

# PERIODIEK

## NIEUWSBRIEF

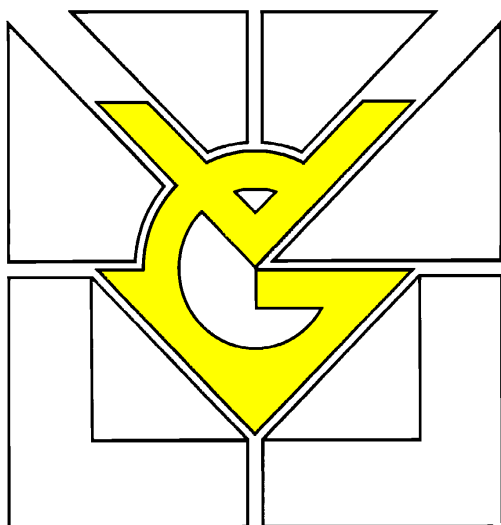
### Vlaams Geneeskundigenverbond

57<sup>ste</sup> Jaargang

Tweemaandelijks Tijdschrift

Januari-Februari 2002 - Nr 1

Afgiftekantoor: 2000 Antwerpen 1



## Inhoud

|   |    |
|---|----|
| VOORWOORD   | 1  |
| BALANS (E. PONETTE)   | 2  |
| BESTAAT ER EEN VLAAMSE CONSENSUS<br>OVER ECHELONNERING VAN HET<br>GENEESKUNDIG AANBOD? (R. VERMEULEN) | 4  |
| FORUM:  | 6  |
| PREVENTIE IN DE PERSOONLIJKE<br>LEVENSSFEER (M. VIAENE)   |    |
| INTERVIEW MET DR. E. DE SUTTER OVER<br>HET IRAK-PROJECT   | 11 |
| TOESPRAAK DR. R. LENAERTS   | 13 |
| BRIEFWISSELING  | 20 |
| VGCV-CULTUUR  | 23 |

**Noteer in Uw agenda:**  
**viering VGV 80 jaar**  
**04/05/2002**

## Voorwoord

Vooreerst wens ik aan alle VGV-leden een voorspoedig jaar 2002 en een goede gezondheid, met veel energie. Want dat zal nodig zijn in dit jaar dat het VGV zijn 80<sup>ste</sup> verjaardag viert. Talrijke activiteiten staan reeds op stapel.

Na de "festiviteiten" rondom het eredoctoraat van de KUL aan Philippe de Belgique – waar het VGV zijn medewerking niet aan verleende – neemt het VGV op zondag 3 maart wel deel aan de meeting "Vlaamse Sociale Zekerheid in Europees perspectief. Solidariteit ja, maar..." van het Aktiekomitee Vlaamse Sociale Zekerheid (AK-VSZ), in de Aula Pieter de Somer te Leuven. Gastsprekers dan zijn Prof. R. Senelle, Jan Van Doren (VEV) en ons bestuurslid Dr. Gui Celen, tevens voorzitter van het AK-VSZ..

Brugge is dit jaar samen met Salamanca culturele hoofdstad van Europa, en de feestelijkheden voor 80 jaar VGV zullen dan ook daar plaatsvinden. Op zaterdag 4 mei bezoeken wij eerst de Jan van Eyck tentoonstelling en nadien is er de academische zitting, receptie en banket in KBC-ontmoetingscentrum "De Gekroonde Laars", Steenstraat te Brugge.

Op 14 september hernemen wij de succesvolle formule van een colloquium in "De Schelp", Vlaams parlement te Brussel. Thema: "Integratie van preventieve en curatieve geneeskunde – Naar een Vlaams gezondheidsbeleid."

Het VGV, ... een tachtigjarige die nog verre van uitgeteld is!

Jan Van Meirhaeghe  
Secretaris

Wat de institutionele Vlaamse belangen betreft, werd het jaar 2001 gedomineerd door het **Lambermontakkoord** en het aansluitend **Brusselse Lombardakkoord**.

Het eerste bracht als positieve elementen voor Vlaanderen mee: overdracht van de gemeente- en provinciewet, uitbreiding van de fiscale autonomie van 10 naar 25%, gedeeltelijke defederalisering van landbouw, buitenlandse handel en in principe van ontwikkelingssamenwerking.

In de Periodiek Nieuwsbrief van mei-juni 2001 stelden we reeds dat het belangrijkste bezwaar de definitieve evolutie van Brussel naar een derde gewest was. Omdat Brussel net als de andere gewesten bijkomende fiscale autonomie kreeg; het kijk- en luistergeld, de enige belasting van de gemeenschappen, werd bovendien naar de gewesten overgeheveld. Verder omdat Brussel, net als de andere gewesten, de bevoegdheid kreeg over de gemeentewet. Tenslotte nemen de Vlaams-Waalse geldtransfers nog toe.

In het daaraan toegevoegde Lombardakkoord over Brussel noteren we als positief element: een grotere en vaste Vlaamse vertegenwoordiging in het Brussels parlement.

De eventuele aanstelling van een Vlaamse schepen in de Brusselse gemeenten dreigt een schijnoverwinning te worden door de voorstelling van Franstaligen met enige Nederlandse taalkennis voor dat ambt.

Het voornaamste negatieve element in het Lombardakkoord is het feitelijk opgeven van de blokkeringsmeerderheidsregel door de Vlamingen in communautaire materies: als er in de Nederlandse taalgroep van het Brusselse parlement geen meerderheid is, wordt na één maand opnieuw gestemd en volstaat een derde van de Vlaamse leden voor de goedkeuring van de maatregel.

Tenslotte werd aan de PSC (en aan de andere Franstalige partijen) toegezegd dat het Europees Kaderverdrag over minderheden in Europa door de Belgische regering zou ondertekend worden; dat is intussen gebeurd. Indien ook de ratificatie /goedkeuring door de deelregeringen/parlementen doorgaat, kan dat verdrag een paard van Troje worden ten gerieve van de Franstaligen vooral in de Vlaamse gemeenten rond Brussel doch ook elders in Vlaanderen.

Het stemt tot nadenken dat bij de eindstemming het Lambermont – Lombardakkoord aan Vlaamse kant slechts met een nipte meerderheid werd goedgekeurd terwijl er aan Franstalige kant geen enkele tegenstem was. Doch we draaien de bladzijde om.

Er was in 2001 ook beter nieuws: op 1 oktober ging de **Vlaamse** niet-medische **zorgverzekering** van start. Die verzekering voorziet ondersteuning van zorgbehoevende bejaarden en gehandicapten voor ondermeer maaltijdbedeling, persoonlijke verzorging, boodschappen en oppas.

De deelname aan de verzekering is verplichtend voor de inwoners ouder dan 25 jaar van het Vlaamse gewest en facultatief voor de inwoners van het Brusselse gewest.

Aansluiting gebeurt via nieuwe zorgkassen van de vijf ziekenfondsen en van twee verzekeringsmaatschappijen (DKV en Omob).

De verzekering heeft als financiële basis enerzijds de verplichte bijdragen van de verzekerden en anderzijds een spaarpot van de Vlaamse regering.

Het initiatief voor die verzekering werd tijdens de vorige regering genomen door de toenmalige minister Wivina Demeester en de verzekering werd ingevoerd door de huidige minister Mieke Vogels.

Het belang van de niet-medische zorgverzekering is vooreerst dat ze beantwoordt aan een behoefte bij de bevolking, verder dat het een Vlaams initiatief is en tenslotte dat ze een precedent vormt voor een eigen Vlaamse sociale zekerheid.

Als Vlaams Geneeskundigenverbond blijven we niet stilstaan bij het verleden, wij kijken naar de toekomst. Petit à petit, l'oiseau fait son nid.

Prof. Dr. E. Ponette  
Voorzitter VGV

Viering VGV 80 jaar  
te Brugge  
op zaterdag 4 mei 2002  
met bezoek aan de  
van Eyck tentoonstelling

## **BESTAAT ER EEN VLAAMSE CONSENSUS OVER ECHELONNERING VAN HET GENEESKUNDIG AANBOD?**

Op het symposium van 23 juni zocht het VGV naar een beeld van welke geneeskunde wij willen in Vlaanderen na het toewijzen van de gezondheidszorg aan de gemeenschappen. De inleidende voordrachten waren de vrucht van lange besprekingen onder artsen binnen en buiten het VGV. Om de besprekingen uit te breiden tot een bredere kring van de Vlaamse bevolking werden alle verenigingen van het OVV uitgenodigd. Om zoveel mogelijk meningen aan bod te laten komen werden de discussies gevoerd in drie groepen. Er waren 120 deelnemers waarvan de meerderheid actief deelgenomen heeft aan de discussies. De volledige teksten van de inleidende voordrachten en van de discussies werden gepubliceerd in een extra nummer van de Periodiek-Nieuwsbrief. Alles werd dus in het werk gesteld om zoveel mogelijk Vlaamse artsen en ook Vlaamse burgers aan het woord te laten komen. Het loont dan ook de moeite om na te gaan in hoever wij geslaagd zijn in onze zoektocht naar een Vlaamse consensus.

Het is gekend dat er onder de Belgische artsen geen consensus bestaat over echelonnering. Dit is dan ook een geschikt onderwerp om na te gaan in hoever wij onder Vlamingen dichter bij een consensus kunnen komen.

Bij de voorbereidingen van het symposium was al vlug duidelijk dat er meningsverschillen bestaan: huisartsen zijn unaniem voorstander van echelonnering ; bij de specialisten is een belangrijke fractie radicaal tegen. Uit de verdere voorbereidingen en de discussies tijdens het symposium komt een genuanceerder beeld naar voor.

Huisartsen zijn voorstander van echelonnering maar de meerderheid is niet gewonnen voor een strakke of verplichte echelonnering. Een meerderheid van de huisartsen blijkt zich goed bewust te zijn van de mogelijke nadelen van een te strikte echelonnering, zoals het eventueel onoordeelkundig verwijzen door de huisarts, verwijzen op aanvraag van de patiënt, teloorgaan van het menselijk karakter van de geneeskunde en van de autonomie van de patiënt. Men blijkt over 't algemeen vrij tevreden te zijn met de huidige werking van de echelonnering tussen de 1ste en 2de lijn. Uit de discussie blijkt dat een minderheid voorstander is van een striktere echelonnering, maar ook daar denkt men meer aan stimuleren dan aan verplichten. Over de echelonnering tussen 2de en 3de lijn is er minder duidelijkheid. De voornaamste bedreiging voor een goede echelonnering zien zij in het "hospitalocentrisme".

Specialisten die hun praktijk hoofdzakelijk buiten het ziekenhuis uitoefenen staan huiverig tegenover echelonnering en zeker tegenover verplichte echelonnering. Velen vrezen dat een verplichte echelonnering zou gebruikt worden als middel om extra muros specialistische geneeskunde uit te schakelen. Een aantal stellingnamen wijzen erop dat die vrees niet ongegrond is. Anderzijds is een meerderheid van de specialisten ervan overtuigd dat een zekere vorm van echelonnering zinvol en noodzakelijk is. Zij zijn dan ook bereid echelonnering te aanvaarden, maar dan wel een echelonnering waarbij de vrije keuze van de patiënt zoveel mogelijk gerespecteerd wordt en waarbij de selectie van verwijzing gebaseerd is op kwaliteit van de zorgen en kwaliteit/prijs verhouding. In de discussiegroep is er weinig gezegd voor of tegen echelonnering. Blijkbaar was er geen bezwaar tegen de genuanceerde stelling die in de inleidende voordracht naar voor gebracht werd. Er werd wel veel gezegd over de kwaliteit van de geneeskunde en de noodzaak deze kwaliteit met correcte statistieken te kunnen vaststellen. Extra muros specialisten zijn er blijkbaar van overtuigd dat zij geen vrees moeten hebben voor echelonnering op voorwaarde dat zij zouden beoordeeld en vergoed worden op basis van de kwaliteit en dienstverlening. Zij vrezen wel dat zij niet op die basis zullen beoordeeld worden.

Een meerderheid van de specialisten die hoofdzakelijk in het ziekenhuis werken hebben geen probleem met echelonnering tussen 1ste en 2de lijn, maar wel met de taakverdeling tussen de 2de en de 3de lijn. De 2de lijn werd gedefinieerd als specialistische geneeskunde in de algemene ziekenhuizen en extra muros. De 3de lijn is de hoogtechnologische en supergespecialiseerde geneeskunde die zou moeten voorbehouden worden aan de universitaire ziekenhuizen. Uit de gesprekken in de discussiegroep blijkt er geen eensgezindheid te bestaan over de taakverdeling tussen de 2de en 3de lijn. Er is wel eensgezind gesteld dat dit onderscheid in geen geval mag gaan over de kwaliteit van de zorgen, maar wel over een verdeling van de taken. Alhoewel velen bezwaar hebben tegen het beperken van hoogtechnologische technieken tot de universitaire ziekenhuizen, is iedereen ervan overtuigd dat een zekere vorm van planning en dus beperking om budgettaire redenen noodzakelijk is. Er is bij iedereen een grote bereidheid om te zoeken naar een consensus en de meerderheid is van mening dat die consensus in de eerste plaats moet gezocht worden onder de specialisten die in de ziekenhuizen werken. Specialisten uit de algemene ziekenhuizen, dus de 2de lijn, vrezen dat zij niet de kans zullen krijgen hun inbreng te doen in deze discussie.

Uit het geheel van de discussies kan besloten worden dat er onder Vlaamse artsen een redelijk goede consensus bestaat over de noodzaak van echelonnering tussen het 1ste en 2de echelon. Deze echelonnering moet zoveel mogelijk vrijheid laten aan de patiënt, maar moet wel gestimuleerd worden. De aard van de echelonnering en de manier van stimuleren moet steunen op de kwaliteit van de zorgen en deze kwaliteit moet gemeten worden door middel van objectieve statistieken. Er bestaat ook een consensus over de noodzaak van een zekere taakverdeling tussen het 2de en het 3de echelon, maar nog niet over de manier waarop die taakverdeling moet gebeuren. Er is wel een grote bereidheid onder de specialisten om hierover verder te praten en te zoeken naar een consensus. In de discussies over echelonnering was er weinig of geen inbreng van niet-artsen. Hieruit zou men kunnen besluiten dat het grote publiek van oordeel is dat dit een probleem van artsen is en dat het onder artsen moet opgelost worden.

Robrecht Vermeulen  
6 januari 2002

P.S.: Uw reacties worden met belangstelling verwacht, zodat de discussie over dit onderwerp in ons ledenblad kan worden verder gezet.

... Ik weet het wel, het is maar het Songfestival, maar het is toch ver gekomen. ...  
De magie van al die verschillende landen met hun verschillende culturen, precies wat de rijkdom van Europa was, is helemaal weg. De diversiteit van een continent, waar geen enkel land op het andere lijkt, heeft plaats gemaakt voor een nieuwe culturele agressor, een dominante eenheidscultuur, waar niets echt is en alles hetzelfde lijkt.

...

Luc VAN DER KELEN – Het Laatste Nieuws – 14/05/2001

... De akelige herinneringen aan het dossier van de Bende van Nijvel slijt weg. ...  
Het zou niet slecht zijn de gedachten eraan, en aan de 28 slachtoffers, te verankeren. ...  
Maar een standbeeld vlak voor het Justitiepaleis in Brussel zou beter zijn. Met jaarlijks verplicht bezoek van de minister van Justitie, de premier en de kamervoorzitter. Om hen te verplichten te overdenken wat er gebeurt als de efficiëntie van justitie en politie niet hun obsessie is.

...

Guy TEGENBOS – De Standaard – 31/05/2001

# FORUM

Op 30 november ll. ontving Dr. Mark Viaene, huisarts te Zolder, te Antwerpen de prijs van de Stichting Verhulst-Van Eeckhoven.

Hij was zo vriendelijk in te gaan op onze vraag om zijn visie op de preventieve geneeskunde, het onderwerp van zijn onderzoekswerk, in een samenvattend artikel te verwoorden.

## “Preventie in de persoonlijke levenssfeer.”

Voor de gezondheid van mensen is hun ‘thuisbasis’ – hun gezin en de lokale omgeving waarin zij vertoeven- van doorslaggevend belang. Het ligt voor de hand dat als men de hedendaagse belangrijke oorzaken van ziekte en gezondheidsschade wil beïnvloeden, men zal moeten proberen een effectieve preventiestrategie te ontwikkelen die aangrijpt op deze persoonlijke levenssfeer.

Maar hoe ? Waar liggen de prioriteiten ?

Men moet een interventiemodel dus afstellen op de dikwijls onduidelijke grens tussen individuele en collectieve verantwoordelijkheid: waar houdt jouw belang op en begint het belang van de gemeenschap.

### 1. BOTSING VAN BEGRIPPENKADERS ?

Mogelijke modellen voor preventie in de persoonlijke levenssfeer worden daarom niet zelden op, over en zelfs tegen elkaar in gebruikt, in ‘arena’s’: dit zijn clusters of netwerken van sectoren en actoren die door hun onderlinge afhankelijkheid met elkaar communiceren.

#### 1.1. Een kort overzicht van drie begrippenmodellen

**Het medisch-biologisch model** : Ziekte en ongezondheid worden bepaald door een ingewikkeld samen- spel van externe en interne biologische factoren. Dit analytische model werd en wordt sinds Descartes en Vesalius bij uitstek gehanteerd door medici en epidemiologen. Preventief ingrijpen gebeurt dikwijls ziekte- , individu- of zelfs orgaangericht, en gebeurt door experts. Het vergt niet altijd de betrokkenheid van de doelpersonen. Een belangrijk deel ervan is secundaire preventie ( het vroegtijdig opsporen van risico's of ziekte, bvb kankerscreening), maar het hanteert ook primaire preventie ( vaccinaties, gezondheidsadvies op individueel niveau).

**Het 'Health Belief' model**. Gezondheid wordt beïnvloed door normen, attitudes, gewoonten en gedragingen van de individuen. Risico's die hieruit voortvloeien, kunnen dus direct beïnvloed worden door leerprocessen, of attitudeverandering. Ook fysische oorzaken van ziekte en schade kunnen bij individuen of populaties opgespoord worden en door bijsturing in gedrag of behandeling schade voorkomen. Dit model puurt meestal zijn kennis uit de analytische methode, maar verschilt ervan door zijn aanpak: gericht op primaire preventie, met betrokkenheid van de doelgroep; informeren is de basis, maar ook attitudebeïnvloeding (bvb tabaksreclame), aanleren van vaardigheden (lessen veilig verkeer), beïnvloeden van weerbaarheid en zelfvertrouwen ( zelfhulpgroepen) zijn aan de orde. Door de betrokkenheid van de doelpersoon overschrijdt men de grens van het analytische oorzaak/gevolg model: ook de perceptie van het gezondheidsprobleem speelt mee.

**Het 'Sanitaire' model of de Omgevingsgerichte aanpak.** Gericht op de primaire oorzaken van ongezondheid en schade, gaat dit model uit van de essentiële rol van omgevingsfactoren. Het probeert rechtstreeks of onrechtstreeks deze 'randfactoren' te beïnvloeden om een basis te scheppen voor gezondheid: fysische ( verkeersdrempels om ongevallen te voorkomen, hygiëne en fris water om cholera-epidemies te voorkomen), socio-economische ( tewerkstelling om ongezondheid in brede zin te voorkomen), politieke ( democratie en communicatie cultuur om zelfwaardering en perceptie van welzijn te bekomen), legislatieve ( regelgeving op school om snoepen, roken, alcohol en drugs te weren).

## 1.2. Botsing van invalshoeken ?

### 1.2.1. Invalshoek beleid en hulpverlener.

Ziektepreventie en gezondheidsbevordering zijn begrippen die voortvloeien uit de instelling van hulpverleners en beleidsmensen. De basis ervan ligt in de grondslagen van het wetenschappelijk denkmodel : logisch, met een lineair tijdsmodel, gebaseerd op oorzaak/gevolg.

### 1.2.2. Invalshoek persoon, gezin, wijk,...

Voor het individu, en zijn directe leefwereld - het gezin, de familie, de vriendenkring, de wijk, de gemeente of de stad- is het begrip (ziekte-)preventie eerder een randfenomeen, tenzij het reeds opgedrongen werd door de hulpverleners , zodat er ongerustheid is gecreëerd ,of een gewoonte is ontstaan: 'omdat het zo hoort' (cfr nazicht van de auto) . Het spontane preventiebeprip wordt beter omschreven binnen het fenomeen 'bijsturing', een mechanisme eigen aan alle levende wezens. Dit bijsturingsproces lijkt ook op een andere basis te rusten, en aan andere wetmatigheden te gehoorzamen dan het preventiebeprip van hulpverleners en beleidsmakers:

a- Het logische oorzaak-gevolg denkmodel dat de basis is voor de 'klare' wetenschappelijke, gezondheidseconomische en epidemiologische beweegredenen om aan ziektepreventie of gezondheidsbevordering te doen, is slechts één schakel in de diverse beweegredenen waardoor een individu, een gezin, een wijk of gemeente, of een andere levensgemeenschap gestuurd worden.

b- Deze verschillende entiteiten ( individu,..) sturen zichzelf en hun omgeving allemaal reeds continu bij. Preventie maatregelen vertrekken dus niet van nul, maar grijpen steeds in op bestaande evenwichten of onevenwichten.

c- Het tegenovergestelde van preventie is risico nemen. Het is eigen aan alle leven dat risico's kunnen genomen worden ; daardoor kan de persoon, het gezin, de familie,.. zich in stand houden en verbeteren.

d- Het individu of de kleine samenlevingsentiteit, ziet geen direct gevolg van preventie. Dit is de preventie-paradox : veranderingen geven geen waarneembaar effect voor het individu, terwijl ze wel degelijk en soms grote verschillen geven op populatieniveau.

e- Het individu kan wel worden aangesproken rond specifieke preventie maatregelen, maar de verschillende preventie programma's komen in verspreide slagorde op hem af, zonder een globale achtergrond of een globaal kader. Dit verwekt argwaan ( welk belang zit er achter dit advies ?), en verwarring ( wat is nu prioritair ?) .

## **2. EEN KORTE ANALYSE VAN NORMEN, ATTITUDES, MOTIVATIE, AANDACHTS-PUNTEN EN PRIORITEITEN.**

### **2.1. Integratie preventie in globaal functioneren.**

Over het algemeen heeft de gezonde Vlaming geen uitgesproken bewuste 'preventie'prioriteiten, tenzij hij ziek is. Men interpreteert -terecht- gezondheid als een onlosmakelijk deel van het veel bredere begrip 'welzijn'. Wanneer men dieper ingaat op het concept gezondheid, ontdekt men trouwens dat ziekte en gezondheid best tesamen aanwezig kunnen zijn, zoals ongezondheid best kan optreden in afwezigheid van enige ziekte.

### **2.2. Prioriteiten**

Gaat men de Vlaming toch bevragen over welke specifieke prioriteiten hij kiest uit een aantal thema's, dan komt er toch een bewuste keuze. Deze is eigenlijk eerder een graadmeter voor 'aandacht voor het thema', of in het negatieve voor 'ongerustheid'.

Factoren die deze aandacht beïnvloeden zijn:

#### *2.2.1. Media*

Deze zijn een geschikte drager voor globale gezondheidsinformatie maar ze spelen ook een grote rol bij trendsetting; En dit niet steeds in de positieve zin: teveel informatie, tegenstrijdige info, verkeerde info, ..

#### *2.2.2 Contact met ziekte of schade*

De perceptie van een gezondheidsprobleem kan sterk verschillen tussen individuen en tussen leefgemeenschappen. Deze variabiliteit hangt af van verschillende factoren:

- ? De frequentie waarmee het probleem zich voordoet in de leefgemeenschap ( het aantal individuen dat er rechtstreeks of onrechtstreeks door getroffen wordt).
- ? Of het probleem zich in clusters voordoet, of daarentegen mooi gespreid.
- ? Of het probleem plots of geleidelijk optreedt
- ? Of het een nieuw probleem is, of één waartegen reeds aanpassingsmechanismen bestaan
- ? Of het probleem veel of weinig schade veroorzaakt
- ? Of de getroffen groep tijd heeft om zich aan te passen
- ? Het belang van de getroffen persoon of groep voor de samenleving
- ? De veerkracht, communicatie- en verwerkingscapaciteit van de getroffen groep

Het optreden van gezondheidsschade aan individuen schept de mogelijkheid tot bijsturing: het individu zelf zal proberen minder risico te lopen, en zijn omgeving kan dit ook doen.

#### *2.2.3 Betrokkenheid bij de planning en uitvoering van de preventiemaatregel*

'Ownership' of het accepteren van de preventiemaatregel als een eigen verwezenlijking of iets waaraan men heeft meegewerkt of waar men totaal achterstaat.

#### *2.2.4 Trendsetters, voortrekkers of 'peers'*

## **3. AAN DE SLAG: PREVENTIE UITBOUWEN**

Vanuit de voorgaande analyse wordt duidelijk dat er diverse kansen maar ook bedreigingen zijn voor het opzetten van efficiënte preventiestrategieën in de persoonlijke levenssfeer. Men is hiermee al begonnen. In Vlaanderen is de grote kentering naar een meer kwaliteitsvolle benadering zo'n vijftal jaar geleden op gang gekomen. We belichtten kort enkele van de belangrijkste troeven, maar ook de onvolkomenheden waarvoor nog een oplossing moet komen.

### **3.1. 'Evidence based' preventie, gezondheidsdoelstellingen, en prioriteiten .**

Vlaanderen is sinds '93 gezondheidsindicatoren aan het verzamelen. Het heeft ook een aantal instrumenten gecreëerd die een beleidsadviserende functie hebben: de Vlaamse Gezondheidsraad (VGR), het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG), en een aantal functionele werkgroepen (borstkanker, vaccinaties ) die meer rechtstreeks van administratie volksgezondheid afhangen. Hierdoor kon men in '97 voor het eerst een proactief meerjarenbeleid vastleggen rond een aantal (5) prioritaire thema's: ongevalen, borstkanker, voeding, roken, vaccinaties.

Parallel daarmee is er sinds '95 een groeiende beweging binnen de huisartsenwereld (WVVH/VHI/VHNI/ academische centra ) die op basis van wetenschappelijke methodieken rond diverse thema's aanbevelingen voor goede praktijkvoering produceert. Er is de overkoepelende huisartsenorganisatie VHP die zorgt voor communicatie en coördinatie tussen de aparte verenigingen.

Daar waar er in Vlaanderen rond gezondheidspromotie wel reeds een toeleveringsopdracht bestaat rond coördinatie en communicatie naar het veld toe (Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie), is dit nog niet zo voor ziektepreventie. *Er is dus nood aan een coördinaat medische preventie*

### **3.2. Model voor planning, netwerking en ondersteuning van de preventieactoren.**

In Vlaanderen is zoals in de ons omringende landen een evolutie aan de gang rond preventie en gezondheidsbevordering, waarbij initiatieven op kleinschalig niveau ( de wijk, gemeente, of regio ) de basis vormen van een actiestrategie. De doelstellingen van deze strategie of van dit plan, werden reeds enkele jaren geleden op internationaal niveau geformuleerd (WHO,1986). Dit programma rustte op de principes van betrokkenheid van de doelgroepen, het belang van preventie, aanpak van structurele oorzaken van ongezondheid, en wegwerken van ongelijkheid. Andere sleutelwoorden zijn bevolkingsgerichtheid, in plaats van probleemgerichtheid, en integrale benadering vanuit een multisectoraal samenwerkingsverband. Het lokale en regionale politieke niveau, de eerstelijns hulpverleners en rechtstreekse betrokkenen uit verschillende bevolkingsgroepen werden daarbij erkend als belangrijke instrumenten.

Vanaf '98 heeft men een ondersteuningskader voor deze beweging gemaakt. Vlaanderen werd opgedeeld in 26 'LOGO's. Dit zijn tussenniveaus gevormd door netwerken van alle sectoren die actief zijn in preventie en gezondheidsbevordering. Zij werken met multidisciplinaire preventie-teams.

De Logo's zijn momenteel op kruissnelheid gekomen. Het is werkelijk verbazend wat er reeds overal gebeurt rond de vijf gezondheidsdoelstellingen.

De Logo's zijn gecreëerd met een smal budget en een minimum aan werkrachten zoals het moet voor een kersverse structuur. Een vast werkkader en doorgroeiperspectieven zijn essentieel, niet alleen omdat de werkbelasting eigenlijk irreëel hoog is en meer en meer mensen afhaken, maar omdat dit de logische volgende stap is naar een meer gestructureerde en gecoördineerde aanpak van de preventie in Vlaanderen.

Het is bovendien onmogelijk dat de LOGO's met dit opdrachtenpalet en de luttel werkracht die ze hebben ook maar kunnen proberen om huisartsen een beter werkkader ( kwaliteitsvolle preventie, registratie, logistieke ondersteuning,..) te bezorgen. Nochtans zijn vele huisartsenkringen in de LOGO gestapt en hebben er ook veel energie in gestoken, omdat zij deze ondersteuning verwachtten, gezien het initiële LOGO-concept.

### **3.3. Mediabeleid**

Op dit vlak zijn er nog maar weinig verwezenlijkingen. Het VIG voert een eigen mediabeleid. Rond ziektepreventie doet administratie gezondheid zijn best, maar tornt niet op tegen de storm van geruchten en initiatieven, die elk hun eigen invalshoek betreffende medische preventie in de pers gooien.

Coördinatie van de gezondheidsinformatie via de media is een deel van een communicatie-opdracht en zou dus deels binnen het VIG, deels binnen een toekomstig coördinaat ziektepreventie moeten opgenomen worden.

### **3.4. Creëren van een preventief werkkader voor de huisarts.**

Het is de bedoeling om te groeien naar een volwaardige ondersteunings/coördineringsstructuur voor preventie in de eerste lijn. Hierbij moet de huisarts zeker niet enkel een preventiearts worden, maar moeten wel bepaalde taken rond preventie en gezondheidsbevordering op een kwaliteitsvolle wijze geïntegreerd kunnen worden in de huisartsgeneeskunde.

Het gaat om welomschreven taken, waarbij de huisarts ofwel de voornaamste uitvoerende verantwoordelijke is ( bvb vroegdetectie van risicogedrag ivm alcoholabusus), ofwel een belangrijke taak heeft naast andere hulpverleners of betrokkenen ( bvb cervixkanker, borstkankerscreening), ofwel een aanvullende taak heeft, ter ondersteuning van derden die de voornaamste verantwoordelijkheid hebben (bvb rookstopprogramma's, gericht naar jongeren). Dit kadert dan binnen een globaal programma van gezondheidspromotie.

Zoals gezegd zijn hulpverleners (waaronder huisartsen) zeker niet de enige invalshoek naar preventie toe. We menen wel dat deze invalshoek de moeite waard en zelfs prioritair is om verder te om bouwen en te ontwikkelen. De sterkte/zwakte analyse van dit gegeven berust op diverse elementen zoals lage drempel, bestaand uitgebreid netwerk van hulpverleners, mogelijkheid preventie te integreren in globale preventie, en deze te koppelen aan curatie, continuïteit, ... Hierbij worden de zwakke kanten niet uit het oog verloren ( onduidelijk effect op kosten/baten, mogelijke medicalisering, ...).

De preventiebeweging rond de huisarts heeft al een aantal dingen teweeggebracht, maar dit is nog onvoldoende doorgedrongen tot in de huisartsenpraktijk zelf. De individuele huisarts heeft nog helemaal geen stimuli om aan zinvolle preventie te doen. Integendeel, wanneer een huisarts dit op een kwaliteitsvolle en systematische wijze probeert te doen is dit contraproductief voor zijn praktijk.

**Dr. M. Viaene**  
8/10/2001

## ***CONGRESMEETING van het Aktiekomitee voor een Vlaamse SZ AK - VSZ***

**Thema:**

EEN VLAAMSE SOCIALE ZEKERHEID IN EUROPEES PERSPECTIEF  
Solidariteit, ja maar ...

**Datum:**

Zondag 3 maart 2002 om 14u30

**Plaats:**

Pieter De Somer aula  
De Beriotstraat 24  
Leuven

**Sprekers:**

Prof. Robert Senelle  
De Heer Jan Van Doren  
Dr. Gui Celen

## HET VGV EN HET IRAK-PROJECT VAN DR. EDWARD DE SUTTER

Enkele maanden geleden bezocht ons bestuurslid, Dr. Ward De Sutter, oftalmoloog uit het Kortrijkse, samen met een aantal artsen Irak. Hun reis werd nadien voorgesteld in de Senaat en kreeg o.a. aandacht in "De Standaard". Het relaas is ook te lezen op de webstek: [www.vvov.be](http://www.vvov.be)

Volgens ons medelid zijn de medische toestanden aldaar hallucinant en in dit verband kreeg hij er voornamelijk de vraag naar medisch materiaal en naar stageplaatsen om de achterstand in te halen. Collega De Sutter was zo bereidwillig om een vraagesprek toe te staan voor "Periodiek".

*Welk was de reden voor uw interesse voor Irak?*

De interesse was eerst en vooral op humanitair vlak. Waarom houdt het Westen een land dat een van de meest vooruitstrevende regimes op het gebied van onderwijs en geneeskunde had in het Midden-Oosten zolang in de knel? Welke rol speelt Europa hierbij? We kunnen maar antwoorden dat hier een dubbele agenda uitgevoerd wordt. Alles in het Midden-Oosten draait om twee dingen: olie en Israël. Zolang Amerika en de Britten de agenda bepalen, en continentaal Europa hen hierin slaafs volgt zal het hommeles zijn. De frustratiedrempel van al die landen wordt alsmaar groter als men ziet hoe het State Department een politiek van twee maten en twee gewichten voert in het Nabije en Midden-Oosten. Men kan dat goedkeuren of afkeuren: dat is een politieke kwestie. Feit blijft dat het mijns inziens een humanitaire plicht is ook die mensen te helpen.

Het tweede punt was op medisch vlak en moet ons ook interesseren. Wat zijn de gevolgen van het gebruik van verarmd uranium op de bevolking aldaar en wat zijn de gevolgen van het embargo voor de volksgezondheid. Want het allereerste recht van de mens is dat hij recht heeft op een menswaardig bestaan, en dat is het laatste wat men kan zeggen dat het Westen beoogt met zijn politiek in het Nabije en Midden-Oosten.

*Hoe bent u geïnformeerd geworden over de slechte gezondheidstoestand in dat land?*

We vielen natuurlijk niet uit de lucht. Of liever sèdert de Balkanoorlog vallen we hier niet meer uit de lucht. Tot voor de Balkanoorlog was het gebruik van DU (depleted of verarmd uranium) een ver van mijn bed show geweest. Maar na de alarmerende oproepen in de pers van oud-veteranen van de Golfoorlog en van de Balkanoorlog was de interesse gewekt. Via een oproep langs internet zijn we dan in contact gekomen met Irakese dokters en hebben wij ze dan voorgesteld om ons aldaar te vergewissen van de humanitaire catastrofe die ginds gebeurd is en aan het gebeuren is.

*Welke oogaandoening heeft u vastgesteld in dat land?*

Het onderwerp van onze studiereis op medisch gebied waren de kinderen zonder ogen of anoftalmie patiëntjes. Volgens statistieken van de British Medical Journal is de incidentie van anoftalmie 1/50.000, kinderen met multipale afwijkingen zijn daarbij inbegrepen. De reeks die wij in Irak zagen waren er 10 op 2 jaar tijd verzameld. Irak heeft een geboortecijfer van 400.000 jaar, dus reken zelf maar uit. Het meest opvallende is dat de anomalie voorkwam bij, voor de rest, volkomen normale en gezonde ouders.

*Welke is de oorzaak van deze kwaal?*

Daar kan men lang over discussiëren, maar als men de cijfers voor en na de Golfoorlog ziet van congenitale afwijkingen, kan men zich afvragen of het verarmd uranium hier al dan niet een rol zou kunnen spelen.

*Hebt u contact gehad met andere specialisten ter zake?*

Er is een onderzoeksproject hierover opgestart met de Universiteit van Rijssel, met de dienst oogziekten en de dienst voor genetica. Van een patiëntje is er een karyotype uitgevoerd, en de chromosomale analyse was normaal. Nu zijn we puntmutaties aan het controleren, gericht op bepaalde sequenties en chromosomen waarvan we kunnen vermoeden dat er een sequentie zou kunnen ontbreken.

*Gaat u opnieuw naar Irak?*

Normaal gingen we nu eind oktober opnieuw gaan, dit is nu om gekende redenen uitgesteld. Alles is nu verschoven naar april 2002.

*Welke zijn de specifieke noden op gezondheidsgebied?*

Updaten van de kennis, boeken en materiaal. Dit is geen derde wereld land meer dat geen intellectuele en wetenschappelijke basis heeft. Die mensen zijn evengoed opgeleid als wij maar kunnen hun werk niet doen omdat officieel het materiaal niet kan en mag geleverd worden.

*Welke oplossing stelt u voor?*

De echte oplossing is dat de Amerikanen en de Britten na onderhandelingen met Irak het embargo zo snel mogelijk zouden opheffen.

*Is de huidige spanning op het internationale vlak geen beletsel voor een gerichte actie?*

Zeker niet, daarmee bewijzen we dat het er ons om gaat ook die mensen op humanitair en medisch vlak te helpen.

Aldus, Dr. De Sutter. Wie belangstelling heeft om dit initiatief te steunen kan contact nemen met Dr. De Sutter (Tel.: 056/203279; e-post: [edward.desutter@azgroeninge.be](mailto:edward.desutter@azgroeninge.be))

Dr. R. Lenaerts

...  
De basishouding moet er een van actief meebouwen aan een in omvang en diepgang groeiend Europa zijn. In de realisatie van Europese eenheid in verscheidenheid moet Vlaanderen opnieuw een voortrekker zijn.

...

Bart STURTEWAGEN –  
De Standaard – 06/12/2001

...  
De Vlaamse prioriteiten zijn duidelijk. Ze moeten leiden tot de splitsing van de bevoegdheden over een aantal cruciale sectoren, zoals de sociale zekerheid en het volledige werkgelegenheidsbeleid.

...

Er is inderdaad nog veel werk aan de winkel.

Dirk CASTREL –  
Gazet van Antwerpen – 27/08/2001

... Veel van die scheeftrekkingen berusten op te duur en medisch onoordeelkundig voorschrijfgedrag in het zuiden van het land. ... Een eenvoudige ingreep, de gelijke behandeling van Vlaamse en Franstalige artsen en ziekenhuizen, bespaart veel geld én bestrijdt onefficiënte geneeskunde. ...

Guy TEGENBOS – De Standaard – 31/08/2001

### Lidgeld V.G.V.

|  |           |
|--|-----------|
| Steunend lid                                       | € 75.00,- |
| Gewoon lid   | € 45.00,- |
| Tot 10 jaar na diploma                             | € 20.00,- |
| Arts zonder praktijk                               | € 20.00,- |
| Abonnement "Periodiek/Nieuwsbrief" voor niet leden | € 20.00,- |

Postrekening nr. 000-0145403-97 Kredietbank nr. 407-3062251-47 Generale Bank nr. 220-0661040-21

Secretariaat V.G.V. : Ergo de Waellaan 3 – bus 14  
2100 Deurne – Antwerpen - Tel: 03/322.28.50 – Fax: 03/322.45.14  
e-post: [vgv@vz.uunethost.be](mailto:vgv@vz.uunethost.be) - webstek: [www.vgv.be](http://www.vgv.be)  
Het secretariaat is open alle werkdagen van 9 tot 13 uur

**Naar aanleiding van de recente feestzitting, ingericht door de Provinciale Raad van de Orde van Geneesheren van Antwerpen ter gelegenheid van de eedaflegging van artsen en de huldinging van jubilarissen, bezorgde één van onze oud-voorzitters ons de tekst van een rede die hij twee jaar geleden hield voor diezelfde Raad.**

**Zijn beschouwingen over de artsenpraktijk in het verleden en in de toekomst zullen U zeker boeien.**

---

## **Huldiging der Jubilarissen – promotie 1949 en**

## **eedaflegging van de artsen van de promotie 1999**

### **Toespraak namens de jubilarissen door Dr. Raymond Lenaerts**

Geachte Heer Voorzitter en Heren leden van de Provinciale Raad van de Orde,

Geachte Ere-genodigden,

Waarde Collega's,

Dames en Heren,

Het is een traditie dat bij een jubelviering naar het verleden wordt gekeken, zoals wij, veel jaren geleden, leerden bij Vergilius: "Haec olim meminisse juvabit."

Hoewel dit een zeer verleidelijke opgave is, ga ik trachten hieraan niet te veel toe te geven, maar liever een paar gebeurtenissen en ervaringen vermelden die, volgens mij, een grote invloed hebben gehad op onze geneeskundige activiteit in de loop van de laatste 50 jaar.

Om te beginnen kan ik niet nalaten vast te stellen dat wij, hier aanwezige Jubilarissen, in feite geluksvogels zijn. Immers tot de Jubilarissen behoren is eerder een geluk dan een verdienste. Wij hebben onze studies kunnen aanvatten in volle oorlogstijd, op een ogenblik dat ontberingen allerhande, maar ook opeisingen en razzia's – denk maar aan de onmenselijke jodenvervolging – een klimaat van angst en onzekerheid schiepen, maar waarbij de instellingen, ook de meeste universiteiten, gelukkig overleefden.

Dank zij de morele en logistieke steun van onze ouders konden wij die moeilijke periode doorworstelen, spijs zoveel maanden verplichte arbeidsdienst, voor sommigen onder ons levensgevaarlijke onderduikingen, allerhande materiële tekorten, om van de moordende bombardementen niet te spreken.

Wijzelf hadden tijdens onze opleiding nog geen voldoende ervaring om te beseffen welke grondige verandering zich in de geneeskunde had voorgedaan bij het einde van de oorlog. Voor onze voorgangers en ook voor onze professoren bracht die vaststelling een schokeffect te weeg.

Als voorbeeld wil ik hier een gebeurtenis aanhalen – wat sommigen onder ons zich nog wellicht zullen herinneren – toen een gedreven en gepassioneerde Professor Joseph Hoet, ons jonge studenten van het 1<sup>ste</sup> doctoraat geneeskunde, in het auditorium tegemoet trad en met de beide armen in de lucht en met een stem vol emotie uitriep: “Mirakelen door Penicilline!”.

Toen dan de meesten onder ons, na hun militaire dienst, in de jaren 1949 en later hun medische activiteit konden aanvatten waren er geen grote moeilijkheden: de sociale zekerheid verzekerde meer dan 95 % van de bevolking en met een aantal artsen van ongeveer 8 500, in gans het land – nu is het aantal hoger dan 40 000 – lukte het vrij gemakkelijk om een praktijk op te bouwen.

Een gebeurtenis die onbetwistbaar een stempel heeft gedrukt op onze situatie als arts was ongetwijfeld de grote artsenstaking van 1964.

Eerlijkheidshalve dient erkend dat de grote meerderheid van het artsenkorps hieraan heeft deelgenomen, maar toch hebben de artsen in onze regio voldoende bewijs van verantwoordelijkheidszin gegeven om de patiënten, die hulp behoeften, niet in de steek te laten.

De wachtdiensten, zowel van de huisartsen als in de ziekenhuizen werkten uitstekend, zodat de volksgezondheid hierdoor geen noemenswaardige schade heeft geleden. Van een operatie “valies”, was hier geen of nauwelijks sprake. Het einde van de staking die op een eerder bijbelse wijze werd afgesloten met de zogenaamde Sint-Jansakkoorden, betekende voor het hele artsenkorps een echte opluchting. De meesten waren van oordeel dat dit nooit meer mocht gebeuren, maar waren eveneens van mening dat de overheid voldoende verbeelding moest bezitten en een constructieve samenspraak met de artsenleiders moest aangaan om een ten top gedreven krachtmeting met de artsen te vermijden.

Een zorgenstaking is voor ons artsen een daad “contre nature” en in principe tegengesteld aan de medische ethiek. Hier dient ook de overheid rekening mee te houden. Waarom ik deze gebeurtenis aanhaal is om er op te wijzen dat hierdoor een grondige klimaatsverandering ten aanzien van, en zelfs in, het medisch korps zich voltrok.

Er werden toen wonden geslagen tussen collega's, die gelukkig na zoveel jaren, zo goed als volledig geheeld zijn.

De toenmalige eerste minister – de Pascal lezende Gentenaar Theo Lefèvre, getooid met de traditionele Chamberlainhoed en met de eeuwige sigaar tussen de lippen – lanceerde toen het legendarisch woord, wanneer hij sprak over “la démythification” van de arts (sommigen meenden zelfs “la démythification” verstaan te hebben). Dit woord is grotendeels bewaarheid geworden: na de staking moesten de artsen van hun voetstuk treden – voor zover zij ooit op het voetstuk zouden gestaan hebben – en werden gewone burgers.

Een proces dat toch onafwendbaar was geworden.

Vergeet niet, 1968 moest nog volgen.

In de praktijk betekende dit alles dat de hele pathologie herleid werd tot een speciaal bijvoegsel voor het staatsblad; diagnoses en behandelingen werden nomenclatuurnummers, erelonen werden tarieven en de artsen zelf! ... die werden van toen af ... zorgenverstrekkers.

Geleidelijk aan deed zich het fenomeen voor dat meer en meer gespecialiseerde artsen op de arbeidsmarkt verschenen die de praktijkvoering, zoals die tot dan toe bestond, grondig wijzigden.

De huisartsen die vroeger “omnipracticci” werden genoemd en inderdaad de algemene geneeskunde beoefenden, hadden letterlijk en figuurlijk hun handen vol. Het zijn voor een groot deel hun handen geweest waarmee zij de toenmalige geneeskunde verrichtten: de meeste huis-, school-, werk- en verkeersongevallen waren aan hen besteed, evenals alle niet-gecompliceerde fracturen.

Bijna dagelijks stonden zij mee aan de operatietafel om bij heelkundige ingrepen van hun patiënten te assisteren, terwijl zij daarbij het gros van de bevallingen voor hun rekening namen.

Na de intrede van meer en meer academisch opgeleide specialisten werden al deze activiteiten “because too high risk” van de huisartsen afgenomen en werd hen geleidelijk aan de toegang tot enige activiteit in het ziekenhuis ontzegd.

De teloorgang van de handen van de huisarts wordt misschien het best geïllustreerd door het beperken van zijn handen tot het toedienen van het traditionele schouderklopje, ongetwijfeld belangrijk in de ondersteuning van de patiënt, maar – vermoedelijk voor sommigen – jammer genoeg niet voorzien van enig nomenclatuurnummer.

Deze evolutie, onvermijdelijk verbonden met de wetenschappelijke ontwikkeling van de geneeskunde, leidde tot een onheilspellende breuklijn tussen enerzijds een hoog technisch-wetenschappelijke geneeskunde in de universiteiten en grote ziekenhuizen, en de technisch-arme ambachtelijke geneeskunde van de praktiserende arts.

Onzekerheid en ontredde bleken alom. Maar het gezond verstand haalde gelukkig de bovenhand: enkel door een meer doorgedreven opleiding en studie, met als gevolg betere competentie en kwaliteit kan de huisarts zich valoriseren en herwaarderen.

Dank zij de overredingskracht en de onbaatzuchtige inzet van een aantal artsen met visie werd er voor de huisarts een nieuwe en specifieke taak in het geneeskundig landschap geconcipeerd. Daarbij is ongetwijfeld het oprichten van een medische faculteit aan de Universiteit Antwerpen – zoals u nog kunt lezen in de “Geschiedenis van 50 jaar Provinciale Raad van Antwerpen en de Orde van Geneesheren” – een historische gebeurtenis geworden zowel voor de bevolking maar vooral voor de artsen. Ook heeft deze faculteit het voortouw genomen om de revalorisatie van de huisarts kracht bij te zetten.

Als wij de evolutie naar specialisatie zien die onverminderd verder gaat – lezen wij niet in “Artsenkrant” dat bijna 70 % van de pas gepromoveerde artsen voor een specialisatie kiezen – zal de huisartsgeneeskunde meer en meer verlaten worden, hoewel een eerstelijns geneeskunde, met lage drempel, een belangrijke rol kan blijven spelen in de volksgezondheid.

Tot nog toe hebben de huisartsen nog kunnen stand houden in de rusthuizen en de homes, maar voor hoelang nog?

Een belangrijk terrein waar de huisarts daadwerkelijk hulp kan bieden is de thuisgezondheidszorg en ook bij het begeleiden van stervenden, die meestal liever thuis hun laatste levensdagen zullen beëindigen.

Het mag niet zijn dat de palliatieve zorg uitsluitend een ziekenhuisaangelegenheid is, maar dan dient de palliatieve thuiszorg wel multidisciplinair uitgebouwd te worden, waarbij de huisarts als deskundig coördinator kan fungeren.

Een goede arts-patiënt relatie was decennia lang de hoeksteen van een optimale geneeskundige praktijk. Zij stoelde op een vertrouwensrelatie tussen patiënt en arts die tot stand kwam doordat de patiënt in volle vrijheid zijn arts kan kiezen. Dit was en is nog steeds een grote gunst, maar betekent terzelfdertijd een uitdaging en een engagement tot verantwoordelijkheid.

Deze vrije keuze beantwoordt ook ten volle aan de echte roeping van de arts.

Deze vrije keuze, u zult het ondervinden, jonge collega's gebeurt meestal intuïtief en is ongetwijfeld gesteund op een aantal rationele, maar zeker ook op vele irrationele elementen.

Het belangrijkste element waarmee de arts druk kan uitoefenen is de kwaliteit die zelf het resultaat is van vorming.

Van even groot belang is zijn morele ingesteldheid maar die is veel moeilijker te beoordelen.

Hoe gaat de toekomst evolueren? Veel zal afhangen van het gezondheidsbeleid in de komende jaren. Volgens gezondheidseconomen gaat de Belgische gezondheidszorg steeds meer in de richting van "managed care", wat niet ontkend wordt door de verantwoordelijken van de ziekenfondsen.

Ook zullen de gemeenschappen in ons land meer en meer eigen klemtonen willen leggen, waardoor er een behoefte groeit naar een eigen beleid inzake volksgezondheid. In Vlaanderen is alleszins een meerderheid hiervan overtuigd.

Van de andere kant moeten wij ook durven vragen stellen naar de redenen van de geleidelijke teloorgang van een goede arts-patiëntrelatie, zeker nu wij stilaan evolueren naar een zogeheten "defensieve geneeskunde".

De oorzaken hiervan zijn complex en ook multipel. Wat ons artsen betreft, moeten wij vaststellen dat het aantal artsen fors is toegenomen en dat er van een overaanbod sprake is wat tot mistoestanden kan leiden. Verklaarde de huidige Minister van Sociale Zaken, Frank Vandenbroucke, onlangs niet dat "de plethora een reëel probleem is, wat de kwaliteit van de zorgen in gevaar brengt"?

Verder stellen wij vast dat de jonge artsen van vandaag steeds minder een humanistische vorming hebben genoten vooraleer hun geneeskundige studies aan te vatten.

Ook verdwijnt het spontane humanisme uit de faculteiten bij gebrek aan tijd die hoofdzakelijk gespendeerd wordt aan zuiver technisch-wetenschappelijke kennis. Het is niet denkbeeldig dat de wetenschappelijke geneeskunde van vandaag niet voorbereid is om te "denken", maar alleen om te "functioneren".

Een patiënt is in de eerste plaats nochtans een persoon van "woord en verlangen" vooraleer de draager te zijn van een ziekelijke aandoening.

Zoals wij kunnen lezen in het boek van collega Jean-Pierre Lebrun "De la maladie médicale", "laat het wetenschappelijk discours geen ruimte voor de mondige en verlangende patiënt die recht heeft om gehoord te worden".

Misschien verklaart dat gedeeltelijk de vlucht van vele patiënten naar de alternatieve geneeswijzen.

De artsen van vandaag, die onvermijdelijk geconfronteerd worden met de technisch-wetenschappelijke vooruitgang en die tevens overtuigd zijn van de voordelen die hierdoor voor hun patiënten kunnen ontstaan, dienen zich de vraag te stellen hoe zij kunnen aanspraak blijven maken de beoefenaars te zijn van een geneeskunde, als een wetenschap, die zich om de lijdende mens bekommert.

Geachte aanwezigen,

Op dit ogenblik is men druk doende - zelfs met wetten - over patiëntenrechten. Dat deze patiëntenrechten in feite neerkomen op artsenplichten werd door een aantal deskundigen van het medisch recht met stelligheid aangetoond.

Zoals u weet is het "informed consent" vanuit de Angelsaksische wereld geruisloos binnengedrongen in onze medische besluitvorming maar ook in onze deontologische verplichtingen en is het een vaste waarde geworden in de medische aansprakelijkheid.

De problemen zijn hierdoor hoegenaamd niet vereenvoudigd.

Voor ons artsen betekent wel een essentieel patiëntenrecht: het fundamenteel recht van de patiënt beroep te kunnen doen op kwaliteitszorg van een vrijgekozen arts die alleen de belangen van zijn patiënt laat primeren.

In de strijd voor een ethische gezondheidszorg - en ik denk hierbij ook aan de gevaarlijke dreiging van de op til staande wet over euthanasie, die evenzeer als de wet op de zwangerschapsafbreking, volgens mij, onvoldoende rekening houdt met de fundamentele waarde van het menselijk leven, en ook niet met de essentiële vraag of de strafwet betreffende de doodslag, al dan niet dient gewijzigd te worden, maar die evenmin rekening houdt met het feit dat de medische moraal een "omstandigheidsmoraal" is, waardoor de arts in bepaalde situaties de noodtoestand kan invoeren, - in die strijd staat de arts op de eerste plaats en is hij de ware potentiële bondgenoot van de zieke die hem zijn vertrouwen heeft geschonken.

Het heeft geen zin om steeds maar meer wetten uit te vaardigen. Ik wil hier graag herinneren aan de woorden door collega Jozef Huyghe, hier op deze tribune uitgesproken, enkele jaren geleden, toen bij Hippocrates citeerde: "De zelfregulering door ons geweten moet de enige norm zijn voor ons medisch handelen".

Waarde pas gepromoveerde Collega's,

Tot slot wil ik mij thans tot u richten en ik zou U willen vragen: behoud het enthousiasme, want zonder enthousiasme is geen goede geneeskunde mogelijk. Neem de klachten van uw patiënt ernstig, maar toets ze aan uw grondig onderzoek en uw gezond oordeel.

Laat u niet ontmoedigen, wanneer, niettegenstaande al uw inspanningen en goede trouw, uw patiënten u verlaten. Integendeel, gun liever het succes aan uw collega. Wees zelf steeds beschikbaar en luisterbereid en vergeet niet dat uw voornaamste taak erin zal bestaan uw patiënten te begeleiden en te bemoedigen. Zo vaak zult U ondervinden dat U de zorgen van uw patiënt, alsook zijn lijden en angsten zult meedragen en hem, na uw onderzoek, rustig laat slapen.

Thuis gekomen, zult U zelf uw rust niet vinden. Dit is de tol die U betaalt om arts te zijn, dit is on-  
vervangbaar in de opvatting en de overtuiging van uw patiënt, maar ook deze inspanning zal u vol-  
doening geven in uw leven.

Sommige Nederlandse artsen schudden meewarig met het hoofd als wij het hebben over de term  
"geneesheer" maar vele franstalige collega's zijn van mening dat deze benaming - die zij zelf niet  
bezitten - juist zo waardevol is. "Heer" betekent een waardemeter voor u als arts en tevens een res-  
pect voor uw patiënt. Het respect voor uw patiënt komt ook tot uiting in uw taalgebruik en kleding.  
Vermijd trivialiteit en blijf steeds gericht op uw taak. Bewaar uw onafhankelijkheid en vermijd te  
nauwe vriendschapsbanden: dit voorkomt moeilijkheden bij zware beslissingen en ook bij infauste  
prognoses. Blijf niet geïsoleerd maar neem actief deel aan de lokale en regionale artsenkringen. Er is  
een hele waaier van artsenverenigingen van wetenschappelijke, syndicale, ideologische of medisch-  
ethische aard.

Persoonlijk heb ik steeds ondervonden dat door de specificiteit van ons beroep en het uitgesproken  
vertrouwelijk karakter ervan, mede door het feit dat onze kennissen en handelingen zo sterk ingrijpen  
in ziel en lichaam van onze medemensen, nauwe contacten met niet-geneesheren in het verenigings-  
leven niet eenvoudig zijn. Met dokters onder mekaar lukt dat meestal veel beter.

Voor ons, Jubilarissen, heeft, naar het woord van de dichter, "de herfst op de hoorn geblazen". Van-  
uit die vaststelling, wensen wij U, jonge collega's, alle geluk in uw persoonlijk en gezinsleven. En wat  
uw beroepsleven betreft, wees ervan overtuigd dat, door uw vorming en uw voortdurende bijscho-  
ling, U het niet alleen beter weet, maar ook beter tot hulpverlening in staat zijt.

Dat is de ware uitdaging en houdt steeds de leuze van de Heren van Gruuthuse voor ogen, zoals die  
te lezen staat op het historisch pand te Brugge: "Plus est en Vous!"

Ik dank U.

Dr. Raymond Lenaerts  
Antwerpen, 23 oktober 1999

<http://www.vgv.be>

- ? **Nog meer informatie**
- ? **Makkelijk om te reageren**
- ? **Of in discussie te treden**

## UITGAVEN VGV

### Autokenteken

- ? **Decalco** €2.00,- + € 0.42,- Port
- ? **Aluminium** €3.00,- + € 0.79,- Port

### Fiscaal dagboek

€25.00,- + € 1.24,- Port

...

De Vlaamse radiologen vinden bovendien dat ze extra aangepakt worden. Ze vragen eerst de wegwerking van de ongelijkheid tussen Vlaanderen en Wallonië. Volgens nieuwe cijfers van de commissie Jadot spendeert Vlaanderen 13,014 miljard frank aan medische beeldvorming tegenover 9,003 miljard voor Wallonië en 2,480 miljard voor Brussel. Rekening houdend met de bevolking, betekent dit dat Vlaanderen slechts 92 % uitgeeft, tegenover 112 % voor Wallonië en 111 % voor Brussel.

...

F.H.

Gazet van Antwerpen –  
07/08/2001

... In zijn repliek herhaalde Dewael overtuigd te zijn dat er tijdens deze legislatuur verdere stappen in de staatshervorming mogelijk zijn. Meer bepaald wil hij dat 'in de komende periode' de splitsing van de normeringsbevoegdheid voor kinderbijlagen en gezondheidszorg op de agenda worden geplaatst.

Mark Deweerdt – Financieel Economisch Tijd – 11/07/2001

... België is niet erg groot. Maar het zijn twee landen, twee publieke opinies, twee mentaliteiten. Elk dossier, elk probleem is communautair: gezondheid, postkantoren, politie, NMBS, ... In het begin wilde ik zo iets niet geloven, nu begin ik elke analyse met de vraag waar de communautaire weerhaken zitten.

...

Karel DE GUCHT – De Standaard – 14/12/2001

# Briefwisseling

**Aan:** Mevr. Linda Cloet  
Zimmer  
Meyskens II  
Meyskensstraat 224  
1780 Wemmel

**Van:** Dr. Van Meirhaeghe  
Secretaris VGV

Oostkerke, 21 mei 2001

**Betreft :** Uitnodiging Hip Forum 2001

Geachte Mevrouw,

Ik ontvang een uitnodiging voor het "Hip Forum 2001"

Ik zie tot mijn grote verbazing dat deze uitnodiging, die tenslotte toch gericht is aan artsen van ziekenhuizen uit de regio Brugge en Genk, uitsluitend in het Engels is opgesteld. Als Vlaamse arts voel ik mij daardoor ten zeerste beledigd.

Daarenboven overtreedt U de taalwet, niet alleen in Uw uitnodiging, maar ook in de formulering van Uw adres. Een bedrijf gelegen in Vlaanderen moet het Nederlands gebruiken ook in het adres.

Ik hoop dat U in de toekomst meer respect zult betonen voor Vlaamse orthopedisch chirurgen en dat Uw uitnodigingen in correct Nederlands zullen opgesteld zijn!

Met de meeste hoogachting,

Dr. Jan Van Meirhaeghe  
Secretaris VGV

**Aan:** De Heer Patrick Dewael  
Minister-president  
Martelaarsplein 19  
1000 Brussel

**Van:** VGV

Antwerpen, 12 juli 2001

Geachte Heer Minister-president,

Langs de pers vernamen wij dat U in de komende periode de splitsing van de normeringsbevoegdheid voor kinderbijslagen en gezondheidszorgen terug op de agenda wil plaatsen.

Het Vlaams Geneeskundigenverbond zal U daarin ondersteunen. Wil in dat verband de tekst vinden van de slottoespraak tijdens het colloquium "Welke geneeskunde willen wij in Vlaanderen?", ingericht door onze vereniging in "De Schelp" van het Vlaams parlement op 23 juni II.

Op dat colloquium waren ongeveer 120 deelnemers aanwezig, vooral leden van artsensyndicaten, van ziekenfondsen en van politieke partijen uit meerderheid en oppositie.

Wij bezorgen U later de volledige teksten van het colloquium.

Met de meeste hoogachting.

Namens de Raad van Bestuur van het Vlaams Geneeskundigenverbond

**Aan:** De Heer F. PRAET  
Directeur Generaal RIZIV  
Tervurenlaan 211  
1150 Brussel

**Van:** VSZ (*Aktiecomitee Vlaamse Sociale Zekerheid*)  
Hoogstratenplein 1  
2800 Mechelen

Mechelen, 31 augustus 2001

Geachte Heer Directeur Generaal,

In Uw brief van 24 augustus II kondigt U algemene bezuinigingsmaatregelen aan in de sectoren klinische biologie, medische beeldvorming en nierdialyse.

Uit vroegere en recente publicaties blijkt duidelijk dat het verbruik in deze sectoren, evenals in de totale ziektekostenverzekering, gemiddeld aanzienlijk hoger is in Wallonië dan in Vlaanderen.

Daarom gebiedt een rechtvaardig beheer van de gelden dat selectieve bezuinigingsmaatregelen worden genomen om vermelde verschillen onmiddellijk weg te werken, vooraleer over te gaan tot algemene bezuinigingsmaatregelen.

Overigens is het Actiecomitee voor een Vlaamse Sociale Zekerheid (AK- VSZ) ervan overtuigd dat de ziektekostenverzekering moet worden toevertrouwd aan beide volksgemeenschappen om hen toe te laten eigen klemtonen te leggen in het gezondheidsbeleid, om dat beleid efficiënter te laten verlopen en om beide gemeenschappen te responsabiliseren tot een zuinig en beter beleid.

Met de meeste hoogachting

Namens het AK -VSZ  
Dr. Gui Celen, Voorzitter

**Aan:** De Heer Bert Anciaux  
Vlaams Minister van Cultuur, Jeugd,  
Brusselse Aangelegenheden en  
Ontwikkelingssamenwerking.  
Martelaarsplein 7  
1000 Brussel

**Van** VGV

Antwerpen, 20 september 2001

Geachte Heer Minister,

Langs de pers vernamen wij dat U het budget voor ontwikkelings-samenwerking wil optrekken, dat U naar de toekomst toe de nadruk wil leggen op samenwerking in plaats van hulpverlening en dat Uw voorkeur gaat naar de ondersteuning van kleinschalige lokale projecten op basis van behoeften, die bepaald worden door de inwoners ter plaatse.

Deze ideeën komen volledig overeen met die van onze vereniging en wij willen U dan ook met deze brief onze steun daarvoor toezeggen.

Met de meeste hoogachting,

Namens de Raad van Bestuur van het Vlaams Geneeskundigenverbond

**Aan:** Prof. Dr. E. Ponette  
Voorzitter VGV

**Van:** Bert Anciaux  
Vlaams Minister van Cultuur,  
Jeugd, Brusselse Aangelegenheden  
en Ontwikkelingssamenwerking.  
Martelaarsplein 7  
1000 Brussel

Brussel, 5 november 2001

Betreft: Internationale  
Samenwerkingsontwikkeling

Geachte Professor,  
Geachte Heren,

Uw schrijven van 20 september ll. hebben we in goede orde ontvangen.

Wij trachten de internationale samenwerkingsontwikkeling inderdaad te funderen op vernieuwde principes om zo te komen tot een duurzame en zinvolle samenwerkingsontwikkeling.

Het is verheugend dat het Vlaams Geneeskundigenverbond ons volgt in deze visie en zich kan maatschappelijk project.

Hoogachtend,

Bert Anciaux

**Aan:** De Heer Patrick Dewael  
Minister-president  
Martelaarsplein 19  
1000 Brussel

**Aan:** Mevrouw Mieke Vogels  
Minister van Welzijn,  
Gezondheid en Gelijke Kansen  
Koolstraat 35  
1000 Brussel

**Van:** OVV (Overlegcentrum  
van Vlaamse verenigingen)  
Schoonzichtlaan 40  
3020 Winksele-Herent

Leuven, 17 oktober 2001

Geachte Heer Minister-president,  
Geachte Mevrouw Minister,

Op 1 oktober ll. hebt U het startsein gegeven voor de uitbouw van de Vlaamse zorgverzekering. Wij zijn ervan overtuigd dat dit initiatief beantwoordt aan een noodzaak bij onze bevolking en wij feliciteren U daarvoor. Wij beschouwen dit initiatief overigens als een eerste stap in de defederalisering van de sociale zekerheid en vragen U met aandring de defederalisering van de gezingsbijslagen en van de ziektekostenverzekering, een programmapunt van de Vlaamse regering, terug op de politieke agenda te zetten.

Met de meeste hoogachting,

Namens het dagelijks bestuur van het Overlegcentrum van Vlaamse Verenigingen  
Prof. E. Ponette

**Aan:** OVV (Overlegcentrum  
van Vlaamse verenigingen)  
Schoonzichtlaan 40  
3020 Winksele-Herent

**Van:** De Heer Patrick Dewael  
Minister-president  
Martelaarsplein 19  
1000 Brussel

Brussel, 23 november 2001

Mijnheer de Voorzitter,

Uw schrijven van 17 oktober 2001 heb ik in goede orde ontvangen.

Bij deze wil ik U van harte bedanken voor uw enthousiaste reactie omtrent de uitbouw van de Vlaamse zorgverzekering.

Zoals ik ook in mijn septemberverklaring meldde, krijgen zorgbehoevende Vlamingen, via de zorgverzekering, de mogelijkheid om vergoedingen te krijgen voor zowel professionele thuiszorg als verzorging door familieleden, de zogenaamde mantelzorg. Ook de aankoop van niet medische producten komt voor vergoeding in aanmerking.

Vanaf juli 2002 draagt het Zorgfonds bovendien bij voor een verblijf in een rusthuis of een geriatrische instelling. Voor het Zorgfonds heeft de Vlaamse regering de voorbije drie jaar telkens vier miljard gespaard. Ook in de begroting van volgend jaar is weer vier miljard gereserveerd.

Ik heb er alle vertrouwen in dat deze reserves, samen met de ledenbijdragen, de zorgverzekering onder een goed gesternte van start zullen laten gaan.

Met de meeste hoogachting,

Patrick Dewael  
Minister-president

**Aan:** Dr. Yolande Avontroodt  
Voorzitter Commissie  
Volksgezondheid van de Kamer van  
Volksvertegenwoordigers  
Buizerdlaan 23  
2970 's Gravenwezel

**Van:** VGV

Antwerpen, 19 oktober 2001

Beste Collega,

Via een persbericht in "De Standaard" van 12 oktober II. vernamen wij dat U in het parlement een wetsvoorstel indient voor de oprichting van een Instituut voor Medische Gegevensverwerking en dat U Uw pleidooi hebt herhaald voor de defederalisering van de gezondheidszorgen.

Wij willen U daarvoor feliciteren en ondersteunen.

Met de meeste hoogachting,

Namens de Raad van Bestuur van  
het Vlaams Geneeskundigenverbond

**Aan:** De Heer Karel De Gucht  
VLD –Voorzitter  
Hoogstraat 9  
9290 Berlare

**Van:** VGV

Antwerpen, 19 oktober 2001

Geachte Heer Voorzitter,

Via de pers vernamen wij op 9 oktober II. in duidelijke woorden Uw standpunt over de noodzaak van defederalisering van de ziektekostenverzekering.

Wij feliciteren U daarvoor.

Wij vragen U dan ook met aandrang om dat thema, dat trouwens een programmapunt is van de Vlaamse regering, zo vlug mogelijk op de politieke agenda te plaatsen.

Met de meeste hoogachting,

Namens de Raad van Bestuur van  
het Vlaams Geneeskundigenverbond

**Aan:** Mevr. Wivina Demeester  
Monnikendreef 5  
2980 Zoersel

**Van:** VGV

Antwerpen, 16 januari 2002

Geachte Mevrouw,

U zijt de initiatiefneemster van de Vlaamse zorgverzekering, die op 1 oktober II. van start ging.

Daarom wil het Vlaams Geneeskundigenverbond niet alleen de betrokken ministers van de huidige Vlaamse regering doch ook U oprecht danken voor de gedane inspanningen voor de verwezenlijking van dat waardevol project.

Met de meeste hoogachting,

Namens de Raad van Bestuur van  
het Vlaams Geneeskundigenverbond

**Nieuw adres:**

De Onderlinge Ziekenkas – Louis Mettewielaan 74-76  
1080 Brussel – tel. 02/444 55 33 fax 02/444 50 30  
e-mail: [info@ozcm.be](mailto:info@ozcm.be) -website [www.ozcm.be](http://www.ozcm.be)

# VGV - Mededelingen

(1302-2002)

## LEUVEN

### AK-VSZ -Meeting

Aula Piet de Somer

Zondag 3 maart 2002 – 14u30

*Een Vlaamse Sociale Zekerheid in Europees Perspectief*

## ANTWERPEN

### 65<sup>ste</sup> VLAAMS NATIONAAL ZANGFEEST

Sportpaleis

Zondag 21 april 2002 – 14u30

*“Vlaanderen zingt”*

## BRUGGE

### VGV – 80 JAAR VIERING

Zaterdag 4 mei 2002

- ? Groeninge Museum:  
Jan van Eyck tentoonstelling
- ? De Gekroonde Laars (KBC):
  - ✍ Statutaire vergadering
  - ✍ Academische zitting
  - ✍ Receptie
  - ✍ Feestmaaltijd

## BRUSSEL

### VGV – COLLOQUIUM

#### Integratie van Preventieve en Curatieve Geneeskunde

De Schelp (Vlaams Parlement)

14 september 2002 vanaf 10 uur.

Voor inlichtingen en ticketreservatie gelieve eerst contact op te nemen  
met het secretariaat van het VGV  
Ergo de Waellaan 3 – 2100 Deurne-Antwerpen  
Tel: 03/322.28.50 – Fax: 03/322.45.14

## TENTOONSTELLINGEN - NOG AAN TE RADEN

### A. EUROPESE ERESENAAT – PLECHTIGE ZITTING

#### ANTWERPEN

Elsenveld – zondag 03/02/2002 – 14u30

### B. TENTOONSTELLINGEN

#### ANTWERPEN

14/06/2002 – 14/08/2002

- a) **RUBENSHUIS** – Meestertekeningen van van Eyck tot Bosch
- b) **DE SCHATKAMER VAN MAYER VAN DEN BERGH**
- c) **MUSEUM VOOR SCHONE KUNSTEN**  
Restauratie van werk van Jan van Eyck en Hans Memling.

#### 1. **GROENINGE TE GAST**

Museum voor Schone Kunsten – tot 27/10/2002

#### 2. **ETNOGRAFISCH MUSEUM**

*Frans Olbrechts* op zoek naar kunst in Afrika tot 31/03/2002

#### 3. **HESSENHUIS**

*YDEL STOF* – tot 03/03/2002

#### 4. **PLANTIN MUSEUM –PRENTENKABINET**

- a) Arabische en Ottomaanse pracht tot 30/03/2002
- b) Arabische Kalligrafie tot 14/04/2002

## TENTOONSTELLINGEN - NOG AAN TE RADEN

### BONN

#### KUNST UND AUSSTELLUNGSHALLE

- a) Troja – tot 17/02/2002
- b) De Hetritter – tot 28/04/2002

### BRUSSEL

#### BBL – CULTUURCENTRUM

(Koningsplein)

#### MIDDELEEUWSE EMAILKUNST

(van Limoges tot Silos) – tot 28/02/2002

#### MUSEUM VOOR SCHONE KUNSTEN

(na Bonnafantenmuseum-Maastricht)

De firma Breughel 22/03/2002 tot 23/06/2002

#### PALEIS VOOR SCHONE KUNSTEN – Rik Wouters

Van 23/02/2002 tot 26/05/2002

#### JUBELPARK – EUROPA IN EUFORIE

- tot 17/03/2002

### EISENE

#### GEMEENTELIJK MUSEUM –Paris 1900

(Verzameling Petit Palais) - tot 24/04/2002

### GENT

#### MUSEUM VOOR SCHONE KUNSTEN

- a) Kunst in Ballingschap (Vlaanderen – Wales 1914 - 1918)  
tot 17/03/2002
- b) Groeningen te gast – tot 27/10/2002

Voor inlichtingen en ticketreservatie gelieve eerst contact op te nemen  
met het secretariaat van het VGV

Ergo de Waellaan 3 – 2100 Deurne-Antwerpen

Tel: 03/322.28.50 – Fax: 03/322.45.14

V  
G  
V  
C  
F  
I  
T  
F  
F  
r

**VGv - Bezoekt**

# Vergeet niet

**BRUGGE**

**VIERING VGv 80 JAAR**

**met bezoek aan de**

**“van Eyck tentoonstelling”**

**op zaterdag 4 mei 2002**

Voor inlichtingen en ticketreservatie gelieve eerst contact op te nemen  
met het secretariaat van het VGv  
Ergo de Waellaan 3 – 2100 Deurne-Antwerpen  
Tel: 03/322.28.50 – Fax: 03/322.45.14

## RAAD VOOR ADVIES

Dr. J. Daels, Vlaams Kruis  
Dr. E. De Bleeker, voorzitter VVMV  
Prof. Dr. L. Denis, V.U.B.  
Prof. Dr. W. Dierick, RUCA  
Dr. C. Geens, W.V.V.H.  
Dr. Ridder K. Goddeeris, KULAK  
Dr. J. Huyghe, Kon. Acad. Geneeskunde  
Dr. Baron P. Janssen, Beerse  
Prof. Dr. P.G. Janssens, Inst. Trop. Geneesk.  
Prof. Dr. K. Van Camp, U.I.A.  
Prof. Dr. P. Van Cauwenberge, U.G.  
Prof. Dr. G. Verdonk, U.G.  
Dr. R. Verhaert, V.V.K.  
Prof. Dr. R. Verwilghen, K.U.Leuven

## RAAD VAN BESTUUR

Voorzitter: Prof. Dr. E. Ponette  
Ondervoorzitter: Dr. R. Vermeulen\*  
Secretaris: Dr. J. Van Meirhaeghe  
Penningmeester: Dr. J. Dockx  
Tijdschrift: Dr. R. de Beule\*\*  
Dr. J. Van Meirhaeghe  
Cultuur: Dr. R. de Beule\*\*  
Leden: Prof. Dr. D. Blockmans, Dr. G. Celen,  
Dr. E. De Sutter, Dr. P. Hollaert,  
Dr. P.H. Jongbloet, Dr. R. Lenaerts\*,  
Dr. J. Peremans, Dr. J. Van Boxelaer.

\* oud-voorzitter

\*\* ere-voorzitter

### **Uitgave van het VGV**

- Redactieraad: Dr. J. Van Meirhaeghe, Koolkerkesteenweg 76, 8340 Oostkerke  
Dr. R. de Beule, Beukenlaan 24a, 2020 Antwerpen  
Dr. J. Gyselinck, Dr. R. Lenaerts, Prof. Dr. E. Ponette
- Verantwoordelijke uitgever: Dr. R. de Beule, Hoofdredacteur
- De gepubliceerde bijdragen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs
- Drukkerij Jules De Winter, Kleine Markt 13, 2000 Antwerpen, Tel. 03/232..20.22, Fax. 03/225.15.84