

DRIEMAANDELIJKS TIJDSCHRIFT VAN HET VLAAMS ARTSEN VERBOND

JANUARI - FEBRUARI - MAART 2017 (72STE JAARGANG) P006193





NOTEER NU REEDS IN UW AGENDA!

**Bezoek aan de nieuwe Belfius
Kunsttentoonstelling in Brussel
op 22 april, namiddag.**

Lidgeld VAV

Gewoon lid €75 - Arts in opleiding of zonder
praktijk €35 - Artsenkoppel €90, Artsenkoppel
in opleiding of zonder praktijk €45 - Steunend
lid €100

KBC IBAN nr.: BE22 4073 0622 5147

Secretariaat VAV: Dascottelei 78 2100 Deurne

Tel. 0468-309334 (NIEUW NUMMER)

e-post: info@vgv.be – webstek: www.vgv.be

Het secretariaat is open van maandag tot
donderdag (9 u-14 u).

RAAD VAN BESTUUR 2015-2017

Voorzitter: Geert Debruyne

Ondervoorzitter: Lieve Van Ermen

Secretaris: Bart Garmyn

Penningmeester (cultuur): Jan Dockx*

Leden: Albert Baert, Chris Geens, Frank Goes (hoofdredacteur *Periodiek*), Piet Jongbloet, Eric Ponette*, Dirk Van de Voorde, Jan Van Meirhaeghe* en Robrecht Vermeulen*
*oud-voorzitter

RAAD VOOR ADVIES

prof. dr. R. Casteels, KU Leuven

prof. dr. D. De Looze, UGent

prof. dr. L. Denis, Oncologisch Centrum Antwerpen

prof. dr. A. Dupont, VUB

prof. dr. J. Peers, KU Leuven

prof. dr. P. Van Cauwenberge, voorzitter HoGent

prof. dr. Ph. Vandekerckhove, Rode Kruis Vlaanderen

prof. dr. D. Brutsaert, UAntwerpen

PERIODIEK

Redactieraad: prof. dr. A. Baert, dr. J. Dockx,

prof. dr. C. Geens, dr. P.H. Jongbloet, prof. dr. E. Ponette,

dr. R. Vermeulen, dr. J. Van Meirhaeghe, dr. B. Garmyn

Verantwoordelijke uitgever: dr. F. Goes,

Sionkloosterlaan 7, 2930 Brasschaat

Hoofdredacteur: dr. F. Goes

Redactie cultuur: dr. P.H. Jongbloet

De gepubliceerde bijdragen verschijnen onder
de verantwoordelijkheid van de auteurs.

Lay-out: www.xpair.be

Drukkerij: Jules De Winter, Bisschoppenhoflaan 216,
2100 Deurne, tel. 03/232.20.22, fax. 03/225.15.84

INHOUD

Voorwoord	3
Citaten	4
Van de hoofdredacteur en de lezers	5
MISSIETEKST VAN HET VAV	6
(F)ACTUEEL	8
GESCHIEDENIS VAN DE GENEESKUNDE	
Medicina Observationum Exempla Rara	9
POLITIEKE ACTUALITEIT	13
FORUM	18
MEDISCHE ACTUALITEIT	23
CULTUUR	27
Boeken	27
Muziek	29
Tentoonstellingen	31
Film	32
VAV Bezoekt	34
In memoriam	35

Voorwoord

Een nieuwe lente en een nieuw geluid: Ik wil dat dit lied klinkt als het gefluit, dat ik vaak hoorde voor een zomernacht in een oud stadje, langs de watergracht...
(Mei, H. Gorter)

Vlaams Artsenverbond / VAV

95 jaar jong en nog steeds op zoek naar de ultieme realisatie van zijn doelstellingen.

Dat is zeer bondig de onverminderde bestaansreden van het verbond van artsen in Vlaanderen opgericht als Vlaamse Geneesherenverbond en sedert enkele dagen herdoopt tot VAV, Vlaamse Artsenverbond.

Artsen uiteraard omdat dat beter klinkt dan geneeskundigen en alle artsen van beider kunne omvat. Verbond om de positieve impact van verbondenheid letterlijk in de naamgeving te benadrukken.

Immers ook al verenigt het VAV ook artsen, die de doelstellingen onderschrijven, het blijft bij uitstek ook artsen verbinden in een gezamenlijk project ten einde een efficiënter beleid met eigen klemtonen in de gezondheidssector mogelijk te maken.

Voor alle geëngageerde, alle in het VAV verbonden Vlaamse artsen, kan een **toekomstgerichte, efficiënte, dus ook duurzame, integrale en autonome Vlaamse gezondheidszorg** maar gerealiseerd worden door alle bevoegdheden naar de gemeenschappen over te hevelen.

De ongetwijfeld meerdere, zelfs grote successen van de Vlaamse ontvoogdingsstrijd verworven binnen het kader van zes opeenvolgende staatshervormingen ten spijt kan een verdere communautarisering van de integrale gezondheidszorg, de meest persoonsgebonden materie bij uitstek, immers nooit definitief afgewezen worden. Preventiebeleid binnen het gehele volksgezondheidsbeleid moet ongehinderd en binnen één unieke bevoegdheid door het curatieve aanbod gevolgd worden. Dat beleidsniveau moet de Nederlandstalige gemeenschap, dus Vlaanderen toekomen.

Het VAV stond pal bij de recentste perikelen rond de **artsencontingentering** en vooral de federale toekenning van RIZIV-erkenningsnummers voor artsen en specialisten na 20 jaar bewust wanbeleid aan Franstalige kant. Eindelijk wordt een toelatingsproef in de Franstalige gemeenschap ingevoerd. Met voorlopig overigens maar één enkele zit-tijd en pas na aandringen één centrale examenlocatie. Alertheid blijft dus aan de orde en daar zal ook nu het VAV een voortrekkersrol blijven opnemen.

De zevende staatshervorming voorbereiden wordt het volgende politieke project. Daartoe organiseert het VAV een wetenschappelijk symposium te Brussel op 23 september as. Bij de regeringsvorming in 2019 moet het akkoord verdere stappen inhouden zodat adequaat persoonsgebonden aangelegenheden – onderwijs en welzijn (nu al Vlaams) en gezondheid (gedeeltelijk Vlaams) – toch één consistent geheel kunnen vormen. En dat betekent inderdaad een grote stap naar een **communautarisering van de gezondheidszorg** in het kader van een Vlaamse Sociale Zekerheid.

En om dat alles met de grootst mogelijke slaagkans te realiseren moet het VAV opnieuw aan ledenwerving doen. Dit nummer “Periodiek” met de publicatie van de vernieuwde missie en de bekendmaking van de nieuwe naam moet de aftrap zijn van een brede wervingscampagne. Elk VAV-lid moet zich hierover aangesproken voelen om binnen eigen praktijk, eigen artsenkring, eigen ziekenhuis, eigen beroepsvereniging, ... ‘van deur tot deur’ het VAV-lidmaatschap te promoten. Het nieuw aangestelde bestuur in het geheel en uw dienaar, voor een tweede legislatuur aangesteld als voorzitter, in het bijzonder, rekenen daar ten stelligste op.

Met dank en veel leesgenot.



Geert Debruyne, voorzitter



Als je jezelf openstelt voor mensen
doen zij hetzelfde; je krijgt terug
wat je zelf geeft.

(Ivan De Vadder Knack 7 december 2016)

Een "neen" is geen ontmoediging,
maar een kans om bij te leren en
beter te doen.

*(Frank Maene Volta Ventures-Trends
15 December 2016)*

Wanneer jij, na veel zoeken, geen
oplossing vindt voor een probleem,
moet jij niet verder zoeken maar
die waarheid accepteren.

Woede blijven cultiveren is zoals
vergift drinken en hopen dat de
andere sterft.

(Boeddha)

Een boek schrijven is 5% inspiratie
en 95% transpiratie.

(Jef Geeraerts)

VAN DE HOOFDREDACTEUR EN DE LEZERS

Periodiek 4, 71 ste jaargang “Brusselse omwenteling” Prof. em. Evrard

Proficiat voor dit mooi verhaal waar men in Brussel en De Rand en ook in Vlaanderen veel te weinig over weet. Want inderdaad, in het verleden leest men het heden. H. Pirenne kwam inderdaad uit Verviers, maar was ook professor aan de universiteit van Gent en natuurlijk aan de ULB. Zijn zoon Jacques bespreekt in Histoire de l'Europe tome III wel degelijk deze problematiek en beschrijft hoe heel Europa toen in brand stond.

Bij hem en ook bij vele anderen lezen wij: Bruxelles donne asile à beaucoup d'esprits étrangers et malcontents (polonais, russes, anglais, napoléonistes persécutés...). Nihil novo sub sole ! En om te weten hoe rustig het in Vlaanderen was moet men de verhalen lezen van de overwegend katholieke Franstalige bourgeoisie in de Vlaamse steden die helemaal niet blij waren met het voorstel van de koning om binnen de administratie tweetaligheid in het ganse land in te voeren.

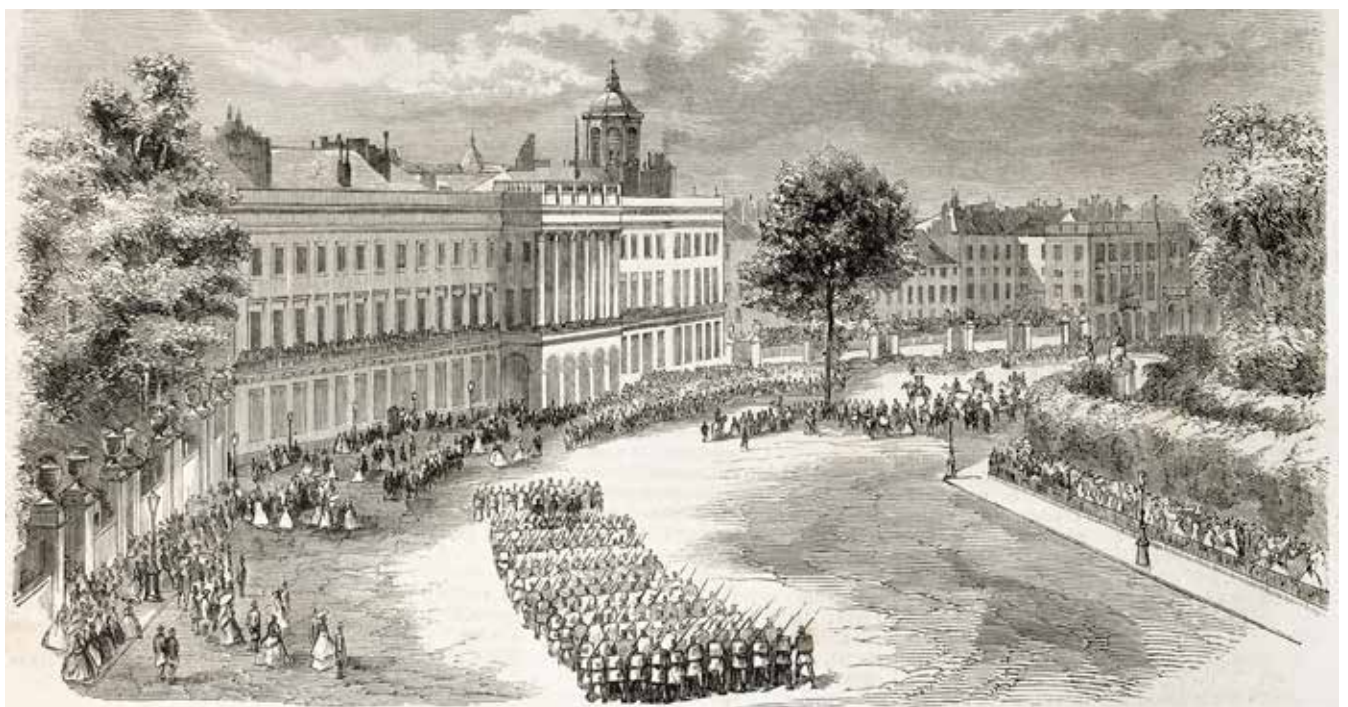
De Fransen hebben zeker uitgebreid geholpen maar waren helemaal niet alleen.

Toch veel dank voor uw bijdrage. Prof.em.dr. Chris Geens - Huisarts actief Brussel en De Rand

Uw hoofdredacteur had deze maal een overaanbod van interessante bijdragen, waarvoor dank aan alle medewerkers. Enkele bijdragen worden verschoven naar het volgend nummer en het uitgebreid en volledig referentie-overzicht van Eric Ponette is ook te lezen op de webstek. Uiteraard



krijgt de nieuwe missietekst, die hier in extenso wordt gepubliceerd en waarvan ook een kortere versie zal worden verspreid bij alle Vlaamse artsen, de voorrang in dit nummer. Wij gaan ervan uit dat de algemene vergadering en de missietekst en de naamswijziging van het VGV- dat wordt VAV - zal goedkeuren. Het nieuwe VAV zal inzetten op ledenwerving. Nog te weinig artsen weten wat onze vereniging voor hen deed, doet, en nog zal realiseren. Met velen zijn wij sterk en kan het VAV de belangen van de Vlaamse artsen nog veel beter verdedigen. Er zijn dus twee redenen waarom nieuwe leden zullen aansluiten; omdat zij de missie steunen en ook uit eigenbelang.



MISSIETEKST VAN HET VLAAMS ARTSENVERBOND (VAV) TEKST DIE TER GOEDKEURING ZAL WORDEN VOORGELEGD AAN DE ALGEMENE VERGADERING OP 25 FEBRUARI 2017

Wat is het VAV?

Het Vlaams Artsenverbond (VAV) (recente naamwijziging van Vlaams Geneeskundigenverbond of VGV) is een socioculturele vereniging voor en van Vlaamse artsen.

Het VAV heeft geen syndicale, partijpolitieke of filosofische bindingen.

De rechtsvorm van het VAV is een vereniging zonder winst oogmerk (vzw).

De gewijzigde statuten staan op onze VAV-webstek www.vgv.be (rubriek bestuur).

Elementen van de geschiedenis van het VAV vindt u terug in Periodiek (2013/4, 2014/1 en 2) en op www.vgv.be (rubriek historiek).

Doelstellingen

1

Realisatie van een **autonome Vlaamse gezondheidszorg** als onderdeel van een autonome Vlaamse sociale zekerheid (SZ) en op termijn de volledige autonomie van de Vlaamse Gemeenschap

Op 8 februari 1995 onderschreef het VGV het standpunt van het Overlegcentrum van Vlaamse Verenigingen (OVV) "De organisatie en de financiering van de SZ moet zo vlug mogelijk onder de verantwoordelijkheid van Vlaanderen en Wallonië gebracht worden". Het VGV trad ook toe tot het Aktiecomitee voor een Vlaamse Sociale Zekerheid (AK-VSZ), een werkgroep van het OVV (Brochure AK-VSZ "Naar een Vlaamse Sociale Zekerheid", februari 1996).

Het VAV laat bij zijn streven naar een integrale Vlaamse gezondheidszorg de inwoners van Brussel niet vallen. Daarom eist het de communautarisering van de gezondheidszorg, dus een overheveling naar de Vlaamse en Franse Gemeenschap, waarbij de inwoners van Brussel kunnen kiezen voor het stelsel van een van beide gemeenschappen, zoals bepaald in resolutie nr. 4 van het Vlaams Parlement van 3 maart 1999 (AK-VSZ: "Uw Vlaamse sociale zekerheid na de zesde staatshervorming?", april 2014, p. 14-18, www.akvsz.org). Communautarisering staat in tegenstelling tot regionalisering, waarbij de overheveling zou gaan naar het Vlaams, Waals en Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Onze argumenten voor een autonome Vlaamse gezond-

heidszorg zijn: eigen klemtonen leggen, het beleid efficiënter maken en de gemeenschappen responsabiliseren tot een spaarzamer beleid. De argumenten, de tegenwerpingen en het antwoord hierop worden besproken in een afzonderlijk document "Naar een communautarisering van de gezondheidszorg in het kader van een Vlaamse SZ" (zie elders in dit nummer).

Over de institutionele vorm van de toekomstige Vlaamse autonomie, confederalisme of onafhankelijkheid, neemt het VAV geen standpunt in.

Het VAV denkt ook na over de integratie van de immigranten en over de samenwerking met andere volkeren binnen de Europese Unie. Het VAV steunt bovendien ontwikkelingssamenwerking met andere volkeren in de wereld.

2

De **vernederlandsing van geneeskundige opleiding, beroep en dienstverlening** in het Nederlands taalgebied, het hoofdstedelijk gebied Brussel inbegrepen

Het doel om alle Nederlandstaligen in Brussel te laten genieten van een Nederlandstalige dienstverlening, zowel op het niveau van de huisartsen, de specialisten in en buiten de ziekenhuizen en in de spoeddiensten, is nog niet gerealiseerd. Goede initiatieven, zoals de huisartsenwachtpost (www.wachtpostterranova.be) en het Huis voor Gezondheid (www.huisvoorgezondheid.be) worden door het VAV moreel ondersteund.

Doch ook buiten Brussel en Vlaams-Brabant rijzen er nog problemen. Zo is het oorspronkelijk aanbod van het universitair medisch onderwijs in het Engels voor buitenlandse studenten uitgegroeid tot een systeem dat in meerdere universiteiten steeds verder als vanzelfsprekend opgedrongen wordt aan de Vlaamse studenten.

Onze argumenten voor het behoud van het Nederlands zijn: het belang van de moedertaal voor genuanceerde kennisoverdracht, de zorg voor de autochtone en allochtone sociaal zwakkeren, het behoud van het Nederlands als wetenschappelijke taal en het EU-principe "eenheid in verscheidenheid" (Periodiek 2009/1, p. 16-17).

3

Behartiging van de **belangen en de standpunten** van de **Vlaamse artsen in nationale en internationale organisaties**

Als gevolg van de EU-richtlijn van vrij verkeer van artsen binnen de EU, op voorwaarde van de (dubbelzinnig geformuleerde) kennis van één officiële taal van "de plek" waar ze hun beroep wensen uit te oefenen, zijn er in Vlaanderen en Brussel tal van buitenlandse artsen actief die het Nederlands niet machtig zijn. Een amendement van Vlaamse

leden van het Europees Parlement, ondersteund door het VGV, om die richtlijn aan te passen in overeenstemming met de patiëntenrechten in de Belgische situatie, heeft het in 2013 niet gehaald. (Periodiek 2013/4, p. 9 en 20; 2014/1, p. 32). Het probleem is nu terug actueel geworden in de rand van de discussies over de contingentering. Er is dus nog werk aan de winkel voor het VAV en de Vlaamse politici in België en het Europees Parlement.

4

Bevordering van de *samenwerking tussen Vlaamse en Nederlandse organisaties van geneeskunde*

Realisaties

Ad 1 Autonome Vlaamse gezondheidszorg

1.1 Tijdens de zesde staatshervorming werd in het Federaal Parlement een discrete doch substantiële stap gezet naar een Vlaamse gezondheidszorg: bevoegdheden goed voor 13,4 % van het RIZIV-budget werden naar de deelstaten overgeheveld (Periodiek 2014/1, p. 6) dankzij intensief lobbywerk van het VGV; bovendien werd een VGV-bestuurslid aangezocht om als expert te zetelen in een politieke commissie die de hervorming van de gezondheidszorg voorbereidde.

1.2 In het dossier van de contingentering leverde het VGV zeer belangrijke inspanningen om de belangen van de Vlaamse studenten geneeskunde en de Vlaamse artsen te verdedigen. In 2012 richtte het VGV over dat thema een symposium in (zie lager). Met een persactie einde 2013 slaagde het VGV erin een KB van minister Onkelinx, om de contingentering af te schaffen voor bepaalde medische specialismen, te kelderen (Periodiek 2014/2, p. 9-10). En mede door een intensieve actie van het VGV, deels samen met het OVV (zie www.vgv.be startpagina en Periodiek 2016/3), werd het advies van de Planningscommissie voor medisch aanbod om de 60 N/40 F-verdeelsleutel voor artsenquota om te zetten in 56,5 N/43,5 F politiek afgeblokt op 15 september 2016.

Ad 2 Vernederlandsing van geneeskundige opleiding, beroep en dienstverlening

2.1 In die optiek heeft het VGV in de periode van de unitaire Belgische wetenschappelijke artsenverenigingen, met meestal het Frans als voornaamste voertaal, geijverd voor de structurele ontubbeling met paritaire Nederlandstalige/Franstalige vertegenwoordiging en eveneens voor de oprichting van autonome Nederlandstalige wetenschappelijke verenigingen voor iedere discipline.

2.2 Tot 2009 werden patiënten uit de gemeenten in de streek van Halle bij een urgente oproep opgehaald door de Medische Urgentiegroep (MUG) van het Franstalige Erasmusziekenhuis en het ziekenhuis van Tubeke, wat regelmatig tot communicatieproblemen leidde met soms

ernstige medische gevolgen (Periodiek 2006/3, p. 12-14). Daaraan kwam op 1 januari 2010 een einde door de oprichting van een MUG te Halle, waarvoor het VGV ijverde in gesprekken met de burgemeester van Halle en de toenmalige directeur van het Sint-Maria ziekenhuis (Periodiek, 2010/1, p. 7).

2.3 In 2012 is het VGV samen met het Verbond der Vlaamse Academici (VVA) erin geslaagd de politici ervan te overtuigen om de verengelsing van het universitair medisch onderwijs enigszins te matigen (Periodiek 2012/3, p.9).

Ad 3 Belangen en standpunten van Vlaamse artsen in nationale organisaties

Zowel het Rode Kruis (www.rodekruis.be) als de Orde der geneesheren, nu Orde der Artsen, (www.ordomedic.be) ondergingen in de loop der jaren een geleidelijke communautaire ontubbeling en verzelfstandiging van hun Nederlandstalige afdeling tot het Rode Kruis-Vlaanderen en tot de Nederlandstalige afdeling van de Nationale Raad van de Orde. In deze evolutie speelde het VGV zowel voor de eerste (Periodiek 2005/6, p. 65; 2006/3, p. 18) als voor de tweede organisatie (Periodiek 2006/3, p. 21; 2008/4, p. 9 en 38) een belangrijke ondersteunende rol.

Actiemiddelen

1

Voor de studie van medico-sociale problemen en de verspreiding van ingenomen standpunten maakt het VAV-gebruik van verschillende kanalen:

- Ongeveer om de twee jaar wordt een *symposium* rond een bepaald thema georganiseerd.

Een overzicht sinds 2000:

- 23 juni 2001: “Welke geneeskunde willen wij in Vlaanderen?” (De Schelp, Vlaams Parlement te Brussel)
- 14 september 2002: “Integratie van preventieve en curatieve geneeskunde – Naar een Vlaams gezondheidsbeleid” (De Schelp, Vlaams Parlement te Brussel)
- 8 mei 2004: “Gezonde gezondheidszorg in een gezonde economie – De economische aspecten van de Vlaamse gezondheidszorg” (De Schelp, Vlaams Parlement te Brussel)
- 18 maart 2006: “25 jaar Vlaamse gezondheidszorg – Preventie is samenzorg” (samen met VVMV, De Schelp, Vlaams Parlement te Brussel)
- 18 oktober 2008: “Naar een blauwdruk voor een Vlaamse gezondheidszorg – Leren uit buitenlandse ervaringen” (samen met Doktersgild Van Helmont, De Schelp, Vlaams Parlement te Brussel)
- 23 oktober 2010: “Armoede en gezondheidszorg

in Vlaanderen” (samen met VVMV en Doktersgild Van Helmont, De Schelp, Vlaams Parlement te Brussel)

- 13 oktober 2012: “Contingentering: zegen of vloek?” (met de steun van Doktersgild Van Helmont, Paleis der Academiën te Brussel)
 - 22 februari 2014: Debat over “Nieuwe rol van zorgverzekeraars/ziekenfondsen” en “Digitale medische communicatie” (Antwerpen)
 - 27 september 2014: “Welke toekomst voor de Forensische Psychiatrie in Vlaanderen? – Forensische Psychiatrische Centra: een oplossing voor de schande van de internering?” (samen met de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België, Paleis der Academiën te Brussel)
 - 23 september 2017: Vlaamse gezondheidszorg na de 6^{de} staatshervorming (in voorbereiding)
- Het **VAV-tijdschrift *Periodiek*** verschijnt viermaal per jaar in gedrukte en elektronische versie, beschikbaar op www.vgv.be
 - Op de **VAV-webstek** (www.vgv.be) verschijnt bijkomende informatie over door het VAV ingenomen standpunten en VAV-activiteiten (culturele activiteiten en symposia). Verder kunnen alle nummers van *Periodiek* er ook elektronisch worden geraadpleegd. Tenslotte vindt u er inlichtingen over het VAV-bestuur, over de VAV-historiek en over de wijze waarop u met het VAV-contact kan nemen.

- Tijdens de **jaarlijkse Algemene Ledenvergadering van het VAV** wordt verslag gebracht over de werking gedurende het voorbije jaar en worden de plannen van het volgende jaar besproken en afgetoetst aan het oordeel van de leden.

2

Voor het realiseren van de ingenomen standpunten maakt het VAV bovendien gebruik van:

- ***persberichten***
- ***brieven en bezoeken aan politici, vertegenwoordigers van de overheid en andere actoren in de gezondheidssector.***

Zo heeft het VAV in de loop der jaren een uitgebreid netwerk uitgebouwd.

De organisatie van **culturele manifestaties**, hoofdzakelijk geleide bezoeken aan tentoonstellingen van vooral beeldende kunsten en geschiedenis, leidt tot betere contacten en samenwerking tussen de VAV-leden onderling. Het VAV plant jaarlijks drie tot vier dergelijke bezoeken met gids.

De Raad van Bestuur van het VAV, 8 december 2016

(F)ACTUEEL



GUISLAINMUSEUM

De Tijd, 6 januari 2017

Tegen eind 2017 kan men het Guislainmuseum in Gent online wereldwijd bezoeken. Tegen eind dit jaar zou dan ook de virtuele tentoonstelling over de geschiedenis van de psychiatrie klaar zijn. Directeur Patrick Allegaert wil het museum digitaal en internationaal meer bekendheid geven.

Frank Goes



HUIDDIEREN: DE NIEUWE PROEFDIEREN.

The Economist, 12 november 2016

De ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen is een dure en gewaagde onderneming. Talrijke veelbelovende nieuwe molecules vallen door de mand tijdens de klinische proefprojecten. Inderdaad “model” proefdieren zoals muizen blijken niet altijd geschikt om de natuurlijke aandoening zoals ze bij mensen voorkomt na te bootsen. Een Amerikaanse firma biedt nu aan farmaceutische bedrijven aan om hun nieuwe producten te testen op huisdieren zoals honden, die een kwaadaardige tumor ontwikkelen en geen kans op overleving maken. Volgens



de firma zouden 60% van de personen, die gecontacteerd werden bereid zijn om mee te werken met dergelijk proefproject om twee redenen: hun troeteldier levert een bijdrage tot de wetenschap en het krijgt tevens de kans te profiteren van de meest recent ontwikkelde antikanker geneesmiddelen. In de toekomst zouden huisdieren ook kunnen ingeschakeld worden voor andere ziekten dan kanker. Zo is bekend dat paarden zeer goed gelijken op mensen voor wat betreft artritis en katten voor wat betreft borstkanker

Albert Baert



PAUL MAGNETTE: DONALD TRUMP ACHTERNA

Enkele weken geleden heeft Waals minister-president een, internationaal opgemerkt, schijnvertragsmaneuver uitgevoerd door op zijn eentje de ondertekening van de CETA-handelsovereenkomst, waarover alle leden van de EU het na jaren onderhandeling eens waren geworden, even en zonder enig resultaat te vertragen. Naar het schijnt heeft dit David tegen Goliath optreden zijn populariteit bij de Waalse bevolking behoorlijk doen stijgen, wat waarschijnlijk de voornaamste bedoeling was. In het kader van zijn "koop Waals" plan heeft hij onlangs in een interview met het economisch weekblad "*Tendances*" (*Belang van Limburg* 6/1/2017) aangekondigd dat de verlichte verkeersborden , die boven de weg hangen , moeten verdwijnen want "*zij verbruiken te veel stroom en ze worden niet door Waalse bedrijven geproduceerd*" Zopas lezen we in *DS* (12/1/2017) dat een miljoenen order voor het Waals openbaar vervoer niet werd toegekend aan de enige Belgische busbouwer (VDL uit Roeselare), die een bod indiende maar wel aan een buitenlands bedrijf. Leve Wallonië eerst!

Albert Baert



ONGELOOFLIJKE BELEVENIS: MAHLER'S TWEEDE SYMFONIE IN DE GERENOVEERDE KONINGIN ELISABETHZAAL IN ANTWERPEN

In de nieuwe akoestisch gerenoveerde zaal Elisabeth Center naast de Zoo in Antwerpen, waar ik vroeger op zondag met mijn ouders naar de 'Exploration du monde' ging en Cofena concerten en zoveel andere mooie muziekervaringen beleefde. Na lange renovatiewerken ging de heropening door met op 3/12/2016 het programma: Mahler! Een beetje Wagneriaans aandoend, met een modern tintje (af en toe).

De nieuwe zaal 'hangt' zoals een rechthoekige hoge schoendoos in de oude zaal met 1300 ton gewapend spanbeton en overal eikenhouten panelen om je heen, als wanden in boogvorm; daarachter lavazand om eventuele trillingen te ontcrachten en kleine bronzen ronde plaatjes om de klank te verspreiden, goed voor zo'n 2000 toehoorders. Toen de cello's en contrabassen begonnen, bekeken we elkaar: "wat een klank, doet denken aan Bayreuth!" (ook alles in hout!). Naast het orkest een 75-koppig koor dat heel stil zong...heel speciaal, precies de zee. Een unieke belevenis! Een dirigent op leeftijd, Edo de Waart, een bezielde orkest, geflankeerd door uitmuntende zangers: een sopraan Erin Wall en even onvergetelijk, de alt Anna Larsson. De tweede symfonie, ook 'Auferstehung' genoemd, laat je Mahler's fascinatie voelen voor de dood. De alt mag in het vierde deel luidop het menselijk leed verwensen en in de finale bezingt het schitterende Groot Omroepkoor het verlichtende uitzicht op een leven in het hiernamaals. Zoals de Nederlandse auteur Simon Vestdijk zegt "Mahler is in zijn tweede symfonie niet zo zonnig en het leven gaat op de knieën voor de eeuwigheid". Het werk voor een gigantische orkestbezetting - indrukwekkend veel volk op het podium - werd voltooid in 1894, na 6 jaar werk!

Een geslaagde avond, ondanks één irritatie: de zaal werd gerenoveerd met niet ongeringe subsidies van de Vlaamse Regering, maar de Filharmonie heet vanaf nu: 'The Royal Flemish Philharmonic Orchestra'! Verloochenen we nu overal onze eigen taal van in BOZAR in Brussel tot deze verengelsing in Antwerpen?

Lieve Van Ermen



Marc Doods

Ziekenhuisapotheker-Productie manager Centrum voor klinische farmacologie U.Z. Leuven

GESCHIEDENIS VAN DE GENEESKUNDE



Medicinalium Observationum Exempla Rara

Rembert Dodoens werd op 29 juni 1517 geboren in Mechelen, op dat ogenblik hoofdstad van de Lage Landen en favoriete verblijfplaats van de Habsburgers. Zijn vader was Denys Dodoens, geneesheer te Mechelen, en zijn moeder Ursule Roelants, familie van de Mechelse stadsgeneesheer. De stadsgeneesheren traden op als tussenpersonen tussen het stadsbestuur en de artsen, verleenden advies rond de medische wetgeving, waren verantwoordelijk voor de preventie van besmettelijke ziekten in de stad, hielden toezicht op de stedelijke ziekenhuizen en verzorgden gratis de armen. Rembert Dodoens begon zijn opleiding aan de Mechelse Grootsschool, studeerde aan het Collegium Trilingue (Busleyden, Clusius, Erasmus, Mercator, Vesalius) in Leuven en behaalde het diploma van geneesheer aan de Katholieke Universiteit in Leuven in 1538. In 1541 werd hij ook stadsgeneesheer in zijn geboortestad en bleef dit gedurende 33 jaren vooreerst in de Lange Schipstraat en daarna in de Augustijnenstraat. In 1543 publiceerde Andreas Vesalius zijn “De humani corporis fabrica libri septem”. Tot de courante ziekten van deze tijd behoorden de pest (1), pokken, kinkhoest, “zweetziekte” en melaatsheid (lepra). Heel recent zijn er bij opgravingen rond de Sint-Romboutstoren in Mechelen verschillende skeletten gevonden uit de zestiende eeuw met sporen van spina bifida, scoliose, trepanaties (uitgevoerd door keisnijders) en amputaties. Dodoens is tweemaal gehuwd, eerst met Kathelijne De Bruyn (1539), later met Maria Saerinen (1576). Hij was lijfarts van keizer Maximiliaan II en Rudolf II van Oostenrijk in Wenen waar een andere Mechelenaar Philippus de Monte (1521-1603) kapelmeester

was. Pas in 1582 aanvaardde hij het hoogleraarschap maar dan wel aan de pas gestichte Universiteit in Leiden waar hij eveneens overleed op 10 maart 1585. Hij ligt begraven in de Pieterskerk in Leiden en zijn standbeeld staat in de kruidtuin van Mechelen en de Kleine Zavel in Brussel (als “Rimbaud Dodonée”).

Zijn bekendste publicatie is voorzeker zijn “Cruydeboek” wat in 1554 gedrukt werd te Antwerpen in het Mechels dialect met 715 afbeeldingen van planten verdeeld in zes groepen. Het boek werd meerdere malen herwerkt en vertaald in het Frans (1557) door Carolus Clusius (1526-1609) en het Latijn (1583) (2), de lingua franca in de zestiende eeuw.

Een minder bekend maar even baanbrekend werk is zijn laatste boek: “Medicinalium Observationum Exempla Rara, Recognita et Aucta. Accessere et alia quaedam, quorum elenchum pagina post praefationem exhibet” wat voor de eerste maal verscheen in 1581. Dit vermoedelijk eerste boek over zeldzame ziekten is multicentrisch (Valesco de Tarenta, Alexander Benedictus, Antonio Benivieni, Maternus Cholinus, Mathias Cornax, Achilles Pirmin Gasser en Gilles de Hertoghe). Achilles Pirmin Gasser (1505-1577) was een Duitse arts en sterrenkundige, Maternus Cholinus (1525-1588) een Keulse botanicus en Mathias Cornax (1520-1564) een Weense chirurgijn. Andreas Vesalius (1514-1564) heeft hier geen bijdrage (“consilia”) geleverd maar wel het Consilium Scholz in 1546 geschreven rond “vallende ziekte met oorsuizen”. Na een korte inleiding en een lijst van geciteerde auteurs (waaronder Vesalius/De Humani Corporis Fabrica en Fracastorius/De Contagione et Contagionis Morbis) beschrijven zij samen 189 zeldzame aandoeningen van de zestiende eeuw zoals:





- *Aneurisma* (plaatselijke verwijding van de slagader), *Apoplexia fortissima* (ernstige geraaktheid = beroerte), *Aqua inter cutem* (waterzucht), *Calculus in vesica* (niersteen), *Catalepsis* (verstarring), *De pedis tumore quem Arabes Elephantiam appellant* (elefantiasis), *Diabetes* (suikerziekte), *Dysenteria* (bloederige diarree), *Gemini pueri* (meerling), *Gonorrhoea venerea* (druiper), *Historiae gestationis foetus mortui in utero* (miskraam), *Hydrocoele* (waterbreuk), *Lapides in vessica fellis* (galstenen), *Lethargia* (chronische vermoeidheid), *Mania cum Melancholia affinitatem habet* (manie met melancholie), *Memoria amisa ac recuperate* ("hij verloor zijn geheugen maar recupereerde"), *Morbus comitialis* (epilepsie), *Respirandi difficultas* (moeilijk ademen), *Scorbutus* (scheurbuik), *Tetanos* (wondkramp), *Vermis in vesica* (wormen in de urine), *Vomitus sanguinis* (bloedbraken).

De eerste editie uit 1581 met 397 pagina's werd gedrukt in Keulen maar de tweede editie uit 1585 bij Christoffel Plantin in Antwerpen. Iedere casus ("historia") in dit boek wordt afgerond met een scholion (kritische kanttekening) en een annotatio (bespreking van de casus) door Dodoens zelf (3). Van preventie voor zeldzame ziekten was toen geen sprake (afgezien van zinloze volkswijsheden en idiote bakerpraatjes) en de diagnose geschiedde met zeer eenvoudige macroscopische middelen ('de visu et de manu', piskijkers). Bepaalde gewoonten initieerden wel



sommige zeldzame aandoeningen (zoals uithuwelijken binnen de familie, bedenkelijke hygiëne, thuisbevallingen en ongelijke liefde) of werkten eerder preventief (jonge moeders, borstvoeding). De behandeling van de "exempla rara" gebeurde in die tijd chirurgisch door plaatselijke barbiers (amputatio, trepanatio), keisnijders (trepanatio) en steensnijders en/of farmacologisch met plantaardig materiaal uit het kruidenboek (4). Aderlatingen werden uitgevoerd door de barbiers met zogenaamde vlijmen of met bloedzuigers en zijn nu beperkt voor de behandeling van hemochromatose en worden uitgevoerd in ziekenhuizen door gespecialiseerd medisch personeel. Het plantaardig materiaal werd bereid als *bolus* (tablet), *confectio* (zuigtablet), *decoctum* (afkooksel), *electuarium* (likkepot), *hostia* (ouwel), *pilula* (pil), *potio* (drank), *pulvis* (poeder), *syrupus* (siroop), *trochiscus* (pastil) inwendig gebruik en *balneum* (balsem), *cauterium* (warmteverband), *clysterium* (lavement), *collyrium* (oogdruppels), *emplastrum* (pleister), *gargarisma* (mondspoeling), *lotio* (smeersel), *unguentum* (zalf) voor uitwendig gebruik. De behandeling gebeurt nu heelkundig en/of medicamenteus. 500 jaren later worden deze patiënten behandeld met (wees)geneesmiddelen, dieetproducten, (wees)implantaten, actieve verbanden, magistrale bereidingen, medische voeding enz.

Ziekten die met een prevalentie van maximaal 5 per 100.000 personen in de Europese gemeenschap voorkomen worden zeldzame aandoeningen genoemd (EG 141/2000). Omdat er in ons land geen registers bijgehouden worden van deze patiëntengroepen, is het juiste aantal patiënten onbekend maar naar schatting zouden het er 60 000 zijn. Binnen de Europese Gemeenschap zijn er nu 135 weesgeneesmiddelen erkend die echter niet in alle Europese Lidstaten terugbetaald zijn. Vermits ze dikwijls worden afgeleverd aan een hoge prijs, zijn ze voor verschillende Europese burgers dus onbereikbaar. Wanneer geen geautoriseerde behandeling beschikbaar is, worden geneesmiddelen "off-label" voorgeschreven. Dat wil zeggen buiten de bepalingen van de bijsluiter. In enkele gevallen worden magistrale bereidingen gemaakt door de plaat-

selijke (ziekenhuis)apothekers. Heelkundige ingrepen worden uitgevoerd door gespecialiseerde chirurgen die soms gebruik maken van (wees)implantaten. Voor enkele zeldzame metabole ziekten (bijvoorbeeld fenylketonurie) moeten dieetproducten worden gebruikt of actieve verbanden voor zeldzame huidaandoeningen (bijvoorbeeld epidermolysis bullosa).

Met dit baanbrekend boek heeft Rembert Dodoens dus 500 jaren geleden de aanzet gegeven van wat we nu European Reference Network noemen: het internationaal delen van “best practices” voor patiënten met een zeldzame aandoening. Pas in 1624 werd door Philipp Hoechstetter een nieuwe verzameling met zeldzame casussen gepubliceerd in het boek “Rararum Observationum Medicinalium Decades Tres. Continentes, Historias Medicas, Theorica et Practica Varia”. In het Nederlands taalgebied is dat “Heel- en Geneeskonstige Aenmerkingen” van de Amsterdamse chirurgijn Job Van Meerkere in 1668 (7).

Referenties:

1. Van Reyn G. De Pest te Leuven. Peeters Uitgeverij, Leuven. 2016.
2. Louis A. La vie et l'oeuvre botanique de Rembert Dodoens (1517-1585). Gembloux: Ducolot; 1950.
3. Dooms M. Rembert Dodoens (1517-1585): Pioneer in Rare Diseases and Orphan.
4. Drugs. Bull Cercl Benelux Hist Pharm 2016; 130: 23-26
5. Dooms M. Rare Diseases and Orphan Drugs: 500 years ago, Orphanet Journal of Rare Diseases 2015 (21 Dec), 10, 161.
6. Vermeulen K, Vanpaemel G, Claassens G. Medecijs vander Stadt: Town Physicians at the Crossroads in Sixteenth Century Mechelen. Dissertation KULeuven, Faculteit Letteren, 2016.
7. Kuuliala J. Bewegingshandicaps bij Kinderen in Middeleeuwse Canonisatieverslagen. Geschiedenis der Geneeskunde 2011; 15: 90-102.
8. Van Meekere J. Heel- en Geneeskonstige Aenmerkingen. Librije der Geneeskunst 2. Stafleu, Alphen aan de Rijn. 1979.



POLITIEKE ACTUALITEIT



NAAR EEN COMMUNAUTARISERING VAN DE GEZONDHEIDSZORG EN EEN VLAAMSE SOCIALE ZEKERHEID

In dit artikel worden de argumenten voor een communautarisering van de gezondheidszorg besproken: eigen klemtonen, efficiëntie, responsabilisering en juridisch-politieke overwegingen. Daarna komen tegenwerpingen tegen een Vlaamse gezondheidszorg en Sociale Zekerheid aan bod, als zou het een egoïstische eis zijn die bovendien niet toekomstgericht is in het kader van de Europese Unie. Daarop worden antwoorden geformuleerd.

Voornaamste argumenten voor een Vlaamse gezondheidszorg

De voornaamste argumenten van het VGV voor een integrale Vlaamse gezondheidszorg zijn: het recht op het leggen van eigen klemtonen, een grotere efficiëntie en responsabilisering van de gemeenschappen tot een spaarzaam beleid. Wij willen een communautarisering en geen regionalisering omdat wij de band met de Vlamingen in Brussel niet willen doorknippen.

Eigen klemtonen

Het *geneeskundig onderwijs* aan de Vlaamse universiteiten is eerder gericht op de Angelsaksische landen, terwijl het in de Franstalige universiteiten meer op Frankrijk gericht is (1).

De *contingentering* wordt in beide gemeenschappen verschillend aangepakt: in de Vlaamse Gemeenschap werd reeds in 1997 een toelatingsproef vóór het eerste jaar geneeskunde ingevoerd om de instroom te beperken, in de Franse Gemeenschap is de discussie om dat initiatief te volgen pas recent begonnen (2a, 2b). Naast historische factoren is dit de oorzaak van de 29 % hogere artsensiteit in de Franse Gemeenschap in vergelijking met de Vlaamse volgens cijfers van 2014 (2c).

De Vlaamse Gemeenschap legt een sterkere klemtoon dan de Franse op de *preventieve gezondheidszorg*. Er is een

Vlaamse Gezondheidsraad, die de Vlaamse regering advies verleent. In 1998 heeft de Vlaamse regering gezondheidsdoelstellingen opgesteld (3) en in 2003 heeft ze een preventiedecreet aangenomen (4). Medische verenigingen hebben binnen de Vlaamse Gemeenschap een efficiënt netwerk uitgebouwd (de lokale organisaties voor gezondheidsoverleg of "LOGO'S", ondersteund door het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie) (3), om die doelstellingen te helpen verwezenlijken. Dat alles bestaat nauwelijks of niet in Wallonië. De betere preventie in voeding en rookgedrag is hoogstwaarschijnlijk de reden waarom de Vlamingen gemiddeld 2 à 3 jaar langer leven dan de Walen (5-11). Vlaanderen besteedt ook meer energie dan Wallonië aan inenting tegen hepatitis B en meningitis C bij kinderen (12-14), aan inenting van tienermeisjes tegen het virus van baarmoederhalskanker (15-17), tegen Mexicaanse griep (18), aan preventieve tandzorg (19-20), aan borstkankerscreening met de meest aangepaste technieken (21-23) en aan screening voor colonkanker (24-26).

De Vlamingen volgen meer dan de Walen het principe van de *echelonnering*: eerst naar de huisarts, die eventueel verwijst naar een specialist. Ter illustratie: de uitgaven voor de raadplegingen bij de huisarts zijn in Vlaanderen per hoofd groter dan in Wallonië (27-28) en voor de raadplegingen bij de specialist is het net omgekeerd (29); het Globaal Medisch Dossier (GMD) kent een veel groter succes in Vlaanderen dan in Wallonië (29-31).

Vlaanderen en Wallonië hebben hun voorkeuren in de *diagnostische technieken en behandelingen*. Zo besteedt Wallonië per hoofd meer geld dan Vlaanderen aan medische beeldvorming (27-29, 32,33), klinische biologie (27-29, 32, 34, 38), genetische onderzoeken (29,32), radiotherapie en nucleaire geneeskunde (32), medicamenten (29, 32,34, 38, 39) en kinesitherapie (20, 29, 32, 35). Vlaanderen besteedt meer geld dan Wallonië aan thuisverpleging (29, 32, 34, 36, 38), aan psychiatrische zorgen (28, 34, 38) en aan implantaten (37).

Er zijn nog *andere klemtoonverschillen* tussen Vlaanderen en Wallonië. Preoperatieve testen worden per hoofd frequenter uitgevoerd in Wallonië (38, 40). Dag-hospitalisaties scoren hoger in Vlaanderen (31, 41). Daarentegen liggen RIZIV-uitkeringen wegens invaliditeit (42), het aantal

invaliden (43,44) en het aantal beroepszieken (45, 46) per bevolkingseenheid duidelijk hoger in Wallonië. Verder hebben het Elektronisch Medisch Dossier (EMD) (18, 47) en zorgtrajectcontracten voor diabetes en nierinsufficiëntie (48) meer bijval in Vlaanderen, terwijl het bezoek aan de spoedgevallendiensten (49) meer aantrek heeft in Wallonië. Ook het ziekteverzuim (50-56) en de overconsumptie door ziekenhuizen (57-60) zijn frequenter in Wallonië. Tenslotte is er een verschillende aanpak tussen Vlaanderen en Wallonië rond forensische psychiatrie (61) en palliatieve zorgen (61).

Nu reeds legt Vlaanderen dus eigen klemtonen in de gezondheidszorg: wij zullen dat nog vrijer en ruimer kunnen doen wanneer de gezondheidszorg een volledige Vlaamse bevoegdheid wordt.

Efficiënter beleid

Een efficiënt beleid veronderstelt samenhangende bevoegdheidspakketten. Welnu, de Vlaamse en Franse Gemeenschap zijn sinds 1980 in principe bevoegd voor het gezondheidsbeleid, doch de ziektekosten- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) - de hefboomen voor een goed gezondheidsbeleid - is voor het overgrote deel een bevoegdheid van de federale overheid gebleven (38). Zelfs na de zesde staatshervorming zijn slechts bevoegdheden goed voor 13,4 % van het totale RIZIV-budget naar de gemeenschappen overgeheveld (62-66). Bovendien gaat de scheiding tussen preventie (bevoegdheid van de gemeenschappen) en curatieve geneeskunde (voor het grootste deel bevoegdheid van de federale overheid) in tegen de wenselijkheid van samenhangende bevoegdheidspakketten (61-67).

Nu zijn de gemeenschappen bevoegd voor de erkenning van de ziekenhuizen en de gewesten voor de financiering van de investeringen, doch de federale overheid is bevoegd gebleven voor de werkingssubsidies (68-71). Zo wordt een spaarzaam beleid van Vlaanderen of Wallonië niet beloond.

Het is lachwekkend dat minstens 7 ministeriële instanties in België te maken hebben met het huidige versnipperd gezondheidsbeleid (68, 72), terwijl één minister voor de Vlaamse en één voor de Franse Gemeenschap zouden volstaan na toewijzing van de volledige gezondheidszorg aan beide gemeenschappen.

Responsabilisering

Het derde argument voor de overheveling van het ganse gezondheidsbeleid naar de gemeenschappen is hen te responsabiliseren tot een spaarzaam beleid, en wel om drie redenen: de Vlaams-Waalse geldtransfers, de vergrijzing en de hoge staatsschuld.

De huidige jaarlijkse hoge *geldtransfers van de Vlaamse naar de Franse Gemeenschap*, onder meer via de Sociale Zekerheid (SZ), zijn op termijn onhoudbaar. In België is de federale overheid bevoegd voor de SZ en dus verantwoordelijk voor de inkomsten en de uitgaven ervan (73,74). Noch de gemeenschappen, noch de gewesten hadden daar tot aan de 6^{de} staatshervorming - overheveling van de kinderbijslagen en een klein deel van de gezondheidszorg, namelijk de reeds vermelde 13,4 %, (62-66) - een noemenswaardige zeggenschap over; ook na vermelde staatshervorming blijft het grootste deel van de SZ (86,6 % van de RIZIV-verzorging en 100 % van de RIZIV-invaliditeitsuitkeringen, de pensioenen, de werkloosheidsvergoedingen, de beroepsziekten, de arbeidsongevallen en de Sociale Bijstand) dus een exclusieve bevoegdheid van de federale overheid. Dat gaat gepaard met automatische geldtransfers tussen de inwoners van de deelstaten onderling. Wanneer deelstaat B per hoofd van de bevolking meer uitgeeft voor de SZ dan deelstaat A, ontstaat een transfer van A naar B ("uitgaventransfer"). Een transfer van A naar B ontstaat ook wanneer deelstaat A per hoofd van de bevolking meer bijdraagt dan tot de SZ dan deelstaat B ("inkomstentransfer"). In de geldtransfers tussen de deelstaten spelen beide mechanismen een rol. Het totale transfer van A naar B is dan gelijk aan het verschil tussen de bijdragen en de uitgaven in A (75-77). Volgens een gedetailleerde studie van het Actiecomité voor een Vlaamse Sociale Zekerheid (AK-VSZ) in 2010 over het jaar 2007 bedroegen die transfers uit Vlaanderen alleen reeds via de gezondheidszorg 1,6 miljard euro en voor de ganse SZ, met inbegrip van de Sociale Bijstand, 4,7 miljard (78). Die enorme bedragen zijn voor Vlaanderen een zeer grote aderlating en bieden voor Wallonië geen duurzame oplossing. Hoog tijd dus dat de deelstaten voor de inkomsten en de uitgaven in de SZ in het algemeen, en voor de gezondheidszorg in het bijzonder, geresponsabiliseerd worden. Responsabilisering van de deelstaten voor de inkomsten betekent op zijn minst aan de deelstaten de verantwoordelijkheid geven voor het beheer van een eigen SZ-budget, hen ter beschikking gesteld door de federale overheid ("bestedingsautonomie"). Doch de responsabilisering neemt nog toe wanneer de deelstaten verantwoordelijk worden voor de inning van de inkomsten om hun SZ-beleid te voeren ("financieringsautonomie"). Uitgavenautonomie in combinatie met financieringsautonomie, namelijk overheveling van de ganse bevoegdheid over de SZ naar beide gemeenschappen, is dus de meest efficiënte maatregel voor een spaarzaam beleid.

Verder verhoogt de *toenemende vergrijzing*, begonnen in 2010, de noodzakelijke uitgaven voor de SZ (79), ook na de pensioenhervorming van 2015 door de regering Michel (80). Indien onze generatie daarmee geen rekening houdt, zullen onze kinderen en kleinkinderen het slachtoffer zijn. Tenslotte is er de *hoge Belgische staatsschuld*, op dit ogenblik 106,5 % van het bruto binnenlands product (bbp) (81). Binnen de 28 EU-landen moeten we enkel Grieken-

land, Italië en Portugal, en in mindere mate Ierland en Cyprus, laten voorgaan volgens cijfers van 22 oktober 2015 (82). Die hoge staatsschuld verkleint de marge voor de uitgaven in de SZ, aangezien de intrestlasten op de staatsschuld jaarlijks moeten betaald worden en is een bijkomende tijdbom voor de komende generaties.

Bijkomende argumenten voor een integrale Vlaamse gezondheidszorg

Vooreerst is er de *Grondwet en de Bijzondere wet van 8 augustus 1980*, die bepaalt dat het Vlaamse Parlement en de Vlaamse regering, wat het gezondheidsbeleid betreft, bevoegd zijn voor de zorgenverstrekking – weliswaar met tal van uitzonderingen – en voor de gezondheidsopvoeding evenals de preventieve gezondheidszorg (38, 72, 83). Verder zijn er de beloften die ons door de Vlaamse politici zijn gedaan in *resolutie nr. 4 van het Vlaams Parlement op 3 maart 1999*. Die resolutie stelt dat het volledige gezondheids- en gezinsbeleid naar de deelstaten moeten overgeheveld worden, met inbegrip van de gezondheidszorgverzekering en de gezinsbijslagen, en dat de inwoners van Brussel de keuze moeten krijgen om toe te treden tot het stelsel van de deelstaat Vlaanderen en de Franstalige deelstaat (38, 84-86). Dat principe werd bevestigd in de *Vlaamse regeringsverklaring van juli 1999* door minister-president Patrick Dewael, in die *van juli 2004* door minister-president Yves Leterme en in die *van juli 2009* door minister-president Kris Peeters.

Een ander bijkomend argument is dat *11 van de 28 lidstaten van de EU minder inwoners tellen dan Vlaanderen*: Denemarken, Ierland, Finland, Luxemburg, Slowakije, Slovenië, Litouwen, Letland, Estland, Cyprus en Malta. Die zijn dus allen bevoegd voor hun SZ en gezondheidsbeleid.

Tegenwerpingen tegen een Vlaamse gezondheidszorg en SZ en Vlaamse antwoorden

1

Het meest gehoorde verwijt aan de eis van een integrale Vlaamse gezondheidszorg, en bij uitbreiding SZ, is dat het een *egoïstische eis* zou zijn.

Daarop antwoorden wij:

1.1 Solidariteit verloopt in **concentrische kringen**, met als middelste kring het gezin, en verder de gemeente of stad, de volksgemeenschap of deelstaat, de staat, de EU en de wereld. Er zijn dus verschillende financiële solidariteitsniveaus.

1.2 Vlaanderen blijft, na de splitsing van de gezond-

heidszorg en de SZ, in het Belgisch kader bereid tot een **onderhandelde solidariteit** met Wallonië in de vorm van een tijdelijk financieel hulpplan in een overgangsfase. De voorwaarden zijn: resultaatsverbintenis inzake de Waalse werkgelegenheidsgraad, degressiviteit in de tijd, en eerbiediging van de federale loyaliteit door de Franse Gemeenschap die moet blijken uit de toepassing van de taalwetgeving in Brussel en uit het afzien van gebiedsuitbreiding van Brussel en Wallonië ten koste van Vlaanderen (86-89).

1.3 Die solidariteit moet berusten op **verantwoordelijkheidszin van de Vlaamse overheid tegenover haar eigen burgers**. Het meest recente cijfer over de geldtransfers uit Vlaanderen via de eerste drie klassieke kanalen (SZ, bijzondere financieringswet en federale begroting) is afkomstig van CERPE (Centre de recherche en économie régionale et politique économique, universiteit Namen) en bedraagt 7,806 miljard euro in het jaar 2012 (89-91). Voeg daarbij het transfer via het vierde kanaal (intrestlasten op de staatsschuld) met 3,850 miljard euro in het jaar 2003 (92), dan komt men uit op een jaarlijks transfer van bijna 12 miljard euro uit Vlaanderen hoofdzakelijk naar Wallonië, in mindere mate naar Brussel (89-90).

Doch intussen komt de Vlaamse regering geld te kort om de wachtlijsten in rusthuizen snel af te bouwen wegens de vroeger gestarte vergrijzing dan in Wallonië (93-96), om de lange wachtlijst van gehandicapten op te vangen (95-102), om te voorzien in de dringende noden van scholenbouw (94, 95, 102-107), kinderopvang (108) en sociale woningen (109) en om het hoofd te bieden aan de toenemende verarming in de Vlaamse Gemeenschap (102, 110-120) ...

1.4 Ook de ontvangende partij moet haar verantwoordelijkheid opnemen.

De geldtransfers uit Vlaanderen, zoals ze nu in Wallonië worden gebruikt, halen Wallonië niet uit het slop. Uit een recente studie van IWEPS (Institut Wallon de l'Evaluation de la Prospective et de la Statistique) blijkt dat de werkloosheidsgraad in 2015 in Wallonië (12,0 %) tweemaal zo groot was als die in Vlaanderen (5,2 %), en dat sinds 1990 (121, 122). Daartegenover staat de Vlaams-Waalse werkgelegenheidskloof van bijna 10 procent punten (64,9 % Vl – 56,1 % W in 2005 tegenover 66,4 % Vl – 56,2 % W in 2015), die over die 10 jaar geen verbetering vertoont (123). Die diepe Vlaams-Waalse kloven, zowel in de werkloosheidsgraad als in de werkgelegenheidsgraad, bleven nagenoeg ongewijzigd ondanks de geldtransfers.

1.5 Dat de geldstroom vroeger van Wallonië naar Vlaanderen vloeide, is niet correct.

Sinds 1975 toonden eerst Prof. Paul Van Rompuy en collega's (124) en later vele andere onderzoekers continue transfers van Vlaanderen naar Wallonië aan.

De periode tussen 1955 en 1975, in haar geheel bekeken en bestudeerd door licentiaat economie Gerd Dottermans, brengt ook enkel transfers van Vlaanderen (en Brussel) naar Wallonië aan het licht (125). Wijlen Prof. Juul Hannes (VUB en UGent) toonde aan dat Vlaanderen in de periode 1830 – 1914 zelf bebruipend was: het percentage afgedragen belastingen stemde in die periode namelijk overeen met het bevolkingspercentage. Anderzijds werd Vlaanderen in die periode door het Belgisch investeringsbeleid niet verwend: het percentage van de openbare investeringen was er beduidend kleiner dan het bevolkingspercentage (126). In die periode van het economisch arme Vlaanderen was er dus geen geldstroom van Wallonië naar Vlaanderen.

1.6 Dat de transfers weldra zullen omkeren, is weinig waarschijnlijk.

De simulatiestudie van Michel Dethée van de SERV voorspelt op basis van de demografische evolutie dat het SZ-transfer in 2040 nog steeds in noord-zuid richting zal verlopen (75).

Ook de auteurs van de KBC-groep voorspellen dat, ondanks de snellere bevolkingsveroudering in Vlaanderen, de transfers tegen 2030 niet zullen omkeren (127). De ABAFIM-studie van de Vlaamse Administratie

komt tot hetzelfde besluit (128).

En Prof. Bea Cantillon bevestigt dat de sociale uitkeringen in 2050 in Wallonië nog steeds hoger zullen zijn dan in Vlaanderen (129).

2

“Waarom de SZ niet ineens organiseren *op het niveau van de Europese Unie* (EU) luidt een andere tegenwerping.

Paul Goossens schreef daarover: “Het sociaal beleid is en blijft een nationale bevoegdheid, en elk voorstel om daaraan te sleutelen, botst bij elke verdragswijziging op de hardste veto's. Veel meer dan rommelen in de marge zit er in de volgende decennia voor Europa niet in” (130). Wat we wel kunnen verwachten is dat een zekere harmonisering van de sociale wetgeving zal ontstaan met bvb. akkoorden over minimumvoorzieningen voor de SZ in de EU en ook dat er een beperkte interstatelijke financiële solidariteit voor de SZ kan georganiseerd worden. Op de vraag wat de houding van de EU tegenover een eventuele Vlaamse SZ is, antwoordt Prof. Danny Pieters dat Europa erkent dat elke lidstaat zijn SZ naar eigen inzicht mag organiseren en ook mag splitsen als hij dat wenst (131).

Eric Ponette, 05.01.17



Referenties

1. Boudewijn van Houdenhove: Correspondence, The Lancet, 357: 1889, 2001
2. a. Robrecht Vermeulen e.a.: Belgische contigentiering van artsen en tandartsen in Vlaamse toelatingsproef voor de studies geneeskunde en tandheelkunde – Hoe de versnippering van bevoegdheden leidt tot bedrog, vals spelen en discriminatie, Nieuwsbrief Actiecomité voor een Vlaamse Sociale Zekerheid, 3 november 2016 (zie ook: www.akvsvz.org) – b. Albert Baert: Voorstel tot wijziging verdeelsleutel artsenquota politiek geblokkeerd – Franstalige toelatingsproef tot tweede jaar studies door Raad van State geschorst; Wat nu? Periodiek VGV jul-aug-sep 2016, 20-22 (zie ook: www.vgv.be) – c. Eric Ponette: Densiteit van artsen in Franse en Vlaamse Gemeenschap, Periodiek VGV apr-mei-jun 2015, 23-25 (zie ook: www.vgv.be)
3. Bart Garmin: Waarom integratie van preventie en verzorging op eenzelfde beleidsniveau? Verslagboek Colloquium "Integratie van preventie en curatieve geneeskunde – Naar een Vlaams Gezondheidsbeleid" op 14 sept. 2002, Periodiek Nieuwsbrief VGV, sep-okt 2002, 4-8 (zie ook: www.vgv.be)
4. Kaderdecreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid, bekrachtigd door de Vlaamse regering op 21.11.2003, Belgisch Staatsblad 03.02.2004
5. Chris Vandenberghe: Gezondheidsindicatoren sterk in het voordeel van Vlaanderen, Periodiek Nieuwsbrief VGV, mei-jun 2001, 6-9 (zie ook: www.vgv.be)
6. Hugo Kesteloot: Gezonde voeding, beter en langer leven, Tempo Medical België, nr. 77, sept. 1987, 85-94
7. J.V. Joossens, J. Geboers, H. Kesteloot: Nutrition and cardiovascular mortality in Belgium. For the B.I.R.N.H. Studygroup, Acta Cardiol. 1989, 44 (2): 157-182
8. Stephan Van den Broucke: 25 jaar preventiebeleid in Vlaanderen: van kronkelende holle paden naar moderne digitale snelwegen, Verslagboek Symposium "25 jaar Vlaamse gezondheidszorg – Preventie is samen zorg" op 18 maart 2006, Periodiek VGV Speciaal nummer dec. 2006, 7-13 (zie ook: www.vgv.be)
9. Eric Ponette: Gezondheidszorg, zo kan het in Vlaanderen, Verslagboek Symposium "25 jaar Vlaamse gezondheidszorg – Preventie is samen zorg" op 18 maart 2006, Periodiek VGV Speciaal nummer dec. 2006, 3-6 (zie ook: www.vgv.be)
10. Redactie en Belga: Onze levensverwachting is gedaald, Het Laatste Nieuws 01.09.16
11. Brecht Herman: We leven twee jaar langer dan in 2004, De Morgen 22.09.16
12. Louis Ide: Demot(ie) zit in de gezondheidszorg, De Standaard 29.01.04
13. Eric Ponette: Vaccinatiedekking, Periodiek VGV okt-nov-dec 2006, 19 (zie ook: www.vgv.be)
14. Piet-Hein Jongbloet: Vlaanderen vaccineert, Periodiek VGV apr-mei-jun 2009, 19 (zie ook: www.vgv.be)
15. Geert Debruyne: Gratis HPV-vaccinatie in Vlaanderen, Periodiek VGV jul-aug-sep 2009, 20 (zie ook: www.vgv.be)
16. Geert Debruyne: HPV-vaccinatie, Periodiek VGV okt-nov-dec 2010, 19 (zie ook: www.vgv.be)
17. Dirk Van de Voorde: HPV-vaccinatie, Periodiek VGV okt-nov-dec 2011, 18 (zie ook: www.vgv.be)
18. Louis Ide: Vaccinatie brengt bewijs: taalgrens is zorggrens, Periodiek VGV jan-feb-maa 2010, 16-17 (zie ook: www.vgv.be)
19. L. Martens en J. Van Obbergen: Cariespreventie en zorg voor het parodontium of hoe een gezond gebit bijdraagt tot preventie, Verslagboek Symposium "25 jaar Vlaamse gezondheidszorg – Preventie is samen zorg" op 18 maart 2006, Periodiek VGV Speciaal nummer dec. 2006, 21-22 (zie ook: www.vgv.be)
20. Louis Ide: Taalgrens is een zorggrens, Periodiek VGV apr-mei-jun 2008, 11-12 (zie ook: www.vgv.be)
21. Bart Garmin: Borstkankerscreening, Periodiek VGV jul-aug-sep 2009, 8-12 (zie ook: www.vgv.be)
22. Bart Garmin: Borstkankerscreening à la française: geneeskunde kan de gezondheid schaden, Periodiek VGV okt-nov-dec 2010, 15 (zie ook: www.vgv.be)
23. Erik Van Limbergen: Zin en onzin van borstkankerscreening: een update, Periodiek VGV, apr-mei-jun 2012, 8 (zie ook: www.vgv.be)
24. Marc van Imppe: Slecht nieuws: 21 % meer darmkanker in Vlaanderen. Goed nieuws: niet meer darmkanker bij Franstaligen, MediQuality 11.10.16, www.mediquality.net
25. Luc Colemont: Zijn er dan echt méér darmkankers in Vlaanderen? MediQuality 11.10.16, www.mediquality.net
26. VEF, Belga: Kankerscreening werpt vruchten af, MediQuality 26.10.16, www.mediquality.net
27. Eric Ponette: Balans: De federale regering, Periodiek VGV jul-aug-sep 2012, 7-9 (zie ook: www.vgv.be)
28. Eric Ponette: Bespreking van boek Louis Ide "Lof der Gezondheid – Van apologie tot utopie?" Periodiek VGV jul-aug-sep 2012, 13 (zie ook: www.vgv.be)
29. Dirk Van de Voorde: Taalgrens meer dan ooit zorggrens, Periodiek VGV okt-nov-dec 2008, 11 (zie ook: www.vgv.be)
30. Eric Ponette: Regionale spreiding GMD, Periodiek VGV okt-nov-dec 2009, 14 (zie ook: www.vgv.be)
31. Yoleen Van Camp: Blij met besparingen in gezondheidszorg, De Standaard 18.10.16
32. Eric Ponette: Vlaams-Waalse uitgavenverschillen in gezondheidszorg bij CM-leden, Periodiek VGV okt-nov-dec 2006, 14-15 (zie ook: www.vgv.be)
33. Eric Ponette: CT en MR densiteit in België, Periodiek apr-mei-jun 2009, 20 (zie ook: www.vgv.be)
34. Michel Jadot: Vierde rapport over de eenvormige toepassing van de wetgeving in heel het land, Algemene Raad van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, 29.11.99
35. Eric Ponette: Kinesitherapie, Periodiek VGV apr-mei-jun 2009, 22 (zie ook: www.vgv.be)
36. Eric Ponette: Thuiszorg in de 3 gewesten, Periodiek VGV apr-mei-jun 2010, 21 (zie ook: www.vgv.be)
37. RIZIV-studie jaar 2009, 18.07.12
38. Eric Ponette: Besluiten en Slottoespraak, Verslagboek Colloquium "Welke geneeskunde willen wij in Vlaanderen?" op 23 juni 2001, Periodiek Nieuwsbrief VGV sep-okt 2001, 44-51 (zie ook: www.vgv.be)
39. Eric Ponette: Psychofarmaca in de 3 gewesten, Periodiek VGV apr-mei-jun 2009, 21 (zie ook: www.vgv.be)
40. Intermultidisciplinair Agentschap: Preoperatieve testen bij 14 verschillende ingrepen in 2003, Gazet van Antwerpen 27.10.04
41. Eric Ponette: Daghospitalisaties in 2011, Periodiek VGV apr-mei-jun 2014, 13 (zie ook: www.vgv.be)
42. Herman Deweerdt e.a. in Actiecomité voor een Vlaamse Sociale Zekerheid: Transfers in de Sociale Sector 2003-2007, februari 2010, bijlage, tabel 4.3, jaar 2007 (zie ook: www.akvsvz.org)
43. Eric Ponette: Invaliden in de 3 gewesten, Periodiek VGV jan-feb-maa 2009, 20 (zie ook: www.vgv.be)
44. Eric Ponette: Regionale uitgavenverschillen binnen de Landsbond van Neutrale Ziekenfondsen in 2014, Periodiek VGV jul-aug-sep 2015, 19 (zie ook: www.vgv.be)
45. Eric Ponette: Beroepszieken in de 3 gewesten, Periodiek VGV jan-feb-maa 2009, 20 (zie ook: www.vgv.be)
46. Albert Baert: Regionale verdeling aanvragen erkenning beroepsziekten, Periodiek VGV okt-nov-dec 2013, 13-14 (zie ook: www.vgv.be)
47. Geert Debruyne: Krijtlijnen voor Vlaamse e-health, Periodiek VGV apr-mei-jun 2012, 19 (zie ook: www.vgv.be)
48. Eric Ponette: Zorgtrajectcontracten, Periodiek VGV okt-nov-dec 2011, 18 (zie ook: www.vgv.be)
49. Geert Debruyne: Snel naar spoed, zelden goed, Periodiek VGV jan-feb-maa 2011, 17-18 (zie ook: www.vgv.be)
50. Eric Ponette: Ziekteverzuim in de 3 gewesten, Periodiek VGV apr-mei-jun 2009, 19 (zie ook: www.vgv.be)
51. Eric Ponette: Zieke agenten in de 3 gewesten, Periodiek VGV apr-mei-jun 2009, 19 (zie ook: www.vgv.be)
52. Eric Ponette: Ziekteverzuim in België, Periodiek VGV apr-mei-jun 2010, 20 (zie ook: www.vgv.be)
53. Eric Ponette: Ziekteverzuim ambtenaren, Periodiek VGV apr-mei-jun 2012, 19 (zie ook: www.vgv.be)
54. Eric Ponette: Evolutie ziekteverzuim, Periodiek VGV jul-aug-sep 2012, 15 (zie ook: www.vgv.be)
55. Eric Ponette: Ziektecijfers werknemers per gewest, Periodiek VGV apr-mei-jun 2013, 13 (zie ook: www.vgv.be)
56. Eric Ponette: Ziekteverzuim federale ambtenaren, Periodiek VGV okt-nov-dec 2013, 15 (zie ook: www.vgv.be)
57. Albert Baert: Medische overconsumptie, Periodiek VGV jan-feb-maa 2011, 19 (zie ook: www.vgv.be)
58. Lieve Van Ermen: Spilzieke ziekenhuizen, Periodiek VGV jan-feb-maa 2012, 13 (zie ook: www.vgv.be)
59. Albert Baert: Franstalige ziekenhuizen nog altijd te duur, Periodiek VGV okt-nov-dec 2012, 17 (zie ook: www.vgv.be)
60. Albert Baert: Boetes houden Franstalige ziekenhuizen niet tegen, Periodiek VGV jan-feb-maa 2014, 14 (zie ook: www.vgv.be)
61. Inge Vervotte: Preventie, of de eerste stap naar een homogeen bevoegdheidspakket voor de ganse gezondheidszorg in Vlaanderen, Verslagboek Symposium "25 jaar Vlaamse gezondheidszorg – Preventie is samen zorg" op 18 maart 2006, Periodiek VGV Speciaal nummer dec. 2006, 14-17 (zie ook: www.vgv.be)
62. Eric Ponette: Balans – Het communautair akkoord Di Rupo, Periodiek VGV okt-nov-dec 2011, 6-9 (zie ook: www.vgv.be)
63. Persmededeling Actiecomité Vlaamse Sociale Zekerheid: Het AK-VSZ aanvaardt het institutioneel akkoord over de SZ niet – 1 december 2011, Periodiek VGV jan-feb-maa 2012, 22 (zie ook: www.vgv.be)
64. Chris Geens: Gezondheidszorg gemeenschapsbevoegdheid, Periodiek VGV okt-nov-dec 2012, 17-18 (zie ook: www.vgv.be)
65. Eric Ponette: Balans – De zesde staatsvorming, Periodiek VGV jul-aug-sep 2013, 6-8 (zie ook: www.vgv.be)
66. Eric Ponette: Balans – De zesde staatsvorming, Periodiek VGV jan-feb-maa 2014, 6-9 (zie ook: www.vgv.be)
67. Chris Geens: De visie van de organisatoren, Verslagboek Symposium "25 jaar Vlaamse gezondheidszorg – Preventie is samen zorg" op 18 maart 2006, Periodiek VGV Speciaal nummer dec. 2006, 31-33 (zie ook: www.vgv.be)
68. Geert D'Haens: Gezond en wel, Periodiek VGV jan-feb-maa 2009, 10-11 (zie ook: www.vgv.be)
69. Nieuw Vlaams Ziekenhuislandschap, 17.06.16 www.zorg-en-gezondheid.be
70. Normen voor de ziekenhuizen, www.zorg-en-gezondheid.be
71. VIPA, www.vipa.be
72. Dirk Dewolf: Waarom zijn de gemeenschappen het betere integratieniveau? Verslagboek Colloquium "Integratie van preventie- en curatieve geneeskunde – Naar een Vlaams Gezondheidsbeleid" op 14 sept. 2002, Periodiek Nieuwsbrief sep-okt 2002, 9-13 (zie ook: www.vgv.be)
73. Eric Ponette: Inkomsten en uitgaven in de SZ, Periodiek VGV apr-mei-jun 2012, 16 (zie ook: www.vgv.be)
74. Jan-Frederik Abbeloos: Stelt regering sociale partners onder caratele? De Standaard, 02.01.17
75. Michel Dethée: De regionale analyse van de sociale zekerheid 1985-1989, in Herman Deleclercq et al., Sociale Zekerheid en Federalisme, uitgever: die keure 1991, 7-45
76. Denkgroep "In de Warande": Manifest voor een zelfstandig Vlaanderen in Europa, uitgever: Denkgroep "In de Warande" Brussel, november 2005, 132
77. Herman Deweerdt e.a. in Actiecomité voor een Vlaamse Sociale Zekerheid: Transfers in de Sociale Sector 2003-2007, februari 2010, 8-10 (zie ook: www.akvsvz.org)
78. Herman Deweerdt e.a. in Actiecomité voor een Vlaamse Sociale Zekerheid: Transfers in de Sociale Sector 2003-2007, februari 2010, tabel 4.3 en 4.6 (zie ook: www.akvsvz.org)
79. Herman Deweerdt: Inleiding van Symposium "Vergrijzing en Ontgroening", brochure AK-VSZ 2009 (zie ook: www.akvsvz.org)
80. Federaal Planbureau: Krachtlijnen van het Jaarverslag 2016 van de Studiecommissie voor de vergrijzing, www.plan.be
81. Kurt Vansteeland: Nederlandse economie floreert, De Tijd 14.12.16
82. Lijst van landen naar staatsschuld 22.10.15: https://nl.wikipedia.org/wiki/Lijst_van_landen_naar_staatschuld
83. Bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming van de instellingen, gewijzigd door de bijzondere wet van 8 augustus 1988 en door de bijzondere wet van 16 januari 1989 betreffende de financiering van de gemeenschappen en de gewesten en de bijzondere wet van 12 januari 1989 met betrekking tot de Brusselse instellingen. Wetten tot hervorming der instellingen, uitgave: Kamer van Volksvertegenwoordigers
84. Resoluties staatsvorming van het Vlaams Parlement, goedgekeurd op 3 maart 1999, Periodiek Nieuwsbrief VGV mei-jun 1999, 4-6 (zie ook: www.vgv.be)
85. Eric Ponette: Balans – Het verhaal van politici die weigeren hun macht te gebruiken, Periodiek VGV okt-nov-dec 2007, 8-9 (zie ook: www.vgv.be)
86. Jan Van Meirhaeghe: Slottoespraak, Verslagboek Colloquium "Integratie van preventie en curatieve geneeskunde – Naar een Vlaams Gezondheidsbeleid" op 14 sept. 2002, Periodiek Nieuwsbrief VGV, sep-okt 2002, 49-53 (zie ook: www.vgv.be)
87. Overlegcentrum van Vlaamse Verenigingen: "Standpunt Sociale Zekerheid: een bevoegdheid van Vlaanderen en Wallonië" in "Naar een Vlaamse Sociale Zekerheid", brochure van het Actiecomité voor een Vlaamse Sociale Zekerheid, februari 1996, 1-2 (zie ook: www.akvsvz.org)
88. Jan Dockx: Voorwoord, Periodiek VGV apr-mei-jun 2009, 3 (zie ook: www.vgv.be)
89. Gui Celen: Verwelkoming, in Verslagboek Colloquium "De miljardentransfers – Hoe lang nog? – Krachtlijnen voor het veiligstellen van Vlaamse welvaart en welzijn" op 3 oktober 2015, publicatie: maart 2016, 4-7 (zie ook: www.akvsvz.org)
90. Eric Ponette: Geldtransfers uit Vlaanderen, Periodiek VGV apr-mei-jun 2016, 26-27 (zie ook: www.vgv.be)
91. C. Ernaelsteen, M. Mignolet, M. Mulquin, M. Romato – CERPE : Cahiers de recherche – Série Politique Economique – Cahier n° 77 : Les transferts interrégionaux en Belgique – Questions méthodologiques et réalités 2007-2012, 28 avril 2015, www.unamur.be/cerpe
92. Denkgroep "In de Warande": Manifest voor een zelfstandig Vlaanderen in Europa, uitgever: Denkgroep "In de Warande" Brussel, november 2005, 152-158
93. Eric Ponette: Stijgende nood aan rusthuisbedden, Periodiek VGV jan-feb-maa 2012, 16 (zie ook: www.vgv.be)
94. Eric Ponette: Balans – Vlaanderen en de Vlaamse regering, Periodiek VGV okt-nov-dec 2012, 8-9 (zie ook: www.vgv.be)
95. Eric Ponette: Balans – Tot slot, Periodiek VGV apr-mei-jun 2013, 9 (zie ook: www.vgv.be)
96. Eric Ponette: Politieke actualiteit – Opvolging van het Vlaamse regeerakkoord, Periodiek VGV jul-aug-sep 2015, 13 (zie ook: www.vgv.be)
97. Chris Geens: Gebouwen nood gehandicapten, Periodiek VGV apr-mei-jun 2011, 19 (zie ook: www.vgv.be)
98. Eric Ponette: Balans – De Vlaamse regering, Periodiek VGV jan-feb-maa 2012, 7 (zie ook: www.vgv.be)
99. Eric Ponette: Balans – De Vlaamse regering, Periodiek VGV jul-aug-sep 2012, 8-9 (zie ook: www.vgv.be)
100. Hendrik Verbrugghe: Basisuitkering gehandicapten, Periodiek VGV jul-aug-sep 2013, 12 (zie ook: www.vgv.be)
101. Jan Dockx: Opvang kinderen met handicap, Periodiek VGV jul-aug-sep 2013, 13 (zie ook: www.vgv.be)
102. Eric Ponette: Balans – Tot slot, Periodiek VGV okt-nov-dec 2013, 10 (zie ook: www.vgv.be)
103. Jan Dockx: Onderwijsbeleid in Vlaanderen, Periodiek VGV apr-mei-jun 2010, 19 (zie ook: www.vgv.be)
104. Hendrik Verbrugghe: Vlaanderen bouwt de scholen van morgen, Periodiek VGV jul-aug-sep 2012, 14 (zie ook: www.vgv.be)
105. Robrecht Vermeulen: Plaatsstekort in Nederlandstalige kleuter- en basisscholen, Periodiek VGV jul-aug-sep 2012, 15 (zie ook: www.vgv.be)
106. Robrecht Vermeulen: Plaatsgebrek in Nederlandstalige Brusselse basisscholen, Periodiek VGV apr-mei-jun 2014, 12 (zie ook: www.vgv.be)
107. Robrecht Vermeulen: Plaatsgebrek in Brusselse basisscholen (bis), Periodiek VGV okt-nov-dec 2014, 14-15 (zie ook: www.vgv.be)
108. Piet-Hein Jongbloet: Kinderopvang in Vlaanderen in de problemen, Periodiek VGV jul-aug-sep 2012, 15-16 (zie ook: www.vgv.be)
109. Frank Goes: Woonprobleem ex-patiënten psychiatrie, Periodiek VGV jul-aug-sep 2013, 13-14 (zie ook: www.vgv.be)
110. Chris Geens: Inleiding, in Verslagboek Symposium "Armoede en Gezondheidszorg in Vlaanderen" op 23 oktober 2010, Periodiek VGV jul-aug-sep 2011, 3-4 (zie ook: www.vgv.be)
111. Luc Bonneau: De meedogenloze cycli van sociale achterstand, in Verslagboek Symposium "Armoede en Gezondheidszorg in Vlaanderen" op 23 oktober 2010, Periodiek VGV jul-aug-sep 2011, 5-7 (zie ook: www.vgv.be)
112. Jan Vranken: Wat leert ons de grootstad over armoede? in Verslagboek Symposium "Armoede en Gezondheidszorg in Vlaanderen" op 23 oktober 2010, Periodiek VGV jul-aug-sep 2011, 7-12 (zie ook: www.vgv.be)
113. Jo Vandeurzen en Dirk Dewolf: Beleidsopties en ervaringen in armoede en gezondheidszorg, in Verslagboek Symposium "Armoede en Gezondheidszorg in Vlaanderen" op 23 oktober 2010, Periodiek VGV jul-aug-sep 2011, 12-16 (zie ook: www.vgv.be)
114. Yvo Nuyens: Slotzing, in Verslagboek Symposium "Armoede en Gezondheidszorg in Vlaanderen" op 23 oktober 2010, Periodiek VGV jul-aug-sep 2011, 40-45 (zie ook: www.vgv.be)
115. Jan Dockx: Besluiten, in Verslagboek Symposium "Armoede en Gezondheidszorg in Vlaanderen" op 23 oktober 2010, Periodiek VGV jul-aug-sep 2011, 46-47 (zie ook: www.vgv.be)
116. Yvo Nuyens: Preventie en kansarme groepen, Periodiek VGV jul-aug-sep 2012, 10-11 (zie ook: www.vgv.be)
117. Jan Dockx: Armoede in Vlaanderen, Periodiek VGV jul-aug-sep 2012, 12 (zie ook: www.vgv.be)
118. Albert Baert: Kinderarmoede, Periodiek VGV jul-aug-sep 2013, 14-15 (zie ook: www.vgv.be)
119. Eric Ponette: Balans – Tot slot, Periodiek VGV jan-feb-maa 2014, 9 (zie ook: www.vgv.be)
120. Eric Ponette: Politieke actualiteit – De Vlaamse begroting, Periodiek VGV okt-nov-dec 2016, 15 (zie ook: www.vgv.be)
121. Pieter Gordts: Vlaamse en Waalse werkloosheidskloof wordt steeds groter, De Tijd 29.11.16, www.iweps.be
122. IWEPs: Dynamiques régionales nr. 4 – Revue interdisciplinaire de l'IWEPs 17.11.16, www.iweps.be
123. Statbel: Werkgelegenheids-, werkloosheids- en activiteitsgraad volgens onderwijsniveau, per geslacht, voor België en Gewesten 2005-2015, www.statbel.fgov.be
124. Paul Van Rompuy, André Alen, Jaak Billiet, Dirk Heremans, Koenraad Matthijs, Patrick Peeters, Jan Velaers: Rapport van de Club van Leuven – Vlaanderen op een kruispunt: sociologische, economische en staatsrechtelijke perspectieven, Lannoo, Universitaire Pers Leuven, 1990
125. Gerd Dotermaans: Financiële stromen tussen de gewesten in België 1955-1975, Licentiaatsverhandeling Toegepaste Economische Wetenschappen, KU Leuven 1997
126. Juul Hannes: De mythe van de omgekeerde transfers, Roulaarta Books 2007
127. Edwin De Boeck e.a.: Financiële transfers tussen de Belgische gewesten – Actualisering en Vooruitblik, Economische Financiële Berichten KBC, 17.11.2000
128. ABAFIM: Financiële transfers tussen de Belgische gewesten, 2004B. Cantillon, S. De Blust, A. Van den Heede: De geografie van de sociale zekerheid in België, Centrum voor Sociaal Beleid (CBS) van universiteit Antwerpen, juli 2010 (www.centrumvoorsociaalbeleid.be)
129. Paul Goossens: De Standaard 19.12.08
130. Danny Pieters: De Europese Unie tegen een Vlaamse sociale zekerheid? Acco, maart 2010



Nieuwe selectiecriteria voor arts-specialisten-in-opleiding (ASO's) aan de KU Leuven

Jan Goffin Voormalig Decaan van de Faculteit Geneeskunde KU Leuven

Voor de afstuderende artsen die tot het zesjarige bachelor-master curriculum behoren, en die aan een specialistenopleiding willen beginnen, zal er aan de KU Leuven vanaf 2018 een nieuw selectiesysteem gehanteerd worden. Voor de studenten van het oude, zevenjarige curriculum, die datzelfde jaar afstuderen, blijven de oude criteria gelden.

In België is het aantal opleidingsplaatsen voor arts-specialisten gelimiteerd door een aantal factoren, meer bepaald het aantal stagemeesters die wettelijk erkend zijn als opleider, de eveneens wettelijk bepaalde opleidingsbevoegdheid per stagemeester, d.w.z. het aantal ASO's dat bij hem/haar op één moment in opleiding kan zijn, en door de financiële inzet die de stagemeester of het ziekenhuis, waar de opleiding plaatsvindt, wil leveren. Maatschappelijke behoeften spelen onrechtstreeks ook een rol, rol die in de toekomst, op het ogenblik dat de Nederlandstalige en Franstalige gemeenschappen hun subquota, t.t.z. de verdeling van de opleidingsplaatsen over de verschillende disciplines of groepen van disciplines, zullen gaan bepalen, explicieter zullen meespelen. De vaststelling van het totale contingent aan artsen, dat de grenzen van de som van de subquota, inclusief huisartsgeneeskunde, omschrijft, blijft na de zesde staatshervorming nog steeds een federale materie.

Niet elke afstuderende basisarts kan dus toegelaten worden tot een opleiding in de specialistische discipline, die hij/zij in eerste instantie zou willen aanvatten. Vaak zijn er meerdere kandidaten voor één positie en is selectie nodig. Aan de KU Leuven gebeurt de selectie van nieuwe ASO's sinds vele jaren en tot op heden op basis van criteria die min of meer transversaal over de verschillende disciplines worden gehanteerd. Dit zal dus zo blijven voor alle studenten die nog tot het oude zevenjarige curriculum behoren. Bij die selectie spelen de studieresultaten, die de kandidaat over de verschillende bachelor- en masterjaren verzamelde, een belangrijke rol: men noemt dit vaak het "cv". In bepaalde disciplines is de selectie er zelfs voor de helft van afhankelijk. Het co-assistentchap, t.t.z. een

proefstage van een aantal maanden in de discipline naar keuze, is ook min of meer belangrijk: in bepaalde diensten speelt deze voor 25 van de 100 selectiepunten mee, in andere dan weer tot 50. Verder wordt er gewerkt met een interview, een discipline gebonden examen, een voorstelling van een wetenschappelijk werk enz. Tenminste 5 van het totaal van 100 selectiepunten zijn gereserveerd voor het geïntegreerd probleem oplossend klinisch examen (zie verder), dat elke student aan het einde van het mastertraject krijgt aangeboden.

Al hoewel dit selectiesysteem lange tijd goed heeft gefunctioneerd, wordt het de laatste jaren meer en meer bekritiseerd en hebben we uiteindelijk, na uitgebreid en zorgvuldig overleg met alle betrokkenen, beslist de criteria aan te passen en meer te uniformiseren. Zo werd het dossier besproken op en goedgekeurd door het faculteitsbestuur en de faculteitsraad, het groepsbestuur biomedische wetenschappen, het directiecomité van het Universitair Ziekenhuis Gasthuisberg en de medische raad, de raad medische diensthooften en de permanente onderwijscommissie (POC) van de opleiding specialistische geneeskunde. Het spreekt voor zich dat de studenten- en ASO-vertegenwoordigers ook inspraak hadden.

Vertrekpunt van de discussie zijn vier vaststellingen: ten eerste is er de toenemende jurisdisering in de maatschappij, die zich aan de universiteit onder meer uit in een jaarlijkse verhoging van het aantal betwistingen van examenresultaten. Ook de selectie van ASO's was recent niet meer vrij van juridische discussies. Eén van de boodschappen die we telkens opnieuw van onze juristen ontvingen, was dat alle factoren, die tot ongelijke kansen kunnen leiden, zoveel als mogelijk moeten vermeden worden. Zo is er het feit dat de verschillende criteria voor selectie over de verschillende disciplines heen niet gelijk worden gewogen: zoals al aangehaald telt het cv inderdaad in de ene discipline voor bij voorbeeld 50 van de 100 selectiepunten mee, in de andere discipline voor 25. Leuvense masterstudenten hebben hun bachelorstudies meestal aan de KU Leuven zelf of aan de KULAK (KU Leuven Afdeling Kortrijk) gedaan, maar er is ook een grote groep afkomstig uit de UHasselt en nog enkelen uit andere universiteiten. De wijze waarop examens op die campussen gescoord worden, is niet noodzakelijk gelijk: aan de ene universiteit kan je voor een bepaald vak of opleidingsonderdeel (OPO) met dezelfde kennis en kunde bij voorbeeld een 14 op 20 behalen, aan de andere een 16 op 20. En uiteindelijk kunnen dergelijke kleine verschillen eventueel bepalend zijn of je al dan niet voor de vervolgopleiding tot specialist geselecteerd wordt.



Een tweede vaststelling is de ongezone competitie, die er ontstaan is tussen studenten geneeskunde, met de bedoeling hoge punten te halen op de examens. De studenten zelf zijn daar niet de belangrijkste verantwoordelijke voor, wel het selectiesysteem, meer bepaald dus de zware rol van het "cv". Competitie moet er natuurlijk zijn, maar mag geen extreme vormen aannemen, waarbij studenten soms weigeren bij ziekte nota's aan elkaar door te geven, of waar dit nu en dan leidt tot misbruik van stimulerende en cognitieve versterkende middelen, en dergelijke, en dit alles in de context van een toekomstig beroep waar samenwerking, multidisciplinariteit, collegialiteit, solidariteit net cruciaal zijn.

Verder is er het feit dat een aantal beginnende intrinsiek excellente bachelorstudenten moeite hebben om zich aan te passen aan de universitaire omgeving, dus nog niet de nodige maturiteit bezitten, hetgeen zich kan vertalen in minder goede studieresultaten tijdens de eerste jaren. Wat verder in de basisopleiding behalen dergelijke studenten dan wel excellente scores, maar de slechte resultaten van het begin dragen zij mee. Uiteindelijk wordt hun kans op selectie daar negatief door beïnvloed.

Tenslotte is er de ervaring dat studenten vaak na vak zeer grondig studeren, maar dat de geïntegreerde kennis en vaardigheden op het einde van de opleiding wellicht nog beter kunnen. Het semestersysteem heeft tot gevolg dat de student kort nadat het OPO onderwezen werd, erover op het examen ondervraagd wordt. We lopen het risico dat de student snel daarna de inhoud van dat OPO ten dele vergeet om zich toe te leggen op het volgende examen. Omdat de studenten bovendien tussen twee examens door meestal relatief veel tijd hebben, kennen zij de materie bijzonder goed en dient de docent vaak naar details te vragen om tot enige differentiatie tussen de studenten te kunnen komen, details die op het einde van de rit, wanneer het erop aankomt de totaliteit van de geneeskunde te beheersen, minder relevant zijn. Om hieraan te verhelpen organiseert de faculteit geneeskunde van de KU Leuven bij het einde van de masterstudies een geïntegreerd probleemoplossend examen, waar de student zijn/haar klinisch redeneervermogen moet demonstreren (POKR, Probleem Oplossend Klinisch Redeneren). Dat examen bestaat uit 120 meer keuzevragen, telkens klinische casussen, waarbij niet alleen naar symptomen, diagnose en differentiële diagnose, en behandeling wordt getoetst, maar ook naar onderliggende pathofysiologie en dergelijke. Vervolgens is er op het einde van de studie de zogenaamde stationsproef, waarbij het geheel van aangeleerde vaardigheden wordt geëvalueerd. Bij de stationsproef doorloopt de student een twintigtal quasi levensechte klinische scenario's met onder meer simulatiepatiënten. De student moet dan bijvoorbeeld een abdomen onderzoeken, een neurologisch onderzoek uitvoeren. Uiteindelijk wordt de wetenschappelijke competentie van studenten van het nieuwe curriculum getoetst aan de hand van een masterpaper, die een

samenvoeging is van het stagewerk en het co-assistentenwerk van de studenten van het oude curriculum. Het POKR-examen, de stationsproef en de masterpaper vormen samen de masterproef.

Al deze overwegingen leidden tot een nieuw selectiesysteem voor de toegang tot de specialisten opleiding, systeem dat dus voor het eerst voor de studenten van het nieuwe 6-jarige bachelor-mastercurriculum van toepassing zal zijn. Dat de examenresultaten van de bachelorjaren hierbij geen rol meer spelen, lokte bij sommigen kritiek uit. Zo werd er gevreesd dat studenten hun bachelorvakken minder grondig zullen studeren. Nochtans mag men er toch van uit gaan dat al onze studenten hun best zullen doen om zich zo goed als mogelijk op hun later beroep voor te bereiden, beroep waar zij enthousiast en geëngageerd voor gekozen hebben en naar uitzien. Verder doen bachelorstudenten van andere universitaire opleidingen, waar geen selectie aan de examenresultaten gekoppeld is, toch ook hun best om goede scores te bekomen. Bovendien wordt de inhoud van bachelorvakken op het einde van de masterjaren op geïntegreerde en klinisch relevante wijze ondervraagd tijdens het POKR-examen. Tenslotte blijven de studieresultaten, inclusief deze van de bachelorjaren, belangrijk voor studenten die later voor een aspirantenmandaat van het Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek (FWO) willen kandideren.

De eerste drie semesters van de masterjaren laten we wel meetellen, maar slechts voor 10 van de 100 selectiepunten. Dit betekent dat een student die zelfs voor een relatief groot vak van bijvoorbeeld 7 studiepunten een score van een 12 in plaats van een door hem/haar verwachte 16 behaalt, zijn/haar kans op selectie nauwelijks verminderd ziet. We nemen aan dat het beleidssignaal dat we willen geven, meer bepaald de ongezone competitie reduceren, zo wel zal doordringen. Bovendien doen allen die in eerste instantie aan de selectie willen meedoen, hun masterstudies in Leuven, hetgeen betekent dat het juridisch argument van ongelijkheid bij het scoren van examens niet meer opgaat.

De stage en het co-assistentenwerk van het oude zevenjarige curriculum werden voor het zesjarig traject grondig herzien: het onderscheid tussen beide valt weg en er wordt gewerkt met verplichte en optionele stageblokken van telkens 6 weken, eindigend in 2 blokken verdiepingsstage in de discipline, waar de kandidaat voor zijn/haar vervolgopleiding wil instappen, namelijk huisarts, één van de specialistische disciplines, maatschappelijke gezondheidszorg of wetenschappelijk onderzoek.

Wij vinden de stage een voorafspiegeling van hoe iemand zich later in het professionele leven als clinicus zal gedragen: daarom wordt deze stage voor 10 selectiepunten meegenomen. Vermits niet alle stagemeesters altijd op dezelfde manier punten gaven, was dit voorheen misschien

een element van ongelijkheid. In de nieuwe weging werken we met het referentiekader van de CanMEDS-rollen (medisch expert, communicator, samenwerker, manager, gezondheidsbevorderaar, professional en wetenschapper), waarbij de scores voor elke rol over de verschillende stages heen worden opgeteld. Enkel de 5 verplichte stageblokken worden also bij de selectie betrokken; goede scores voor de andere blokken blijven natuurlijk belangrijk voor de eindscore, die de student op het einde van de masteropleiding behaalt. Op die manier krijgt de student één globaal punt voor elke rol en worden extremen uitgefilterd. Bovendien stelt de faculteit een duidelijk referentiekader ter beschikking, waarmee de stagemeester bij de beoordeling kan werken. Dat was ten andere voorheen ook al het geval. Aan de masterproef wordt bij de selectie veel belang gehecht, meer bepaald voor 30 van de 100 selectiepunten. Tenslotte zijn er de discipline gebonden aspecten, die geëvalueerd worden op het einde van verdiepingsstage van in totaal 3 maanden. Vijftig selectiepunten gaan daar naartoe. Er is een discipline gebonden examen (15 selectiepunten), een interview, waarbij op professionele en gestandaardiseerde wijze wordt getoetst of de persoonlijkheid van de kandidaat wel bij de discipline van zijn/haar keuze past (10 selectiepunten), en de verdiepingsstage zelf (25 selectiepunten). Die puntenverdeling geldt voor alle disciplines. Het spreekt voor zich dat verdiepingsstages anders ingevuld worden naargelang de discipline in kwestie - psychiatrie is geen chirurgie -, maar de weging van die stage is voor alle disciplines gelijk. Sommigen stellen zich de vraag of deze discipline gebonden beoordelingen niet te subjectief zullen verlopen. Nochtans speelden zij voorheen ook al mee in de selectie. Bovendien stelt de faculteit ook hier een referentiekader ter beschikking, waarmee bij de scoring op gestandaardiseerde wijze kan gewerkt worden. Elke evaluatie wordt verder grondig gemotiveerd en gebeurt door meerdere personen.

Wij gaan ervan uit dat wij met dit aangepast selectiesysteem aan de strategische en beleidsmatige doelstellingen tegemoet komen, namelijk het vermijden van juridische procedures dankzij een objectieve, correcte en gemotiveerde beoordeling, het terugdringen van de ongezonde competitie tussen de studenten, het niet benadelen van studenten die wat opstartmoeilijkheden hebben bij het begin van hun bacheloropleiding, en het benadrukken van de geïntegreerde klinische kennis, vaardigheden en wetenschappelijke attitude op het einde van het mastertraject. Uiteindelijk zijn wij ervan overtuigd dat al onze studenten op het einde van hun bachelor- en masteropleiding klaar zijn om goede artsen te worden, en komt het er vooral op aan de juiste student naar de juiste richting te loodsen.

CONTINGENTERING

Stand van zaken (jan. 2017)

A. Baert mede namens E. Ponette en R. Vermeulen

Inwilliging van Vlaamse eis: nieuwe quota voor 2022.

Onze vorige bijdrage over de contingentering van artsen en tandartsen (zie *Periodiek 2016/3*) hebben wij afgesloten met de melding dat het voorstel van de planningscommissie om de quota voor 2022 te wijzigen in het nadeel van de Nederlandstaligen op de valreep binnen de regering kon geblokkeerd worden. Dit werd bekomen na hevig Vlaams protest van het VGV en het OVV, een publieke stellingname van KU Leuven rector R. Torfs en na politieke afwijzing binnen de regeringscoalitie door NVA en CD&V. De minister werd dan ook gedwongen om een nieuw voorstel, waarin de verhouding 60 NL / 40 Fr. werd hersteld, voor te leggen. Hierin wordt voor de Vlaamse Gemeenschap het quotum opgetrokken van 738 naar 792 en voor de Franse Gemeenschap van 492 naar 528. Dit voorstel werd op 23 september 2016 in eerste lezing goedgekeurd door de federale ministerraad maar dient nog definitief goedgekeurd te worden in tweede lezing.

Komt er, 20 jaar na de invoering van de contingentering, eindelijk een echte filter om de toestroom van Franstalige studenten geneeskunde en tandheelkunde te beheersen?

In de loop van november beloofde minister Marcourt onder toenemende federale druk zijn jarenlang verzet tegen een toegangsproof voor de Franstalige studenten geneeskunde en tandheelkunde op te geven. Hij legde op 24 november 2016 een voorstel tot invoering van dergelijke proef voor aan het parlement van de Franse Gemeenschap. Het desbetreffend decreet is evenwel nog steeds niet gepubliceerd. Indien de resultaten van deze proef in juni 2017 eindelijk zouden leiden tot een wezenlijke vermindering van de instroom van studenten in de Franstalige faculteiten van Geneeskunde kan er op termijn een einde komen aan het 20 jaar niet naleven van de wettelijke akkoorden rond de contingentering door de Franstaligen.

Betekenen de twee voorgaande gunstige ontwikkelingen ook het einde van de discriminatie van de Vlamingen inzake contingentering van artsen?

Dit lijkt ons niet zeker om de volgende twee redenen:

a. Dankzij het nietig verklaren van de Franse zogenaamde filterproef door de raad van State in Juli 2016 (zie *Periodiek 2016/3*) zijn de Franstaligen er ondertussen nog maar eens in geslaagd om nog twee nieuwe veel te talrijke lichten studenten de studies geneeskunde en tandheelkunde te laten aanvatten (in 2015 en 2016). Dit betekent dat er zeker reeds tot en met 2022 een aanzienlijk overtal Fransstalige artsendiploma's (nu te ramen op ongeveer 3.500) ten opzichte van het wettelijke contingent zal worden afgeleverd. Het herstel van de 60 NL / 40 Fr. verhouding voor de

quota van 2022 zal uiteraard niet beletten dat er in 2022 de facto een eerder 50 NL./50 Fr. verhouding in het aantal **afgeleverde** Riziv- nummers. zal gerealiseerd zijn dank zij het onverminderd verder toepassen van het nefaste “voor-afname “procédé, destijds ingevoerd door min. Onkelinx en voortgezet door min. De Block.

b. Uit de cijfers over het jaar 2015, die zopas (op 7-12-2016!), na herhaald parlementair aandringen door V. Van Peel (NVA), door min. De Block werden vrijgegeven, blijkt inderdaad dat zij aan de Franstalige artsen die in 2015 hun diploma behaalden opnieuw niet minder dan 107 “overtallige “Riziv - nummers heeft toegekend. Wij hebben alle redenen om aan te nemen dat zij dit ondertussen ook opnieuw heeft gedaan voor de gediplomeerden van 2016, maar deze cijfers heeft zij tot hiertoe nog niet vrijgegeven. Bovendien besliste de federale ministerraad op voorstel van minister De Block op 23 december 2016 dat: *“alle studenten geneeskunde in het Franstalig onderwijs die in hun laatste jaar slagen een universitair attest zullen krijgen waardoor ze hun stage of gespecialiseerde opleiding kunnen starten.* Dit betekent dat de minister verder Frans- talige Riziv-nummers in overtal mag toekennen aan de artsen die hun einddiploma zullen behalen in 2017 en tijdens de volgende jaren. Recent (januari 2017) heeft min. De Block in het federaal parlement “verduidelijkt “dat de beslissing van 23 december 2016 slechts van kracht zou zijn op voorwaarde dat de toegangsproof in de Franse Gemeenschap effectief plaats zal vinden. De parlement- sleden V. Van Peel (NVA) en N. Muylle (CD&V) stelden evenwel dat er nog een tweede voorwaarde diende vervuld te worden: namelijk een akkoord over het afbouwen van het Franstalig overtal.

Het kabinet van min. De Block maakte op 14 november 2016 nieuwe cijfers over het aantal artsen, die actief zijn in de curatieve geneeskunde, bekend. Is dit de “Deus ex Machina” om de scheef getrokken huidige situatie op te lossen?

In onze vorige bijdrage (*Periodiek 2016/3*) schreven wij: ... *vermindering van het Franstalig beschikbare jaarlijkse quatum kan gecompenseerd worden met het aanzienlijk aantal reeds toegekende Riziv - nummers. aan buitenlandse artsen, die een opleiding hebben gevolgd aan een Belgische Frans- talige universiteit, maar nadien niet in België zijn blijven wonen.*

Blijkbaar wordt op het kabinet van min. De Block *Peri- odiek* met de nodige aandacht gelezen want tot ieders verrassing deelde het, bij monde van *Le Soir* (14 novem- ber 2016), mede dat er een nieuwe berekening werd ge- maakt van het aantal Franstalige studenten geneeskunde dat een Riziv - nummer in overtal zal hebben ontvangen in 2020. Door de terugkeer van **1.812** buitenlandse art- sen naar hun land in rekening te brengen zou dit overtal dalen van **3.167** naar **1.355!** Aldus dienen “slechts “1.355 **Franstalige** overtallige Riziv- nummers gecompenseerd te worden in de toekomst. Door evenwel dezelfde bereke- ning te maken voor de buitenlandse artsen een opleiding

hebben gevolgd aan een Vlaamse universiteit en die het land hebben verlaten, zouden de Vlamingen recht hebben op **944 bijkomende** Riziv-nummers! Te noteren dat deze eventuele bijkomende Vlaamse Riziv-nummers zeker in de eerstkomende zes jaar niet opgenomen kunnen worden en dus zuiver theoretisch zijn. Inderdaad, ten gevolge van de beperking van de instroom door de ingangsproof voor studies geneeskunde aan de Vlaamse faculteiten bestaan er op dit ogenblik geen overtallige afgestudeerde artsen in Vlaanderen. Volgens *Le Soir* *openen* zich op basis van deze herberekening nieuwe perspectieven voor een op- lossing van de Franstalige surnumerair toegekende Riziv - nummers en van de communautaire betwisting, die er door ontstaan is. Wij vernamen ondertussen dat de plan- ningscommissie op 18 en 25 januari 2017 het verlies van Riziv- nummers als gevolg van een aantal erkende artsen, die geen Riziv activiteit hebben (periode van 10 jaar na erkenningsdatum) zal bespreken. Wij wachten met span- ning het resultaat van deze besprekingen af. Een eventuele aanpassing van de contingenteringsquota is inderdaad de facto een wijziging van de wetten, die de contingentering sinds 2004 hebben vastgelegd. Het valt te verwachten dat dergelijke beslissing met terugwerkende kracht heel wat juridische en politieke problemen zou kunnen oproepen.

Besluit.

Het herstel van de 60 NL./ 40 Fr. verhouding in de contin- genteringsquota en de uiteindelijke invoering van een in- gangsproof in de Franse Gemeenschap zijn positieve ont- wikkelingen, waarover wij ons kunnen verheugen. Er is evenwel nog steeds geen uitzicht op een definitieve recht- zetting van de huidige scheefgetrokken situatie zolang de onbeperkte aflevering van de Riziv- nummers door min. M. De Block aan alle Franstalige gediplomeerde artsen en tandartsen wordt verdergezet en er geen concreet en realistisch voorstel vastgelegd is voor de afbouw op ter- mijn van het steeds toenemend enorm aantal Franstalige overtallige Riziv - nummers. Overigens aanziet het VGV de plannen voor een compensatieregeling door middel van een zgn. “negatieve lissage “na 2022 nog steeds als on- realistisch en als politiek onhaalbaar. Ten slotte blijft de maatschappelijke schade aangericht door de discriminatie ten opzichte van een ganse generatie Vlaamse humaniora studenten uiteraard onherstelbaar. De huidige verwarde en voor de Vlamingen nog steeds onbevredigende stand van zaken onderlijnt dan ook nog maar eens de noodzaak om de volledige bevoegdheid voor de volksgezondheid te splitsen en toe te kennen aan de Vlaamse en Franse Ge- meenschap.

Verplichte anticonceptie voor “incompetente” ouders? Een ethische verkenning van een reëel, maar uitdagend probleem

*Paul Schotsmans Professor emeritus medische ethiek,
Faculteit Geneeskunde, KU Leuven*

Begin december 2016 stelde ik bij het ontwaken vast dat ik heel vroeg in de ochtend was gecontacteerd door de makers van het radioprogramma *Bonus*. Ze wilden mijn ethische visie kennen over het pleidooi van de Rotterdamse schepen Hugo de Jonge (CDA) voor een verplichte anticonceptie voor incompetente ouders omdat hulpverleners in zijn stad volgens hem te vaak geconfronteerd worden met ernstige verwaarlozing en zelfs mishandeling van hun kinderen. Ik was te laat om te reageren, maar vroeg me de hele dag af: hoe kan men hierop vanuit een ethiek van de barmhartigheid (Paus Franciscus) reageren? Gelukkig was ondertussen duidelijk geworden dat de ex-senator en huisarts Patrik Vankrunkelsven in 2005 (sic!) een wetsvoorstel met dezelfde inhoud had ingediend, dit naar aanleiding van de assisenzaak over de Mechelse baby Xena, die overleed na zware mishandelingen. In alle mogelijke erop volgende programma's (de mediadiscussie duurde enkele dagen) herhaalde hij zijn pleidooi. Zoals toen stootte hij echter op een radicale afwijzing (o.m. vanwege Jean-Jacques De Gucht, niet toevallig een liberale politicus).

Welke waarden botsen hier? We hebben uiteraard allen een diep respect voor de wijze waarop ouders hun kinderen willen opvoeden: een verplichte anticonceptie aan bepaalde ouders opleggen zou radicaal indruisen tegen de waarde van de vrijheid van opvoeding die we als kernelement in onze westerse samenleving hanteren. Anderzijds is hier ook het uitermate cruciale ethische principe in het geding: “ge zult geen kwaad doen”, hier te verhalen: waar mogelijk zult ge alles doen om kwaad te voorkomen. Doorgaans stellen we het zo (zelfs met de meest liberale denkers): vrijheid uitoefenen is een zeer belangrijke waarde, maar de beleving van deze waarde stopt wanneer we deze vrijheid gebruiken om andere personen fysiek te schaden of kwaad te berokkenen. Dan moet de samenleving ingrijpen en een plaatsvervangende verantwoordelijkheid opnemen.

Concreet gesteld in deze casus: als men vaststelt dat ouders hun kinderen blijven verwaarlozen (laat staan: mishandelen), dan moet men ingrijpen en het hoederecht over hun kinderen ontnemen. Men dient in elk geval te voorkomen dat er nog meer kinderen zullen geboren worden: men weet immers dat ze min of meer hetzelfde lot zullen ondergaan.

Ik stond aanvankelijk nogal afwijzend tegenover dit soort van maatregelen: vooreerst is er de “slippery slope”: waar

eindigt dit soort van ingrepen in de ouderlijke opvoedingsvrijheid? Het is niet te verwonderen dat dan onmiddellijk wordt gedacht aan wat er in totalitaire regimes zou kunnen gebeuren. Doorgaans is dit geen goed ethisch argument, daarom een tweede ethische beweegreden om voorzichtig te zijn met dit soort maatregelen: het respect voor de verantwoordelijkheid van de ouders in de wijze hoe zij kinderen willen opvoeden. Anderzijds is er het schrijnend leed van verwaarloosde (en daarom “geplaatste”) onschuldige kinderen, een leed dat we met deze maatregelen zouden kunnen voorkomen. We dreigen ons met andere woorden te bezondigen aan “schuldig verzuim”.

Daarom neig ik uiteindelijk toch tot een positief advies rondom de mogelijkheid van verplichte anticonceptie. Uiteraard dienen de casussen goed worden omschreven. En nog meer: deze maatregelen dienen de toets van een externe kritische bevraging te kunnen doorstaan. Zowel de ex-senator als de schepen van Rotterdam verwijzen hierbij naar de rechter. Ik zie persoonlijk niet in hoe juridische instanties hiervoor kunnen worden ingeschakeld: deze hebben op dit ogenblik al de handen vol met andere zaken en het gaat om zeer delicate probleemsituaties. Ik geloof eerder in een preventief sociaal-maatschappelijk kader waarin een multidisciplinaire adviescommissie een rol zou kunnen spelen. Deze kan dan – om toch wel enige maatschappelijke toetsing te krijgen – vanuit een overheidsinstantie omkaderd worden (zie ook: het advies nr. 8 van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek over “Sterilisatie van personen met een mentale handicap: www.health.belgium.be/bioeth).

In elk geval: het is onze (plaatsvervangende) verantwoordelijkheid om te voorkomen dat kinderen het slachtoffer worden van ons “wegkijken”. Deze ethische optie verkies ik uiteraard met grote schroom (en mijn schroom was zo groot dat ik zelf niet onmiddellijk wilde stelling nemen, zoals men dat helaas wat teveel doet in mediatiek gekleurde debatten).

MEDISCHE ACTUALITEIT



**Marlies
Vanden
Bempt**



is doctoraal onderzoeker in het Centrum voor Menselijke Erfelijkheid. Ze onderzoekt ontstaansmechanismen van leukemie, en gebruikt daarbij de knip-en-plaktechniek CRISPR/Cas om muismodellen te maken van T-cel Acute Lymfoblaste Leukemie.

Vaarwel genetische ziektes, hier is de moleculaire schaar!

Klinkt deze titel als toekomstmuziek? Niets is minder waar: door stukjes DNA te verknippen, kunnen we in de toekomst heel wat ziektes genezen. In 2012 werd daarvoor een nieuwe moleculaire techniek ontwikkeld: CRISPR/Cas.

Bacteriën verdedigen zich tegen aanvallers met... een schaar!

Bacteriën zijn alom bekend als ziekteverwekkers, maar hun goede kanten zijn minder bekend: in de darmen breken goedaardige bacteriën afvalstoffen af, en maken vitamines aan die het lichaam goed kan gebruiken. De bacteriën in het lichaam worden ook aangevallen door hun natuurlijke vijanden: bacteriofagen. Dit zijn virussen die specifiek bacteriën aanvallen. Wat doet deze bacteriofaag: hij probeert zijn eigen DNA in de bacterie te krijgen. Eens dit gelukt is, gebruikt hij de bacterie als een fabriekje om nieuwe bacteriofagen te maken. De bacteriën willen zich natuurlijk kost wat kost beschermen tegen deze indringer! En wat kunnen ze beter doen dan het DNA van de indringer vernietigen als het toch binnenraakt. Hiervoor ontwikkelden de bacteriën een ingenieus verdedigingssysteem, genaamd CRISPR/Cas. Wanneer indringers-DNA binnenraakt in de bacterie, worden kleine stukjes van dit vreemde DNA uitgeknipt door het CRISPR-systeem en geïntegreerd in het eigen DNA van de bacterie. Dit gebruikt de bacterie dan als een soort "bibliotheek van indringers-DNA". Telkens er nu een stuk nieuw indringers-DNA de bacterie binnenraakt, kijkt deze bacterie in zijn bibliotheek. Zit dit stuk DNA er al in, dan haalt de bacterie zijn moleculaire schaar boven, ook wel Cas genoemd, en knipt hij het indringers-DNA in stukjes. Weg vijand! Deze moleculaire schaar kijkt in de bibliotheek om te weten waar hij mag knippen. Je wil als bacterie natuurlijk

niet in je eigen DNA beginnen knippen, want dan ga je er zelf aan. De moleculaire schaar uit dit ingenieuze verdedigingssysteem werkt op het DNA van bacteriën, maar verbazend genoeg ook op het DNA van hogere organismen! We kunnen deze moleculaire schaar dus gaan gebruiken om DNA van fruitvliegjes, muizen, ratten en mensen te verknippen.

Knippen in DNA, waarom zouden we dat doen??

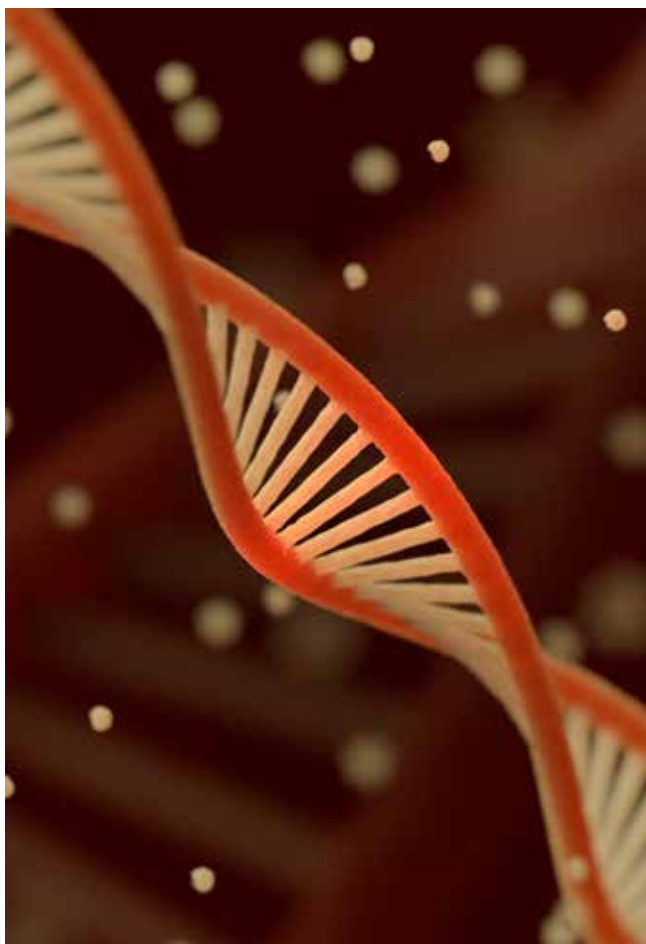
De DNA-code bevat alle recepten voor de cellen om te weten hoe ze hun functie moeten uitoefenen. Soms ontstaan er fouten in de code. Deze mutaties kunnen bij de mens soms leiden tot de ontwikkeling van allerlei genetische ziektes, zoals bijvoorbeeld cataract, mucoviscidose, de stollingsstoornis hemofilie of de spierziekte van Duchenne. Wetenschappers streven ernaar om deze mutaties te corrigeren, en hier komt onze moleculaire schaar weer van pas!

We kunnen de moleculaire schaar gebruiken om te knippen in het DNA van de mens. Maken we het DNA dan niet nog meer stuk? Neen, want de cel zal uit alle macht proberen om de breuk in het DNA weer te herstellen. Hiervoor heeft de cel twee manieren: enerzijds kan de cel proberen om de eindjes DNA weer aan elkaar te plakken, maar dit lukt nooit heel precies, dus er zal altijd een 'litteken' achterblijven in de DNA code. Hierdoor kan de code gedeeltelijk onleesbaar worden. Als dit gebeurt in de coderende sequentie van een gen, dan zorgt dit in de meeste gevallen voor het uitschakelen van dit gen. Anderzijds bestaat er ook een preciezere methode om de breuk te lijmen, maar hiervoor heeft de cel een voorbeeld-stukje DNA nodig met de juiste code. Hoe gebruiken we deze kennis nu voor het genezen van genetische ziektes? We laten de moleculaire schaar knippen in het DNA op de plaats waar een ziekte-veroorzakende mutatie zit. We geven de cel dan een stukje DNA met de juiste code, en dit kan de cel dan gebruiken om de mutatie te repareren! De cel heeft dan weer het juiste recept in zijn DNA-kook-

boek, en kan zijn functie weer correct uitoefenen. Deze CRISPR/Cas knip-en-plak techniek wordt helaas momenteel nog niet in de praktijk gebruikt om echt mensen met een genetische aandoening te genezen, daar zullen we nog enkele jaren op moeten wachten. Er staan nog een aantal wetenschappelijke en ethische vraagtekens in de weg om al meteen aan de slag te kunnen gaan met de moleculaire schaar in een patiënt. Knipt de schaar wel altijd op de juiste plaats? Hoe krijgen we de schaar op de juiste plaats in het lichaam? Mogen we wel zomaar DNA veranderen in de mens?

CRISPR/Cas op de barricade tegen kanker en HIV

Niet alleen bij genetische ziektes kan CRISPR/Cas ons van dienst zijn, ook in andere disciplines van de geneeskunde kunnen we aan de slag met de moleculaire schaar. De eerste klinische studie, waarin CRISPR/Cas gebruikt wordt in kanker-immuuntherapie, werd recent goedgekeurd in de Verenigde staten. Hierbij wordt de CRISPR/Cas techniek niet gebruikt om de kankercellen aan te vallen, maar wel om het immuunsysteem van de patiënten te boosten. Wetenschappers willen T-cellen isoleren van verschillende kankerpatiënten. Deze T-cellen zullen dan met CRISPR/Cas worden gemodificeerd om enerzijds de kankercellen beter te kunnen herkennen, en anderzijds om aan inhibitie door de kankercellen te kunnen ontsnappen. Wetenschappers hopen dat, wanneer deze T-cellen dan terug geïnjecteerd worden in de patiënt, deze de kankercellen effectiever kunnen bevechten.



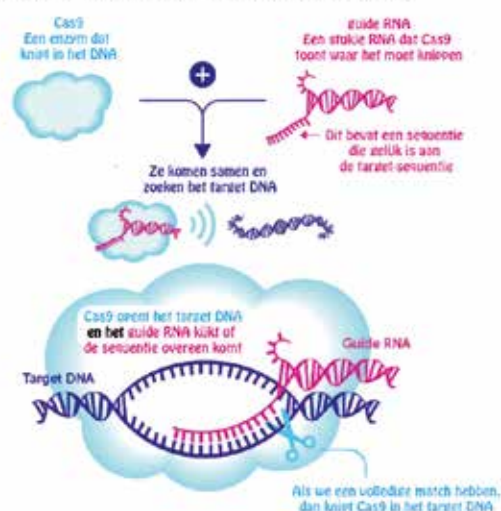
Sinds de ontdekking van de CRISPR/Cas techniek dromen wetenschappers er van om dit systeem in te zetten in de strijd tegen HIV. Een aantal studies toonden al aan dat T-helpercellen kunnen gemodificeerd worden zodanig dat HIV de cellen niet meer kan herkennen, en dus niet meer kan infecteren. Er werd ook al nijverig geprobeerd om in geïnfecteerde T-cellen de moleculaire schaar binnen te brengen, en deze het virus te laten stukknippen. Maar daar knelt het schoentje: door de moleculaire schaar te laten knippen in het geïntegreerde HIV, ontstaan er mutaties in het virus. Meestal zorgen deze voor inactivatie van het virus. Maar soms kunnen er, net doordat wij in het virus knippen met de moleculaire schaar, resistentiemutaties ontstaan tegen de moleculaire schaar. Deze virussen kunnen zich dan verder vermenigvuldigen en kunnen niet meer aangevallen worden door het CRISPR/Cas systeem. Voorlopig is er dus meer onderzoek nodig vooraleer we deze techniek kunnen gebruiken voor de behandeling van seropositieve patiënten.

CRISPR/Cas scheert hoge toppen in het wetenschappelijk onderzoek

Ook al staat deze techniek nog lang niet op punt om hem effectief te gebruiken bij het behandelen van patiënten, we kunnen deze knip- en plaktechniek vandaag wel al gebruiken om ziektemodellen te maken, waarop we dan bijvoorbeeld nieuwe geneesmiddelen kunnen testen. Knippen en plakken is dus niet alleen iets dat we in de kleuterklas kunnen gebruiken, maar ook in het wetenschappelijk onderzoek!

Genetische modificatie met CRISPR/Cas

CRISPR/Cas is een moleculaire knip-en-plak techniek waarmee wetenschappers heel precies aaien kunnen modificeren. Het systeem bestaat uit 2 onderdelen:



Modified from sciencemag.cancerresearchuk.org

Wencel Top
Medisch
Directeur
Medisch Labo
Medina



- 1992: Apotheker, Faculteit Farmaceutische Wetenschappen, KU Leuven
- 1992: Klinisch Bioloog, Faculteit Geneeskunde, KU Leuven
- 1998-2006: Chief Operating Officer EU & USA, BARC, Gent, België
- 2006-2010: Chief Operating Officer Global & Laboratory Director EU, Medpace Reference Laboratories, Cincinnati, Ohio/US
- Sinds 2010: Laboratorium Directeur, Medisch Labo Medina, Dendermonde, België

Niet Invasieve Prenatale Test (NIPT): minder vals positieven, meer zekerheid!

Times there are changin... het klinkt u wellicht bekend in de oren. De mogelijkheden inzake laboratoriumdiagnostiek evolueren in een sneltempo. De moleculaire diagnostiek is niet meer weg te denken uit het aanbod klinische testen. Medisch Labo Medina is dan ook verheugd om als eerste laboratorium in België de hoogstaande technologie van het Amerikaanse bedrijf Ariosa voor de bepaling van de Niet Invasieve Prenatale Test, of kortweg NIPT genoemd, binnen de laboratorium groep te hebben geïmplementeerd.

Wat is de NIPT?

De NIPT of Niet Invasieve Prenatale Test is een moleculaire screeningstest die, via een eenvoudige bloedafname van de moeder, de foetus screent op een risico voor trisomie 21 (Syndroom van Down), trisomie 18 (Syndroom van Edward) en trisomie 13 (Syndroom van Patau). Met de NIPT kan ook het geslacht van de baby bepaald worden. Tijdens de zwangerschap komt er door het afsterven van placentale cellen, zowel DNA van de foetus als van de moeder vrij. De foetale fractie van dit celvrije DNA (cell free DNA of cfDNA) in het bloed van de moeder varieert tussen 3 en 20% afhankelijk van de zwangerschapsduur. De NIPT analyseert de hoeveelheid cfDNA van de chromosomen 21, 18 en 13. In een normale situatie heeft elke lichaamscel 2 kopieën van deze chromosomen. Bij een baby met trisomie 21, 18 of 13 zijn er 3 kopieën van de respectievelijke chromosomen aanwezig en stijgt het relatieve aandeel van het foetaal cfDNA.

Wie komt in aanmerking voor de NIPT?

De test is beschikbaar voor alle zwangere vrouwen vanaf de 10^e zwangerschapsweek, gerekend vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie, voor zwangerschappen met 1 of 2 foetussen. Dat geldt ook voor zwangerschappen na IVF met een eicel van de moeder of van een donor.

Welke NIPT gebruikt Medisch Labo Medina?

Naast de genetische centra die de NIPT in huis ontwikkeld hebben, bieden ook verschillende firma's de NIPT aan.

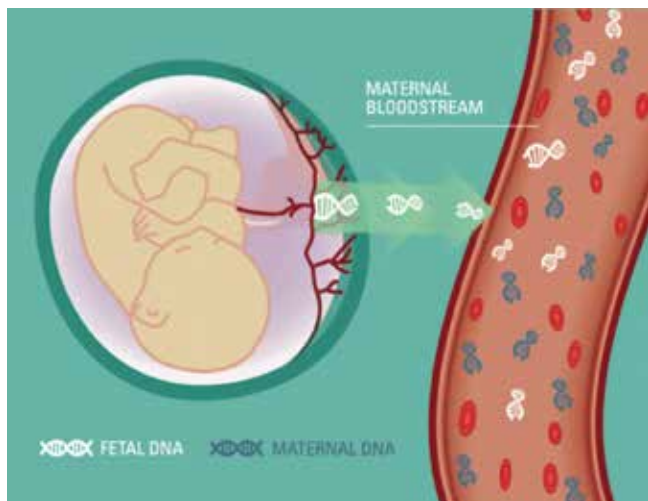
Medisch Labo Medina heeft gekozen om de NIPT Harmony van de Amerikaanse firma Ariosa in huis uit te voeren. Uitgevoerd bij meer dan 200.000 patiënten, is de NIPT Harmony, wetenschappelijk gezien, de meest gedocumenteerde test op de markt. In tegenstelling tot de NIPT van de genetische centra en andere firma's, analyseert de NIPT Harmony zeer gericht enkel de chromosomen 21, 18 en 13. Door deze gerichte analyse heeft deze test een zeer hoge positieve predictieve waarde voor trisomie 21, 18 en 13. Mosaïcisme, deleties of duplicaties van chromosoom 21, 18 of 13 worden niet bepaald. Ook andere chromosoomafwijkingen, kanker en moleculaire monogene aandoeningen zoals mucoviscidose en fragiele X worden niet opgespoord.

Wat zijn de beperkingen van de NIPT?

Voor een betrouwbaar resultaat moet er minimaal 4% foetaal cfDNA in het bloed van de moeder aanwezig zijn. Volgende situaties kunnen de oorzaak zijn van een laag percentage foetaal cfDNA: de moeder lijdt aan ernstige obesitas (BMI > 35)-bij een zwangerschap van minder dan 10 weken-wanneer er bij de aanvang van de zwangerschap sprake was van een tweeling en één van beide foetussen vroeg in de zwangerschap gestorven is (vanishing twin)-vanaf 3 of meer foetussen-de moeder heeft een bloedtransfusie, stamceltherapie, immuuntherapie of transplantatie ondergaan-de moeder is drager van een chromosomale afwijking.

Wat zijn de afnamecondities?

De test wordt uitgevoerd op het bloed van de moeder. Hiervoor zijn 2 speciale cfDNA-tuben nodig die in een handige afname-set bij het laboratorium kunnen opgevraagd worden. De patiënte moet niet nuchter zijn voor de bloedafname. De cfDNA-tuben bevatten een vloeistof die ervoor zorgt dat er geen lyse van de maternale witte bloedcellen optreedt. Na de bloedafname dienen het bloed en de vloeistof voldoende gemengd te worden door de tuben 8 à 10 keer voorzichtig te zwenken. Het is aangewezen om de stalen zo snel mogelijk aan het laboratorium te bezorgen. Een bloedafname is 7 dagen stabiel in de cfDNA-tuben en dient bewaard te worden op kamertemperatuur tot de analyse. Extreme temperaturen of schudden van de tuben kan tot lyse van de maternale witte bloedcellen leiden. Hierdoor komt er maternaal DNA vrij wat kan resulteren in een te laag percentage foetaal cfDNA om de risicoberekening te kunnen uitvoeren.



Welke informatie van de moeder is vereist voor de NIPT?

Op het aparte aanvraagformulier voor de NIPT bevinden zich onder de sectie 'klinische gegevens' alle noodzakelijk gegevens, nodig om het risico voor trisomie 21, 18 en 13 te kunnen berekenen. Hier moet ook aangeven worden of de moeder het geslacht van de foetus al dan niet wenst te kennen. In de sectie 'informed consent' worden de beperkingen van de test opgesomd. Deze moet ondertekend worden door de moeder.

Hoe betrouwbaar is de NIPT?

De NIPT Harmony blijft zoals de klassieke Downscreening een screeningstest, maar is veel betrouwbaarder. De NIPT Harmony heeft een sensitiviteit van > 99% voor het uitsluiten van trisomie 21, trisomie 18 en trisomie 13, terwijl de combinatietest slechts een sensitiviteit van 85% heeft voor het syndroom van Down. De bepaling van het geslacht met de NIPT heeft een sensitiviteit van >99%. Het percentage vals positieve resultaten ligt ook betrekkelijk lager met de NIPT Harmony dan met de combinatietest. Waar de NIPT Harmony <0.1% vals positieve resultaten heeft voor trisomie 21, 18 en 13, heeft de combinatietest tot 5 % vals positieve resultaten voor trisomie 21. Dat betekent dat 5 op 100 screenings zullen aangeven dat er een risico is voor het syndroom van Down terwijl in werkelijkheid de baby perfect gezond is.

Wat zijn de mogelijke resultaten van de NIPT?

De NIPT heeft 3 mogelijke resultaten: normaal, afwijkend en niet-conclusief. In 90% van de gevallen is het resultaat gekend binnen 5 à 10 dagen. Bij een normaal resultaat is er geen verhoogd risico op trisomie 21, 18 en 13. Wanneer een resultaat afwijkend is, is er een verhoogd risico op trisomie 21, 18 of 13. Een derde mogelijkheid is een niet-conclusief resultaat, wat voorkomt in 1% van de gevallen.

Wat in het geval van een afwijkend NIPT-resultaat met trisomie 21, 18 of 13?

Wanneer het NIPT-resultaat afwijkend is met een trisomie

21, 18 of 13, moet de patiënte naar de gynaecoloog doorverwezen worden om via een invasieve test, een vlokken-test of vruchtwaterpunctie, de trisomie te bevestigen. De NIPT Harmony is een screeningstest en heeft een kans van <0.1% op een vals positief resultaat. In dit geval geeft de NIPT onterecht aan dat er een risico is voor trisomie 21, 18 of 13. Wanneer de invasieve test de trisomie bevestigt, zal de gynaecoloog de implicaties en het eventuele vervolgtraject met de patiënte bespreken.

Wat in het geval van een niet-conclusief NIPT-resultaat?

Wanneer er een niet-conclusief NIPT-resultaat gerapporteerd wordt, wil dit zeggen dat er geen cfDNA-percentage bepaald kon worden of dat er te weinig foetaal cfDNA gemeten werd om een betrouwbaar resultaat te kunnen geven. Dit kan te wijten zijn aan volgende situaties:

De integriteit van het bloedstaal werd niet behouden-de stabiliteit van 7 dagen tussen de dag van de bloedafname en analyse is overschreden. BMI-moeder >35-zwangerschapsduur < 10 weken-vanishing twin-mosaïcisme van de chromosomen 21, 18 of 13-de moeder heeft een bloedtransfusie, stamceltherapie, immuuntherapie of transplantatie ondergaan-de moeder is drager van een chromosomale afwijking.

Bij een niet-conclusief NIPT-resultaat biedt het laboratorium zonder meerkost een tweede analyse aan. Na 2 niet-conclusieve resultaten kan enkel een invasieve test een sluitend antwoord bieden.

Blijft de eerste trimesterscreening nuttig als de moeder voor de NIPT kiest?

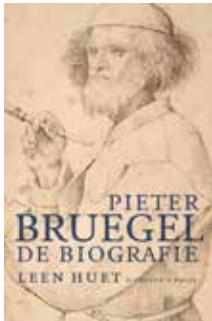
De klassieke combinatietest (Down-screening) biedt geen meerwaarde meer ten opzichte van de NIPT. Het is wel belangrijk te noteren dat de NIPT geenszins de waarde van de echografie vervangt. Ook de bepaling van het risico op Neural Tube Defect (NTD) door middel van echografie en een bepaling van alfa-fetoproteïne (AFP) in het bloed van de moeder wordt met de NIPT niet gedetecteerd.

Wat is de kostprijs van de NIPT en voorziet het ziekenfonds in een tegemoetkoming?

De kostprijs bedraagt 290 euro en wordt tot op heden niet terugbetaald door het RIZIV. Verschillende ziekenfondsen voorzien intussen wel in een gedeeltelijke tot volledige tegemoetkoming, al dan niet voor specifieke patiëntengroepen met een verhoogd risico. Meer informatie hierover kan op de websites van de betrokken organisaties worden ingewonnen.

Voor meer informatie over de NIPT Harmony test en afname sets kan u terecht op info@medina.be

CULTUUR - BOEKEN



Leen Huet

Pieter BRUEGEL De Biografie

435 p. - €34,95, Polis, 2016

Pieter Bruegel (1525? - 1569) liet geen geschreven documenten na en ook teksten uit zijn omgeving zijn schaars. Met zo weinig beschikbare bronnen lijkt het een gewaagde onderneming om een biografie te schrijven van deze beroemde Vlaamse schilder, ook de tweede Bosch genoemd. De auteur heeft dit probleem benaderd door Bruegel te plaatsen binnen het raam van zijn cultuurhistorische omgeving en van zijn bekende vrienden uit de kunst en wetenschap. Binnen dit kader legt zij dan telkens verbindingen naar de zeldzame bekende feiten uit het leven van de kunstenaar. Alle bekende schilderijen en vele tekeningen worden uitvoerig, deskundig en boeiend beschreven. De technische kwaliteit van de afbeeldingen op glanzend papier – waarvan de meerderheid in kleur – is uitzonderlijk goed. Jammer dat de zeer uitgesponnen uitweidingen en de vele zijsporen naar Bruegel's tijdsgenoten en omgeving soms de kern van het verhaal dreigen te verdringen. Zo leidt bijvoorbeeld de bespreking van Bruegel's bekende prent: *Zeeslag in de straat van Messina tot* een lange uitweiding over een bezoek door de schilder aan Sicilië en zijn kunstwerken, die dan ook vrij uitvoerig worden beschreven maar het is niet bewezen dat Bruegel naast Zuid-Italië ook het nabijgelegen eiland heeft bezocht. Dit monumentaal naslagwerk getuigt van de indrukwekkende eruditie van de auteur. Het werpt heel wat nieuw licht op het indrukwekkende oeuvre van een wereldberoemd schilder uit deze bloeiperiode van de Vlaamse kunst



A. Baert



Julian Barnes

Het tumult van de tijd

223 p - €19,99, Atlas Contact, 2016

Eind jaren dertig staat een jonge man – aanstormend componist, toegewijde huisvader – met een ingepakt koffertje naast de lift van een flatgebouw in Leningrad. Hij wacht er de hele nacht, nachtenlang, in de overtuiging dat hij opgepakt zal worden en afgevoerd naar Het Grote Huis, waaruit weinig mensen ooit terugkomen. Aldus begint deze romanbiografie over Dmitri Sjostakovitsj, een van de grootste componisten van de twintigste eeuw. Julian Barnes is een vooraanstaand Engels auteur, bekroond met vele prijzen waaronder de Man Booker Prize. Hij beschrijft op weergaloze wijze de wereld van verlammende angst, waarin Sjostakovitsj leefde onder de Stalin terreur, toen zijn composities door het regime werden verboden. Na Stalin's dood werd de componist gerehabiliteerd en tegen wil en dank door het regime opgevoerd als grote ambassadeur van de Sovjetcultuur. Maar het dilemma tussen het natuurlijke ontplooiing van zijn artistieke talenten en de gedwongen compromissen met de verafschuwde machthebbers brachten hem uiteindelijk in een wanhopig innerlijke conflict dat vele van zijn muzikale scheppingen tekende. Volgens de woorden van de auteur: "in plaats van hem te vermoorden hadden ze hem in leven gelaten en door hem in leven te laten hadden zij hem vermoord. Dat was de definitieve onweerlegbare ironie van zijn leven". Schitterend proza door een begaafd woordkunstenaar over de getormenteerde ziel van een muzikaal genie. Een beklijvend boek, dat men in één ruk uitleest maar dat nog lang nazindert.



A. Baert



Karel Poma
De Verlichting belicht
 370 p. - €36,90, Garant, 2014

Volgens Poma (1920-2014), vm. minister van cultuur en vrijdenker in hart en nieren, ligt de Verlichting aan de basis van onze parlementaire democratie en grondwettelijke vrijheden. De lange zoektocht naar wetenschappelijke vaststellingen en algemene wetten vanaf de klassieke oudheid eindigde bij de opkomst van het christendom, dat alleen aandacht besteedde aan het al of niet bestaan van een god, die alle verschijnselen regelde op aarde. Onderzoek van de natuur was overbodig, zoals Galileï en vele anderen mochten ervaren. Het vertrekpunt van de huidige West-Europese beschaving ligt in de 17^e-18^e eeuw bij de Angelsaksische, Franse, Duitse, Hollandse en Vlaamse bijdragen. Op de rechten van de mens werden nieuwe accenten gelegd. Hierdoor kon evenwicht ontstaan tussen enerzijds burgers en anderzijds machthebbers, roofridders, veldheren of priesters, die godsdienstig fundamentalisme hadden aanwendden om de bevolking te onderdrukken. Met Immanuel Kant bereikte de Verlichting een hoogtepunt rond 1800. Zij ontplooidde zich verder door toepassing van de verlichtingsidealen en rationeel wetenschappelijk onderzoek, dat steunde op waarneming en redenering. Ontsporingen (nationaalsocialisme en Sovjet-communisme), evenals bedreigingen (godsdienstig fundamentalisme, postmodernisme, neoliberalisme, antiglobalisme, en andersglobalisme) komen aan bod. Een studieboek dat doet nadenken en voor de belangstellende, zeer aan te prijzen.



P. Jongbloet



Ysbrand van der Werf
Iedereen slaapt
 155 p - €17,50, Athenaeum Polak en Van Camp Amsterdam, 2016

In dit klein boekje(155 blz) geeft de auteur die onderzoeker is aan het VU Medisch centrum en het Nederlands Instituut voor Neuroscience van de Koninklijke Nederlandse Academie voor Wetenschappen een overzicht van de huidige stand van zaken in het fundamenteel slaaponderzoek en de toepasbaarheid ervan. Het is eenvoudig geschreven en een niet-arts met slaapproblemen zal er wel wat van opsteken. Dick Swaab typeerde het boek als "een boeiend verhaal over slaap als venster op de werking van het brein".



F. Goes



Steven Naifeh en Gregory White Smith Vertaald door Mario Molegraaf
Vincent van Gogh De biografie
 1069 p, harde omslag - €70 (Ik tikte het op de kop als tweedehands voor €35).
 paperback €20, Bert Bakker Amsterdam, 2011

Dit is een zeer special boek over van Gogh om drie redenen: 1. De auteurs schreven verschillende boeken over kunst en hun magistrale biografie *Jackson Pollock. An American Saga* won de Pulitzer Prize en was een finalist voor de National Book Award. Zij kennen dus hun vak. 2. De vertaler koos er, in overleg met de uitgever, voor om altijd Vincents oorspronkelijke brieven te gebruiken. 3. In deze eerst serieuze diepgravende biografie over Vincent van Gogh in meer dan 75 jaar, en die misschien de definitieve biografie van de schilder zal blijken, vertellen Naifeh en Smith Van Goghs trieste levensverhaal met een diep psychologisch inzicht. De lezer leeft, bijna week na week, mee met van Gogh en de eigenaardige omstandigheden rond het pistoolschot dat een einde bracht aan zijn leven op zijn 37 jaar. Hij zou, per vergissing, gedood zijn door een stel pubers.



F. Goes

ONTMOETING MET ERFGENAME VAN EUTERPE:

Anneleen Lenaerts, eerste harpiste bij de Wiener Philharmoniker.

Deze uitzonderlijk begaafde Vlaamse harpiste, sinds 2010 volkomen thuis bij de beroemde Wiener Philharmoniker, werd door Klara *in de Singel* op 28 januari 2017 onthaald als eregaste! Na briljante vertolking in symfonisch werk met Brussels Philharmonic in 3 meesterlijke Harpconcerti gaat grote belangstelling naar CD opname van romantische kamermuziek in duo met D. Grammenos (klarinet). Ook de pers biedt luisterend oor. Graag dank ik Brigitte Ghyselen (Warner) voor realisatie van het onvergetelijk openhartig interview met A. Lenaerts op 12/12/2016 te mijnen huize. Respectvol omgaan met musici impliceert: je zelf kort verantwoorden. Bij dergelijk interview peil ik immers zelf met vragen (*waarom? hoe?*) naar het *artistiek credo* van de uitvoerder! Na reflecties over alle aspecten in de muzikale vorming, blijft uiteindelijk de vraag: "Heeft uitgebreide opleiding in het kader van muzikale extra-begaafdheid je de wegwijzer getoond naar het laatste doel: nl. "zo wil ik omgaan met muziek als een persoonlijk uitdrukingsmiddel"? Drie onontbeerlijke voorwaarden voor een goed musicus werden door vermaarde cellist Pablo Casals ooit aldus geformuleerd: "1° avoir le 'don de Dieu' (talent); 2° avoir de bons professeurs et 3° travailler sans cesse! In de opbouw van Anneleen Lenaerts muzikale loopbaan werden ze duidelijk optimaal vervuld! Zij vertelt met warme dankbaarheid hoe vooral haar ouders, haar broer/componist Wouter Lenaerts en haar directe familiale omgeving haar op elk vlak daarin blijvend gesteund hebben. Met scherp professioneel inzicht in haar meervoudig talent hebben toegewijde leraars van verschillende disciplines (voor harp L. Robbroeckx) zeer gewetensvol haar keuze (klavier en/of harp?) begeleid. Gebeurtenissen en omstandigheden hebben haar muzikaal levenspad doorkruist en gunstig beïnvloed. "Ik *heb blijkbaar steeds de juiste mensen ontmoet op het juiste ogenblik*" getuigt ze heel spontaan. Die hoogst eerlijke lof voor haar muzikale mentors treft me zeer: échte eenvoud bij zoveel jonge roem! Vanuit die invalshoek blikken we terug op belangrijke aspecten uit haar muziekparcours.

Hoe beleefde ze de vele wedstrijden, internationale competities en masterclasses, waaraan ze deelnam?

Ze vindt ze alle vooral zeer belangrijk als "vormend element, dat je telkens een stap verder brengt in het muzikaal groeiproces; ze worden telkens een aanleiding die stimuleert om verder te blijven zoeken naar de uitbouw van jezelf als muzikant". Winnaarprijzen op 'International Musikwettbewerb ARD' (München 2009) en 'Concours International de Harpe L. Laskine (Parijs 2005) zijn hooggewaardeerde uitblinkers tussen de talrijke internationale lauweren, waarover ze bescheiden zwijgt.

Docenten harp die ze zich graag herinnert, omdat ze wezenlijk bijdroegen tot de uitbouw van haar solo carrière, zijn er steeds geweest. Van de velen die beklijvende vorming schonken, vermeldt ze spontaan Isabelle Perrin, die tijdens en na de jaren doorgebracht in de 'Cours de Perfectionnement' te Parijs, voor haar een inspirerende mentor is gebleven.

Gunt de huidige opdracht bij de Wiener Philharmoniker (Orkest én Staatsopera!) haar voldoende tijd voor studie en uitvoering n.a.v. privé concerten, recitals en CD opnamen? Haar "Ja!" bevestigt tevredenheid! Ze geniet intens van de muzikale medewerking aan drama en vocale lyriek in de opera, waarvoor ze dagelijks moet kunnen paraat staan. (In de Italiaanse opera wordt de harp vaak verwend



met een sterk gevoelsintensieve rol! Nvdr).

Zijn er bepaalde muziekfragmenten of componist(en) waarmee ze een zware dag van 'partituur-studie' graag afsluiten wil? "Bach! Met bv. een fuga! Dat brengt altijd een rustpunt na de studie-stress! Van Bach krijg je nooit genoeg!" J.S. Bachs sublieme *Chaconne* (uit Partita No. 2 BWV 1004 voor viool) ligt haar nauw aan het hart: een dankbare glimlach illustreert alle innerlijke vreugde *om-trent de apart vermelde prijs* die ze in 2005 kreeg voor haar uitvoering. De *Chaconne* was nl. onderdeel van het werkelijk gepresenteerde programma op hoger geciteerd internationaal harpconcours Lily Laskine 2005. De *Grand Prix International de Harpe Lily Laskine, Paris 2005* werd toen haar meest prestigieuze trofee!

Hoe kijkt ze uit naar repetities en welk belang hecht ze eraan in verband met concerten en opnamen? Eerste uitvoering van nieuw concert beleeft ze telkens als zeer spannend moment in haar kunstenaarsleven. Voor CD opname (cfr. slot) en presentatie van live-concert rekent ze vooral op alerte *"sterke empathie tussen de uitvoerders; maar er moet ook ruimte blijven voor inspiratie. Niet té veel op voorhand blijven herhalen, want intuïtie en spontaneïteit mag je nooit aan banden leggen. Je moet elkaar blijven aanvoelen en daarop attent blijven tijdens uitvoering"*.

Hoe, welke componisten, uit welk repertoire kiezen voor solo optredens en opnamen blijkt een actueel onderwerp dat de harpiste sterk bekommert. Sedert 1810 ingrijpend aangepast aan gebruik van *chromatische* tonen, is de dubbelpedaalharp vanzelfsprekend sterk verbonden met romantisch en impressionistisch repertoire, waarin ze eindelijk kan schitteren, letterlijk in alle toonaarden! Via transcripties wordt echter ook oeuvre uit vorige stijlperiodes voor deze harp prachtig toegankelijk. Talloze transcripties voor harp overstijgen grandioos het vroegere tekort aan harpmuziek (te wijten aan destijds geaccepteerde instrumentale beperkingen). A. Lenaerts blijft duidelijk creatief en optimistisch. *"Je moet daarin vooral ook je zelf erg inventief opstellen!"* meent ze terecht. Klavier- en gitaarmuziek als kamermuziek liggen beslist in die (transcriptie)lijn. Daarnaast hoopt ze op initiatieven van componisten (zoals R. D'Haene) die het indrukwekkend klank- en kleurenpalet en vooral het *emotioneel* potentieel van dit prachtig instrument willen eren met nieuw oeuvre!

En zo is hét woord gevallen: emotie! Want daar gaat het uiteindelijk om bij Anneleen Lenaerts: *muziek als bron van emotie, ontroering*. "Techniek *alleen* imponeert mij niet, muziek moet gedragen worden door emotie. Ook al klinkt alles perfect, daarom spreekt het nog niet aan!" zegt ze met klem. We zijn beland op het punt dat ons beiden meest ter harte gaat! Techniek is onontbeerlijk, maar muziek zonder emotie, zonder ontroering? Dan hoeft muziek niet meer voor Anneleen. Wij voelen ons samen heerlijk afgestemd op diezelfde golflengte! *"Ik vind het bijzonder fijn als na de uitvoering, toehoorders me komen zeggen: je hebt ons écht ontroerd! Voor mij is dat het belangrijkste."*

"Dat maakt me als uitvoerder steeds blij". Terwijl wij ons over dit thema intens verheugen, blijkt onze tijd om! Het afscheid wordt kort, snel en hartelijk: de chauffeur wacht.

Een flits van muziek die eerstdaags (Januari- Februari 2017) door Anneleen Lenaerts in concert wordt aangeboden te Antwerpen, Gent, Hasselt, Luxemburg, Brussel, Heerlen, Kortrijk, Brugge, Maasmechelen en verder, brengt u deze CD opname:

CD Warner Classics 913229 Anneleen LENAERTS & Dionysis GRAMMENOS SCHUMANN & SCHUBERT Transcriptions for Clarinet & Harp.



Kostbare kennismaking met intieme kamermuziek. *R. Schumanns* Fantasiestücke *op.73* bloeien bijzonder mooi open onder glanzende toonvorming en melodisch talent van de eminente klarinettist. Perfecte symbiose van harp en klarinet kleurt intensief de verfijnde lyrische *Ro-*

manzen op. 94. In de vertolking van 3 zeer intimistische *Rückert-liederen (Klara Schumann)* lijken extreem *empathische (ziele-)snaren* te hebben meegetrild! De klarinet zingt, mijmert, fluistert liefdesfrases, met subtiële vervoe-ring eigen aan de menselijke stem; de harp omkleedt de tot louter gevoel versmolten verzen met ondenkbaar subtiële nuances van tederheid en ingehouden vreugde. Mooie muzikale/ instrumentale balans laat emotie vrije loop. Vooral *Schuberts Arpeggione Sonata D 821 in A-minor* is gevoelig doordrongen van deze 'gelijkgestemde' empathie. De harp bekent zich als subliem klankbord over de ganse lijn; onnoemelijk zielsberoerend Adagio raakt je diepste 'ik'. Het artistiek/literair 'envooi' naar de luisteraar toe blijft in *Ständchen* onweerstaanbaar nazingen bij de klarinet! Van Schubert neem je eigenlijk nooit afscheid!

Els Van Den Eynde

CULTUUR – Tentoonstellingen



Het oudste goud van de wereld - schatten uit Varna (Bulgarije) tot 28.04.17)
Dordrechts museum, Dordrecht



Een andere wereld - laboratorium van waan en fantasie (tot 28.05.17)
Museum Dr. Guislain, Gent.

Waar ligt de grens tussen fantasie en werkelijkheid? Hoe onderscheid je droom van delirium, waan van wens, hal-lucinatie van inzicht?



Het landschap door Permeke en zijn tijdgenoten (tot 25.05.17)
Permekemuseum Jabbeke.

Collectiepresentatie over de weergave van het landschap.



Europalia Indonesia (10.10.17 tot 21.01.18).
Paleis voor Schone Kunsten, Brussel.

In heel Indonesië speelden en spelen de voorouders een vooraanstaande rol. Hun cultus en voorstellingen getuigen van een enorme diversiteit, kracht en poëzie. Nooit eerder getoonde archeologische en etnografische schatten worden samengebracht.

Jan Dockx



NOSTALGISCHE JAZZ EN EEN GEVOELIG TABOE

Veertien Oscarnominaties. U hebt het wellicht al vernomen, dat de nostalgische jazzmusical *La La Land* het record van *All about Eve* en *Titanic* heeft geëvenaard. De bookmakers hebben het nu druk met voorspellen hoeveel van die nominaties de film van Damien Chazelle zal verzilveren. (Voor *All about Eve* waren dat er zes in 1951, voor *Titanic* elf in 1998.)

Ach ja, dat Oscarcircus – het is wat het is: de gemiddelde smaak van een groep Amerikanen uit het filmberoep. Soms staan er verschrikkingen op het palmares, maar dit jaar zijn de drie favorieten prima kijkvoer.

La La Land is een vrolijke hommage aan de MGM-musicals van de jaren vijftig en de Franse jazzmusicals van Jacques Demy met Cathérine Deneuve. Net als in *Hail Caesar!* van de gebroeders Coen druipet de liefde voor de gouden tijd van de cinema eraf. Kennelijk hebben heel veel filmcritici en Oscarstemgerechtigden heimwee naar de jaren van *Singing in the rain* of *Les parapluies de Cherbourg*. Er wordt daarom iets ál te enthousiast de loftrompet gestoken. Hoe plezierig en technisch virtuoos deze stijloefening ook is, een matig verhaal en een gebrek aan virtuositeit bij de acteurs (logisch, hoe zouden Ryan Gosling en Emma Stone zo goed kunnen zijn als Gene Kelly of Ginger Rogers?) maken dat *La La Land* toch wat minder meeslepend is dan zijn grote voorbeelden.

Het is daarom goed mogelijk dat met *Moonlight* van Barry Jenkins (acht Oscarnominaties) een nog beter paard de haver krijgt. Dit discrete en toch zo krachtige drama combineert de problematiek van twee minderheden – zwarten én homo's – in één film. Niet evident om daarmee het brede publiek te bereiken. Maar *Moonlight* is zo'n overtuigend drama, dat iedereen met een hart – homo of hetero, jong of oud, blank of zwart – automatisch gaat meelevens met het hoofdpersonage.

Drie onbekende acteurs spelen in drie fasen van zijn jonge leven (als verlegen negenjarige, bange puber en tot een stoere macho opgepompte twintiger) hetzelfde personage: een jongen die – zoals zoveel zwarte Amerikanen – zonder vader en met een zwaar verslaafde moeder opgroeit in een gewelddadig getto, en in het reine moet zien te komen met zijn andersgeaardheid.

Zo kwetsbaar als deze jongen op zoek naar zijn identiteit is, zo trefzeker brengt de nochtans onervaren Barry Jenkins zijn zoektocht in beeld. Wars van alle clichés, schetst hij dankzij een uitstekende acteursregie en



vlijmscherpe dialogen een indrukwekkend authentieke wereld. Dat het in zwarte getto's waar spieren, blingbling en een norse heb-ik-iets-van-je-aan-houding de omgangscodes vormen, moeilijk is je plaats te vinden als je een wat gevoeliger type bent: verrassend is die boodschap niet. Maar *Moonlight* kaart die situatie zo subtiel en toch prangend aan, dat een onderbelichte problematiek eindelijk bespreekbaar wordt dankzij deze film.

Er komt veel commerciële bagger uit Hollywood, en dus doet het plezier wanneer sterke films als *La La Land* en *Moonlight* zo veel aandacht krijgen. Net als *Arrival* trouwens, ook goed voor acht nominaties en met voorsprong de intelligentste science-fictionfilm in jaren. Uiteraard komen ook dit jaar weer enkele uitstekende films er bekaaid af (zoals *Nocturnal animals*) terwijl andere ten onrechte veel veren op de hoed wordt gestoken; maar voor wie zich dat kan veroorloven, wordt het toch weer leuk een nachtje op te blijven voor de grootste tv-show van het jaar, op 26 februari.

Steven Defoer



Jaarlijks vloeien ongeveer 12 miljard euro weg uit Vlaanderen naar Wallonië en Brussel. Terwijl in Vlaanderen de wachtlijsten in rusthuizen, in verzorgingsinstellingen voor gehandicapten, en voor subsidies voor scholenbouw alsmaar langer worden. (zie ook: www.akvsz.org)

Onze hospitalisatie-verzekering geeft jou een gerust gevoel



4 Formules:

Kostendekkend (basis)
HospiPlan & AmbuPlan

Kostendekkend (comfort)
HospiPlus & AmbuPlus

Naast jouw groepsverzekering
HospiContinu

Vaste vergoeding
HospiForfait

Hospitaal

Hoofdzetel:

Hoogstratenplein 1 - 2800 Mechelen - info@vnz.be
Kantoren & postbussen over heel Vlaanderen

Ontdek onze vele voordelen,

www.vnz.be of bel gratis 0800 179 75

Veranderen van ziekenfonds is heel eenvoudig. Wij regelen alles!

VNZ
Vlaams & Neutraal
Ziekenfonds

VAV BEZOEKT



22 april 2017 - 14.15 u.

gegidst bezoek Belfius Art collection - Belfius-toren, Brussel / mogelijkheid drink nadien (Van Helmont)
(Frank Goes-Robrecht Vermeulen)

tip: kan worden gecombineerd met voormiddag bezoek "Yves Klein" in Bozar-indien interesse voor gegidst bezoek daar, contacteer frank@goes.be

23 september 2017

Symposium: "Vlaamse gezondheidszorg na de 6de staats-hervorming"

14 oktober 2017

Bezoek Gent 10.30 u. Sint Baafskathedraal met het recent gerestaureerde Lam Gods 13u. lunch in Marriott hotel 14.30 u. museum Dr.Guislain gegidste rondleiding permanente collectie 'Geschiedenis van de psychiatrie' en 'Verborgene Werelden'
(Jan Dockx)

18 november 2017 - 14 u.

bezoek aan het federaal parlement, Brussel gratis gegidste kunstrondleiding in de Senaat
(Lieve Van Ermen)





IN MEMORIAM



Dr Jos Spincemaille

die op Maandag 28 November thuis in Sint Kruis in familiekring rustig is overleden. Hij werd geboren in Wervik op 20 Januari 1932 en volgde secundair onderwijs aan het Klein Seminarie te Roeselare, studeerde geneeskunde aan de KU-Leuven en volgde nadien Tropische Geneeskunde te Antwerpen. Hij werkte drie jaar in Coquilhatstad en opereerde daar heel veel kinderen waardoor hij bijna als een god vereerd werd. Daarna koos hij voor een specialisatie in Klinische Biologie, behaalde in 1967 de erkenning in de Klinische Biologie en werd aan het St Jan Ziekenhuis te Brugge (1970) diensthoofd van het laboratorium voor Klinische Chemie in 1981.

Jos was iemand die hield van de proefbuis en de pipet, de fotometer en de microscoop; en hij was bovendien een goede lesgever aan het HTI in Tielt en Brugge. Hij was ook een fervent filmkenner, hartstochtelijk liefhebber van muziek, vooral voor jazz zowel klassieke als experimentele. Wij nemen respectvol afscheid van een goede vriend en diep christelijke collega die ook een periode bestuurslid en even secretaris van het VGV was.

Vic Blaton Prof em KU-Leuven, Ere-diensthoofd
Laboratorium Klinische chemie Az St Jan Ziekenhuis Brugge.



Professor Herman Van de Voorde

Herman Van de Voorde werd geboren te Brussel op 16 oktober 1928 en overleed op 23 januari 2017. Als zoon van de bekende letterkundige Urbain Van de Voorde, wel bekend van "De Standaard der letteren", behoorde hij tot de Nederlandssprekende elite van Brussel. Hij was gevormd als klinisch bioloog in de Bacteriologie, volgde Professor Piet De Somer op als hoofd van het laboratorium van Bacteriologie en nam tevens diens cursus Gerechtelijke geneeskunde over in het laatste jaar van de opleiding tot de geneeskunde. Professor Van de Voorde was naast gerechtelijk expert ook een bekend hygiënist en trad vele malen op als adviseur voor het gezondheidsbeleid, de sociale geneeskunde en de schoolgeneeskunde o.m. als voorzitter van de groep deskundigen in Caritas Catholica.

Als afgevaardigde van de school voor maatschappelijke gezondheidszorg in het bureau van de faculteit dwong hij respect af bij zijn collega's uit de verschillende klinische richtingen. Als rechtgeaard Vlaming steunde hij de splitsing van de faculteit en de oprichting van Leuven Nederlands. De faculteit Geneeskunde van de KU Leuven mag deze uitmuntende emeritus dankbaar zijn voor zijn niet aflatende inzet voor de universiteit tijdens zijn beroepsleven.

Aan Mevrouw Van de Voorde en de hele familie bieden we onze diepe gevoelens van deelneming aan.

Dirk Lahaye

IN HET
VOLGENDE
NUMMER VAN
PERIODIEK

POLITIEKE
ACTUALITEIT

CULTUUR
BOEKEN
FILMS
TENTOONSTELLINGEN



Prof.
Wim
Develter

EDMOND
LOCARD
DE FRANSE
SHERLOCK HOLMES

De economische
prestaties van de
91 algemene
ziekenhuizen
in België



Marc van Impe

(F)ACTUEEL

Problematisch
Alcoholgebruik

