

# Infusie

- 4** Nutritieteam viert tiende verjaardag
- 10** Infusie sprak met: Prof. Dr. Luc Van Gaal
- 14** Automatisatie zorgprocessen
- 17** Kwaliteitsproject patiëntenidentificatie

11

Driemaandelijks medisch informatieblad van de vzw AZ Nikolaas



INFUSIE is een uitgave van AZ Nikolaas vzw en wordt 4 maal per jaar verspreid met een oplage van 2150 exemplaren.

#### VERANTWOORDELIJKE UITGEVER:

Koen Michiels  
AZ Nikolaas vzw  
Moerlandstraat 1  
9100 Sint-Niklaas

#### REDACTIERAAD:

Dr. Marc Geboers  
Koen Michiels  
Natalie Nevelsteen  
Dr. Francis Ruys  
Inge Smet  
Dr. Leo Verguts

#### WERKTEN MEE:

Henk Cuvelier  
Dr. Ivo Duysburgh  
Ellen De Wit  
Saskia Feyaerts  
Dr. Luc Lemmens  
Dr. Frank Ramon  
Rudy Van Ballaer

#### VORMGEVING:

Dienst communicatie AZ Nikolaas

#### ILLUSTRATIES:

Alex Deyaert  
Ellen De Wit  
Facilitair Servicepunt  
GE  
Dr. Francis Ruys  
Neil Vancraeynest  
Shutterstock  
Stockxchng

Edito	3
Nutritieteam AZ Nikolaas viert tiende verjaardag	4
Bariatrische en metabole chirurgie anno 2010	6
Meals on wheels: AZ Nikolaas test nieuw systeem maaltijdbedeling	9
Infusie sprak met: Prof. Dr. Luc Van Gaal	10
Automatisatie zorgprocessen	14
Wissel van afdelingen, start van de afdelingsdomino	15
Nieuwe gezichten	16
Kwaliteitsproject 'Patiëntenidentificatie'	17
Installatie nieuw CT-toestel in campus Beveren	18
Bevallen in Sint-Niklaas? Één adres!	19
Column: Schuld en boete	20

## Agenda

<i>1&amp;2 oktober</i>	<b>Internationaal symposium voor pijntherapeuten</b>
<i>13 oktober</i>	<b>Symposium Mond- Kaak- en Aangezichtsheelkunde</b>
<i>14 oktober</i>	<b>Videoconferentie: Stolling</b>
<i>20 oktober</i>	<b>Symposium oncologie: Multidisciplinaire aanpak van gastro intestinale tumoren</b>
<i>28 oktober</i>	<b>Symposium Nefrologie: Value of shared-care program in detection and treatment of chronic kidney disease</b>
<i>18 november</i>	<b>Videoconferentie: Turn the page</b>
<i>20 november</i>	<b>Symposium diabetische voet</b>
<i>9 december</i>	<b>Videoconferentie: Nieuwe richtlijnen voor reanimatie</b>

De meest recente informatie m.b.t. bijscholingen of activiteiten van de Huisartsenkoepel Waasland zijn terug te vinden op de website [www.huisartsenkoepelwaasland.be](http://www.huisartsenkoepelwaasland.be) onder de rubriek "navorming" en "kalender".

# Edito

De veranderingen in AZ Nikolaas volgen elkaar in snel tempo op.

In 2010 werd al heel wat vernieuwde infrastructuur in gebruik genomen: de Spoedgevallendienst, de dienst Intensieve Zorgen, de dialyse-eenheid, de nieuwe toegang tot de site Lodewijk De Meesterstraat, het ééngemaakte bevallingskwartier en de bijbehorende Neonatologie. En er staat nog meer te gebeuren: de bouwwerken aan de bunkers voor de dienst Radiotherapie zijn opgestart, de afwerking van de CCU/NCU staat op het programma, de bouw van nieuwe operatiezalen,

de invulling van de nieuwe verpleegeenheden in het A-blok,...

Maar naast infrastructuur zijn er ook organisatorische veranderingen. De herverkaveling van de operatieprogramma's over de twee sites in Sint-Niklaas is hiervan een roemrucht voorbeeld. Maar bijvoorbeeld ook het afstemmen van de procedures op de Materniteiten is behoorlijk baanbrekend.

In 2010 zullen ook een tiental nieuwe artsen starten in AZ Nikolaas. Soms om een artsengroep in volle expansie te vervoegen, soms om een nieuw discipline uit te bouwen.

En ook op het vlak van informatisering worden nu rasse schreden voorwaarts gezet. De introductie van het nieuwe pakket voor Intensieve Zorgen, een managementsysteem voor het Operatiekwartier, een agendasysteem en de finale keuze voor de introductie van een elektronisch patiëntendossier. Het zijn allemaal stappen om AZ Nikolaas binnen te loodsen in de moderne ziekenhuiswereld.

Dat al deze veranderingen van sommige medewerkers heel wat aanpassing vragen, is niet verwonderlijk. Het gaat snel, het grijpt soms zwaar in op de bestaande gewoontes en manier van werken. En er dient verder dagelijks ook nog kwaliteitsvolle zorg geleverd te worden aan de patiënten. Het is een uitdaging van Herculische proporties. Het is dan ook passend om een eresaluut te brengen aan die 2500 AZ Nikolaas medewerkers die dag in dag uit in zo'n dynamische omgeving het beste van zichzelf geven. Samen op weg naar een modern, klantvriendelijk ziekenhuis.



Marc Geboers  
Medisch directeur

# Nutritieteam AZ Nikolaas

## viert tiende verjaardag

**Een verjaardag is een wat kunstmatig moment, een ogenblik op onze 'tijdslijn' waarop we even stilstaan. Eventjes terugblikken naar waar we vandaan komen, eens goed rondkijken waar we staan en ook vooruitkijken waar we naartoe willen gaan. Bij speciale verjaardagen blijven we wat langer stilstaan. En die vieren we dan ook wat uitbundiger. Vandaar ons 'feestsymposium' afgelopen zaterdag 19 juni.**

Tien jaar geleden was het toenmalige AZ Maria Middelaars volledig braakliggend nutritieterrein: elke specialiteit organiseerde zich, de Dieetafdeling draaide, de Apotheek bereidde parenterale oplossingen en de artsen beslisten welke patiënt in aanmerking kwam voor kunstmatige voeding.

Een echte structuur ontbrak: iedereen had zijn of haar gewoonten, er waren nagenoeg geen procedures, geen standaardisatie, er was geen teamwerk.

Gelukkig konden we toen de directie motiveren om een deeltijdse nutritieverpleegkundige aan te stellen: een coördinator die de kiem zou worden van een heus nutritieteam. Samen met de apothekers, diëtisten, beleidsverantwoordelijken en enkele artsen, werd toen het Nutritieteam boven de doopvont gehouden.

We kozen voor een dubbele structuur: een grote beleidsgroep die operationele beslissingen neemt en een kleinere werkgroep die klinisch werk uitvoert. Eerst brachten we in kaart waar zich de meest dringende problemen situeerden via een uitgebreide enquête bij de hoofdverpleegkundigen. De verontrustende resultaten van deze 'nulmeting' motiveerden ons verder om stap voor stap het nutritiewerk in procedures om te zetten, om mensen op te leiden, om artsen te motiveren, om de directie te overtuigen tot investeringen, om medewerkers te sensibiliseren,...

### Een terugblik:

Dankzij de motor van ons team, nutritieverpleegkundige Kurt Boeykens, werd er een heel draaiboek aan **procedures** opgesteld gaande van gestandaardiseerde aanvragen voor TPN, plaatsing en verzorging van katheters, PEG-plaatsing en -verzorging, sondevoeding, thuis enterale en parenterale voeding, ... Standaardisatie leidt immers tot een verhoogde efficiëntie, vermindering van de risico's en vermindering van de kosten. Zeker in ons fusieziekenhuis is het realiseren van een gelijklopend beleid vaak een hele uitdaging maar daarom niet minder nodig!

Het opstellen van een beperkte lijst van producten die binnen het ziekenhuis gebruikt kunnen worden, een zogenaamd '**formularium**', behoort ook tot de kerntaken van het Nutritieteam. Zo is er een strikt 'evidence based' formularium voor parenterale voeding, een rationeel verantwoorde lijst van sondevoedingen en nu ook een beperkte lijst van bijvoedingen.

Ziekenhuisondervoeding is een belangrijk en miskend probleem: tot 1/3 van alle patiënten in het ziekenhuis hebben nood aan een aangepast nutritiebeleid om hun kansen op herstel te vergroten. Deze ziekenhuisondervoeding heeft ook een belangrijke financiële impact op het ziekenhuis en op het nationaal gezondheidsbudget.

We ontwikkelden een **screeningsinstrument** dat al op enkele pilootafdelingen zijn vruchten afwerpt en zelfs al door andere ziekenhuizen werd gekopieerd.

Ook **teaching** is belangrijk: medewerkers moeten worden opgeleid, artsen gemotiveerd, iedereen gesensibiliseerd. Daarom werd er een netwerk van 'link nurses' opgezet en worden er jaarlijks opleidingen georganiseerd.

Ons team werkt ook aan zijn **representatie**: zowel Kurt als ik zijn lid van heel wat verenigingen, adviseren het Federale Ministerie van Volksgezondheid als 'expert', zetelen in het bestuur van de Vlaamse (VVKVM) maar ook de Europese voedingsvereniging (ESPEN). Samen met de Katholieke Hogeschool Sint-Lieven organiseerden we al twee keer een Permanente Vorming Nutritie. En op onze jaarlijkse Nutritiedag vestigen we telkens weer de aandacht op het probleem van de ziekenhuisondervoeding en proberen we te sensibiliseren op een wat meer ludieke manier.

### Tijd om even stil te staan

Al deze verwezenlijkingen komen er niet vanzelf maar vragen de inzet van heel wat mensen. Medewerkers die allemaal elders een drukke dagtaak hebben maar zich toch extra inzetten voor het nutritieteam, en dit op een volstrekt onbezoldigde basis. Ze verdienen dan ook een speciaal woord van dank:

- Kurt Boeykens, nutritieverpleegkundige, die door zijn organisatorische en teachingkwaliteiten niet enkel binnen ons ziekenhuis uitblinkt, maar ook in het Vlaamse en zelfs Europese nutritiewereldje erg gerespecteerd is.
- Annemie Meganck, hoofdapotheeker, die ondanks alle organisatorische perikelen toch in de apotheek onze noodzakelijke en stabiele pijler blijft.
- De vertegenwoordigers van de directie (dr. Marc Geboers, Hilde Servotte, Frank Geets en Koen Michiels) die onze vooruit razende nutritietrein blijven steunen.

- Mijn collega's artsen (dr. Koen De Ridder en dr. Herbert Fannes) die naast hun drukke Intensieve Zorgen agenda, toch ons teamwerk versterken.
- Het team van diëtisten dat niet uitblinkt in kwantiteit maar des te meer in kwaliteit.

### Vooruitblik

Maar naast een zekere tevredenheid en een verdiend feestgevoel bekruipt ons toch ook een zekere onrust wanneer we kijken naar alle uitdagingen die nog voor ons liggen:

- implementatie van het nutritiewerk op alle campi van ons ziekenhuis;
- uitbreiding van het screeningsinstrument: alle patiënten in ons ziekenhuis hebben immers recht op een correct nutritiebeleid!
- ondersteunen van het verbeterproject voor de gewone patiëntenmaaltijden: dit niet enkel omwille van de patiëntentevredenheid maar vooral ook gezien het belang van de ziekenhuisondervoeding;
- rationaliseren van de dieetvoorschriften: ook hier is een 'evidence based' formularium nodig om aftandse diëten definitief naar de keukenarchieven te verwijzen;
- uitbouw van kwaliteitsindicatoren die moeten toelaten onze eigen werking kritisch te evalueren;
- blijven lobbyen en helpen om een structurele financiering van nutritiewerk te realiseren.

Op ons feestsymposium werden enkele van onze toekomstige projecten benaderd door gastsprekers:

- **Professor Dirk Ysebaert** (Hepatobiliare, transplantatie en endocriene heelkunde - UZA) gaf zijn 'haalbare' visie op het ERAS concept: een globale aanpak van heel wat peri-operatieve maatregelen met een spectaculaire verkorting van de heelkundige hospitalisatieduur tot gevolg. Binnen deze waaier aan maatregelen zijn er ook enkele belangrijke nutritie aspecten.
- **Kurt Boeykens** (nutritieverpleegkundige AZ Nikolaas) gaf ons een mooi overzicht van enkele nieuwe ontwikkelingen in de verpleegkundige zorg van katheters die gebruikt worden voor IV voeding.
- **Dr. Nele Van De Winkel** (Algemene heelkunde - UZ Brussel) besprak het probleem van het juist inschatten van de voedingsbehoeften bij kritisch zieke patiënten: een meting via indirecte calorimetrie kan een hulp zijn, maar blijkt een technisch erg veeleisende techniek.
- **M. Adrie Jongenelen** (Manager Catering - Maxima Medisch Centrum - Nederland) besprak de resultaten van een Nederlands project 'Meals on Wheels' waarbij patiënten op de kamer via een buffetkar, zelf hun maaltijden kunnen kiezen.
- **An Vervae**t (Verantwoordelijke voedingsadministratie en diëtiëk - AZ Nikolaas) gaf ons een eerste blik op de resultaten van een proefproject in ons ziekenhuis met een buffetwagen; we kijken hoopvol uit naar de resultaten qua patiëntentevredenheid, efficiëntie van voeding, financiële impact en logistieke uitdagingen. Hopelijk helpen de resultaten van dit project om het efficiënte maar duidelijk minder smakelijke 'eetkarren-systeem' te vervangen door een veel patiënt- en nutritievriendelijker systeem.

Genoeg ideeën om het nutritiewerk ook de volgende 10 jaar verder boeiend en uitdagend te houden!

Dr. Ivo Duysburgh  
Gastro-enterologie  
Nutritieteam  
ivo.duysburgh@aznikolaas.be

# Bariatrische en metabole chirurgie

anno 2010

**Obesitas (zwaarlijvigheid) is een chronische aandoening die multifactorieel bepaald is en de gezondheid op verschillende manieren (met inbegrip van psychologisch en sociaal functioneren) bedreigt. Veranderd eetgedrag en verminderde beweging dragen zeker bij tot de problematiek, maar meer en meer is men er van overtuigd dat ook erfelijkheid een grote rol speelt.**

Ondanks tal van conservatieve pogingen (zoals dieet en lichaamsbeweging) om een aanvaardbaar gewicht te behouden, ontwikkelen sommige personen toch een **ziekelijke zwaarlijvigheid** of **morbide obesitas (MO)**, welke een levensbedreigend karakter kan aannemen. Bij falen van niet ingrijpende therapie kan een heelkundige ingreep zich opdringen.

Reeds meer dan 50 jaar wordt er onderzoek verricht naar verschillende heelkundige technieken. Het doel van een heelkundige ingreep is niet alleen het bekomen van gewichtsverlies, maar ook het behoud van dit gewichtsverlies. Het is tevens de bedoeling dat het bekomen eindgewicht het ideaal gewicht zo dicht mogelijk benadert. Het doel van een heelkundige ingreep bestaat er in om het lichaam de overtollige calorieën definitief te ontzeggen, zodat een nieuw evenwicht kan bereikt worden.

Bariatrische chirurgie betekent de chirurgische behandeling van morbide obesitas (MO). De laatste jaren wordt hier steeds "metabole chirurgie" aan toegevoegd omwille van de metabole implicaties van morbide obesitas. We spreken van morbide obesitas bij een BMI (body mass index) boven 35 kg/m<sup>2</sup>.

<b>BMI =</b>	$\frac{\text{Gewicht in kg}}{(\text{lengte in meter})^2}$	<18,5: ondergewicht
		18,5 - 24,9: normaal
		25 - 29,9: overgewicht
		30 - 34,5: zwaarlijvig of obees
		> 35: ziekelijke zwaarlijvigheid = morbide obesitas

Morbide obesitas wordt door velen nog steeds beschouwd als een ongemak dat veroorzaakt wordt door wat te veel eten en is hierdoor "het laatste bastion van vooroordelen"! De oorzaken zijn echter multifactorieel: genetisch, voeding, omgevingsfactoren, beweging en anderen. Het echte mechanisme, waarom sommige individuen makkelijker vet aanmaken dan anderen, is echter nog niet gekend. Het probleem van morbide obesitas is veel groter dan de "ongemakken" van de overtollige kilo's. Morbide obesitas ligt aan de basis van tal van co-morbiditeiten: diabetes mellitus

type 2, arteriële hypertensie, hypercholesterolemie en hypertriglyceridemie, hart- en vaataandoeningen, verhoogde incidentie van sommige kankers, orthopedische problemen, e.a.

Om al deze redenen is een behandeling zó belangrijk. De meeste conservatieve behandelingsmethoden en bestaande medicatie hebben echter slechts een tijdelijk (of geen) effect. Chirurgie is de enige behandeling met een substantieel en in veel gevallen blijvend gewichtsverlies tot gevolg.

Maar het verlies van kilo's is slechts een deel van het beoogde doel. Het belangrijkste doel is het metabool effect en de invloed op de co-morbiditeit. Dit belang wordt aangetoond door een meta-analyse van Dr. Buchwald waar het effect op type 2 diabetes door de verschillende ingrepen wordt aangetoond:

*Buchwald et al. conducted a large meta-analysis (Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrback K, et al. Bariatric surgery: a systematic review and meta analysis. Jama. 2004 Oct 13;292(14):1724-37)*

- For all surgical procedures combined type 2 diabetes
  - Resolved in 76.8%
  - Resolved or improved in 86% of patients
- Complete remission of type 2 diabetes by type of surgery
  - 48% after gastric banding (operative mortality 0.1%)
  - 84% after Roux en Y (operative mortality 0.5%)
  - >95% after bilio-pancreatic diversion (operative mortality 1.1%)
  - Remission of diabetes after gastric banding occurs over several weeks or month, whereas after gastric bypass it can occur within days

Elke ingreep kent specifieke risico's en nevenwerkingen. Zo bestaat er bij sommige ingrepen nog altijd de mogelijkheid dat de patiënt opnieuw in gewicht toeneemt. We kennen nog steeds niet de ideale ingreep voor elke patiënt. De verschillende technieken kunnen onderverdeeld worden in drie grote groepen:

## Restrictieve ingrepen

### Verticale gastroplastie

Was ooit de "golden standard", maar is ondertussen volledig verlaten.

### Aanpasbare maagband

*Dit is de meest gekende bariatrische ingreep waarbij een aanpasbare maagband juist onder de ingang van de maag geplaatst wordt. Het is een zuiver restrictieve ingreep en vraagt een belangrijke medewerking van de patiënt!*



Aanpasbare maagband

**Voordelen:**

Eenvoudige ingreep met beperkt chirurgisch risico en met een mortaliteit die de 0 % benadert!

**Nadelen:**

Minste gewichtsverlies van de huidige technieken met een gemiddeld verlies van 40 tot 60 % van het overgewicht na meer dan 5 jaar, een hoge frequentie van nieuwe ingrepen van 15 tot 40 % in de eerste

10 jaar wegens slipping of zelfs intra-luminale migratie van de band, incompatibiliteit met de band (braken, late dysfagie), ernstige reflux met oeso-fagitis, dilatatie van de slokdarm, e.a. De band kan in sommige gevallen herplaatst worden of gewoon verwijderd worden. In de meeste gevallen wordt de band nu verwijderd en een laparoscopische gastric bypass uitgevoerd. In geval van migratie wordt soms zelfs een biliopancreatische derivatie aangeraden. De maagband heeft ook het minste metabole effect en dit enkel in verband met het gewichtsverlies! In minder dan 50% van de gevallen wordt slechts een remissie verkregen van de DM type 2. Om al deze redenen heeft de maagband in Europa en ook in België veel aan interesse verloren. Terwijl hij enkele jaren geleden nog 70 % van de ingrepen uitmaakte is dit nu gedaald tot minder dan 30 %!

**Sleeve gastrectomie**



Deze ingreep wint de laatste jaren veel aan belang. Hij bestaat uit de resectie van het grootste deel van de maag (fundus en corpus) waarbij de kleine curvatuur met het antrum wordt overgelaten. Een smalle buis aan de kleine curvatuur blijft over met een inhoud tussen de 80 en 200 c. Oorspronkelijk maakte de sleeve gastrectomie deel uit van de BPD-DS. De sleeve wordt nu meer en meer gepromoot als eerste stap bij de super-super-obesen. Hierbij wordt het risico van de ingreep sterk gereduceerd. Bij onvoldoende resultaat kan dan nog een gastric bypass of een BPD-DS worden uitgevoerd. Wegens de goede resultaten in de eerste postoperatieve jaren wordt de sleeve nu ook meer en meer als alleenstaande ingreep gebruikt. De werking bestaat vooral uit een restrictie omdat slechts een kleine smalle maagbuis overblijft. Tevens is er zeker een hormonaal effect op de maag-darm hormonen hoewel dit nog niet allemaal uitgeklaard is. Deze patiënten ervaren in de eerste postoperatieve periode zeker een sterk verminderd hongerverlies door een verlies aan "Ghrelins", een hongers hormoon dat vooral in de fundus van de maag geproduceerd wordt.

**Voordelen:**

Meer dan 60% gewichtsverlies in de eerste 3 jaren na de ingreep, goed comfort van de patiënt, goed metabool effect met een remissie van de DM type 2 van meer dan 70 %.

**Nadelen:**

Hoewel de ingreep eenvoudiger lijkt en minder lang duurt dan de complexere ingrepen bestaat er toch een niet te verwaarlozen postoperatieve morbiditeit. Er worden lekken beschreven in 1 tot 2 % van de ingrepen en deze zijn niet steeds gemakkelijk op te lossen en met eventueel ernstige gevolgen (abscessen, fistels, totale gastectomie). Tevens bestaat er nog geen zekerheid over de langdurige resultaten van deze ingreep. Nu al wordt een falen van de ingreep beschreven in 40 % van de sleeve na 4 jaar! In onze dienst wordt om deze redenen op dit ogenblik de sleeve enkel uitgevoerd bij de super-obesen met een BMI boven de 55 of zelfs 60 afhankelijk van de constitutie van de patiënt (androgeen of gynoid) of ook bij sterk gecompromiteerde patiënten met een hoog operatief risico.

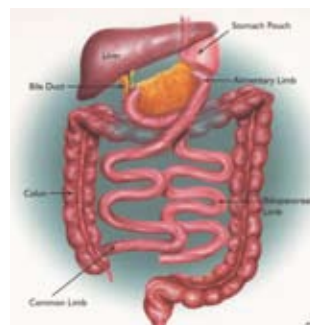
**Malabsorptieve ingrepen**

**Intestinale bypass**

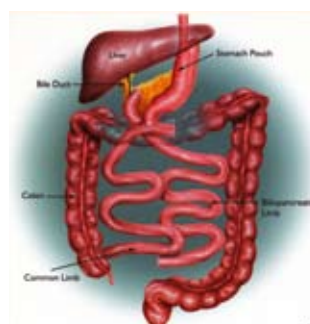
volledig verlaten

**Biliopancreatische derivatie (Scopinaro) (BPD)**

**Biliopancreatische derivatie met Duodenal Switch (BPD-DS)**



BPD



BPD-DS

Beide ingrepen zijn hoofdzakelijk malabsorptief maar bij de BPD-DS is er ook nog een restrictieve factor omwille van de sleeve gastrectomie. Het brengt ons te ver om in detail het verschil tussen beide ingrepen te bespreken. Bij beide ingrepen wordt een partiële gastrectomie uitgevoerd. De dunne darm wordt doorgenomen op 300 cm van het colon en verbonden met de maag. De rest van de dunne darm (jejunum) wordt dan verbonden met het ileum op 50 cm van het caecum in de BPD en op 75 tot 100 cm in de BPD-DS. Hierdoor ontstaat er een late vermenging van voedsel met de biliopancreatische verteringszappen. Dit heeft een selectieve malabsorptie tot gevolg voor koolhydraten en vetten.

**Voordelen:**

Patiënten kunnen na verloop van tijd ongelimiteerd eten. Deze ingrepen hebben het beste gewichtsverlies tot gevolg, tot boven 70 %. Zelfs tot 20 jaar na de ingreep kent slechts 8 % van de patiënten een toename in gewicht. Tevens

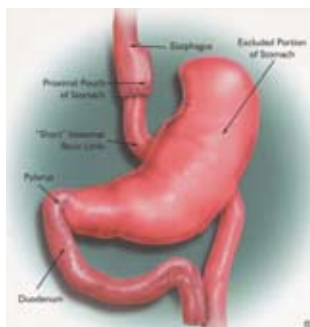
hebben beide ingrepen de beste metabole resultaten met een remissie van de DM type 2 in 98 % van de gevallen, maar ook zeer goede resultaten op vlak van arteriële hypertensie, hypercholesterolemie, slaapapnoe en nog vele andere.

#### Nadelen:

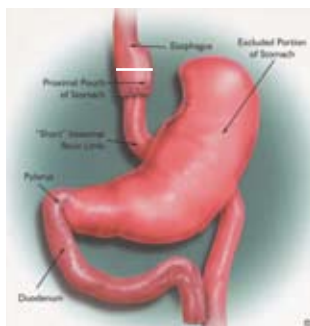
Deze ingrepen vragen een sterke follow-up omwille van het risico op metabole nevenwerkingen. Hypoproteïnemie wordt gezien bij minder dan 10 % van de patiënten, maar bij 3 % van alle patiënten is een nieuwe operatie nodig om dit te herstellen. Tevens zijn er de “comfort” of “sociale” problemen zoals een slecht ruikende steathorree, flatulentie en diarree die in 4 % aan de basis liggen van een nieuwe ingreep. Omwille van de vetmalabsorptie bestaat er ook een verminderde absorptie van de vetoplosbare vitamines. Een hypovitaminose A kan leiden tot nachtblindheid maar steeds omkeerbaar onder de juiste behandeling. Hypovitaminose D kan leiden tot osteomalacie met botpijnen en zelfs spontane fracturen. Met voldoende hoge dosissen van vitamine D is de osteomalacie steeds te herstellen. Vitamine deficiënties zijn nooit een chirurgische indicatie. Wij voerden een BPD uit bij meer dan 2.000 patiënten met een redo van slechts 7,5 %. Hoewel de BPD nog steeds zijn indicaties heeft is hij in onze dienst vervangen door de laparoscopische gastric bypass die hieronder beschreven wordt.

### Gemengde ingrepen

#### Gastric bypass - banded gastric bypass



Gastric Bypass



Banded Gastric Bypass

*De gastric bypass is op dit ogenblik de meest uitgevoerde ingreep in Europa en België. Een klein maagzakje van 15 tot 20 cc wordt losgemaakt van de maag. De transit wordt hersteld met een Roux-en-Y lis met een biliopancreatische lis van 50 tot 75 cm en een alimentaire lis van 100 tot 150 cm. De rest van de dunne darm maakt de gemeenschappelijke lis uit! Hierdoor bestaat er bij deze ingreep dan ook geen nutritionele malabsorptie.*

#### Werkingsmechanisme:

(1) klein maagzakje met sterk verminderde voedselinname in de eerste postoperatieve maanden; (2) door het uitsluiten van de maag wordt de Ghrelinproductie (hongerhormoon) onderdrukt met afname van het hongergevoel; (3) dumping zou ook

een tijdelijke rol spelen. Dumping is het onaangename gevoel (hartkloppingen, zweten, e.d.) dat optreedt na het eten van suikers of bij te snelle voedselinname.

#### Resultaten:

Deze ingreep veroorzaakt een gewichtsverlies van gemiddeld 75 % van het overgewicht in de eerste 2 à 3 jaren na de ingreep. Na 5 à 10 jaar bedraagt dit gewichtsverlies nog slechts 60 %. Dit heeft te maken met een min of meer belangrijke gewichtstoename bij 30 % van de patiënten. Dit is te wijten aan een zekere dilatatie van het maagzakje, maar vooral van het proximale jejunum, met een verdwijnen van de dumping en terugkomen van het hongergevoel bij een deel van de patiënten. Om deze reden voeren we in onze dienst nu hoofdzakelijk een “banded” gastric bypass uit, waarbij er een GaBP ring van 6,5 cm lengte rond het maagzakje wordt gelegd om de dilatatie tegen te houden. Naast het goede gewichtsverlies bestaat er ook nog het gunstige metabole effect van de gastric bypass. Een remissie van DM type 2 treed op 85 % van de patiënten zelfs vóór een belangrijk gewichtsverlies werd verkregen! Er bestaat tevens een zeer gunstig effect op de arteriële hypertensie, hypercholesterolemie, slaapapnoea en is tevens de beste anti-reflux operatie.

#### Nadelen:

Er bestaat een niet te verwaarlozen operatieve morbiditeit met een naadlek van 0,5 tot 1 % en een intra-abdominale of intraluminae bloeding van 2 %. Hoewel wij geen mortaliteit hadden in de laatste 2.500 primaire ingrepen wordt in de literatuur een mortaliteit van 0,1 tot 0,2 % vermeldt (eventueel hoger bij de super-super-obesen). Deze ingreep is de meest uitgevoerde ingreep in onze dienst.

Op 27 februari 2010 hadden we het voorrecht een symposium aangaande Obesitas en Metabole Chirurgie te organiseren in samenwerking met de Huisartsenkoepel Waasland en met steun van het AZ Nikolaas. Presentaties werden gedaan door prof. Dr. Michel Suter van Lausanne, Zwitserland, Dr. Matthias Lannoo van het UZ gasthuisberg te Leuven die tevens de presentatie gaf van Dr. Bart Van Der Schueren, zelf weerhouden in het buitenland, over het metabole effect van morbide obesitas, Peter Van Miegroet, AZ Nikolaas, en mezelf. We hadden het geluk honderd artsen te mogen verwelkomen op ons symposium.

We hopen u hierbij een overzicht te hebben gegeven van de huidige toestand van de bariatrische chirurgie in ons ziekenhuis. De verschillende technieken met hun postoperatieve opvang worden verder nog uitgebreid besproken op: [www.dr-lemmens.be](http://www.dr-lemmens.be)

Dr. Luc Lemmens  
Abdominale chirurgie  
[luc.lemmens@aznikolaas.be](mailto:luc.lemmens@aznikolaas.be)



# Meals On Wheels

## AZ Nikolaas test nieuw systeem van maaltijdbedeling

**Wanneer iemand in het ziekenhuis heeft verbleven is “hoe was het eten?” vaak één van de eerste vragen die gesteld worden door familie en vrienden. In het ziekenhuis liggen is nooit prettig en iets waar de meeste patiënten dan naar uitkijken is etenstijd. Drie momenten op een dag waarbij je eventjes niet aan ziek zijn hoeft te denken, tijd voor afleiding. Die maaltijden zijn dan best ook lekker, mooi gepresenteerd en op een vriendelijke manier opgediend.**

Momenteel hebben patiënten in ons ziekenhuis de mogelijkheid om te kiezen wat ze willen eten voor de dag nadien. Zelf een keuze kunnen maken wordt door patiënten erg geapprecieerd. Toch is het sowieso al moeilijk om die keuze een dag op voorhand te moeten maken. Voeg daar nog het ziek zijn, de misselijkheid, onderzoeken of chemotherapie aan toe en het beeld verandert volledig! Bovendien verschilt de eetlust ook van dag tot dag.

Om heel wat van deze minpuntjes op te vangen hebben we gedurende één maand een ander systeem van maaltijdbedeling getest op de afdeling Longziekten van campus Sint-Niklaas - Moerlandstraat. Gedurende een hele maand werd de voeding opgediend met buffetwagens. Voor het ontbijt en de avondmaaltijd werd van patiënt tot patiënt gegaan met een buffetwagen vol vers brood, fruit, een dessertje, zoet en hartig beleg. Ook de gratis krant die bij het ontbijt werd uitgedeeld werd erg gesmaakt door de patiënten. Een voedingsassistente kwam met een lach de kamer in om te vragen wat de patiënt wilde eten, waar hij op dat moment zin in had.

De warme maaltijd 's middags werd met een warme buffetwagen op dezelfde manier verdeeld. “Een schepje puree meer graag!”, “Mag ik van alle twee de groenten eens proeven?” en “Doe maar wat extra saus mevrouw.”, het kon allemaal! De reacties van de patiënten waren dan ook heel erg positief. Mensen die het moeilijk hebben om hun eten in stukjes te snijden werden probleemloos en snel geholpen door de voedingsassistente, maar de mensen hulp bieden bij de maaltijd zelf blijft natuurlijk een verpleegkundige taak.

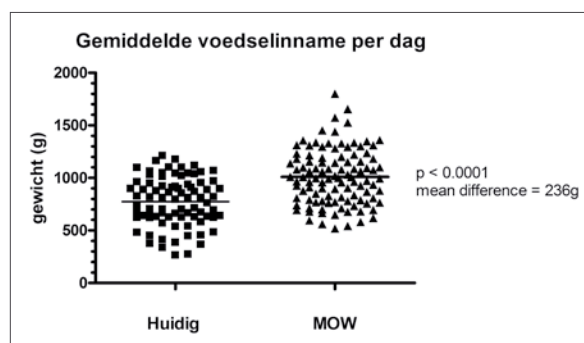
Door deze nieuwe manier van bedeling van de voeding werd alles veel lekkerder en bovendien verdween de slechte (chemische) geur waar we nu mee te kampen hebben. De goeie service, de klantvriendelijkheid enerzijds en de stijging van de kwaliteit anderzijds deed duidelijk goed aan de eetlust van de patiënten!

Dat wilden we natuurlijk ook objectiveren en verbonden daaraan een klinische studie. Al het eten dat patiënten kregen werd gewogen, nadien ging ook de overschot de weegschaal op. Op die manier konden we de dagelijkse voedselinname van



alle patiënten berekenen. De resultaten werden vergeleken met de controlegroep die nog bediend werden met het huidige systeem van bevraging en bediening.

De resultaten liegen er niet om: bij Meals On Wheels wordt gemiddeld 236 gram meer gegeten per dag ten opzichte van het huidige systeem. Een enorm succes, want dit komt zowaar overeen met een kleine maaltijd extra!



In een ziekenhuis zoals AZ Nikolaas, waar sterk gewerkt wordt aan het opsporen, voorkomen en behandelen van ondervoeding zou Meals On wheels, waarbij patiënten een stuk meer eten, een enorme troef kunnen zijn!

Ellen De Wit  
Stafmedewerker projecten Voedingsdienst  
ellen.dewit@aznikolaas.be

# Infusie sprak met...

## Professor Van Gaal

Diensthoofd dienst Endocrinologie, Diabetologie en Metabole ziekten aan

Met de regelmaat van een klok verschijnen er in de media alarmerende berichten over toenemende zwaarlijvigheid in de westerse wereld. Van 16 tot en met 18 september werd door de Koninklijke Artsenvereniging Antwerpen aan deze problematiek nog de driedaagse Antwerpse geneeskundige dagen gewijd onder voorzitterschap van Professor Dr. Luc Van Gaal. Infusie sprak hierover met deze internationaal gerenommeerde expert.

### Wanneer spreken we over obesitas?

De WGO beschouwt een BMI tussen 18,5 en 25 als ideaal. De Body-Mass Index wordt bekomen door het gewicht in kg te delen door het kwadraat van de lichaamslengte in meter. Boven een BMI van 30 spreken we over obesitas of zwaarlijvigheid. Dat wil niet zeggen dat de problematiek enkel tot obesitas beperkt blijft. Overgewicht, een BMI tussen 25 en 30, kan al gepaard gaan met een zekere graad van comorbiditeit en gezondheidsrisico, meestal afhankelijk van waar de vetaccumulatie zich in het lichaam opstapelt. Dat is één van de factoren die bepaalt of iemand al dan niet een risicopatiënt is.

### Waarom is obesitas een groot gezondheidsprobleem?

Omdat obesitas in belangrijke mate blijft toenemen. In België kampen één op twee mannen en één op drie vrouwen met overgewicht en zijn er 15% echte obesen. Door heel wat campagnes en overheidsacties is dat cijfer de laatste vijf jaar grosso modo stabiel gebleven. We stellen wel vast dat overgewicht en obesitas bij kinderen en adolescenten spectaculair blijft toenemen. Wij kunnen hier zelfs spreken over een epidemische evolutie, niet enkel in de VS en West-Europa maar ook in Azië.

### Met welke comorbiditeit gaat obesitas gepaard?

Men kan deze onderverdelen in verschillende categorieën namelijk de metabole, de mechanische, de cardiovasculaire en de psychische.

Bij de **metabole** heb je in de eerste plaats, en dat is ook de meest belangrijke, diabetes. Deze kan voor 60% door obesitas/overgewicht verklaard worden. Verder zijn er nog insulineresistentie, lipiden afwijkingen, een verhoogd urinezuur en hypertensie.

Bij de **cardiovasculaire comorbiditeit** kennen wij een verhoogd risico op infarct, stroke en cerebrovasculair lijden. Ik reken daar ook slaapapnoe bij omdat dit gepaard gaat met belangrijke cardiovasculaire mortaliteit. Verhoogde trombose-eigening en stollingsstoornissen met gestoorde hemostase horen hier ook bij.

Bij de **mechanische verwikkeling** noteren wij voornamelijk de osteoarticulaire comorbiditeit: artrose van de heupen en knieën en artritis, o.a. jicht. Ook de variceuze problematiek en verhoogd risico op flebitis die we dikwijls vaststellen, horen in deze categorie thuis. Bij de **psychologische problematiek** vinden we o.a. relatieproblemen, economische problemen en zelfbeeldstoornissen.

Het laatste jaar is er zelfs nog een vijfde belangrijke comorbiditeit bijgekomen, namelijk **kanker**. In de eerste plaats borstkanker, voornamelijk na de menopauze. Bij de vrouw komt baarmoederkanker voor en bij de man prostaatkanker en in de beide geslachten colonkanker.

### Wanneer spreekt men over een metabool syndroom?

Er zijn weinig patiënten met een metabool syndroom waar geen obesitas of overgewicht aanwezig is. Men spreekt van een metabool syndroom wanneer er een clustering is van vijf factoren.

**Abdominale vetaccumulatie**, volgens sommigen een *conditio sine qua non*, meestal weergegeven door de buikomtrek van meer dan 88 cm bij de vrouw en 102 cm bij de man. Verder nog **hypertensie**, **hoge triglyceriden**, **lage HDL cholesterol** en een **gestoorde glycemie**. Vanaf een combinatie van drie van deze factoren mag je spreken over een metabool syndroom. Men weet eigenlijk nog niet exact wat de drijvende factor van het metabool syndroom is. De meesten zijn het er wel over eens dat het waarschijnlijk een combinatie is van insulineresistentie enerzijds en de abdominale vetaccumulatie (viscerale vetmassa) anderzijds die trouwens ook zeer nauw aan elkaar gelinkt zijn.

### Gaat dit gepaard met een specifieke symptomatologie?

Tengevolge van een metabool syndroom kan je al de symptomatologie die gepaard gaat met de comorbiditeit van obesitas zien optreden. Het is belangrijk om te peilen naar de klacht van de patiënt. Kortademigheid, vermoeidheid, rug- of kniepijn,

snurken, slaapstoornissen, overtollig zweten enz. Dergelijk klachtenpatroon zie je zowel in geval van obesitas als in een metabool syndroom.

### **Hoe komt het dat bij de man de vetopstapeling typisch gelocaliseerd is in de buikregio terwijl bij de vrouw de vetaccumulatie dikwijls ter hoogte van de dijen is?**

Je ziet de abominale obesitas zowel bij de man als de vrouw maar het is inderdaad de voorkeurslocalisatie bij mannen. Dit is o.a. het gevolg van hormonale wijzigingen. Er zijn heel wat hormonale receptoren in het visceraal versus het meer perifere vetweefsel. Het hormonale milieu speelt dus een zeer belangrijke rol. Er zijn ook erfelijke factoren die een rol spelen. Bovendien is het intra-abdominaal vet gekenmerkt door een andere soort morfologie van vetcel: ze zijn groter en hoe groter de diameter van de vetcel, hoe meer kans er is op de secretie van bepaalde stoffen o.a. cytokines die op hun beurt gaan bijdragen tot ongunstige metabole processen. Bij vrouwen zien we meer een fifty/fifty verdeling tussen abdominale vetaccumulatie en vet op heupen en dijen. Er zijn hier meestal geen grote vetcellen maar het aantal vetcellen is toegenomen, waarbij minder afscheiding van cytokines optreedt.

### **Wat is in feite de oorzaak-pathogenese van obesitas? Spelen erfelijke factoren een rol of heeft het enkel te maken met slechte leefgewoontes?**

Grosso modo zou je kunnen zeggen dat 80% te maken heeft met de levensstijl: te weinig beweging en slechte voeding. Dat hoeft niet altijd te veel te zijn; ook het soort voeding speelt een rol. Te veel vlees en vet, te weinig fruit en groenten.

Andere studies zeggen dat tot 40% kan verklaard worden door erfelijke factoren - er zijn o.a. bepaalde genen die een invloed hebben op de manier van verbranding maar dan klopt de optelsom uiteraard niet meer.

In feite is het een interactie tussen het milieu enerzijds en gedrag anderzijds: onze genen zijn de laatste 100 jaar niet veranderd maar de manier waarop die genen zich in de relatie met het milieu gedragen en zich uiten is wel veranderd. Dat maakt dat wereldwijd obesitas de laatste 25 jaren enorm is toegenomen. Je zou dus kunnen stellen dat gedrag en levensstijl samen verantwoordelijk zijn voor 80% van de obesitas.

Tien procent is het gevolg van hormonale afwijkingen o.a. schildklierdysfunctie en bijnierhormoonexcess. De overige 10%, en dit neemt toe, is de medicatie geïnduceerde obesitas. Naast



de klassieke gekende medicaties zoals de pil, hormonen en cortisone zien we obesitas ook gepaard gaan met inname van tricyclische antidepressiva, atypische neuroleptica, aidsremmers, rookstopmiddelen en anti-epileptica.

### **Is er een verschil in metabolisme? Sommigen beweren dat ze alles kunnen eten en toch niet verdikken terwijl anderen zeggen dat ze haast niets mogen eten of de kilo's komen erbij.**

Dat bestaat maar je mag dat zeker niet veralgemenen. In grote lijnen is een obese persoon nog altijd iemand die teveel eet en te weinig beweegt. Het gaat dus vooral om wat je eet en hoe je eet en niet altijd de hoeveelheid. Er zijn inderdaad bepaalde mensen, en hier spelen de genen een rol, die goede verbran-

ders zijn en slechte verbranders. Dat is ook de reden waarom in het UZA bij ernstige obesitas, patiënten één dag worden opgenomen voor het uitvoeren van een indirecte calorimetrie waarbij de 24 u.-verbranding gemeten wordt. Uit het verbruik kunnen we dan berekenen hoeveel de calorieopname mag zijn.

**Uit de vierde nationale gezondheidsenquête blijkt dat de Belgen alsmat dikker worden en zoals u al aangaf dat één of de vijf Vlaamse kinderen kampt met overgewicht. Hoe stop je dergelijke evolutie? Gaan we in de toekomst nog dikker worden?**

Dat is moeilijk in te schatten. Zoals ik al zei lijkt er bij de volwassenen, dankzij een aantal campagnes, een stabilisatie op te treden. Kinderen zijn nog veel makkelijker beïnvloedbaar door publiciteit zodat ik vrees dat obesitas bij adolescenten nog gaat toenemen. Wat kunnen wij daaraan doen? Wij moeten optreden voor het te laat is. Preventie is enorm belangrijk: goede informatie op school, kinderen leren wat gezonde voeding is, het aan banden leggen van bepaalde reclame die continu de huiskamer wordt ingestuurd. Als we wachten tot ze 25 à 30 jaar zijn en 80 à 100 kg wegen kunnen we alleen nog maar behandelen.

## BIOGRAFIE PROF. DR. L. VAN GAAL

Luc Van Gaal studeerde geneeskunde aan de Universiteit Antwerpen waar hij in 1978 afstudeerde. Hij verkreeg een specialisatie in de Interne geneeskunde in 1983 en nadien in de Endocrinologie. Sindsdien is hij verantwoordelijk voor de Metabole Eenheid in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen.

In 1992 werd hij Professor aan de Antwerpse Universiteit en is momenteel als hoogleraar eveneens diensthoofd van de dienst Endocrinologie, diabetologie en metabole ziekten aan het UZA.

Prof. Van Gaal's belangrijkste klinische en research interesse houdt verband met obesitas, type 2 diabetes en lipidenstoornissen.

Hij is lid van talrijke wetenschappelijke, nationale en internationale verenigingen en van de Editorial Board van een aantal wetenschappelijke tijdschriften. Hij is lid van het bureau van de BASO (Belgium Association for the Study of Obesity) en is Past-President van de Vlaamse Diabetes Vereniging. Hij is stichtend lid en betrokken bij de wetenschappelijke activiteiten van het Obesitas Forum en het internationale (IASO) SCOPE programma. Hij is actueel secretaris van de Belgische Vereniging voor Endocrinologie. In 2000 was hij co-president van het tiende Europese obesitascongres, georganiseerd in Antwerpen in mei 2000.

Hij is auteur en co-auteur van meer dan 240 artikels in internationale medische tijdschriften, hoofdzakelijk in het domein van algemene endocrinologie, obesitas en diabetes; bovendien heeft hij bijgedragen tot verschillende hoofdstukken in wetenschappelijke tekstboeken.

**Pleit u er dan voor om op school een vak voedingsleer in te voeren?**

Dat zou welkom zijn. Je moet leren omgaan met de zaken die inherent aan het leven zijn. Eten is een basisbehoefte waar de doorsnee persoon veel te weinig over weet.

**Geloof u in gezondheidscampagnes of bepaalde acties zoals bijvoorbeeld fruit op school? Resulteert dit in enig effect?**

Het is een lange weg maar er is er geen andere. Dat en bewegen is belangrijk. Ik denk dat het 25-30 jaar geduurd heeft vooraleer met antirookcampagnes bekomen is dat er minder gerookt wordt en daardoor ook minder met roken geassocieerde pathologie. Men zou ook in frisdrankautomaten bepaalde frisdranken kunnen vervangen door water of vers fruitsap.

**Er lijkt een verband te zijn met het opleidingsniveau. Bijna zes op tien laaggeschoolden heeft last van overgewicht en één op de vijf is obees. Hoe komt dat?**

Dat is geen onlogische link. Laaggeschoolden houden zich minder met gezonde voeding bezig. Ze spenderen dikwijls ook meer tijd aan televisie kijken, nemen niet de tijd om zelf gezond te koken maar halen snel wat fastfood. Ook de economische factoren spelen een rol: gezonde voeding is duurder.

**Uit enquêtes blijkt dat één op drie vrouwen continu op dieet is, dikwijls met een jojo-effect. Hoe hou je het lichaamsgewicht best onder controle? Is een dieet überhaupt zinvol?**

Een dieet is zinvol als men bereid is consequent te zijn. Veel mensen willen iets aan hun gewicht doen maar brengen onvoldoende de moed op om het lang genoeg vol te houden. Diëten in de week en zich in het weekend laten gaan, is zoals de processie van Echternach.

Eigenlijk hoor ik de term dieet niet zo graag. Als men echt gaat voor een voedings- en levensstijlaanpassing met daarbij meer bewegen, dan is dat een programma van zes à twaalf maanden waar men zich moet aan houden. Men is meestal ook niet op zes weken dik geworden, dat is ook meestal een proces van x aantal jaren. Je kunt niet verwachten dat je op zo'n korte tijdsperiode, wat voor de meesten de maximum duur is, een goed en blijvend resultaat gegarandeerd is. Dat is onmogelijk.

**Een blitzdieet zoals een proteïedieet lijkt dan ook zinloos?**

Ik zeg niet dat een dergelijk dieet zinloos is. Wij gebruiken dat soms ook. Om medische redenen kan het bij bepaalde patiënten aangewezen zijn om een snel gewichtsverlies na te streven en het kan ook motiverend zijn naar de patiënt toe.

De samenstelling van dergelijke eiwitrijke voeding moet uiteraard correct zijn. De kunst bestaat er dan in om daarna niet te hervallen maar om de voeding geleidelijk aan te passen en dat is het moeilijkste.

### **Wat is de basis van een goed dieet?**

Caloriebeperking, vetbeperking en beperking van snel resorbeerbare koolhydraten zijn de drie basisingrediënten. Uiteraard is dit sterk geïndividualiseerd.

Er zijn zogenaamde ‘carbohydrate cravers and snackers’ en dan moet je voornamelijk daar op inspelen. Er zijn volume-eters en dan moet je werken op het totaal aantal calorieën en er zijn veteters. Er zijn dus verschillende categorieën. Wil je op een succesvolle en vrij adequate manier iets aan het gewicht doen moet er eerst bepaald worden over welk type het gaat.

### **Is professionele hulp noodzakelijk en wie is dan de meest aangewezen zorgverlener: diëtist, huisarts of endocrinoloog?**

Ik denk dat de eerstelijnsarts, de huisarts, op de eerste plaats komt. Hij/zij moet de patiënt wijzen op het probleem en de alarmsignalen die zich kunnen voordoen tijdig detecteren. Vervolgens is het belangrijk om de patiënt te motiveren om er in samenwerking met een voedings- en bewegingsdeskundige iets aan te doen. Is het een meer gecompliceerde problematiek, bijvoorbeeld een moeilijk controleerbare diabetes, een ernstig metabool probleem of een mogelijke onderliggende endocriene etiologie heeft de endocrinoloog zeker een rol in samenwerking met de huisarts (shared care).

### **Bij kinderen resulteert een dieet volgens sommige voedingsdeskundigen in een omgekeerd effect. In Brugge heeft men om deze reden het concept ‘Move XL’ ontwikkeld dat meer focust op beweging en gezonde voeding. Is dit voldoende in functie van echte obesitas?**

Bij kinderen en adolescenten moeten we inderdaad oppassen. Ze zijn nog aan het groeien waardoor je geen al te streng dieet geeft. Het principe is altijd om ervoor te zorgen dat ze niet meer bijkomen en ondertussen verder groeien. Als je een dergelijk resultaat kan bekomen heb je al veel bereikt. Dat is niet evident. Er is de puberteit en ze staan continu bloot aan verleidingen zoals snoep en fastfood. Een streng dieet is bij kinderen uit den boze.

In samenwerking met de voedingsdeskundige gaan we in de eerste plaats proberen om de excessen uit de voeding te halen, zoals bijvoorbeeld het drinken van tien frisdranken per dag. Het is ook belangrijk om de ouders daar bij te betrekken. Het heeft geen zin als de ouders niet meedoen.

### **Een aantal bekende Vlamingen zoals Margriet Hermans en Geert Lambert zochten hun heil in bariatrische chirurgie. Hoe staat u hier tegenover en wanneer gaat u een patiënt eventueel doorverwijzen?**

Er zijn strikte voorwaarden en daar bestaan internationale guidelines over. Als herhaalde pogingen tot gecontroleerd gewichtsverlies niet lukken is er een belangrijke comorbiditeit en een BMI van 35-40 of meer is het internationaal aanvaard

om bariatrische chirurgie voor te stellen. Uiteraard dient dit te gebeuren in een multidisciplinaire benadering waarbij de endocrinoloog de patiënt eerst nakijkt vooraleer er ingegrepen wordt. Ook psychologische begeleiding is belangrijk. Recent werd de wetgeving ook in België in die zin aangepast met een nieuw KB.

### **Zijn er bepaalde nadelen verbonden aan bariatrische chirurgie?**

Het blijft een ingreep waardoor er aan chirurgie geassocieerde morbiditeit bestaat maar die is niet groot. In de handen een ervaren chirurg is er een beperkt risico.

### **Welke techniek is te prefereren in geval van chirurgie?**

Momenteel is een gastric bypass de meest voor de hand liggende techniek omdat hierdoor ook nog een aantal hormonale voordelen ontstaan door het feit dat de motiliteit in de darm wijzigt en het voedsel later in de dunne darm terecht komt. Er worden bepaalde extra hormonen vrijgesteld namelijk incretines die in staat zijn om de glycemie te doen dalen, wat een gunstig effect heeft bij patiënten met type 2 diabetes.

### **Bepaalde chirurgen beweren dat bariatrische chirurgie een oplossing biedt voor de met obesitas gepaard gaande comorbiditeit. Gaat u akkoord met deze stelling?**

In bepaalde omstandigheden wel. Bij type 2 diabetes ziet men inderdaad een belangrijke verbetering. Of we dan kunnen zeggen dat diabetes genezen is zoals sommigen claimen denk ik niet. Het is niet omdat er geen medicatie meer nodig is, dat er een genezing is. Het is in feite een semantische discussie maar mijn inziens is metabole chirurgie niet ‘de behandeling’ voor diabetes. Hetzelfde geldt voor andere comorbiditeit zoals bijvoorbeeld slaapapnoe en lipidestoornissen.

Hypertensie is een moeilijker probleem. Bij sommigen ziet men de bloeddruk na bariatrische chirurgie in belangrijke mate dalen, in andere studies minder of niet. Waarschijnlijk heeft dit te maken met het feit hoelang de hypertensie reeds bestaat. In de grootste studie die in Zweden werd uitgevoerd was er na twaalf jaar een verbetering van cardiovasculaire effecten door bariatrische chirurgie.

Enige kanttekening is hier toch wel op zijn plaats. Men moest zo lang wachten om een gunstig effect te zien. Als je weet dat je met een statine na achttien maanden reeds een verschil ziet in outcome naar infarct en stroke, dan heb je een veel sneller effect ten opzichte van chirurgie. Het spectaculairste en belangrijkste effect is op diabetes. Wat door bariatrische chirurgie blijikbaar niet verbeterd, is het risico op stroke.

### **Bedankt voor dit gesprek**

Dr. Leo Verguts

# Automatisatie zorgprocessen

**AZ Nikolaas heeft de voorbije maanden verdere belangrijke stappen gezet op vlak van zorgprocesondersteunende automatisering. Na eerdere succesvolle implementaties voor Intensieve Zorgen (medisch en verpleegkundig zorgdossier) en patiënttransport (automatische dispatching) werd in juli de start gegeven van drie heel belangrijke projecten binnen AZ Nikolaas, namelijk een elektronisch medisch dossier, een OK & CSA management informatiesysteem en een elektronisch afsprakensysteem.**

## Medisch dossier

Na een uitgebreide marktanalyse en commerciële onderhandelingsronde werd eind juni beslist om met de firma Cegeka uit Hasselt in zee te gaan voor de implementatie van het elektronisch medisch dossier 'C2M'.

Deze implementatie zal in verschillende fasen gebeuren. De oplossing ondersteunt de workflow van het zorgproces van de patiënt, zorgt voor een centrale integratie van alle patiëntgebonden informatie: medisch, verpleegkundig, administratief, paramedisch en sociaal in een vlot werkbaar geheel, biedt de mogelijkheid tot koppeling met andere zorgondersteunende pakketten (medibase, afsprakenbeheer, OK-pakket, ...) en is reeds jarenlang operationeel in heel wat Belgische ziekenhuizen.

Op termijn zal deze toepassing ook een uitwisseling van patiëntspecifieke gegevens mogelijk maken tussen eerste en tweede lijn via het eHealth-platform.

AZ Nikolaas heeft zich alvast aangesloten bij het consortium Regionale HUB van het UZ Gent (momenteel 13 ziekenhuizen) dat als metaHUB zal fungeren (meer info op: [www.ehealth.fgov.be](http://www.ehealth.fgov.be)).

## OK & CSA management informatiesysteem

Ook binnen het Operatiekwartier en de dienst Sterilisatie (CSA) staat de informatisering niet stil. Hierbij werd gekozen voor het OK & CSA-pakket van de firma Aaxis (**ORLine en SteriLine**).

Gezien de complexiteit van dit project werd eveneens gekozen voor een gefaseerde uitrol (centrale planning van operaties, opvolging activiteit in OK, decentrale planning).

Alles wordt in het werk gesteld om in oktober live te gaan binnen de centrale OK's (Sint Niklaas) en in november binnen de perifere OK's (Beveren, Hamme en Temse).

Het specialisme orthopedie zal als 'pilot' opstarten met decentrale planning in januari 2011. Het doel is dat alle artsen/specialismen hun ingrepen tegen midden 2011 elektronisch en decentraal inplannen in ORLine.

CSA fase 1 omvat de implementatie van de basisfuncties van CSA, met voorbereidingen in het najaar 2010 en een effectieve opstart begin 2011.



## Afsprakenbeheer

Het derde informatiseringsproject betreft de ziekenhuisbrede opstart van het afsprakensysteem **UltraGendaPro** door de firma UltraGenda.

Concreet houdt dit in dat alle consultaties elektronisch geregistreerd zullen worden en ziekenhuisbreed toegankelijk gemaakt worden. De oplossing ondersteunt tevens de workflow van een centrale / decentrale afspraken dienst en maakt het mogelijk om verschillende soorten afspraken (enkelvoudige-, gecombineerde-, terugkerende-, multi-resource afspraken) snel te boeken of op te zoeken.

Artsen die op meerdere campussen of diensten werken, krijgen één duidelijk overzicht van al hun afspraken.

De ingebruikname van UltraGendaPro door de centrale dienst afspraken is voorzien voor midden oktober 2010, en dit voor een selectie van specialismen. Het streefdoel is dat tegen februari 2011 opnieuw een 5-tal specialismen live kunnen gaan met UltraGendaPro.

Op termijn zal dit elektronisch afsprakensysteem ook online door huisartsen kunnen worden gebruikt om afspraken in te plannen voor hun patiënten.

Rudy Van Ballaer  
Directeur beleidsinformatie en informatica  
[rudy.vanballaer@aznikolaas.be](mailto:rudy.vanballaer@aznikolaas.be)  
tel 03 760 76 17

# Wissel van afdelingen, start van de afdelingsdomino

In de maand mei werd de nieuwe Nierdialyseafdeling van campus Sint-Niklaas - Moerlandstraat in gebruik genomen. Deze afdeling situeert zich op de zesde verdieping van het A-blok. De patiënten welke gedialyseerd én gehospitaliseerd worden, verbleven tot voor kort op de afdeling I4, de hospitalisatieafdeling op de vierde verdieping van het I-blok.

Om alle dialysepatiënten (zowel ambulante als verblijvend) zo dicht mogelijk bij elkaar te kunnen verzorgen, werden de afdelingen I4 en I6 gewisseld van locatie. Hierdoor verblijven patiënten welke gehospitaliseerd worden voor de disciplines nefrologie en oncologie sinds 22 juli 2010 eveneens op de zesde verdieping, op minimale afstand van de nieuwe dienst Hemodialyse.

Logistiek is dit een pluspunt. Patiënten hoeven niet te wachten op een lift om van de hospitalisatieafdeling naar de dienst Hemodialyse te worden gebracht. Ook naar profilering van de dienst Nefrologie heeft dit zijn voordelen; zowel de kunstnier, de hospitalisatieafdeling, de polikliniek als de peritoneaal dialyse bevinden zich op dezelfde verdieping.

Het is een voorbeeld van hoe het ziekenhuis verder zal evolueren. In de komende jaren wordt gewerkt naar functionele eenheden waarbij de verschillende medische disciplines bijeen worden gebracht. Als gevolg van de verhuis van de afdeling nefrologie- oncologie naar de zesde verdieping, werd de chirurgische afdeling (abdominale – en vaatchirurgie) naar de vierde verdieping gebracht.

Momenteel zijn de voorbereidende werken gestart om de vierde en vijfde verdieping van het A-blok te renoveren. In het voorjaar 2011 zullen deze afdelingen klaar zijn om in gebruik te nemen. De ingebruikname van de vierde en vijfde verdieping zal het startschot zijn van de afdelingsdomino: een serie van verhuizen van afdelingen om het ziekenhuis in zijn finale plooi te leggen. We houden u zeker en vast op de hoogte van de verdere ontwikkelingen.

Henk Cuvelier  
Fusiecoördinator  
henk.cuvelier@aznikolaas.be

## 24 oktober 2010: Massagemarathon

Zondag 24.10.2010 tussen 09.00 - 19.00 uur - Cafeteria AZ Nikolaas - Moerlandstraat 1 - Sint-Niklaas



Op **zondag 24 oktober 2010** organiseert het revalidatiecentrum AZ Nikolaas tussen 09.00 uur en 19.00 uur een **massagemarathon** ten voordele van **Make a Wish® Belgium - Vlaanderen** ([www.makeawish.be](http://www.makeawish.be)).

Boek één sessie (of meerdere sessies) van 10 minuten bij een professionele kinesist en steun deze organisatie bij het vervullen van hartenwensen van kinderen (tussen 3 en 18 jaar) met een levensbedreigende ziekte.

### PRAKTISCH

- Prijs: **1 sessie van 10 minuten kost € 5.**  
U kunt uiteraard meerdere sessies (nek-, rug- of beenmassage) boeken.
- Op voorhand **reserveren** kan via het Facilitair Servicepunt: **03 760 20 20** (op weekdays tussen 08.00 en 16.00 uur). U kunt ook zonder afspraak langskomen, maar weet dat reservaties voorrang krijgen.
- Iedereen is welkom, ook als u geen massage wenst, kunt u **Make a Wish® Belgium - Vlaanderen** steunen door langs te komen voor een hapje en een drankje (koffie, frisdrank, gebak, rijsttap, hotdogs, soep,...).

**MEER INFORMATIE?** [massagemarathon@aznikolaas.be](mailto:massagemarathon@aznikolaas.be) - [www.aznikolaas.be](http://www.aznikolaas.be)

Laat je verwennen  
en maak dromen waar!



AZ Nikolaas



## Kinderanimatie!

Voor een kleine bijdrage kan uw kind deelnemen aan onderstaande activiteiten en steunt u tegelijkertijd **Make a Wish® Belgium - Vlaanderen!**

- **Kindergrime** (doorlopend)
- **Springkasteel** (doorlopend)
- **Vlaamse kermis** (doorlopend) (sjoelbak, ballenkraam, ...)
- **Workshops:**
  - **Voorlezen met Veerle Dobbelaere** (max. 20 deelnemers per sessie van 30 min.)  
- 14.00 uur - 16.00 uur
  - **Djembé met Alain Bokken (Magical Flying Thunderbirds)** (max. 10 deelnemers - sessie duurt 30 min.)  
- 15.00 uur
  - **Buttons maken** (doorlopend) (max. 20 deelnemers per sessie van 30 min.)
  - **Fotokadertjes maken** (doorlopend) (max. 20 deelnemers per sessie van 30 min.)





## Dr. Stefanie Bosselaers - Plastische heelkunde

Dr. **Stefanie Bosselaers** (° Mechelen, 1975) is sinds 1 september 2010 actief als **plastisch chirurg** in het AZ Nikolaas.

Dr. Bosselaers studeerde geneeskunde aan de **K.U. Leuven** en specialiseerde zich daarna in de plastische chirurgie. Tijdens haar opleiding bracht zij één jaar door in het Queen Victoria Hospital in East-Grinstead, UK. Sinds 2006 is zij werkzaam in de Europaziekenhuizen in Brussel. Zij heeft nu gekozen om de verdere uitbouw van haar praktijk in het Waasland te organiseren.

Dr. Bosselaers heeft een brede interesse in het domein van de **plastische, reconstructieve en esthetische chirurgie** en zal o.a. betrokken worden bij de reconstructieve chirurgie na borstchirurgie in het kader van de oncologische

borstkliniek.



## Dr. Mieke Decoopman - Anesthesie

Dr. **Mieke Decoopman** (° Izegem, 1979) is sinds 1 juli 2010 verbonden aan de dienst **Anesthesie** van het AZ Nikolaas.

Dr. Decoopman studeerde geneeskunde aan de **K.U. Leuven** en specialiseerde zich nadien in de anesthesie. Zij heeft een deel van haar opleiding verricht in Hamburg, het Altonaer Kinderkrankenhaus, waar zij zich specifiek kon toeleggen op pediatrie chirurgie.

Zij heeft bijzondere interesse in de toepassing van **locoregionale anesthesietechnieken** en wil dit in samenwerking met haar collega's verder uitbouwen binnen het AZ Nikolaas. Binnen de brede associatie van de dienst anesthesie en reanimatie zal zij bijdragen tot de uitbouw van deze belangrijke dienst.



## Dr. Wendy Nuradi - Gynaecologie

Dr. **Wendy Nuradi** (°Gent, 1979) is sinds 16 augustus 2010 actief als **gynaecologe** in het AZ Nikolaas.

Dr. Nuradi studeerde geneeskunde aan de **Universiteit Gent**. Vervolgens specialiseerde zij zich in gynaecologie en verloskunde. Een deel van haar opleiding bracht zij door in het Maasstadziekenhuis in Rotterdam.

Zij heeft een brede interesse in het domein van gynaecologie en verloskunde. Bijzondere interesse gaat uit naar **prenatale screening**.

Zij vervoegt de dienst Gynaecologie en Verloskunde en werkt samen met de zittende artsen binnen een nauw samenwerkingsverband.



## Dr. Isabelle Vande Broek

Dr. **Isabel Vande Broek** (°Ukkel, 1973) start op 1 oktober 2010 als **hematoloog** in het AZ Nikolaas.

Dr. Vande Broek studeerde geneeskunde aan de **Vrije Universiteit Brussel**. Nadien specialiseerde zij zich in de Inwendige Geneeskunde met een bijzondere bekwaming in de Klinische Hematologie.

Zij was tot voor kort werkzaam in het UZ Brussel waar zij actief was als **kliniekhoofd** van de afdeling Klinische Hematologie. Zij was tevens betrokken bij wetenschappelijk onderzoek als **klinisch wetenschappelijk onderzoeker** binnen het Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek Vlaanderen en als co-investigator Klinische Studies.

Zij vervoegt nu de dienst Oncologie om het aspect Klinische Hematologie verder uit te bouwen in het Waasland. Dit gebeurt binnen de context van de associatie **Irridium** waarbij ook nog een deeltijdse activiteit binnen GZA wordt

verricht. Dr. Vande Broek zal nauw samenwerken met dr. Deleu, dr. Everaert, dr. Lybaert, dr. Lamot en de consulenten dr. J. Lemmens en dr. Buelens.



# Kwaliteitsproject 'Patiëntenidentificatie': tussentijdse evaluatie

**De invoering van de bedrukte patiëntenidentificatiebandjes in AZ Nikolaas dateert van 17/05/10. Gelijktijdig met de invoering is de responsgraad van de ziekenhuismedewerkers gemeten. Er zijn registraties gebeurd door medewerkers van het Patiëntentransport, de bloedprikploeg van het Labo, Patiëntenadministratie, de hospitalisatiediensten en dag-ziekenhuizen. Daarnaast zijn steekproeven uitgevoerd door de Stafmedewerker Patiëntveiligheid.**

De registraties door de verschillende diensten maken duidelijk dat:

- niet-gelabelde patiënten vaak verscheidene dagen na elkaar zonder bandje op een afdeling liggen;
- alle diensten op de hoogte zijn en gebruikmaken van de mogelijkheid om een nieuw identificatiebandje af te halen bij de inschrijvingsbalies van Patiëntenadministratie;
- indien patiënten geen bandje dragen bij de komst op de afdeling, het bandje doorgaans niet gegeven werd aan de inschrijvingsbalies of op de Spoedgevallendienst;
- patiënten zeer zelden van het Operatiekwartier komen zonder een bandje;
- bij een interne transfer extra aandacht dient geschonken te worden aan de labeling, gezien dan een volledig nieuw team van zorgverstrekkers met de patiënt kennismakt.

## Steekproef

Er is in juni en in augustus een steekproef gedaan: alle op de afdeling aanwezige patiënten werden gescreend op het dragen van een bandje, bij de tweede steekproef is bijkomend gescreend op de correctheid van het bandje. In totaal werden in de eerste steekproef 599, in de tweede steekproef 561 patiënten gezien.

Uit de steekproeven kunnen volgende conclusies worden getrokken:

- de labelingsgraad is voor het ganse ziekenhuis verbeterd: 25,04% van de patiënten was niet gelabeld in de eerste steekproef, in de tweede steekproef bedroeg dat aantal 21,57%;
- alle gelabelde patiënten (aantal = 442) hadden een correct bandje aan;
- op de perifere campi werd uitstekend gescoord door alle afdelingen: alle patiënten droegen er een bandje;
- diensten waarvan werd verondersteld dat de invoering van de patiëntenidentificatiebandjes er niet gemakkelijk zou verlopen, scoorden heel goed: G-diensten, recovery/Operatiekwartier;

- verscheidene diensten scoorden zowel in de eerste als in de tweede steekproef uitstekend of wisten de labelingsgraad van hun patiënten in de periode tussen de eerste en de tweede steekproef beduidend te verhogen.

De eerste hindernis is genomen, er is reeds een voorzichtige vooruitgang qua labelingsgraad, maar we zijn er nog niet! Het project zal verder worden opgevolgd middels blijvende sensibilisatie en steekproeven.

Medio september wordt de barcode op de bandjes op enkele pilootafdelingen in gebruik genomen, d.m.v. scanning bij de glycemietingen. Een patiënt dient dan correct gelabeld te zijn, vermits aan de barcode een onderzoeksuitslag en dus ook een therapie wordt gekoppeld. In het late najaar zal de barcode op het identificatiebandje op Operatiekwartier gebruikt worden om de patiënt te identificeren en de identiteit te verifiëren in het OK-programma.

De bandjes kunnen een zeer waardevol hulpmiddel zijn bij de patiëntenidentificatie, op voorwaarde dat ze correct gebruikt worden en geen doel op zich zijn. Een bandje vervangt echter nooit de cruciale eerste stap bij een allereerste contact met de patiënt: een mondelinge kennismaking met de patiënt en een aftoetsing van zijn identiteit !

Het welslagen van dit project ligt in handen van alle medewerkers die met de patiënt in contact komen. Van harte dank voor de inzet en medewerking van u allen !

Saskia Feyaerts  
Stafmedewerker Patiëntveiligheid  
saskia.feyaerts@aznikolaas.be

# Installatie nieuw CT-toestel campus Beveren

**De dienst Medische Beeldvorming van het AZ Nikolaas heeft de intentie om voortdurend te investeren in kwaliteit om op die manier te voldoen aan de criteria van een up-to-date gedigitaliseerde afdeling Medische Beeldvorming. Zo werden recent op de beide sites in Sint-Niklaas (Moerlandstraat en Lodewijk De Meesterstraat) een aantal conventionele radiografietoestellen die werkten met CR cassetten vervangen door volledig digitale DR tafels (Luminos – Isio, Siemens).**

De perifere campi worden hierbij niet vergeten. In dit kader past dan ook de vervanging van het oude single slice CT-toestel in campus Beveren door een compact 16 kanaals CT-apparaat. Er zijn 16 detectorrijen die bij elke omwenteling simultaan belicht worden om een groter deel van het lichaam te onderzoeken. Zo kan een persoon met een lengte van ongeveer twee meter in minder dan vijf seconden gescand worden. Bovendien schuift de patiënt geleidelijk doorheen de scanner en wordt er spiraalsgewijs gestraald.

De nieuwe scanner maakt het mogelijk om organen en hun doorbloeding met een veel grotere precisie in beeld te brengen, zowel twee- als driedimensionaal, zoals bijvoorbeeld bij leverpathologie.

Na meerdere bezoeken en analyse van de offertes werd er gekozen voor de BrightSpeed Elite van de firma General Electric (GE). Dit is een configuratie die alle noodzakelijke onderzoeksprotocollen levert met de nodige

efficiëntie en prima diagnostische kwaliteit. Excellente beelden met een lage dosis zijn de belangrijkste criteria om te investeren in deze modaliteit.

Eén van de belangrijkste voordelen van een dergelijk CT-toestel is een snellere acquisitie (thoraxonderzoek in one single breath hold). Naast de winst op gebied van temporele resolutie is er ook een grote vooruitgang op gebied van spatiale resolutie (minimale afstand om in een beeld twee punten van elkaar te kunnen onderscheiden) en een verbeterde post processing. Hierdoor is er een uitbreiding van het aantal toepassingen zoals bijvoorbeeld angio CT onderzoeken van halsvaten en onderste ledematen. Voordeel is bovendien een vermindering van de stralingsdosis zonder aan beeldkwaliteit in te boeten.

Tegelijkertijd werd ook gekozen voor de installatie van een AW (Advantage Windows) server, geïntegreerd in de PACS (Picture Archiving and Communication System) in plaats van een traditioneel AW werkstation waardoor het bekijken van de beelden en bewerking ervan vanaf elk PACS-station in het AZ Nikolaas mogelijk is (remote access).

Dankzij dezelfde reeds gekende GE-gebruikersinterface is een snelle opstart mogelijk en is er slechts een beperkte training noodzakelijk. Ook de jarenlange ervaring met de service van GE Healthcare is een geruststelling.

De afbraak van het oude toestel vond plaats in de maand augustus. De aanpassingen aan de infrastructuur en de installatie van het nieuwe toestel nemen ongeveer 1 maand in beslag. Wij voorzien dan ook een opstart van het nieuwe toestel rond de datum van 20 september.

Tegelijkertijd met de installatie van een nieuw CT-toestel in campus Beveren werd er ook geopteerd voor een upgrade van de bestaande 64 slice scanner in campus Sint-Niklaas site Moerlandstraat. Dankzij een volledig nieuwe manier van beeldreconstructie (ASIR: adaptive statistical iterative reconstruction) is er een significante dosisreductie mogelijk wat het meest tot uiting komt bij cardio CT-onderzoeken waar er een dosisreductie is van meer dan 50%.

Dr. Frank Ramon  
Diensthofd Medische Beeldvorming  
frank.ramon@aznikolaas.be





## Dr. Heleen Van Mieghem - Spoedgevallen

Dr. **Heleen Van Mieghem** (° Sint-Niklaas, 1975), vervoegde de dienst **Spoedgevallen** op 1 juli 2010.

Dr. Van Mieghem studeerde geneeskunde aan de **K.U. Leuven**. Zij verrichtte in het verleden reeds permanenties in Sint-Gillis-Waas, Beveren en Temse. Zij was actief binnen Artsen Zonder Grenzen in Kongo en ontwikkelde ook activiteit in Benin.

Na een periode als huisarts gewerkt te hebben in de regio, heeft zij nu gekozen voor een functie als spoedarts. Zij is werkzaam binnen de groep spoedartsen en urgentisten van de vernieuwde Spoedgevallendienst campus Sint-Niklaas

## Bevallen in Sint-Niklaas? Één adres!

De integratie van beide Materniteiten behoorde van bij aanvang van de fusie tot één van de belangrijkste doelstellingen van het management van AZ Nikolaas. Reeds in het begin van dit jaar werd aangekondigd dat in 2010 de integratie van Materniteit zou plaatsvinden. Sinds 2 juli 2010 gebeuren alle bevallingen op één bevallingskwartier.

Op de site **Moerlandstraat (afdeling B2)** is het bevallingskwartier, de dienst Neonatologie en een observatiematerniteit gecentraliseerd. Het acute karakter van de zorg is hier bepalend in de lokalisatie.

De Materniteit op site **L. De Meesterstraat (afdeling T2)** fungeert als verblijfsmaterniteit. Het hotelkarakter krijgt op deze locatie bijzondere aandacht.

Dit betekent dat een toekomstige moeder altijd op site Moerlandstraat binnenkomt om te bevallen. Na de bevalling wordt ze met de baby naar haar kamer op Materniteit site L. De Meesterstraat gebracht voor het verdere verblijf. Dient de baby echter opgenomen te worden op de dienst Neonatologie (site Moerlandstraat), dan zal ook de moeder op Materniteit site Moerlandstraat verblijven.

Deze integratie werd door verschillende werkgroepen voorbereid. Een aantal infrastructuurwerken werden uitgevoerd aan het verloskwartier en de dienst Neonatologie om de verhoogde activiteit te kunnen huisvesten. De werkorganisatie op de afdelingen werd grondig besproken en op elkaar afgestemd. De medewerkers en artsen van de verschillende diensten leerden elkaar op een andere manier kennen. Afspraken werden gemaakt omtrent pré- en postnatale teaching van toekomstige ouders,...

Deze integratie is echter absoluut geen eindpunt. Het is de doorstart om de maternale zorg in het Waasland in nauw overleg met vele extramurale zorgverstrekkers (huisartsen, vroedvrouwen, Kind en Gezin, thuiszorgdiensten.....) verder uit te bouwen.

### Team Materniteit:

**Gynaecologen:** Diensthoofd: dr. Pascal Peeters  
Dr. Marc Coenen  
Dr. Liesbet Damen  
Dr. Klaus De Cleyn  
Dr. Sarwana Nuradi  
Dr. Wendy Nuradi  
Dr. Philip Vanparijs  
Dr. Christel Vossen  
Dr. Rudi Weckhuysen  
Dr. Katrijn Witters

**Kinderartsen:** Diensthoofd: dr. Gustaaf Verbeke  
Dr. Lucas Callewaert  
Dr. Herman Fivez  
Groepspraktijk:  
Dr. Annick Covents  
Dr. Virginie Janssens  
Dr. Michaëla Maes  
Dr. Ilse Ryckaert  
Dr. Joke Thijs

**Vroedvrouwen:** Marleen Van Puymbroeck  
Ann Vyt

**Intantteam:** Dr. Christine Franckx

**Meer informatie: 03 760 77 00 (NIEUW telefoonnummer Materniteit)**

# Schuld en boete

dr. Francis Ruys

Het is de nachtmerrie van ieder rechtgeaard arts. Een procedure draait, na een minutieuze voorbereiding, faliekant uit. De patiënt wordt niet wakker. Nu zijn er twee mogelijke scenario's. In het beste geval wordt je nu zelf wakker en blijkt het om een nare droom te gaan. Het angstzweet wordt met de ochtenddouches weggespoeld.

In het andere scenario is het klaarlichte dag. Het angstzweet zal weken en maanden in de kleren hangen. Er wacht de confrontatie met de familie. Allicht volgt een aanslepende gerechtelijke procedure. Van trouwe toeverlaat verander je plotsklaps in aangeschoten wild.

Een correcte medische behandeling behoort tot de universele rechten van de mens. De wetgeving terzake beschermt de patiënt tegen onzorgvuldige praktijken, die niet stroken met de 'standaard zorg'. Al is deze laatste niet steeds eenduidig te omschrijven. Hiervoor toetst men het medisch handelen aan wat van een doorsnee-arts - niet ieder van ons is een Robert Koch of Marie Curie - onder gelijkaardige omstandigheden en met de huidige stand van wetenschappelijke kennis mag verwacht worden.



Maar geneeskundig handelen is geen exacte wetenschap, die gehoorzaamt aan de wetten van Newton, maar eerder aan het onzekerheidsprincipe van Heisenberg. Uit grote Amerikaanse studies, waarbij tienduizenden hospitalisatiedossiers onder de loep werden genomen, weet men dat in vier op honderd hospitalisaties patiënten schadelijke gevolgen oplopen. Men spreekt van therapeutische tegenslag. In één op honderd is dit te wijten aan onzorgvuldig medisch handelen. De zogenaamde 'fault' dossiers. Uit sociale beweging heeft de wetgever geregeld dat compensatie kan worden toegekend voor geleden schade. Maar in de praktijk is de zorgaansprakelijkheid de laatste decennia ontaard in een loterij, waar gefrustreerde patiënten en gehaaide advocaten de strijd aangaan met de medische sector. Die zich verschanst in een dure en defensieve geneeskunde.

Vele landen hebben intussen getracht correcte regels voor zorgaansprakelijkheid in te voeren. België is niet de beste leerling van de klas en heeft de gewoonte over de grenzen te spieken. In 2007 lanceerde toenmalig minister Demotte het Scandinavisch model, dat aldaar sinds 1976 in voege is. Intussen gaf minister Oncelincx de voorkeur aan het Franse model, dat bij onze bureaus sinds 2002 operationeel is. De keuze tussen een Scandinavisch of een Frans model heeft niets van doen met smaak of rondingen, maar alles met schuld en boete.

In een notendop geeft de nieuwe wet aan de patiënt de mogelijkheid financiële compensatie te vragen, indien hij tijdens een medische behandeling schade opliep, zonder dat hiervoor een dure en moeizame gerechtelijke procedure nodig is. Het Fonds dat hiervoor opgericht wordt, oordeelt of er sprake is van onvoorziene schade (zowel 'fault' als 'no-fault') en stelt een financiële regeling voor. Wanneer het Fonds besluit tot 'fault' zal het de schadevergoeding vorderen bij de verzekering van de arts, zoniet betaalt het uit eigen middelen (belastinginkomsten). Uiteindelijk kan de patiënt de voorgestelde regeling steeds verwerpen en toch opteren voor een klassieke gerechtelijke procedure.

Voor het zover komt blijven er voor de arts een aantal onmisbare lessen. Het is bon ton hiervoor naar spreuken uit de oudheid te grijpen. Er is de heilzame medische terughoudendheid, welsprekend verwoord in 'Primum non nocere'. Er is ook de verhelderende openheid van het gesprek en het nederig toegeven van 'Errare humanum est'. Eens in de rechtszaal wordt het moeilijker om 'sorry' te zeggen. Maar geen enkele wettelijke regeling zal het leed van onverwachte schade opheffen en met die verantwoordelijkheid omgaan is voor de arts een uitdaging van elke dag.

Maar hoe zit het met de verantwoordelijkheid van andere beroepsgroepen? Die lijkt in onze maatschappij erg willekeurig verdeeld. De grootste zondebokken blijven de politici. Zij kozen ervoor om in de vuurlinie te staan. Het zal maar gebeuren dat ergens ten lande een vloedgolf een dijk overspoelt of er is al snel sprake van schuldig verzuim. De beste stuurlieden staan aan wal en blijken vaak journalisten te zijn. Die voor dag en dauw de politicus - fault of no-fault - uit bed bellen met de prangende vraag of hij al overwogen heeft zijn verantwoordelijkheid te nemen. De waan van de dag heerst in de media. De waarheid volgt later. Voorlopig heeft die vele gezichten.

En wat te zeggen van de verantwoordelijkheid van de rechterlijke macht? De gesloten wereld van magistraten lijkt soms een permanente langzaamzaamactie te voeren. Maar aanslepende procedures, vertragingen, verjaarde dossiers zijn voor de betrokken burgers even ziekmakend als een etterend abces en kunnen mensen psychisch ontwrichten. Evenzeer als in de gezondheidszorg verwacht de maatschappij zorgvuldig handelen in de juridische sector.

Dit brengt ons uiteindelijk bij de verantwoordelijkheid van ieder van ons.

Wie durft 's avonds, 'nog even voor het slapen gaan, in 't eigen hert te kijken' en bevestigen dat hij zorgvuldig gehandeld heeft.

Met respect voor de medemens.

Met terughoudendheid voor de tegenstander.

Met eerbied voor moeder aarde.

Met bezorgdheid voor de komende generaties.

Doof dan het licht, slaap gerust en droom weldadig.