

In de beste families

Het komt voor in de beste families: één lid van de familie maakt het in de geneeskunde terwijl een ander het ver schopt in een andere discipline en daardoor publieke aandacht krijgt. 'In de beste families' tast af hoe de verhoudingen liggen tussen deze broers en zussen, echtgenoten of partners, zonen en moeders of vaders en dochters. Wat zijn de raakvlakken? Wie beïnvloedt wie? Kunnen ze elkaar versterken door hun onderlinge band of juist niet?

Dubbelinterview met Roger en Bruno Dillemans

Met 'Het is geen sinecure om vader en zoon samen te krijgen, nietwaar?', heten dokter Bruno Dillemans en zijn vader, ere-rector Roger Dillemans, ons welkom in Brugge. Beide drukbezette heren vonden voor Artsenkrant een gaatje in hun agenda.

Bruno en Roger Dillemans zetten een stevige boom op over diverse aspecten van hun vakgebieden. Topchirurg Bruno specialiseerde in obesitasoperaties. Vader Roger maakte naam als rector van de K.U. Leuven. In opdracht van Jean-Luc Dehaene schreef hij ooit een rapport over de sociale zekerheid.

Waarom ben je indertijd geneeskunde gaan studeren, Bruno?

Ik wilde altijd biologie doen. Maar mijn vader zag me liever kiezen uit maatschappelijk sterke domeinen als rechten, burgerlijk ingenieur of geneeskunde. Ik heb gekozen wat het nauwst bij mijn interesse aansloot. Nadien, vanaf de doctoraten, is die

zorg voor patiënten steeds meer gegroeid. Ik zie nu bij mijn dochter dat er toch veel meer geneeskunde wordt gedoceerd in de eerste jaren – en dat is goed.

Uw dochter treedt dus in uw voetsporen?

Bruno: Ja, en ze doet dat zeer goed. Maar de opleiding is flink zwaarder geworden. Ik heb er veel respect voor: weinigen zijn uitverkoren om in dit vak te beginnen.

Roger: Het ingangsexamen is geen numerus clausus. Daar wordt kunnen en kennen getest, en dat is goed. Nu beslissen te veel mensen op het laatste moment wat ze gaan studeren. En men kiest vaak voor een studie, in plaats van ook rekening te hou-

den tot welk soort leven die studie leidt.

Waarom suggereerde u precies die richtingen?

Roger: Bij de keuze voor geneeskunde heeft zijn moeder een rol gespeeld. Door zijn interesse voor biologie en wiskunde achtte ik hem geschikt om geneeskunde te gaan doen. Ik besefte immers het belang van dit beroep. Ik vind arts het mooiste beroep dat er is.

In termen van het helpen van mensen?

Roger: Ja, maar ook in termen van wonderen doen. Vergeet niet dat de vooruitgang van de wetenschap zich voor een zeer groot stuk in de geneeskunde situeert. Het gros van de giften en fondsen voor research aan de K.U. Leuven gaan naar geneeskunde.

Van arts naar chirurg, is dat een evidente stap?

Bruno: Het is eerder mettertijd gegroeid. Ik heb als stagiair en co-assistent veel op de chirurgische discipline gewerkt, onder meer op Gasthuisberg. Daar heb je een spectaculaire spoedgevallendienst. Betrokken worden bij zware chirurgische pathologieën en polytrauma's, in een multidisciplinaire aanpak, daar zijn veel studenten door geënthousiasmeerd. Dat heeft mij doen zeggen: ik ga chirurgie doen. Dat vond ik uitdagend, ik had het gevoel dat je heel wat kon betekenen voor de patiënt.

En heb je dan het gevoel, zoals je vader zegt, dat je wonderen kan verrichten?

Bruno: Dat was mijn invalshoek vroeger, nu minder. Het puur technische aspect van de chirurgie is mij meer en meer gaan boeien. Het valt op hoe goed de chirurgische opleiding in België is. Men legt echt het accent op

het verwerven van stielkennis. Veel Belgische chirurgen behoren inzake technische skills en innovatieve technieken tot de wereldtop.

Ik heb mij gespecialiseerd in de laparoscopische en abdominale heelkunde in Groningen. Daar word je zeer snel voor vol aanzien, men geeft je alle kansen, dat is wel aantrekkelijk.

België behoort inzake chirurgie tot de wereldtop. Wordt dat internationaal erkend?

Bruno: Ja! Of het gaat om hartchirurgie of laparoscopische heelkunde, veel van onze chirurgen zijn top. Ze worden vaak gevraagd op internationale congressen. Zoals veel Belgische collega's kom ik uit de generatie toen laparoscopie juist begon. Wij zijn mee op die trein gesprongen.

Roger: Ik vind het verheffend dat hij op verschillende plaatsen gaat spreken, zelfs live operaties gaat uitvoeren. Dat zorgt voor een enorm multiplicatoreffect.

U bent intussen vooral bezig met de obesitasproblematiek. Geldt dat innovatieve daar ook?

Bruno: De bariatrische heelkunde is in de VS ontstaan in de jaren 60-70. Het heeft een hele tijd geduurd voor ze in Europa ingeburgerd is geraakt. Geleidelijk heeft men echter gezien hoe goed de resultaten waren, voor de patiënt, maar ook voor de gezondheidszorg in haar geheel.

Heel belangrijk daarbij: de laparoscopische toegangsweg heeft de drempel om voor een operatie te kiezen flink verlaagd.

Ook mediafiguren hebben bijgedragen om bariatrische heelkunde te demystifiëren. We moesten immers lang strijden om dit uit de lifestyle-sfeer te halen. We zien nu dat we van een verhouding van 80% vrouwelijke en 20% mannelijke patiënten naar een verhouding 55-45 zijn gegaan.

Het ziekenhuis in Brugge waar u actief bent, heeft terzake een serieuze reputatie opgebouwd.

Bruno: We werden in het AZ Sint-Jan een flink centrum. Bestaande ingrepen zoals de gastric bypass hebben we geperfectioneerd. Door niet-essentiële manoeuvres weg te laten en technische verfijningen in te voeren konden we de duur van zo'n ingreep reduceren tot 40 minuten. Door standaardisatie en intense training van het team

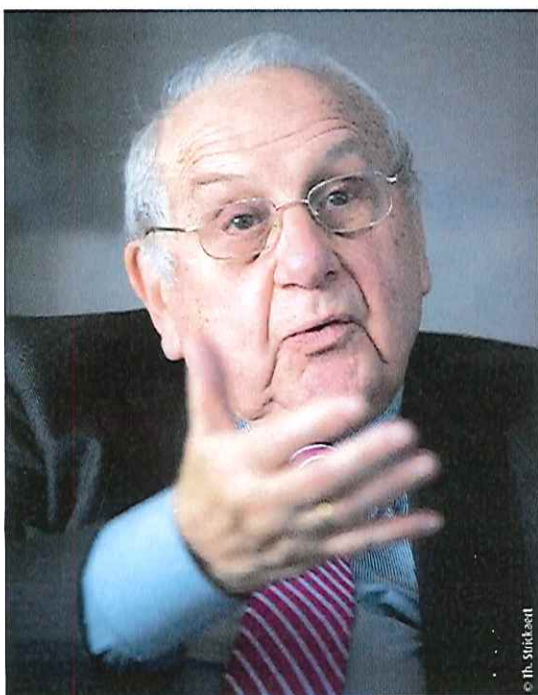
konden we de operatie zeer veilig maken, zodat ook de kans op lekkage of mortaliteit uiterst klein werd. Daarin zit onze verdienste, denk ik. Dat maakt dat wij, samen met andere centra, toch een autoriteit op dat vlak werden en dat collega's ons komen opzoeken om te kijken hoe we dat doen.

Maar ik wil nog iets zeggen over de benefits van zulke ingrepen. Er is niet alleen de gewichtsafname en de eventuele cosmetische benefit, je krijgt ook een gunstig effect op geassocieerde aandoeningen zoals diabetes, hypertensie, slaapproblemen, hoge cholesterol. De levenskwaliteit van de patiënt neemt dus toe. Andere studies tonen ook aan dat morbide obese patiënten langer leven als ze die ingreep laten doen.

Roger: De moderne sociale zekerheid probeert in de eerste plaats te zorgen dat een risico niet voorkomt. De tweede opgave is het herstellen. Pas op de derde plaats komt de vergoeding. Bruno is actief inzake preventie én herstel, daar zit het belang van zijn werk. Dat ligt mee aan de basis van de zonodige herprioritering in de sociale zekerheid. Want gezondheidszorg is het minst beheersbare risico, veel minder dan pensioenen en werkloosheid. Gezondheid is immers het hoogste goed voor de meeste mensen.

Obesitas blijft niet meer beperkt tot het Westen?

Bruno: In het Westen is het een moeilijk beheersbare materie geworden. De incidenties nemen jaar na jaar toe, in de VS, Scandinavië, de UK, Australië. Maar nu komt India eraan en het Midden-Oosten. Het is echt een pandemie. Ik denk dat het probleem overge-



Roger Dillemans: 'Geneeskunde is ook belangrijk in termen van wonderen doen.'

'De meerwaarde van bariatrische heelkunde is groot'

wicht wereldwijd minstens zo groot als dat van ondergewicht.

Heb je het dan over anorexia?

Bruno: Nee, ondergewicht door honger. Anorexia is een ernstig maar zeldzaam voorkomend probleem, obesitas daarentegen is een mega-probleem.

Heeft dat met onze levenswijze te maken?

Bruno: Ja! Het eetpatroon, de sedentaire levensstijl. We proberen mensen te sensibiliseren, maar preventie moet beginnen op jongere leeftijd, met meer sport op school, het onder controle houden van het voedingspatroon, het moet ingebed zijn in het gezin. En het moet echt gebeuren, want het probleem is niet meer beheersbaar.

En een operatie heeft ook positieve effecten op de omgeving?

Bruno: Als je een morbide obese patiënt opereert, zie je inderdaad dat de partner of kinderen het enthousiasme gaan delen, minder gaan eten bijvoorbeeld. Hier is dus sprake van collateral benefit.

Is er eigenlijk een link tussen obesitas en het sociale milieu?

Bruno: Zeker. Bij een lagere socio-economische status is het risico op obesitas groter, onder meer door

ongezonde voeding. Maar er zijn geografische verschillen. Zo heeft men in Midden- en Zuid-Frankrijk obesitas relatief goed onder controle kunnen houden. Fastfoodketens zijn er lang geweest, maar men heeft daar ook andere eetgewoontes. Men werkt veel met oliën, je krijgt vlees en groenten zonder aardappelen.

Bent u een strenge arts, in de zin dat u wel wilt helpen, maar dat de patiënt er iets tegenover moet stellen?

Bruno: Ik ben veel strenger geworden. We besteden nu veel meer aandacht aan de aftercare, met onze diëtiste, eventueel een psycholoog. Maar ik wil ook de dienst sportgeneeskunde van ons ziekenhuis daarbij betrekken, want patiënten moeten geactiveerd worden. Ze moeten lopen, fietsen na een operatie.

Stemt dit alles u niet bezorgd? Want de sociale zekerheid krijgt wel de rekening?

Roger: Bruno zei het al: zo'n ingreep activeert mensen en hun gezondheid en werkvaardigheid stijgen. De meerwaarde daarvan is groot. Als men de bedragen, die mensen uitgeven aan medicatie voor welvaartziektes, zou kunnen uitsparen en besteden aan ontwikkelingshulp, daarmee kan je een continent redden.

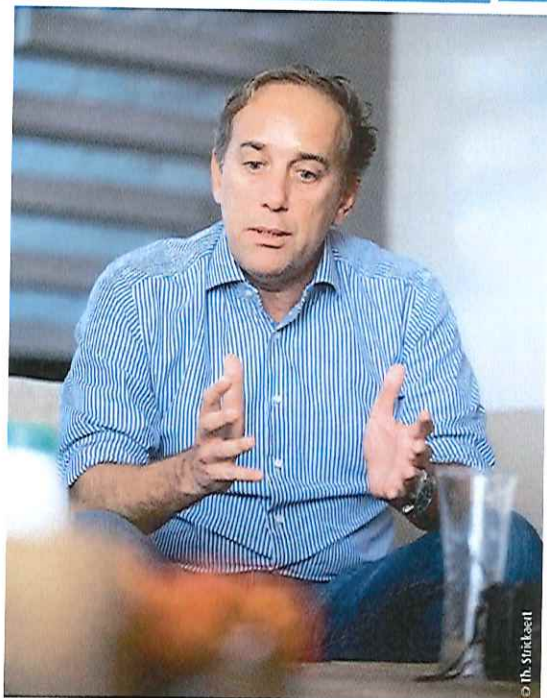
Bruno: Recent is een Finse studie verschenen. Die onderzocht of de bariatrische heelkunde economisch verantwoord is. Men heeft patiënten met een BMI van 40-50 gevolgd gedurende tien jaar, waarbij één groep geopereerd werd, de andere niet. Wat blijkt? Wie geopereerd is, kostte in die periode 33.000 euro aan de gemeenschap, een niet-geopereerde patiënt 50.000 euro. Daar is dus een duidelijke return on investment!

Ik hoor sommige van uw collega's opperen dat patiënten steeds mondiger zijn, dat men soms een gebrek aan respect ervaart. Ervaart u dat ook?

Bruno: De tevredenheid van een patiënt, die een bariatrische ingreep ondergaan heeft, is groot. Maar algemeen gesproken zijn mensen veeleisend geworden. Ik zeg vaak aan patiënten: we hebben de beste en meest toegankelijke gezondheidszorg. En als ik zie dat de overheid bezig is met patiëntenrechten vraag ik me af: wanneer komt dat charter met plichten?

Veel patiënten beseffen wel dat we een heel goed gezondheidssysteem hebben, maar dat is nog niet genoeg ingeburgerd.

Roger: Ik ben het daar mee eens. De mensen die met patiëntenrechten bezig zijn, zijn nu ook begaan met plichtenleer, en dat is hoog tijd. Maar het beleid in Vlaanderen zet zich ook in om het zorgaanbod te verbeteren, met een centrale positie



Bruno Dillemans: 'Zullen we straks nog een zo kwalitatief hoogstaande chirurgiepopulatie hebben?'

voor de huisarts, om de ouderenzorg te verbeteren en de geestelijke gezondheidszorg te intensifiëren.

Bruno: Ook de jurisdisering van ons beroep is toegenomen. Onderschat het medicolegaal aspect van chirurgie niet. In de UK bedraagt de beroepsaansprakelijkheidsverzekering om oncologische of vasculaire heelkunde te verrichten 5.000 pond, voor een bariatrische chirurg is dat 25.000 pond. Vandaar dat we zo de nadruk leggen op het vermijden van complicaties.

Heeft dat te maken met de veramerikanisering van onze maatschappij?

Bruno: In zekere zin wel. Vandaar dat wij, op advies van het ziekenhuis en van onze beroepsvereniging, patiënten terdege informeren en een 'informed consent' laten tekenen we opereren.

En dan is het tijd voor Dr. Dillemans om zich weer naar zijn patiënten te begeven. 'Ik werk 12 à 15 uur per

dag', geeft hij mee. Het ontlokt me een laatste vraag.

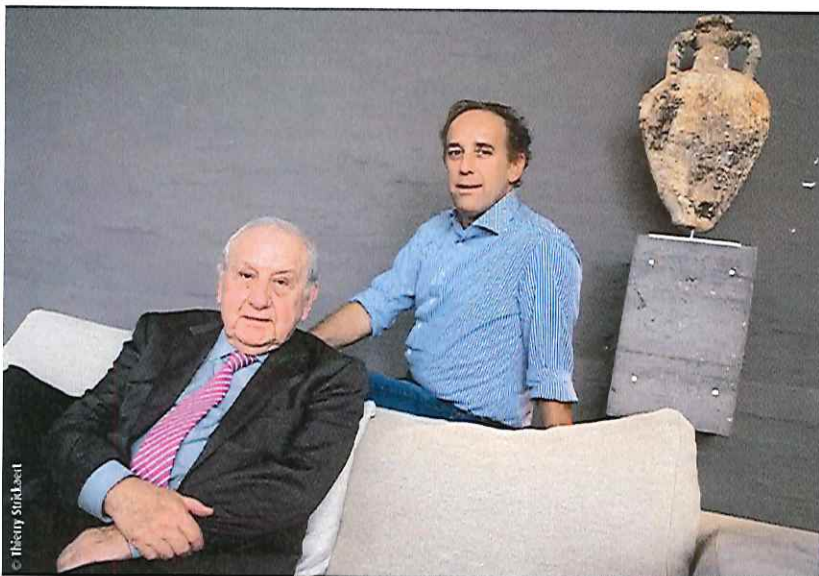
Herkent u dat uit uw tijd als rector? Ik vermoed dat u toen ook geleefd werd door de agenda?

Roger: Dat is voor een stuk waar. Maar bij mij was dat voor een welbepaalde periode. Onderschat dat niet. Ik kon veel delegeren. Bruno kan maar voor een stuk delegeren.

Bruno: Patiënten willen u zien. Ze aanvaarden niet dat je te veel delegeert. Opereren, dat moet ik zelf doen, maar dat is ook mijn vak.

Ik geef daaromtrent nog deze bedenking mee: men beperkt het aantal uren dat assistenten mogen werken. Maar chirurgie is toch gereleerd aan ervaring en expertise. Wanneer gaan ze hun vak chirurgisch technisch leren? Zullen we straks nog een zo kwalitatief hoogstaande chirurgiepopulatie hebben? Ik mag hopen van wel.

Erik Brusten



Bruno Dillemans (rechts):

"Ik wilde altijd biologie doen, maar mijn vader zag me liever kiezen uit maatschappelijk sterke domeinen".

Roger Dillemans (*1932) is erector van de K.U. Leuven en erkend expert inzake sociale zekerheid en gezondheidszorg. Samen met zijn echtgenote heeft hij vier zonen: Patrick, Bruno, Kris en Sam.

Bruno Dillemans (*1961) studeerde geneeskunde aan de K.U. Leuven met specialisatie chirurgie in Leuven, Roeselare en Groningen. Hij is hoofd van de afdeling Algemene, Vaat- en Kinderheelkunde van het A.Z. St-Jan in Brugge en tevens voorzitter van de Belgian Section of Obesity and Metabolic Surgery (BeSOMS). Samen met zijn echtgenote heeft hij drie dochters: Julie, Charlotte en Laura.

Nebivolol EG®



* Voor de kostprijs van 12 maanden behandeling met het merkgeneesmiddel, heeft uw patiënt 16 maanden behandeling met Nebivolol EG® 5 mg 98 tabletten (dit is geen indicator voor de behandelingsduur maar een prijsratio berekend op basis van het remgeld betaald door de actieve patiënt).