg in juli 2011 heeft dr. Van den Berge nog een uitgebreid fellowship in de esthetische aangezichtschirurgie gevolgd in het Coupure-centrum in Gent, aangevuld met een bijkomend fellowship in de esthetische en reconstructieve chirurgie van de neus in Leuven. Dr. Van den Berge heeft een bijzondere interesse voor cosmetische en reconstructieve borstchirurgie, en voor esthetische aangezichtschirurgie

Artsen op rust

Dr. Jan Van Eyck, gynaecoloog

Dr. Jan Van Eyck is zijn activiteit gestopt in het ziekenhuis eind februari 2012 aan de leeftijd van 65 jaar. Na zijn 5-jarige opleiding verloskunde en gynaecologie startte dr. Van Eyck op 1 februari 1978 in de toenmalige Sint-Lucaskliniek en in het Sint-Andriesziekenhuis en begon hij ook zijn thuispraktijk in de Hulststraat. Dr. Van Eyck was jarenlang voorzitter van de Medische Raad en 12 jaar diensthoofd van de materniteit.

Navormingsprogramma geneesherenkring 't Oosten van West-Vlaanderen

11/09/2012 dr. Van Haverbeke – Urologie
25/09/2012 dr. Piet Vandenberg – Echtscheiding/vechtscheiding
06/11/2012 dr. Vanhoutryve – Stomatologie
27/11/2012 Prof. Ingeborg Liebaers of Prof. Maryse Bonduelle – Risicodragers Genetica.
11/12/2012 dr. Kurt Segers – Aïdis in de cinema

meer info via www.haowvl

Spect-CT

Sinds 27 juni 2011 is er in de diensten nucleaire geneeskunde en radiologie van het Sint-Andriesziekenhuis een nieuw SPECT-CT toestel in gebruik genomen. Het betreft een nieuwe Gamma-camera met hieraan gekoppeld een 16 slice CT-unit, die het mogelijk maakt hybride en gefusioneerde beelden te genereren in 3D, met hogte detailresolutie voor het CT-beeld. Het Sint-Andriesziekenhuis is het eerste West-Vlaamse ziekenhuis met een 16 slice SPECT-CT.

Colofon

Redactieraad

Dr. Mehrdad Biglari: mehrad.biglari@sintandriestielt.be
Mevr. Sofie Blancaert: sofie.blancaert@sintandriestielt.be
Dr. Steven De Coninck: steven.de.coninck@sintandriestielt.be
Dhr. Xavier Morret: xavier.morret@sintandriestielt.be
Mevr. Lien Depauw: lien.depauw@sintandriestielt.be
Dr. Danny Derous: danny.derous@sintandriestielt.be
Dr. Peter Moons: peter.moons@sintandriestielt.be
Dr. Geert Tits: geert.tits@sintandriestielt.be
Mevr. Hilde Van den Wyngaert: hilde.vdwynngaert@sintandriestielt.be
Dr. Marc Vuylsteke: marc.vuylsteke@sintandriestielt.be

Hoofdredacteur

Dr. Jan Beyls: jan.beyls@sintandriestielt.be

Werken verder mee aan dit nummer

Dr. Chris Martens, Dr. Joke Persyn, dr. Stefaan Van den Berge, dr. Daphné Van den Bussche, dr. Xavier Vanhoutryve, Bart D'ooghe, Dirk De Smet

Werelddag zonder tabak

Op 31 mei 2012 nam het Sint-Andriesziekenhuis deel aan de Werelddag zonder tabak. In de inkmhal was een stand terug te vinden. Daar stonden een tabacologie, een aantal rookstopverpleegkundigen, de huisartsen dr. Kristien Verdonck en dr. Jan Michiels en de longartsen dr. Van Damme en dr. Tits de geïnteresseerden te woord.

Voordrachten en actieve deelname symposia en cursussen

"Doppler ultrasound marking", P. Moons, 8th Theoretical and practical course on endovenous varicose vein treatment Barcelona, 24/11/11.
"Musculoskeletale ultrasound", G. Ivanac, S. Marcellis, T. Jager, University hospital Zagreb, 10-12/02/12.
"3 workshops musculoskeletale ultrasound", S. Marcellis, T. Jager, K. Vanderdood, Johannesburg, 10-18/03/12.
"Vaccinatie praktijk", J. Persyn, voordracht voor huisartsen, 17/04/12.
"Echografie in de reumatologie", N. Swenn, S. Marcellis, et al., Zaltbommel (NL), 31/04/12-01/05/12.
"Musculoskeletale ultrasound", S. Marcellis, T. Jager, K. Vanderdood, Brussel, 11-13/05/12.
"Workshop Duplex", P. Moons, Zomervergadering Benelux vereniging voor flebologie, Brugge, 01/06/12.
"Gonartrose: de verschillende therapeutische opties up-to-date" C. Martens, huisartsenkring Tiel en omstreken, 19/06/12.
"Tendonpathology: how I do it", C. Martens, BVOT-congres Brugge, op 21/06/12.

Publicaties

Michel De Maesseneer, Stefaan Marcellis, Erik Cattrysse, Maryam Shahabpour, Kristof De Smet and Johan De Mey. Ultrasound of the elbow: a systematic approach using bony landmarks. Eur J Radiol 81(5):919-22 (2012).

Zomervergadering Benelux vereniging voor Flebologie

Op 1 en 2 juni 2012 had in Brugge de zomervergadering plaats van de Benelux vereniging voor Flebologie. Dr. Marc Vuylsteke was lokale organisator. Assistent in opleiding dr. Yannick Goubau heeft met zijn voordracht "Endovenous laser ablation of the great saphenous vein using a bare tip fibre versus a tulip fibre: a randomised clinical trial" de Benelux Wetenschapsprijs gewonnen.

Dr. Daphné Van den Bussche had geapliqueerd voor de Benelux Research Fellowship Grant en is uit vier kandidaten als winnaar uit de bus gekomen. Het betreft een beurs ter waarde van 25.000 euro om een studie op te starten met als titel: "A prospective multicentre randomized clinical trial comparing radiofrequency (VNUS® Closure FAST™) versus endovenous laser ablation, using a 1470nm diode laser in combination with a tulip fibre in the treatment of primary varicose veins. Deze studie zou in september van start gaan in het Sint-Andriesziekenhuis te Tiel. Ook het UZ Gent en UZ Leuven zullen patiënten includeren.

Doctor in de Biomedische Wetenschappen

Op 2 juli 2012 behaalde dr. Marc Vuylsteke de graad van 'Doctor in de Biomedische Wetenschappen'. Meer hierover in het volgende nummer van infos@.

Lay-out & Druk

Drukkerij Lannoo: www.lannooprint.com

Verantwoordelijke uitgever

Dr. Jan Beyls
Sint-Andriesziekenhuis Tiel
Krommewalstraat 11
8700 Tiel
www.sintandriestielt.be

Foto's

Frank Boone, Ignace Kesteloot, Jan Oosterlynck, Lien Depauw

Sponsors



Infos@

n° 1 2012 - 6 maandelijks - Jaargang 5

Bezuïningen... of investeren... Een moeilijke evenwichtsoefening in de gezondheidszorg

Beste lezer,

Ongetwijfeld heeft de berichtgeving omtrent de slechte economische tijden ook u bereikt. De budgettaire toestand van onze natie en van een groot deel van de Europese Unie is wankel. De financiële tekorten en dreigende faillissementen van onder meer de banken worden voorkomen door hoge rente leningen aan te gaan met overheidsgeld dat uiteindelijk aan terugbetaald worden door de hardwerkende belastingbetaler.

Als arts, zonder de (noodzakelijke?) kennis van 's werelds economie en van de financiële markten, lijken mij de ingrepen en maatregelen van onze nationale en Europese politici van 'palliatieve' aard. De zieke patiënt wordt kunstmatig in leven gehouden met transfusies van (geleend) overheidsgeld, wachtend en hopen op betere tijden. Intussen blijven inflatie en rente oplopen voor zij die in moeilijkheden geraakt zijn. Lineaire besparingsmaatregelen, hogere taksen en verminderen van het aantal arbeidskrachten gekoppeld aan de vraag naar verhoogde productiviteit is vandaag schering en inslag.

Als arts, met ervaring in de dagdagelijkse gezondheidszorg, huiver ik bij de gedachte dat vandaag het product 'gezondheid' en het beleid omtrent gezondheidszorg evenmin ontsnapt aan deze besparingsstunani. Gezondheid(szorg) is immers veel meer dan een trade-product. Gezondheid(szorg) heeft een ethische en morele dimensie als kenmerk van een maatschappij die beschaving en solidariteit hoog in het vaandel draagt. Gezondheid(szorg) is een elementaire basisbehoefte voor iedereen (en als dusdanig op te nemen in de verklaring van Helsinki voor de rechten van de mens) en geen luxeproduct waarvoor je een belasting op 'toegevoegde waarde' (btw) betaalt.

Een maatschappij met gezonde individuen, zowel psychisch als lichamelijk, is ongetwijfeld productiever dan een maatschappij met een hoge graad van zieken onder zijn leden. Gezondheid handhaven kost ongetwijfeld geld, zowel in de preventieve als curatieve sector. Maar het ondoordacht afbouwen van investeringen in medische research, in medisch personeel (artsen, verpleegkundigen, paramedici...), in terugbetaling van therapieën met een bewezen level A of evidence, zal op lange termijn hogere gezondheidskosten genereren, en de initiële financiële besparingen - op korte termijn - teniet doen.

Besparingen in het budget van de gezondheidszorg kan - mits de nodige politieke wil en een dosis gezond verstand - door enerzijds misbruiken te bannen en anderzijds prioriteiten vast te leggen. Mensen (en patiënten) moeten tevens beseffen dat ze niet enkel 'rechten' maar ook 'plichten' hebben en dat financiële solidariteit aan voorwaarden kan gebonden zijn. Zij die op medisch en sociaal vlak door het noodlot getroffen zijn, mogen terecht steunen op onze alom geprezen sociale zekerheid, maar mensen die geen verantwoordelijkheid willen nemen voor hun eigen gezondheid (bv. hardleerse rokers, alcoholici, zwaarlijvigen...) zouden een hogere bijdrage aan onze sociale zekerheid moeten betalen of gepenaliseerd worden zoals snelheidsovertreeders in het verkeer.

Maak de controles op langdurig zieken strenger en efficiënter, zodat profiteurs en parasieten ('les malades imaginaires') uit ons sociaal vergoedingssysteem geweerd worden. Verworven sociale rechten die niet meer aangepast zijn aan onze huidige levensverwachtingen dienen afgebouwd te worden (bv. vervroegd pensioen...) en verplicht mensen zich (onder begeleiding) te herscholen op de arbeidsmarkt. Creëer werkomstandigheden die mensen (en gezondheidsverleners) toelaten met vreugde en minder stress hun beroep uit te oefenen door teambuilding en ontspanningsmomenten in te lassen, door bijvoorbeeld kinderopvang voor tweeverdieners, door administratieve belasting tot een minimum te beperken (ook vanwege de overheid!), etc... zodat burn-outs, psychische decompensatie en stressgeïnduceerde psychosomatische ziekten minder voorkomen (met als gevolg een minder verbruik van psychofarmaca... etc.).

Beste lezer, Ondoordacht bezuïningen of het bewust onderfinancieren van de gezondheidszorg lijkt mij een obsoleet idee. Met gezond (boeren) (artsen) verstand bereikt men meer dan met de huidige overheidsmaatregelen van 'geven en nemen'. Ik hoop dat in de nabije toekomst de overheid het beschikbare budget voor gezondheidszorg en het vergoedingssysteem koppelt aan de verantwoordelijkheid en plichten van de patiënt zonder de echte solidariteit uit het oog te verliezen. ■

Dr. Jan Beyls
Hoofdredacteur

De kaakcyste van dentale oorsprong

