VLAAMS ARTSEN VERBOND

PERIODIEK

Driemaandelijks tijdschrift van het Vlaams Artsenverbond
oktober - november - december 2021 - (76ste jaargang) P006193

P&B-PP IBC9497



NOTEER NU REEDS IN UW AGENDA!

19/02/2022
SAV statutaire algemene ledenvergadering Antwerpen
10.00 u. Bezoek letterenhuis
- lunch handelsbeurs- daarna bezoek handelsbeurs

14/05/2022
Mu.ZEE Oostende Cultureel bezoek-voormidag

22/10/2022
100 ste verjaardag
VAV Antwerpen-Ac.Zitting

KBC IBAN nr.: BE22 4073 0622 5147
Secretariaat VAV: Dascottelei 78 2100 Deurne
Tel. 0468-309334 (NIEUW NUMMER)
e-post: info@vlaamsartsenverbond.org
webstek: www.vlaamsartsenverbond.org
Het secretariaat is open op
dinsdag en donderdag (9 u-17.30 u).

RAAD VAN BESTUUR
Voorzitter: Lieve Van Ermen
Ondervoorzitter: Jan Dockx (cultuur)
Secretaris: Bart Garmyn
Penningmeester: Geert Debruyne
Leden: Chris Geens, Frank Goes (hoofdredacteur *Periodiek*), Eric Ponette*,
Jan Van Meirhaeghe*

RAAD VOOR ADVIES
prof. dr. D. De Looze, UGent
prof. em. O. Steeno
prof. em. A. Baert
prof. dr. Ph. Vandekerckhove, Rode Kruis Vlaanderen
prof. dr. D. Brutsaert, UAntwerpen

PERIODIEK
Redactieraad: prof. dr. A. Baert, dr. J. Dockx, dr.L.Van Ermen, prof. dr. C. Geens, prof. dr. E. Ponette, dr. J. Van Meirhaeghe, dr. B. Garmyn
Verantwoordelijke uitgever: dr. F. Goes, Sionkloosterlaan 7, 2930 Brasschaat
Hoofdredacteur: dr. F. Goes

De gepubliceerde bijdragen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs.

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

INHOUD

Lidgeld vanaf 2021

Gedrukte Periodiek

Elektronische versie

Gewoon lid
100 80

Arts in opleiding of zonder praktijk
60 40

Artsenkoppel
140 120

Artsenkoppel in opleiding of zonder praktijk
80 60

Steunend lid
150

Voorwoord



De coronapandemie blijft maar aanhinken : nu vierde golf en we zullen deze maar de baas zijn begin 2022 zeggen de experts ..maar laten we woke Vlaams blijven ..
Op ons laatste symposium 16/10/2021 is de spagaat tussen de aanpak van het noorden en het zuiden van dit land weer als een paal boven het water bewezen ..
We doen het anders (met eigen klemtonen), béter (hogere vaccinatiegraad) én goedkoper .De vele verschillende (9) excellenties op gezondheidszorg leiden tot inertie in daadkracht.

Er zijn politici die evenzo 'het hangijzer van de verschillende beleidsniveaus even goed onder ogen zien maar ze trekken net tegenovergestelde conclusies dan de onze ..ze willen terug éénduidig op federaal niveau !?

"Naar een Vlaams gezondheidsbeleid !" In de Gemengde Commissie in de senaat op 15/10/2021 ter voorbereiding van de Grondwetsherziening mocht ik, als voorzitter VAV, onze zienswijze wat gezondheidsbeleid verduidelijken en werd ik van alle kanten geviseerd..

Men kan de tandpasta niet terug in de tube steken..er is ook een organische evolutie van onderuit om verschillen meer zelfstandig aan te pakken en zoveel als kan naar de gemeenschappen over te hevelen ..

"Na Corona, eindelijk een zelfstandig Vlaamse gezondheidszorg": blijft een kneedbaar thema ook in 2022 .

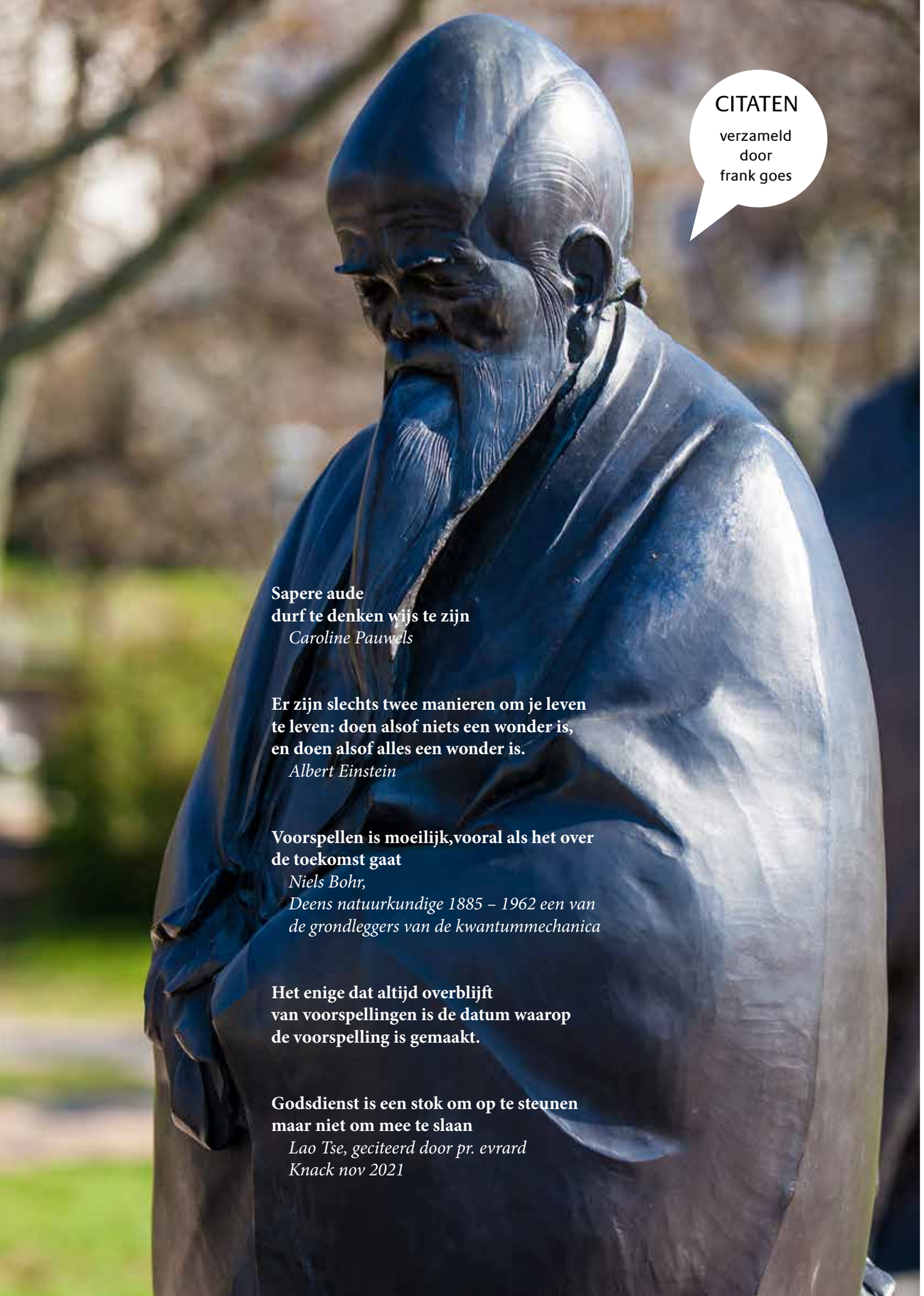
Nu ad hoc met de klimaattop ook ..geen Belgisch federaal standpunt ..zowel Vlaanderen, Brussel als Wallonië moeten rechtstreeks verantwoordelijk worden ten opzichte van Europa : dan moet er geen Belgische klimaateenheidsworst meer gefabriceerd worden !

"Federale overheid 'scheidsrechter' in klimaatdiscussie?" : Zéker geen optie !

Ik wens jullie een Coronavrij 2022 toe en een onverdroten Vlaamse reflex .

We vieren alvast in het najaar van 2022 ons eeuwfeest van het Vlaams Artsenverbond en ik hoop u in grote getale gezond en wel te ontmoeten in Antwerpen op de Algemene Vergadering 19/2/22 en bijpassend bezoek aan het Letterenhuis en Handelsbeurs

Lieve Van Ermen



NIEUWS VAN ONZE LEDEN

IN MEMORIAM

Het VAV betreurt het overlijden van **Jos van Bragt**. "Als voorzitter van de WVVH (Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen) – de voorloper van Domus Medica – stond hij erop om geregeld zijn mening over de huisartsgeneeskunde te vertolken in tientallen editorialen. Telkens valt op hoe schrander hij situaties inschat en geen controverses uit de weg gaat"

(*Dirk Avonts, Hoofdredacteur Huisarts Nu).*

Op 22 oktober overleed te Leuven ons trouw lid van het VAV en van de Raad van Advies van ons tijdschrift Periodiek: **em. prof. dr. Rik Casteels**.

Rik Casteels werd geboren in Aalst op 14 juli 1933, hij volgde de Grieks-Latijnse humaniora aan het Jezuïetencollege te Aalst en promoveerde op uitzonderlijke wijze tot doctor in de genees-, heel- en verloskunde aan de KU Leuven in 1958. Na twee jaren klinische opleiding in de anesthesiologie in UZ Leuven, richtte hij zijn interesse op fundamenteel wetenschappelijk onderzoek. Hij werd achtereenvolgens aspirant en aangesteld navorser bij het NFWO, eerst in het laboratorium voor fysiologie bij prof. dr. J. P. Bouckaert en later in het *Department of Pharmacology – University of Oxford* bij professor Edith Bülbring. Daar promoveerde hij tot DPhil in 1965. In hetzelfde jaar werd hij aan de KU Leuven benoemd tot docent en in 1970 tot gewoon hoogleraar in de fysiologie.

Onder zijn impuls groeide zijn laboratorium uit tot een onderzoeksgroep met internationale faam. Talloze buitenlandse onderzoekers brachten een deel van hun onderzoekstijd door in dit laboratorium. Hij was ook lid van verschillende wetenschappelijke verenigingen .Bovendien doceerde hij ook aan generaties geneeskundestudenten de fysiologie.

In 1982 werd prof. dr. Rik Casteels verkozen tot decaan van de faculteit geneeskunde. Aansluitend werd hij in 1990 aangesteld tot vice-rector biomedische wetenschappen en dit tot 1995. In deze functies streefde hij naar een efficiënte en evenwichtige samenwerking tussen de faculteit en de universitaire ziekenhuizen en zette hij zich met overtuiging in voor de activering van het fundamenteel klinisch onderzoek in de universitaire ziekenhuizen. In dit perspectief moedigde hij beloftevolle jonge artsen aan een klinische opleiding te combineren met een wetenschappelijk traject: door middel van een aspirantschap bij het NFWO (Nationaal fonds wetenschappelijk onderzoek) konden zij aldus een doctoraatsthesis realiseren. Zo werden potentiële stafleden gevormd die fundamentele wetenschap en klinische geneeskunde konden integreren. Hij was eveneens de overtuigde initiator van de invoering door het FWO (Fonds voor wetenschappelijk onderzoek) van de Vlaamse gemeenschap van de mandaten van fundamenteel klinische onderzoeker, om ook langs die weg klinische stafleden de mogelijkheid te bieden onderzoek te blijven combineren en aldus grenzen te verleggen.

Em. prof .dr. Rik Casteels was een indrukwekkende en sterke persoonlijkheid, die met groot enthousiasme en engagement vele jonge Vlaamse artsen inspireerde en motiveerde om het beste van zichzelf te geven. Hij maakte op iedereen grote indruk door zijn heldere argumentatie en transparante gespreksvoering. Hij heeft op zeer impactvolle wijze bij gedragen tot de verdere ontvoogding van de Vlaamse artsengemeenschap en hij heeft Vlaanderen op de wereldkaart gezet als excellentiecentrum van medisch wetenschappelijk onderzoek en klinische zorgverlening. Hij was ook een voorloper en overtuigd voorstander om jonge vrouwelijke artsen gelijke loopbaankansen te bieden.

Met hem verliezen wij een monument uit de Vlaamse medische Gemeenschap. Wij blijven hem voor altijd diep dankbaar en bieden aan zijn echtgenote, em. prof. dr. Maria Van Daele en de familie van Rik Casteels onze blijken van diep medeleven aan.

em. prof. dr. Albert Baert
Met dank aan prof. dr. Paul Herijgers,
Decaan van de Faculteit Geneeskunde, KU Leuven

Jan PEERS Emeritus gewoon hoogleraar aan de Faculteit Geneeskunde. Voormalig Directeur-Geneesheer en Algemeen Coördinator UZ Leuven.
Erebestuurder KU Leuven Geboren te Oostham op 12 april 1939 en overleden op 20 november 2021.

Jan Peers werd geboren in Ham op 12 april 1939 en volgde de Grieks-Latijnse humaniora aan het Sint-Jozefscollege in Turnhout. Aan de KU Leuven promoveerde hij tot doctor in de genees-, heel- en verloskunde. Vervolgens specialiseerde hij zich in inwendige geneeskunde. Hij volgde opleidingen in gezondheidszorg en ziekenhuisbestuur, onder meer aan de School of Public Health van de University of Michigan/Ann Arbor in de Verenigde Staten.

In 1970 werd Jan Peers directeur-geneesheer en algemeen directeur van het Universitaire Sint-Raphaelsziekenhuis in Leuven. Van 1973 tot 1998 was hij algemeen coördinator van de universitaire ziekenhuizen van de KU Leuven. Hij droeg de verantwoordelijkheid voor het bestuur van deze ziekenhuizen, hun integratie én de ontwikkeling van hun organisatie- en beleidsstructuur. Hij verhoogde de ziekenhuiscapaciteit door overnames, fusies en samenwerkingsverbanden. Deze schaalvergroting stelde UZ Leuven in staat om de ontwikkelingen in de medische wetenschap te volgen, en in functie hiervan nieuwe medische en ondersteunende diensten op te starten. De nieuwe campus Gasthuisberg – concept, bouw en operationalisering – is het meest zichtbare resultaat van deze inspanningen.

Professor Peers was sinds 1986 gewoon hoogleraar aan de KU Leuven. Hij werkte ook voor het nationale en regionale gezondheidszorgbeleid en was raadgever van de ministers van Sociale Zaken Luc Dhoore en Jean-Luc Dehaene. Bij het ministerie van Volksgezondheid zat hij van 1972 tot 1982 in het Bureau van de Nationale Ziekenhuisraad. Daarna was hij tot 2003 voorzitter van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (erkenning, programmatie en financiering van ziekenhuizen).

Dertig jaar lang was hij lid van de Technisch Geneeskundige Raad (RIZIV). In opdracht van de federale regering, stelde professor Peers in 1998 een rapport op over knelpunten en beleidsopties rond gezondheidszorg in België. Jan Peers was stichtend voorzitter van de Confederatie voor Social Profit Ondernemingen. De CSPO vertegenwoordigt de werkgevers uit de social-profit sector in de Nationale Arbeidsraad en in de Centrale Raad voor het Bedrijfsleven. Daarnaast was hij ook lid van de Vlaamse Adviesraad voor de Erkenning van de Verzorgingsvoorzieningen (Vlaams ministerie van Volksgezondheid), voorzitter van de Coördinatie van Brusselse Instellingen voor Welzijnswerk en Gezondheidszorg (CBI), en lid van bestuursraden van ziekenhuisinstellingen en verwante organisaties.

Velen zullen professor dr. Jan Peers blijvend herinneren voor zijn uitzonderlijke inbreng op het vlak van het ziekenhuiswezen en de gezondheidszorg, niet enkel voor ons ziekenhuis, maar ook voor Vlaanderen en ons hele land.

UZ Leuven en KU Leuven zullen hem dankbaar herinneren voor zijn patiëntgedreven visie, zijn inspirerend leiderschap en zijn bijzondere inzet voor de ontwikkeling en uitbouw van UZ Leuven.

De faculteit en de groep biomedische wetenschappen betuigen hun medeleven aan de familie van em. prof. Dr. Jan Peers

Chris Geens.

WETENSCHAPPELIJK SYMPOSIUM

PROGRAMMA

- 8.45 u. Onthaal
- 9.25 u. Welkomstwoord, KBC Mediservice, Brussel
- 9.30 u. Inleiding, Toelichting opzet symposium **Lieve Van Ermen**, voorzitter
- 9.35 u. Pandemiemaatregelen, gevolgen voor kinderen en jongeren (lezing gevolgd door vraagstelling) **Caroline Vrijens**, Kinderrechtencommissaris
- 10.05 u. Geestelijke gezondheidszorg: beleid tijdens en na de coronacrisis. **Raf De Rycke**, voorzitter raad van bestuur, Broeders van Liefde
- 10.30 u. Vlaamse gezondheidszorg in en na de coronapandemie. **Jürgen Constandt**, algemeen directeur, Vlaams & Neutraal Ziekenfonds
- 10.55 u. Rode Kruis-Vlaanderen in de corona-epidemie. **Philippe Vandekerckhove**, gedelegeerd bestuurder, Rode Kruis-Vlaanderen
- 11.20 u. Koffiepauze
- 11.40 u. Debat met sprekers en deelnemers
- 12.40 u. Slotwoord. **Lieve Van Ermen**, voorzitter
- 12.45 u. Receptie
- 14 u. Einde

Met steun van:

www.kbc.be/mediservices **www.vnz.be**

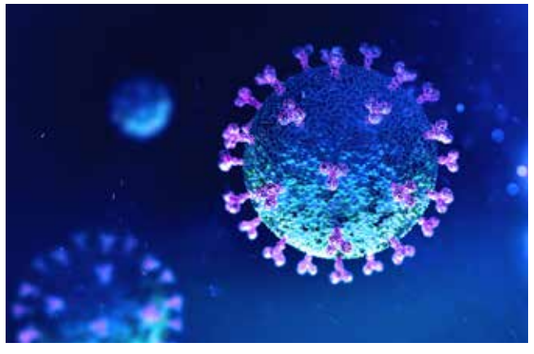
Doktersgild van Helmond

“Na corona eindelijk een zelfstandig Vlaamse gezondheidszorg?”

Raf De Rycke, voorzitter raad van bestuur, Broeders van Liefde

INLEIDENDE BESCHOUWINGEN

- Gevolgen van de Covid-19 pandemie voor de geestelijke gezondheid.
- Verwijzing naar de vergadering van de gezondheidsministers, patiëntenverenigingen, professionele organisaties en andere vertegenwoordigers van de 53 landen die deel uitmaken van de WHO European Region.
- De Covid-19 pandemie heeft een aantal tekortkomingen in de huidige staatsstructuur scherper gesteld.



HUIDIGE BEVOEGDHEIDSVERDELING VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

- Het gezondheidsbeleid ressorteert onder 6 regeringen, 6 parlementen en 9 verantwoordelijke ministers.
- Verhoging van de complexiteit door bevoegdheid over de 3 hoekstenen programmatie, financiering en erkenning te verdelen tussen de deelstaten en het federaal niveau.

Huidige bevoegdheidsversnippering van de gezondheidszorg in ons land:

Zorgvormen	Gemeenschappen	Federaalniveau
Ziekenhuizen - Programmatie - Financiering - Erkenning	Aanvullende programmatie Infrastructuur Normering, erkenningsprocedure en erkenningsnormen	Basisregels (inclusief reconversieregels) Exploitatie Organieke wetgeving
Andere zorgvormen - Projecten (mobiele teams, ID- en HIC-bedden) - CGG - IBW - PVT - Psychosociale revalidatiecentra/CAR VAPH (geïnterneerde personen) - FPC's	Volledige bevoegdheid voor programmatie, erkenning en financiering Toezicht op de werking	Goedkeuring en financiering Programmatie en financiering (Volksgezondheid en Justitie)
Overlegplatforms (VLOGG voor Vlaanderen) VVGG (Steunpunt GG)	Erkenning en financiering Subsidiëring	

Betekenis afkortingen

- ID: intensieve diensten
- HIC: high intensive care
- CGG: centrum voor geestelijke gezondheid
- IBW: initiatief beschut wonen
- PVT: psychiatrisch verzorgingstehuis
- CAR: centrum voor ambulante revalidatie
- VAPH : Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
- FPC : forensisch psychiatrisch centrum
- VLOGG : Vlaams overlegplatform geestelijke gezondheid
- VVGG: Vlaamse vereniging voor geestelijke gezondheid
- GG: geestelijke gezondheid

ENKELE PROBLEEMCASUSSEN VOOR DE COVID-19 PANDEMIE

Enkele voorbeelden van toepassingsproblemen die reeds voor de Covid-19 pandemie bestonden:

- Verschillend kwaliteits- en veiligheidsbeleid tussen federaal niveau en deelstaten.
- Geen consistent preventiebeleid (kosten voor de deelstaten en besparingen voor de federale overheid).
- Het ontbreken van een coherent geestelijk gezondheidsbeleid belemmert de verdere vermaatschappelijking (verschillende financierings- en bezoldigingssystemen, ontbreken van reconversie van residentiële bedden naar psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven beschut wonen, ...).
- Dataverzameling verloopt volgens verschillende instrumenten (Minimale Psychiatrische Gegevens (MPG) versus Belrai, DSM4 versus DSM, …).
- Inflatie aan netwerken op federaal- en deelstatenniveau.
- …



ENKELE PROBLEEMCASUSSEN TIJDENS DE COVID-19 PANDEMIE

Enkele casussen die zich manifesteerden tijdens de Covid-19 pandemie.

Casussen voor de ganse zorgsector

- Bevoegdheids- en verantwoordelijkheidsdiscussies
  - Onduidelijke afbakening van bevoegdheden.
  - Probleem inzake verantwoordelijkheid en botsing met democratische beginselen van een staat.
- Probleem van de veelheid aan organen om de crisis aan te pakken (veiligheidsraad, crisiscentrum, exitgroep, experten groep voor economische relance, Risk Assessment Group, Risk Management Group , …) en dit boven op de bestaande organen (administraties van de overheden, RIZIV, Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (FRZV), Hoge Gezondheidsraad, …).
  - Veel tijd en energie is gegaan naar de noodzakelijke afstemming.
  - Vaststellingen doen geen afbreuk aan de beste bedoelingen en zeker ook niet aan de grote inzet van de personen die actief waren en nog zijn in deze organen.
- …

Specifieke casussen voor de sector GGZ

- Levering aan de PZ van mondmaskers:
  - Grote onzekerheid bij de aanvang van de pandemie.
  - Vlaanderen startte met de levering, maar nadien nam de federale overheid die taak over en wachtte daarbij veel te lang om beslissingen te nemen.
  - De leveringen van mondmaskers gebeurde bovendien verschillend tussen de psychiatrische ziekenhuizen en de psychiatrische verzorgingstehuizen.
- Voor de vaccinatie werden verschillende prioriteiten vastgesteld tussen Vlaanderen en Wallonië.
- De overheveling in het Budget van Financiële Middelen (BFM) van de ziekenhuizen van de financiering inzake infrastructuur van het federale niveau naar de deelstaten leidde tot een complexe financiering van de tijdelijke infrastructuur van containers, tenten, … alsook voor het toedienen van vaccinaties aan medewerkers en patiënten.
- Verschil inzake implementatie van maatregelen om de gevolgen van de Covid-19 pandemie op te vangen (bv. groepsinterventies om studenten te leren omgaan met stress).
- Ook voor andere werkingskosten en gederfde ontvangsten als gevolg van de Covid-19 pandemie zien we uiteenlopende compenserende maatregelen al naargelang welke overheid bevoegd is, ook al gaat het over zorgvormen die zich op dezelfde campus bevinden en onder dezelfde juridische entiteit bevinden (bv. psychiatrisch ziekenhuis en PVT).
- In de psychiatrische ziekenhuizen is een vergoeding voorzien voor de hoofdartsen als compensatie voor het extra coördinerend werk tijdens de Covid-19 pandemie. Voor de coördinerende arts in de PVT's of in de IBW is die vergoeding dan weer niet voorzien. Voor de coördinerend raadgevend arts (CRA) in de woon- en zorgcentra (WZC) werd er dan wel een extra financiële inspanning gedaan.
- Eenzelfde vaststelling voor premies of andere voordelen aan het personeel als beloning voor de geleverde inspanningen tijdens de Covid-19 pandemie. Zo wordt de consumptiecheque op verschillende manieren ingevuld. Medewerkers die bijvoorbeeld deeltijds werken voor het psychiatrisch ziekenhuis en deeltijds voor het PVT krijgen 2 verschillende consumptiecheques.
- Bedoelingen van al de voornoemde instanties waren goed waren en de geleverde inspanningen bijzonder groot en zeer lovenswaardig.
- Vaststelling dat in andere landen met een minder complexe staatsstructuur zich in beperktere mate ook een aantal vergelijkbare problemen manifesteerden.
- …

VERWACHTINGEN INZAKE STAATSSTRUCTUUR NA DE COVID-19 PANDEMIE

Het is duidelijk dat er meer homogeniteit, meer afstemming, meer transparantie, betere communicatie, … zich opdringen. Er hebben zich te veel problemen voorgedaan als gevolg van de huidige staatsstructuur.

Welke lessen kunnen we hieruit trekken?

Wat niet?

- Een staatshervorming vergelijkbaar met de 6de staatshervorming (overheveling van nog een aantal bevoegdheden op basis van onder andere te halen budgetten met toenemende versnippering als effect).
- Volledige communautarisering of regionalisering maar met behoud van gemeenschappen, gewesten en Brusselse structuren (dan blijven we 9 ministers of 8 indien alleen de federale minister wegvalt).
- Een verschillende hervorming tussen algemene en psychiatrische ziekenhuizen.

Wat wel?

- Volledige overdracht van alle bevoegdheden inzake gezondheidszorg naar de deelstaten/regio's met 1 minister per deelstaat/regio (vanaf 2024?) met het oog op een efficiënte en effectieve zorg (de juiste kwalitatieve zorg, op de juiste plaats, het juiste moment, door de juiste instantie en met de juiste financiering).
- Behoud van een aantal federale bevoegdheden zoals de coördinatie van een pandemiebeleid op cruciale momenten, de belangrijke strategische doelstellingen van het gezondheidsbeleid met afstemming op het te ontwikkelen Europees gezondheidsbeleid, de nomenclatuur voor geneeskundige verstrekkingen, het geneesmiddelenbeleid en de inning van het budget voor de ziekenhuizen via de sociale zekerheid en belastingen.
- Momenteel ontbreekt een Europees gezondheidsbe-

leid met de daarbij horende vraag welke bevoegdheden de lidstaten bereid zouden te zijn om over te dragen aan de EU.

- Op meer lange termijn een financiering van de gezondheidszorg via belastingen op basis van het onderscheid tussen inkomens vervangende en kosten compenserende domeinen. Inkomens vervangende domeinen zoals werkloosheid, pensioenen, … worden dan gefinancierd via de sociale zekerheid en kosten compenserende domeinen zoals gezondheidszorg, kinderbijslag, … via belastingen.
- Grondige voorbereiding en duidelijke budgetafspraken.
- Passende (gefaseerde) timing voor implementatie.
- Een grondige analyse maken van fouten en tekortkomingen als gevolg van de staatsstructuur of onder meer het gevolg er van zijn.
- Meer inzetten op preventie (vandaag slechts 2,5% van het budget). Niet alleen voor het Covid-19 virus en varianten ervan, maar ook voor andere infectieziekten zoals griep is er nood aan preventieve strategieën van de deelstaten.
- …

Besluit

- Geen Covid-19 pandemie nodig om voortgang te maken met een staatshervorming. De vele reeds ervaren hinderpalen in de huidige staatsstructuur zijn alleen maar tijdens de Covid-19 pandemie bevestigd en nog aangevuld met extra knelpunten.
- Meer dan ooit is er nood aan een veerkrachtige geestelijke gezondheidszorg waar een minder complexe staatsstructuur zeker kan toe bijdragen.
- Groter draagvlak in de verschillende landsdelen na de pandemie.
- We kijken dan ook hoopvol uit naar ons toekomstig gezondheidszorgsysteem waarbij ook voldoende ingezet wordt op de bevordering van de geestelijke gezondheid van onze bevolking.

Vlaamse gezondheidszorg in en na de coronacrisis

Jürgen Constandt (Vlaams & Neutraal Ziekenfonds)

INLEIDING EN UITGANGSPUNTEN:

Ik vertrek vanuit het grondwettelijke principe dat de persoonsgebonden materies de gemeenschappen toekomen. En wat is er meer persoonsgebonden dan uw gezondheid? Dat is al een belangrijk element, in 1980 verankerd in de Grondwet. Het kreeg in het Vlaams parlement een vervolg met de fameuze Vlaamse resoluties van 1999, die bijna unaniem werden goedgekeurd met het oog op de verdere stappen in de staatshervorming. Daarin was er een bijzondere aandacht voor de financiële en de fiscale autonomie en voor het statuut van Brussel. Maar ook toen al met oog op coherente en homogene bevoegdheidspakketten.

In die fameuze resoluties stond niet enkel dat de normering maar ook dat de uitvoering en de financiële bevoegdheid van het volledige gezondheids- en gezinsbeleid naar de deelstaten zouden moeten komen. Alle zogenaamde kosten compenserende regelingen – denken we aan gezondheidszorg en gezinsbijslagen – moesten naar het niveau van de deelstaten overgedragen worden. De deelstaten zouden daarvoor ook financieel verantwoordelijk worden gesteld. Wat het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest betreft, werd in een vrije keuze voor de inwoners voorzien.

Recent citaat Alexander De Croo n.a.v. conflict met Hongarije: “De EU is geen cashmachine, waaruit je geld kunt afhalen, maar je dan niet aan de regels hoeft te houden. Europa is een club met duidelijke regels. En dus moeten er ook mechanismen zijn die de leden ertoe dwingen om bepaalde regels te respecteren.” Maar geldt dat dan ook niet voor de Belgische Unie? Bijvoorbeeld inzake de contingentering of taalwetgeving in Brussel!

SPREKENDE CIJFERS

De cijfers van de sociale zekerheid zijn ongelooflijk belangrijk. Niemand zal dat in twijfel trekken. Van het federale budget gaat driekwart naar sociale zekerheid. Dat bewijst hoe belangrijk sociale zekerheid in onze welvaartsstaat is. Gezondheidszorg gaat over 28 miljard euro. Dat zijn de terugbetalingen van de medische kosten. Maar een ziekenfonds doet meer dan apothekerskosten ten laste nemen en prestaties terugbetalen. Het zorgt ook voor het vervangingsinkomen wanneer iemand arbeidsongeschikt is of een invaliditeitsuitkering moet krijgen.



Tegenwoordig is daarin ook vader- en moederschapsverlof voorzien. Dat is jaarlijks goed voor 9 miljard euro. Sinds enkele jaren is dit bedrag hoger dan het totale budget voor alle werkloosheidsvergoedingen. Dat heeft er natuurlijk ook mee te maken dat men langer moet gaan werken en dat het brugpensioen stelselmatig wordt afgebouwd. In totaal dus 37 miljard euro, of driekwart van het budget waarvoor het Vlaams parlement bevoegd is, met zijn 124 parlementsleden en ministers.

Als men alle sectoren van de federale sociale zekerheid samentelt, komt men op 104 miljard euro. Daarvan is er al 14 miljard euro overgedragen. Ik denk aan de groeipakketten, de bevoegdheden in het kader van VDAB, de sociale economie en uiteraard ook de uitrol van de zesde staatshervorming. Ik had bijna gezegd ‘staatsmisvorming’, want er is inderdaad heel wat fout in die zesde staatshervorming. Dat moet dringend geremedieerd worden. Op het federale niveau gaat jaarlijks 90 miljard euro naar sociale zekerheid. De overige bevoegdheden van de federale staat omvatten ongeveer 31 miljard euro. Zo kan men alles tot de juiste proporties herleiden.

Meten is weten. Op basis van de data van de Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen en de jaarlijkse VNZ-analyses over hoeveel er precies wordt bijgedragen aan de sociale zekerheid en hoeveel er wordt geconsumeerd, kan men dat in een context plaatsen. Weet men hier in de zaal hoeveel een Vlaming, een Franstalige of een Belg jaarlijks betaalt aan sociale zekerheid? In Vlaanderen gaat dat, op basis van onze data, over 9.193 euro per volwassene. Dat zijn zowel de werkgevers- als de werknemersbijdragen. De burger weet amper hoeveel ze zelf betalen. De meeste personen die daar wel enig zicht op hebben zijn zelfstandigen of vrije beroepen, want zij ontvangen een rekening.

Langs Waalse kant wordt er toch wat minder bijgedragen. Dat heeft uiteraard voor een deel te maken met de lagere activiteitsgraad. Het gaat om een verschil van 2.000 euro per volwassen titularis. Dat zijn rudimentaire gemiddelden. Uiteraard betalen CEO’s veel meer dan iemand met een leefloon, die in feite vrijgesteld is van sociale bijdragen.

Dan moeten we ook eens kijken naar de uitgaven per hoofd. Wat betaalt de ziekteverzekering, niet voor uitkeringen, maar louter voor gezondheidszorgen? Vraag dat ook maar eens op straat. Meestal zegt men mij 400 of 500 euro. Wel, het gaat over 2.147 euro medische zorgen per Vlaming Uiteraard zijn actieve jonge mensen niet zo duur voor de ziekteverzekering. Men is vooral de laatste jaren van zijn leven zeer kostelijk. Maar die getallen zeggen toch wel iets. Ook daar geldt dat er per hoofd van de bevolking méér wordt uitgegeven in Wallonië. Die trend is al jaren bezig.
Het Vlaams & Neutraal Ziekenfonds heeft ook cijfers over de uitkeringsdagen. Per titularis worden langs Vlaamse kant 22,87 ziektedagen uitkering betaald. Langs Waalse kant zit dat rond de 28 dagen. Dat is ongeveer een kwart meer. Ik krijg soms het verwijt dat de Neutrale Ziekenfondsen maar 5 procent vertegenwoordigen. Een paar jaar geleden antwoordde de minister op een parlementaire vraag dat op basis van alle ziekenfondsen men tot 26 invaliditeitsdagen per gerechtigde in Vlaanderen uitkeerde en zomaar liefst 37 in Wallonië. Dat is een verschil van meer dan 43 procent!

En dan zijn er de armoedecijfers. Er bestaat in België inderdaad veel armoede, ook in Vlaanderen is er een vierde wereld. Ik stel de cijfers van mensen met een verhoogde tegemoetkoming of voorkeurregeling in Vlaanderen, zo’n 15 %, enigszins gelijk met de armoedecijfers. Die mensen krijgen meer terugbetaald en hebben een lager remgeld. In Wallonië bevindt zich meer dan één op de vijf in die situatie. In Brussel gaat dat al bijna over één op de drie. Cijfers die tot de verbeelding spreken en die toch een politieke verantwoordelijkheid met zich meebrengen voor de beleidsverantwoordelijken van de desbetreffende regio’s.

WAAROM DE SPLITSING NASTREVEN?

Waarom pleit het VNZ heel uitdrukkelijk voor de decentralisering of communautarisering? Er zijn een aantal belangrijke elementen: de eigen klemtonen, de verschillen, het maatwerk, de grotere efficiëntie en de homogene bevoegdheden. Met betrekking tot de responsabilisering verwijs ik niet alleen naar de geldstromen, maar ook naar de financiële staat van dit land en de behoefte aan structurele hervormingen.

Wat zijn de eigen klemtonen? Ik heb er een aantal opgenomen. In Vlaanderen kiest men duidelijk voor echelonering. De rol van de huisarts is veel prominenter aanwezig, onder andere ook door het feit dat er in Vlaanderen veel meer GMD’s worden afgesloten. Het aantal groepspraktijken van huisartsen is ook veel hoger in Vlaanderen dan in Wallonië. De vaccinatiegraad, en dan heb ik het niet over corona maar wel over bijvoorbeeld baarmoederhalskanker, is 91 procent versus 50 procent

in Wallonië. Het aantal artsen per 100.000 inwoners bedraagt 257 in Vlaanderen en 333 in Wallonië. Daarmee kom ik terug op de discussie over de contingentering en de federale afspraken van 1997 daaromtrent, de afspraken over hoeveel artsen er mogen afstuderen en een RIZIV-nummer bemachtigen. Vlaanderen houdt zich netjes aan de afspraken, maar aan de overzijde is dat totaal niet het geval.

Als men in het ziekenhuis kiest voor een éénpersoonskamer mogen de artsen extra ereloonsupplementen aanrekenen. 148 procent is op dit ogenblik het gemiddelde supplement in Vlaanderen, in Wallonië zitten we al aan 213 procent. In Brussel gemiddeld al 270 procent of bijna viermaal het normale tarief. Ook daar zijn we als ziekenfonds toch verantwoordelijk om onze leden aan te sturen en om ervoor te zorgen dat een medische opname niet tot een financiële kater leidt. Ook het aantal bedden per CT-scanner is in Vlaanderen beduidend hoger dan in Wallonië. Het IMA heeft recent nog een onderzoek gepubliceerd over het aantal personen dat niet jaarlijks naar de tandarts gaat. Ook daar zien we significante verschillen tussen Noord en Zuid.

De ziekenfondsen hebben ook als opdracht aanvullende voordelen en diensten te organiseren. De Vlaamse ziekenfondsen zetten veel in op preventie en tandzorgen. Langs Waalse kant zie ik veel meer de nadruk op de terugbetaling van remgelden.

Een paradepaardje van de vorige federale minister van Sociale Zaken Maggie De Block was de heel terechte bekommernis van de re-integratie, om mensen naar aangepast werk te leiden of deeltijds werk. Er worden hiervoor ruime budgetten uitgetrokken om mensen te herscholen en zich nuttig te laten voelen binnen de maatschappij en om hen zingeving te bezorgen. Bijna 70 procent van de deeltijdse werkhervatters bevindt zich in Vlaanderen, niettegenstaande dat er in Wallonië meer mensen arbeidsongeschikt zijn.

Wat de efficiëntie betreft, wijs ik erop dat België negen excellenties heeft die bevoegd zijn voor de gezondheidszorg. Op dat vlak rijdt Vlaanderen een heel goed parcours. Vlaanderen heeft alle krachten gebundeld. We hebben niet alleen gewest- en gemeenschapsbevoegdheden samengebracht in één parlement, er is ook één minister die het gros van de bevoegdheden in zijn hand heeft.

DE CORONACRISIS ALS PERFECTE ILLUSTRATIE

Met de coronacrisis werd België in The New Yorker genoemd als het land met het hoogste aantal overlijdens per capita. Deze weinig eervolle titel stemt tot nadenken.

Zelfs de pandemie legde grote communautaire verschillen bloot. Zo bedraagt de kost voor een prik in Vlaanderen 53 euro tegenover 72 euro in Wallonië. Of ruim 35 % méér! De vaccinatiegraad van de 18-plussers bedroeg eind augustus 92 % in Vlaanderen tegenover 80 % in Wallonië. De Duitstalige gemeenschap scoort 75 %, maar vooral Brussel is dramatisch met amper 64 %! Zowel op aantal besmettingen, hospitalisaties en overlijdens zit het Vlaamse aandeel beduidend onder de bevolkingscijfers, en dit is in Wallonië net het omgekeerde.

Er is dus duidelijk nood aan maatwerk, een gerichte aanpak en een maatschappelijk draagvlak. De vaccinaties zijn gemeenschapsbevoegdheden. Dan zou je toch mogen verwachten dat een Brusselse Vlaming zich in het Nederlands geholpen zou worden. Niet dus! En zo waren er nog veel frustraties, zowel aan Vlaamse als aan Waalse kant. Over de Vlaamse 'virocratie' bijvoorbeeld. Verschillende partijvoorzitters doen daarover uitspraken. Er is dus behoefte aan efficiëntie. Er zijn veel tussenniveaus. Het is ook totaal onduidelijk wie waarvoor bevoegd juist is. De federale overheid, de Vlaamse overheid, de IMC's enzovoort.

NOOD AAN BETERSCHAP

Bijvoorbeeld inzake het ziekenhuiswezen, waar de erkenning Vlaams is en de financiering federaal. In Vlaanderen wordt de omslag voorbereid in het kader van de omschakeling van chirurgische naar geriatrische bedden. Het overzicht gaat verloren. Er is ontoereikend budget want het is een gesloten enveloppe. Er zijn nog voorbeelden.

In het kader van de zesde staatshervorming zijn de woon-zorgcentra een Vlaamse bevoegdheid geworden. Maar in de woon-zorgcentra is er toch nog veel dat nog altijd op het federale niveau wordt geregeld. Ik denk aan de bedden voor de niet-aangeboren hersenschades. Of aan de conventies voor de mensen met de ziekte van Huntington, met MS en ALS, en uiteraard ook aan de verstrekkingen die in de woon-zorgcentra worden geregeld door zorgverstrekkers die onder het RIZIV vallen.

Het ziekenvervoer in dit land is een ander voorbeeld van hoe ingewikkeld het soms in elkaar zit. Dringend ziekenvervoer is federale materie; niet-dringend ziekenvervoer is Vlaamse materie, maar toch ook niet helemaal. Want het professionele reeksvervoer in het kader van chemotherapie en nierdialyse valt nog onder de federale bevoegdheden.

Ook met de taalkennis is er in de regio rond Brussel en Vlaams-Brabant een ernstig probleem en komen patiënten vaak in een ziekenwagen terecht zonder dat ze in hun taal kunnen geholpen worden.

We zeggen doorgaans dat we het goed doen en dat we het allemaal wel monitoren, maar ik stel me soms vragen bij de kwaliteitsmeting en bij de kosten. We betalen nog heel veel uit eigen zak. Gemiddeld 19 procent. In Duitsland is dat 12 procent, in Nederland 10 procent, in Frankrijk 9 procent. En dat ondanks onze vele bijdragen en de zware belasting van arbeid voor de RSZ. Voor tandkosten betalen we 50 procent zelf, voor specialisten 29 procent en voor geneesmiddelen 40 procent. Dat zijn toch geen cijfers om al te trots op te zijn zoals uit benchmarking met onze buurlanden blijkt.

HUIDIGE GELDSTROMEN

Er zijn vier transferkanalen: algemene middelen (herverdeling via belastingen), de financieringswet, de sociale zekerheid en de rentelasten. Men beseft dat er inderdaad solidariteit moet zijn en dat er veel geld van Vlaanderen naar Wallonië gaat, maar we spreken toch over 12,3 miljard euro per jaar via de verschillende kanalen of 1.920 euro per Vlaming. Het is toch belangrijk dat de Vlaming weet wat er met zijn geld gebeurt. Het wordt tijd voor een Vlaams monitoringsysteem, een Vlaams Rekenhof misschien, om één en ander jaarlijks in kaart te brengen. Ik vind het belangrijk dat men de vruchten plukt van zijn eigen beleid. Vlaanderen is bevoegd voor VDAB. Als de mensen sneller aan het werk geraken en als Vlaanderen een goed preventief beleid voert, gaat het de vruchten niet plukken omdat de uitkeringen zich op federaal niveau situeren.

DIVERSE TEGENWERPINGEN

Dan zijn er de klassieke tegenwerpingen: "We zijn al zo klein.", "Tous ensemble!", "Zouden we dat nog allemaal opdelen?" en "Zijn er al niet te veel ministers?" Maar er zijn twaalf EU-lidstaten die kleiner zijn dan Vlaanderen. Er zijn er zelfs zeven kleiner dan Wallonië. En wat met Brussel, de Vlaamse hoofdstad? Ook in Brussel kan men perfect een keuze maken, net zoals men dat voor het onderwijs doet: een Nederlandstalige of een Franstalige school. Dan is er ook nog het 'fake news' dat we niet ondankbaar moeten zijn omdat Vlaanderen vroeger afhankelijk was van Wallonië. Dat is een pure mythe, door wijlen professor Juul Hannes duidelijk ontkracht.

Solidariteit is belangrijk. En natuurlijk moeten de sociale zekerheid en ziekteverzekering toegankelijk blijven. Maar ze moet ook betaalbaar blijven. Solidariteit heeft ook haar grenzen. Waarom stopt de solidariteit vandaag in Essen, om dan in Nederland in een ander model over te gaan? Er is een interpersoonlijke solidariteit. Die is automatisch en onvoorwaardelijk. Zo gaat dat in een samenleving die dezelfde waarden en normen deelt. De interregionale of interstatelijke solidariteit moet transparant, resultaatgericht en omkeerbaar zijn, maar mag ook wat loyaliteit verwachten van de ontvanger.

We zijn dit jaar al 50 jaar solidair. 50 jaar geleden was er de eerste studie van de Club van Leuven over de fameuze transfers van Noord naar Zuid. We pompen al 50 jaar lang ongeveer 6 procent van ons bruto regionaal product naar onze Waalse zuiderburen.

Toen de Muur tussen Oost- en West-Duitsland viel, heeft men opgeroepen om vanuit West-Duitsland solidair te zijn met Oost-Duitsland. Gedurende 25 jaar heeft men enorm veel geld laten overstromen om de Länder langs de Oost-Duitse kant op hetzelfde niveau te krijgen van West-Duitsland. Dat heeft tot resultaat geleid, zodat het systeem nu perfect functioneert en quasi is gelijkgetrokken. Daar is echt wel een resultaat behaald. Dat vind ik heel belangrijk.

Er is ook de solidariteit ten aanzien van de volgende generaties. Ik wil dat onze kinderen en kleinkinderen op termijn ook van een betaalbare en toegankelijke sociale zekerheid kunnen genieten. Hoe zit het met de sociaal zwakkeren in Vlaanderen? Pano had het nog niet zo lang geleden over de wachtlijsten. Er zijn nog heel veel onvervulde noden bij ons in Vlaanderen. Ook daar moeten middelen naartoe.

DE MUTUALISTISCHE SECTOR OP HET TERREIN

Ik rond af met enkele beschouwingen over de mutualistische sector op het terrein. Vlaanderen is bevoegd voor gezondheidspromotie. De ziekenfondsen werken op dit ogenblik vooral op federaal niveau. Op Vlaams niveau zijn het de zorgkassen. We zijn bevoegd om aan preventie en gezondheidsvoorlichting te doen. We worden eigenlijk aangestuurd vanuit twee overheden. Waarom? In het kader van de variabele administratiekosten enerzijds is het federaal, en anderzijds is er het kader van de beheersovereenkomst die we met Vlaanderen hebben afgesloten. Dat zijn dubbele kanalen voor gelijkaardige opdrachten.

De Controledienst voor de Ziekenfondsen is een federale instelling, die ook de zorgkassen controleert, die eigenlijk een Vlaamse wetgeving uitvoeren. Ook dat is toch wel een raar idee.

Ik wil ook nog eens de rol van de zorgkassen benadrukken bij de concrete uitrol van de bijzonder ingewikkelde zesde staatshervorming.

Ten slotte merk ik dat de verschillende landsbonden en ziekenfondsen zich op het terrein steeds meer tot de gemeenschappen richten. Hoezeer de grote CM ook tegen de communautarisering is, toch gaan ze in 2022 van 19 naar twee ziekenfondsen: één Franstalig en één Nederlandstalig. De leden van de CM zullen in Brussel de keuze hebben om zich bij deze of gene groep aan te sluiten en daar dan ook het aanvullende pakket van te genieten.

Dezelfde evolutie zie ik bij mijn collega's van de Onafhankelijke Ziekenfondsen. Langs Waalse kant is daar al een groep gevormd (Partenamut). In Vlaanderen zullen volgend jaar OZ en Partena fuseren tot Helan. En ook in de Duitstalige Gemeenschap is er een eigen ziekenfonds, de Freie Krankenkasse. Ook binnen onze eigen neutrale koepel evolueren we in diezelfde richting.

Ook de hospitalisatieverzekeringen en nevenproducten worden steeds meer gemeen-schapsgericht georganiseerd. Voor de invulling van de aanvullende voordelen en diensten betalen de mensen een lidgeld bij een ziekenfonds. Veel mensen denken dat dat voor de verplichte ziekteverzekering is, maar dat is natuurlijk niet het geval. We zien daar niet alleen verschillende trends, maar ook verschillende tarieven. In Vlaanderen situeert de aanvullende bijdrage zich tussen 80 en 100 euro. Langs Waalse kant – of men dat nu wil of niet, ik spreek daarover geen oordeel uit - ligt dat gemiddeld 30 tot 50 procent hoger. In Wallonië gaat men dus duidelijk anders om met gezondheidszorg en aanvullende diensten.

Het Rode Kruis en de rampenparaatheid in België

Philippe Vandekerckhove, MD, PhD, gedelegeerd bestuurder Rode Kruis-Vlaanderen

INLEIDING

Het Rode Kruis verricht een brede waaier aan activiteiten, waaronder medische (zoals de bloedbank en de diagnostische laboratoria), paramedische (zoals de eerste hulp-opleidingen en interventies in binnen- en buitenland),licht logistieke, en sociale. Bovenal is het een noodhulporganisatie, die betrokken is bij rampenpreventie en tussenkomst na rampen[1]. Het Belgisch Rode Kruis heeft een uniek juridisch statuut als "helper van de overheid", dat het onderscheidt van zowel overheidsorganisaties als ngo's, maar de overheid schijnt dat grotendeels vergeten, hetgeen een efficiënte (in)planning van het Rode Kruis-potentieel onnodig bemoeilijkt. Het Belgisch Rode Kruis is sinds 1972 opgesplitst in 3 gemeenschappen (Vlaams, Franstalig en Duitstalig) die volledig autonoom van elkaar werken, waardoor het af en toe botst op de (interne en externe) limieten van de complexe staatsstructuur, die meest visibel worden in omstandigheden waarbij er snel beslist moet worden zoals de coronacrisis en de overstromingsramp van 2021.

RODE KRUIS: GESCHIEDENIS

Un souvenir de Solférino ('Een herinnering aan Solferino') is de titel van een boek van de jonge Zwitserse zakenman Henry Dunant, over de gruwel waarvan hij in 1859 getuige is in het Noord-Italiaanse dorpje. Wanneer hij daar aankomt op 24 juni, is de beruchte veldslag tussen de Frans-Italiaanse en de Oostenrijkse legers nog maar net afgelopen. Tienduizenden doden en gewonden zijn er achtergebleven op en rond het slagveld, compleet aan hun lot overgelaten. Geholpen door de lokale bevolking probeert Dunant zo goed en zo kwaad als het gaat de hulpverlening te organiseren. Erg ongewoon voor die tijd is dat hij daarbij geen onderscheid maakt tussen beide kampen. *Tutti fratelli,* is zijn leuze. Wij zijn allen broeders!

Terug thuis in Genève schrijft Dunant zijn ontzetting neer in een boek, en doet daarbij meteen ook een aantal concrete voorstellen om zulk lijden in de toekomst te verlichten. Zo wil hij organisaties oprichten die in tijden van oorlog gewonde militairen bijstaan. En zowel slachtoffers als hulpverleners zouden daarbij een neutraal

1 - Dit artikel behandelt niet de bloedvoorziening, aangezien dat bij rampen zelden of nooit een probleem vormt.



statuut moeten krijgen. Het zijn ideeën die veel weerklank vinden, en in 1863 leiden tot de oprichting van het 'Internationaal comité van hulpverlening aan gewonde krijgslieden'. Dit Comité organiseert al in 1864 een tweede internationale conferentie, waarop alle Europese landen en verscheidene landen uit Noord- en Zuid-Amerika worden uitgenodigd. Zestien landen gaan daarop in, waaronder ook België. Hulp aan alle gewonden, zonder onderscheid van nationaliteit, is één van de pijlers van het verdrag. Net als de neutraliteit (onschendbaarheid) van het medische personeel, de medische instellingen en eenheden. Ook het beschermende embleem wordt vastgelegd: het nu zo bekende rode kruis op een witte ondergrond. In het zog van het Internationale Rode Kruiscomité, ontstaan er in de loop der jaren in bijna alle landen nationale Rode Kruisverenigingen: op vandaag 192 in evenveel landen, met een kleine 20 miljoen vrijwilligers.

In België wordt al in 1864 op initiatief van dr. André Uytterhoeven het Belgische Rode Kruis opgericht. Het is daarmee de oudste nog bestaande Rode Kruis-vereniging. De organisatie heeft als doel hulp te verlenen aan gewonde of zieke soldaten tijdens een oorlog. Na de Eerste Wereldoorlog wordt dat uitgebreid met een werking in vredestijd, namelijk 'de bescherming van de volksgezondheid door volksopvoeding' en 'de organisatie van een algemene dienst voor dringende hulp'. Honderd jaar later spreken we van de disciplines Vorming en Hulpdienst.

Voor deze nieuwe opdrachten worden in 1922 voor het eerst vaste personeelsleden in dienst genomen. Tot dan toe werd uitsluitend een beroep gedaan op vrijwilligers. En aangezien die niet vergoed werden, ging het voornamelijk om mensen uit de hogere klassen, die veelal de volkstaal niet of nauwelijks spraken. Ook de nieuwe bezoldigde functies zijn zo goed als uitsluitend in handen van – meestal eentalige – Franssprekenden. Wat in Vlaanderen een voortdurende bron van ergernis is. Als reactie wordt in 1927 de oprichting van 'Het Vlaamsche Rode Kruis' aangekondigd. Meteen zwaait het Belgische Rode Kruis met de statuten van de Internationale Rode Kruisbeweging. Die bepalen immers dat er maar één Rode Kruisvereniging per land mag bestaan, die over het hele grondgebied actief moet zijn, met als embleem een rood kruis op een wit veld. Het belet de oprichting van Het Vlaamse Kruis niet, zij het dan met een zwart kruis op een geel veld als herkenningsteken. Omdat ze de naam noch het embleem van het Rode Kruis mogen gebruiken.

Lang niet alle Vlamingen zijn er evenwel van overtuigd dat dit de beste aanpak is: zij willen actief blijven binnen het Belgische en internationale Rode Kruis, en daar hun invloed uitbreiden en medezeggenschap krijgen. Daarvoor moet dan wel het aantal afdelingen in Vlaanderen toenemen, en moeten er ook Vlamingen komen op sleutelposities in de bestuursorganen en de administratie. Het is een strategie die succes kent: tussen 1928 en de Tweede Wereldoorlog stijgt het aantal Vlaamse afdelingen van 50 naar 118. En vandaag zijn het er maar liefst 244. Er volgen, doorgaans na lange discussies, een aantal hervormingen die in 1972 uiteindelijk leiden tot de oprichting van aparte Vlaamse en Franstalige entiteiten binnen het Belgisch Rode Kruis, met een eigen Directie, Raad van Bestuur en Algemene Vergadering.

In 1984, rekening houdend met de intussen vernieuwde staatsstructuur, besluit de Raad van State dat het Belgisch Rode Kruis gemeenschapsmaterie betreft, voor Rode Kruis-Vlaanderen betekent dit dat het onder de voogdij van de Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin valt. Het Belgische Rode Kruis heeft vandaag dus een federale structuur die gelijklopend is met de Belgische staatsstructuur. Krachtens artikel 11 van de statuten is de vereniging samengesteld uit drie gemeenschappen: de Vlaamse, de Franstalige, en de Duitstalige Gemeenschap. Deze zijn elk autonoom bevoegd op hun grondgebied (in Brussel zijn zowel de Vlaamse als de Franstalige vleugel actief).

HET RODE KRUIS EN DE RAMPENPARAATHEID IN BELGIË

Als er ergens te lande een ramp gebeurt, dan rukt het Rode Kruis uit. Vaak zijn Rode Kruismedewerkers als eersten ter plaatse om hulp te bieden, levens te redden, gewonden te verzorgen, mensen in nood op te vangen[2]. Ze zijn een baken in de algehele chaos en verwarring. Voor heel wat mensen is dat een evidentie waar ze niet of nauwelijks bij stilstaan. Nochtans vergt die permanente paraatheid een doorgedreven inspanning op het gebied

2 - We zijn ook typisch als eerste terug weg (FIFO), op het ogenblik dat de overheden tijd hebben gehad om zich te organiseren.

van organisatie, planning, opleiding, logistieke steun en dergelijke.

Gelukkig heeft het Rode Kruis een lange traditie waar het op kan bouwen. Zo kan het Mobiele Hulpkorps, opgericht in 1948, terugvallen op de ervaring van de Hulpgroepen tijdens de bewogen oorlogsjaren. Toch blijkt de noodhulp soms tekort te schieten bij grote rampen als de stormvloed van 1953 en de mijnramp in Marcinelle in 1955. Een grote verbetering komt er met de oprichting van de Nationale Hulpdienst in 1958. Over heel het land worden er kleine eenheden gevormd, bestaande uit ploegen van vijf vrijwilligers, die gegroepeerd worden in een colonne.

In aanloop naar de grote hervormingen van het Belgische Rode Kruis begin jaren zeventig (met onder andere de democratisering en de autonomie voor de taalgemeenschappen), is er ook een subcommissie actief die de werking van de Hulpdienst tegen het licht houdt. Ze benadrukt in de eerste plaats het belang van de conventie die in 1970 werd gesloten met het ministerie van Volksgezondheid. Om de medische en sanitaire hulpverlening aan de bevolking te kunnen garanderen, ontvangt het Rode Kruis daarvoor nu ook materiële en financiële middelen. Ook wil de conventie het statuut van de vrijwillige (Rode Kruis)hulpverlener vastleggen. Een voornemen dat sindsdien in zowat elk (strategisch) werkplan terugkomt, maar nog steeds niet is gerealiseerd. Integendeel, het statuut van de vrijwilliger werd recent ondergraven door wetgeving inzake onbelast bijklussen, en door het systematisch misbenoemen door de overheden zelf van de semi-agorale tewerkstelling van brandweermannen als “vrijwilligers” (het betreft in feite een vorm van belastingoptimalisatie voor wie niet in hoofdberoep brandweerman is). De essentie van het concept Vrijwilligersschap is immers dat ‘tijd’ volledig belangeloos ter beschikking van de samenleving wordt gesteld.

Om de in de conventie met de overheid vastgelegde taken uit te voeren, moet het Belgisch Rode Kruis ruim 18.000 vrijwillige helpers rekruteren en opleiden. Die worden vervolgens ondergebracht in 200 medische ploegen van 94 vrijwilligers, die in geval van oorlog of grote rampen burgerlijk mobiliseerbaar zijn. Daarnaast moet het Rode Kruis in geval van oorlog 2.000 ambulancier(ster)s beschikking stellen van het ministerie van Landsverdediging. De subcommissie wijst erop dat de overeenkomst met de overheid alleen kan worden nageleefd als iedereen binnen de organisatie zich tot het uiterste inspant om helpers en ambulanciers te werven en op te leiden. Daarom, zo suggereert ze, moeten voortaan alle plaatselijke afdelingen verplicht worden om geregeld EHBO-cursussen te organiseren, voldoende vrijwilligers te rekruteren, geïntegreerde hulpploegen uit te rusten en te trainen, en voor dit alles de nodige financiële middelen te voorzien. Hoewel in loop der jaren een aantal taken van de Hulpdienst worden overgenomen door andere disciplines, is deze nog steeds veruit de grootste discipline, met op 30 juni 2018 5.729 vrijwilligers. Een erg verwante maar kleinere discipline, Dringende Sociale Interventie (DSI), is pas veel later ontstaan. Wanneer in 1976 de gemeente Ruisbroek overstroomt, moeten ruim tweeduizend mensen hun huis verlaten. Om hen onder te brengen in opvangcentra, zet het Rode Kruis zo’n duizend vrijwilligers in. Die worden overspoeld met vragen van ongeruste burgers. Familieleden wachten tevergeefs op een teken van leven vanuit het overstroomde gebied. Het Rode Kruis beseft dat de bestaande rampenhulpverlening niet compleet is, en gaat op zoek naar een manier om de leemtes in te vullen. Minder dan vijf jaar na de ramp in Ruisbroek is de Dienst Sociale Interventie, later gewijzigd in Dringende Sociale Interventie (DSI), een feit. Op 30 juni 2018 telt DSI 308 vrijwilligers.

Bij rampen, een gewapend conflict of ander onheil, worden de vrijwilligers van het Rode Kruis gemobiliseerd om hulp te verlenen. Bij andere gebeurtenissen waarbij slachtoffers kunnen vallen en waarbij de organisatoren of de overheid de aanwezigheid van het Rode Kruis vragen, worden ze preventief ingezet. Zoals bij autowedstrijden, sportmanifestaties, volkstoelopen, verkeerspiekdagen enzovoorts. Om hun hulpverleningstaak naar behoren te kunnen uitvoeren, volgen de vrijwilligers regelmatig opleidingsstages en lessen, komen zij samen in trainingskampen, nemen ze deel aan oefeningen.

Naast de preventieve hulpacties treedt de Hulpdienst natuurlijk ook op bij grootschalige ongevallen en rampen, en moet hij zich hier voortdurend op voorbereiden. Het Rode Kruis wordt door de federale en de gemeenschapsregeringen officieel erkend als vrijwillige hulporganisatie die autonoom optreedt als ondersteuner van de publieke overheden. Door die autonomie kan de organisatie in alle omstandigheden blijven handelen in overeenstemming met de grondbeginselen van de Internationale Beweging, ook al neemt voor sommige hulpacties de overheid het initiatief.

In 1991 verandert de rampenhulpverlening ingrijpend, in het kielzog van de een jaar eerder opgerichte Werkgroep Rampengeneeskunde. Die werkgroep, ook wel ‘Groep van Gent’ genoemd, bestond uit afgevaardigden van de ULB, de KU Leuven, de Koninklijke School van de Medische Dienst (KSMD), Defensie, Volksgezondheid en het Rode Kruis en had als opdracht een voorstel uit te werken voor de organisatie van de medische rampenhulpverlening. Tussen de voorstelling van hun **Medisch Interventieplan (MIP)** en de vertaling er van in koninklijke besluiten zal er maar liefst vijftien jaar liggen. Gelukkig wordt de voorgestelde aanpak in tussentijd de facto wel toegepast.
De provinciale **Snelle Interventieteams of SIT’s** maken deel uit van het Medisch Interventieplan. Ze moeten ten laatste 45 minuten na een oproep ter plaatse zijn. Een SIT-team bestaat standaard uit een SIT-LOG en een SIT-MED. Een SIT-LOG heeft drie hulpverleners aan boord en vervoert een grote hoeveelheid logistiek materiaal zoals draagberries, zuurstof, opblaasbare tenten, verlichting, elektriciteit en signalering. De bemanning van een SIT-MED bestaat uit zes hulpverleners. Zij hebben medicatie, infuusvloeistof, eerstehulp- en reanimatiemateriaal bij zich. Hiermee kunnen ze vijf zwaargewonden met levensbedreigende trauma’s verzorgen, tien gewonden met niet-levensbedreigende trauma’s en twintig lichtgewonden. In totaal beschikt Rode Kruis-Vlaanderen over elf SIT-LOG’s en achttien SIT-MED’s verspreid over heel het grondgebied. De FOD Volksgezondheid subsidieerde de aankoop en uitrusting van drie SIT’s per provincie. De onderhoudskosten zijn ten laste van het Rode Kruis. SIT’s zijn meestal gestationeerd bij een afdeling die zorgt voor voldoende gekwalificeerde eerstehulpverleners.

Wanneer het aantal terroristische aanslagen in Europa (en daarbuiten) fors toeneemt, moet de overheid haar rampenpreventieplanning opnieuw bekijken. In België buigt een groep experts zich over het MIP. De recentste versie daarvan dateert van 2009 en focust enkel op grote noodsituaties als treinbotsingen, kettingbotsingen of grote branden. Met de mogelijkheid van meerdere (bijna) gelijktijdige aanslagen op verschillende plaatsen wordt echter geen rekening gehouden. Terreuraanslagen hebben precies tot doel paniek te zaaien en de samenleving zo veel mogelijk te destabiliseren. In veel gevallen raakt de medische hulpverlening hierdoor meteen overbelast. Het werk aan het nieuwe MIP was bij de aanslagen van 22 maart 2016 nog niet beëindigd.

De *lessons learned* van Zaventem en Maalbeek werden verwerkt in het nieuwe plan, dat vanaf 19 januari 2017 van kracht is. Een belangrijke vernieuwing is dat er voortaan drie versies van het MIP afgekondigd kunnen worden. **Het gewone MIP** wordt automatisch afgekondigd bij één van de drie volgende kwantitatieve criteria: vijf zwaargewonden, tien gewonden van wie de aard of ernstgraad van de verwondingen niet bekend is, en meer dan twintig personen die potentieel in gevaar zijn. Bij afkondiging van een gewoon MIP worden onder meer een psychosociaal manager (PSM), een SIT Rode Kruis, vijf ziekenwagens DGH (die qua uitrusting en bemanning voldoen aan de eisen ‘dringende geneeskundige hulpverlening’) en drie MUG-equipes ingezet. Het **Uitgebreide MIP** kan automatisch afgekondigd worden bij twintig zwaargewonden of veertig gewonden van wie de aard of ernstgraad van de verwondingen niet bekend is. Er worden dan een PSM, tien MUG-equipes, een SIT Rode Kruis en twintig ziekenwagens DGH of Rode Kruis ingezet. Ten slotte is er nu ook een **Maxi-MIP**. Dat wordt afgekondigd bij vijftig zwaargewonden of honderd gewonden van wie de aard of ernstgraad van de verwondingen niet bekend is. Bij een maxi-MIP worden onder meer alle PSM’s, twintig MUG-equipes, een SIT Rode Kruis en veertig ziekenwagens DGH of Rode Kruis ingezet.

CORONA EPIDEMIE EN DE OVERSTROMINGEN

Zowel de corona epidemie als de overstromingen van 2021 waren rampen van een schaal die België in decennia voordien niet gekend had. Rampen zoals het Heizeldrama, de Herald of Free Entreprise, de treinramp te Wetteren, de gasontploffing te Ghislenghien, enz… waren – hoe erg ook en voorgoed in het geheugen gegrift– “lokaal”: doorgaans beperkt tot één gemeente. Typerend daarbij is dat vanuit omliggende gemeenten, zelf niet getroffen, snel hulp ovv. mensen en materiaal ter plekke kan worden gebracht. Bij Corona (gans het land getroffen) en de overstromingen (meer dan 260 gemeenten getroffen) betrof het “uitgebreide” rampen. Over de aanpak ervan zijn opnieuw lessen te trekken, zowel op niveau van de overheid als van het Rode Kruis.

Vooraf: het zou oneerlijk zijn om alleen over structuren te spreken. Ook met de bestaande structuren was een betere implementatie op niveau van organisaties maar ook van individuen mogelijk geweest, en dat mag niet onder mat worden geveegd. Zo was er bij de overstromingen op momenten een moeilijk te plaatsen aarzeling of zelfs weigering om hulp te aanvaarden van andere hulporganisaties zoals brandweer, burgervrijwilligers, Rode Kruis-vrijwilligers, enz.., terwijl bij corona de gevolgen van de eigen acties (of het gebrek hieraan) ovv. tekort aan ziekenhuisbedden dan wel vlot werden doorgeschoven naar andere regio’s. En in beide gevallen wordt de discussie snel communautair geladen wat een objectieve functionele analyse bemoeilijkt zo niet voorkomt. Ook waren er hier en daar cruciale diensten onderbestaft vanwege de zomervakantie, en slechts beperkte bereidheid bij personeel / ambtenaren om uit verlof weer te keren (ook al is dit niet afdwingbaar obv. de sociale wetgeving, zou men toch verhopen dat wie jaar in jaar uit op een dienst werkt die de rampenwerking beheert, het evident vindt dat te doen wanneer zich de grootste ramp in decennia voordoet).

De discussie over structuren mag dus geen gemakkelijkheidsoplossing worden om niet over (dis)functioneren te moeten spreken. Niettemin worden in omstandigheden waarin er snel beslissingen moeten worden genomen, en er derhalve geen tijd is voor window-dressing, uiteraard ook structurele weeffouten zichtbaar. Een ramp is in die zin een detector van gebrekkige voorbereiding en/of structuren.

Belgisch Rode Kruis
Er zijn in de loop der jaren grote operationele verschillen gegroeid tussen Rode Kruis-Vlaanderen en de Fransta-

lige vleugel. Croix-Rouge de Belgique – Communauté Francophone (zoals de correcte titel luidt; CRB-CF), is globaal de helft van de omvang van Rode Kruis-Vlaanderen. Dat maskeert echter grote accentverschillen. CRB-CF is niet alleen relatief maar zelfs absoluut groter dan Rode Kruis-Vlaanderen wat betreft de opvang van asielzoekers, is vergelijkbaar groot wat betreft internationale activiteiten, en disproportioneel kleiner in de meeste andere activiteiten, waaronder de binnenlandse rampenparaatheid, waar ze ook meer en sneller beroep doen op personeelsleden, en minder op vrijwilligers, dan in Rode Kruis-Vlaanderen het geval is. Dit verklaart reeds ten dele waarom de FIFO benadering (first in first out), typisch voor een Rode Kruis-interventie, veel beperkter gebeurde tijdens de overstromingen, en de gekregen financiële middelen nu aangewend worden voor eerder lange-termijn opdrachten.

Een ander deel van de verklaring is structureel: vanwege de Belgische staatsstructuur en de regels van het internationale Rode Kruis, kan Rode Kruis-Vlaanderen enkel actief worden in het Franstalig landsgedeelte, mits akkoord van CRB-CF. Dat is bij de overstromingsramp slechts beperkt gegeven, waarvoor paradoxaal genoeg Rode Kruis-Vlaanderen in Vlaanderen veel fellere kritiek heeft gekregen dan CRB-CF in het Franstalig landsgedeelte. Daarnaast is de juridische basis van het Belgische Rode Kruis reeds lange tijd ongewijzigd gebleven, waardoor de organisatie een grote evolutie heeft doorgemaakt, zonder dat de bestaande structuren hieraan zijn aangepast. Het spreekt voor zich dat dergelijk onderscheid niet alleen vanuit juridisch oogpunt de nodige risico's met zich meebrengt, maar ook voor de nodige praktische problemen zorgt. Wij identificeren de volgende:

Wet van 30 maart 1891 is verouderd
De basiswet van het Belgisch Rode Kruis dateert van 30 maart 1891, en is dus onvermijdelijk verouderd en niet meer aangepast aan de huidige situatie.

Deugdelijk bestuur is onmogelijk binnen één rechtspersoon
De federale structuur van het Belgische Rode Kruis is een gevolg van de fundamentele herorganisatie van de vereniging die in 1972 verscheen in het Staatsblad. Deze hielden concreet in dat het Rode Kruis in Vlaanderen een eigen wetgevend (de Vlaamse gemeenschapsraad), beslissend (het Vlaams directiecomité) en uitvoerend (de Vlaamse directeur-generaal) orgaan krijgt. In de daaropvolgende jaren worden nog een aantal verdere stappen in de vervlaamsing gezet: de splitsing van de bloedtransfusiediensten in 1981, de financiële autonomie met gescheiden boekhouding in 1986, én de goedkeuring van nieuwe statuten in 1992. Deze statuten geven aan het Rode Kruis een confederale structuur, zonder operationele activiteiten in de koepel, die officieel bevestigt wat in feite reeds lang realiteit is: de Vlaamse gemeenschap van het Belgische Rode Kruis bepaalt haar eigen beleid, op maat gesneden van de noden die in het Vlaamse land prioritair zijn. Ondanks de verregaande operationele onafhankelijkheid van de beide Rode Kruis-gemeenschappen en de uiteenlopende activiteiten binnen het Belgische Rode Kruis (BRK) is het BRK nog steeds één rechtspersoon. Deugdelijk bestuur is op deze wijze niet mogelijk. Vandaag bestaat er één juridische koepel met *de facto* gescheiden organisaties. Er bestaat een discrepantie tussen wie beslist en wie verantwoordelijk is: de gemeenschappen beslissen onafhankelijk, maar de andere gemeenschap is mee verantwoordelijk alhoewel ze geen enkele zeggenschap in de beslissing heeft.

Risicobeheersing van de diensten voor het bloed
Ook vanuit de risicobeheersing van de "diensten voor het bloed" en "service du sang" is het aangewezen/noodzakelijk om deze activiteiten onder te brengen in een aparte rechtspersoon, teneinde de specifieke risico's verbonden aan deze activiteiten te beheersen en te vermijden dat deze vergaande gevolgen zouden hebben voor de andere Rode Kruisactiviteiten.

Reputatiebeheersing voor de onderscheiden entiteiten
Zoals aangetoond tijdens de overstromingen, leidde de als te traag en te beperkt gepercipieerde interventie vanuit CRB-CF, paradoxaal genoeg tot meer reputatieschade voor het Rode Kruis in Vlaanderen dan in het Franstalig landsgedeelte.

Uit bevraging blijkt dat 30% van de mensen niet weet dat het hier twee aparte organisaties betreft. Eén en ander wordt uiteraard in de hand gewerkt door het feit dat CRB-CF zichzelf steevast CRB noemt, wat in de pers vaak vertaald wordt als Belgisch Rode Kruis.

Bestuurlijke problemen door complexe structuur
Het feit dat meer dan 40 jaar na de herstructurering van de vereniging, met *de facto* onafhankelijk werkende gemeenschappen, de juridische structuur nooit werd aangepast aan de statutaire en operationele werkelijkheid, brengt uiteraard een heel aantal juridische en bestuurlijke problemen met zich mee en creëert rechtsonzekerheid. Er bestaan bvb. geen interne mechanismen om meningsverschillen over het te voeren beleid op een ordentelijke manier op te lossen.

Belgische overheid

Complexiteit van de organisatie van de rampenparaatheid
In België zijn in principe 3 federale ministers bevoegd voor de federale rampenparaatheid: Binnenlandse Zaken, Volksgezondheid, en Defensie. Afhankelijk van het type ramp wisselen de verhoudingen (als bvb. vliegtuigen van het leger nodig zijn voor een buitenlandse missie, speelt Defensie een meer visibele rol), en er is doorgaans een zekere spanning aanwezig (afhankelijk van de politieke verhouding tussen de betrokken ministers) die de eenheid van commando soms bemoeilijkt.

Rampen kunnen ook behandeld worden op provinciaal of gemeentelijk niveau, met een belangrijke rol voor de gouverneurs respectievelijk burgemeesters.

De watersnood in Wallonië leerde dat ondanks alle trappen, het crisisbeleid nog kan haperen. Na het afschalen van de federale fase ontstond vooral in Luik een vacuüm, omdat de provincie niet opgewassen was tegen de omvang van de ramp. Ondertussen had de regionale overheid geen bevoegdheid om het stuur over te nemen. België is wat dat betreft een uitzondering: in de meeste federale staten hebben de deelstaten een bevoegdheid om aan crisisbeheer te doen. Soms exclusief, soms concurrerend met de federale staat: die kan alsnog optreden als de crisis te groot is.

Ons rampensysteem werkt doorgaans goed als het veiligheidsrisico een lokaal, regionaal, of nationaal karakter heeft, maar is problematisch bij grote regionale verschillen, zoals de corona- en overstromingsrampen aantoonden.

Vergeten rol van Rode Kruis als helper van de overheid
Als Belgische Rode Kruis zijn wij officieel erkend door de regering als een vrijwillige en zelfstandige organisatie, *helper van de overheid* en in het bijzonder van de medische diensten van het leger, overeenkomstig de bepalingen van het Eerste Verdrag van Genève.

Het is onze rol als *helper van de overheid* die ons onderscheidt van andere actoren zoals de klassieke niet-gouvernementele organisaties. Vandaag stellen wij echter vast dat het net deze nuance is die over de jaren verloren is gegaan bij de overheidsdiensten. Het is bij de overheid en bij de publieke opinie niet altijd duidelijk welk statuut het Rode Kruis heeft. Zo worden we vaak vermeld als NGO. Wanneer het echter financiering betreft, worden we dan weer aanzien als een private organisatie (en stiefmoederlijk behandeld en gefinancierd ivm. overheidsdiensten zoals de brandweer, civiele bescherming, etc..). Daar tegenover staat dat de burgers onze opdracht vaak als maatschappelijk essentieel omschrijven en als dusdanig koppelen aan de overheid. Dat is ook het geval bij de rampenparaatheid: In de organisatie van de rampenwerking zijn er 5 disciplines: (1) brandweerdiensten; (2) medische, sanitaire & psychosociale dienstverlening; (3) ordediensten/politie; (4) logistieke steun; (5) communicatie.

Rode Kruis heeft vooral een rol in discipline 2. In het medische luik leveren wij hoofdzakelijk: vooruitgeschoven medische post (VMP) (via SIT-middelen) en ziekenwagens DGH. Voor het psychosociale luik staan we in voor de onthaalcentra en de registratie van slachtoffers. We hebben – samen met CRB-Cf – conventies met FOD VVVL waarin omschreven staat wat we wanneer moeten aanleveren in geval we opgeroepen worden. De conventies en koninklijke besluiten die de bedragen vastleggen, worden jaarlijks vernieuwd en we krijgen daarvoor een (beperkte) financiering. Rode Kruis neemt deze taken al vele jaren op. Wij worden opgeroepen via de noodcentrale 112 (of via de psychosociaal manager PSM van FOD VVVL als het over DSI gaat), maar het is zo dat niet elke DirMed op een rampenterrein even intens met het Rode Kruis samenwerkt.

Daarnaast hebben we ook een (beperkte) rol in discipline 4: wij hebben na de afbouw van de civiele bescherming bv. de taak van waterbedeling en het stockeren van water dat voorheen in de loodsen van de civiele bescherming gestockeerd werd overgenomen. Maar daar is geen formele overeenkomst van. Wij hebben aan Vlaamse kant in opdracht van Binnenlandse Zaken ook een overeenkomst met een cateraar die maaltijden kan leveren in noodsituaties.

Het vervagen van de rol van het Rode Kruis als helper van de overheid heeft functionele gevolgen. Zo wordt het Rode Kruis te weinig proactief betrokken bij het beleid. Vandaag stellen we vast dat het Rode Kruis niet altijd betrokken is bij de ontwikkeling van regelgeving of beleidsprocessen inzake bvb. rampenparaatheid. De politie, civiele bescherming en brandweer worden structureel geconsulteerd door de overheid, daar waar het Rode Kruis slechts *ad hoc* en vaak in tweede instantie betrokken wordt. Als helper van de overheid is het belangrijk dat het Rode Kruis mee aan de tafel zit –of ten minste geïnformeerd wordt- bij het uitschrijven van het beleid en niet in volle crisis gevraagd wordt om gaten te vullen. Bij en na de overstromingen bvb. gaven politici kritiek op het Rode Kruis inzake bvb. zware logistiek zoals het ruimen van puin, hoewel dat nooit onze opdracht is geweest.

Mogelijke oplossingen

Belgisch Rode Kruis
Zowel tijdens corona als tijdens de overstromingen, is gebleken dat Rode Kruis-Vlaanderen, benevens zijn traditionele goed opgeleide vrijwilligers, via zijn webplatform/app ook grote getallen burgervrijwilligers kan mobiliseren voor specifieke taken. Dit is een opdracht die beter met de overheden dient afgestemd te worden: er is gedurende de corona-periode, een plethora van webplatforms ontstaan, ook door overheden zelf, in competitie met het reeds bestaande Rode Kruis-platform, terwijl een efficiënte inzet van deze burgervrijwilligers net gebaat is bij het feit dat iedereen op één platform terecht kan.

Het is daarnaast tijdens de overstromingsramp duidelijk geworden dat het feit dat het Belgisch Rode Kruis uit verschillende autonome organisaties, bestaat beter gecommuniceerd dient te worden aan het publiek en de pers, om verwarring omtrent bevoegdheden en verantwoordelijkheden te vermijden. Het Franstalige Rode Kruis dient zijn naam aan te passen zodat de vlag de correcte lading dekt, en geen verwarring geeft bij vertaling. Tenslotte dient de basiswet gemoderniseerd te worden, en de rechtspersoon aangepast aan de statuten en de bestuurlijke realiteit, om zodoende deugdelijk bestuur mogelijk maken.

Organisatie van de overheden

Op dit moment bestaan er slechts drie crisisniveaus in ons land: gemeentelijk, provinciaal en federaal, afhankelijk van de omvang van de ramp of crisis.
Op het federale niveau zou er best meer eenheid van bestuur komen tussen de 3 betrokken ministers.
De noodsituaties van de afgelopen maanden (federale regering die de dominante speler was in het coronabeleid, en een provinciegouverneur die tijdens een ongeziene watersnood kan beslissen om al dan niet de hogere overheden om hulp te vragen) hebben daarnaast aangetoond dat een hervorming van het huidige crisissysteem nodig is wanneer een noodsituatie de provinciegrenzen overstijgt. Het crisisbeleid is vandaag in handen van de federale overheid, de gouverneurs en de burgemeesters, afhankelijk van de omvang van de ramp of crisis. Het zou logisch zijn daar in sommige gevallen een gewestelijke fase tussen te schuiven van zodra een noodsituatie de provinciegrenzen overstijgt. Hiertoe dient er een Vlaams crisiscentrum te worden opgericht (zoals Wallonië en Brussel, die al een eigen prematuur crisiscentrum hebben). Eenvoudig is dat niet en vereist een staatshervorming: civiele veiligheid en sanitaire politie zijn immers een federale bevoegdheid. Vlaanderen kan zich met de uitbouw van dergelijk crisiscentrum voorbereiden om het beleid te coördineren wanneer het wordt overgedragen

Kinderrechten en COVID 19

Caroline Vrijens, Kinderrechtencommissaris

Zie de powerpointpagina's hiernaast en de volgende pagina's



Verbonden aan Vlaams Parlement

- Internationaal kinderrechtenverdrag onderstreept belang onafhankelijke instanties kinderrechten
- Een parlementaire inbedding biedt beste garantie
- Oprichtingsdecreet 15 juli 1997

"De kinderrechtencommissaris komt op voor de rechten, noden en belangen van alle kinderen in Vlaanderen"

Rol Kinderrechtencommissariaat Aanpak

- Van signaal tot advies:

1. Het **behandelen van klachten** (1200 per jaar van kinderen en jongeren, ouders, professionals) en adviseren en bemiddelen

2. Het **adviseren van het beleid** op basis van signalen uit onderzoek en uit het ombudswerk

- Commissie van Toezicht
- Het Kinderrechtencommissariaat streeft naar:

Een Vlaams beleid dat zich maximaal richt op de rechten en belangen van kinderen en jongeren, hun perspectief meeneemt en hun positie versterkt.

Maart 2020…Corona

- Meteen na de lockdown in maart 2020 (anderhalf jaar geleden nu) viel het stil maar begin april heel wat meldingen rond corona en het recht op onderwijs, recht op contact en spel, recht op hulp, …
- grootouders, ouders, leerkrachten, CLB medewerkers, hulpverleners, kinderartsen, psychologen, middenveldorganisaties, …
- De richtlijnen zelf hielden niet genoeg rekening met kinderen en jongeren en met hun rechten
- Ook de gewone meldingen kwamen opnieuw binnen vanaf mei

Signalen die ons bereikten met betrekking tot hulpverlening en gezin

- Van **ouders** over de sluiting van de scholen, het gebrek aan sociaal contact en spel voor kinderen en jongeren, de **druk op de gezinnen**

Maar ook het stopzetten van hulpverlening, de quarantaines in de zorg en het stopzetten van het bezoekrecht in de zorg

- Van **professionals** over de **bezorgdheid** rond de stijging van meldingen rond geweld bij AWEL, CLB-chat, 1712, maar ook over het welzijn van kinderen en jongeren in de zorg, ze vroegen in hoeverre de maatregelen essentiële rechten van tafel konden vegen

Veel meldingen rond het recht op spel

- coronamaatregelen perkten het recht op spel van kinderen en jongeren sterk in: over spelen niets in de overheidscommuniatie, mocht niet en speelpleinen en tuinen waren afgesloten
- zwaar voor k en j in kleine woning zonder tuin of terras, of zonder broers en zussen
- signalen van bezorgde ouders: boete, angst anderen, speeltuinen,…
- we riepen op om speelpleintjes en publieke ruimte te openen op veilige manier maar dat heeft een hele tijd geduurd

Wat deden wij?

- Klachten behandelen en mee oplossingen zoeken wanneer dat kon
- Signalen doorgeven en adviezen geven aan parlement, ministers en overheden om het kinderrechtenperspectief voorop te stellen in de coronacrisis
- Frustratie bij ons en anderen dat er niets gezegd werd over kinderen en jongeren en hun perspectief niet aan bod kwam
- **Grote coronabevraging in mei van het Kinderrechtencommissariaat samen met het Kenniscentrum Kinderrechten en de Kinderrechtencoalitie**

  → 44.000 kinderen en jongeren namen deel!

  → koepels scholen, VRT, Ketnet, agentschappen overheid

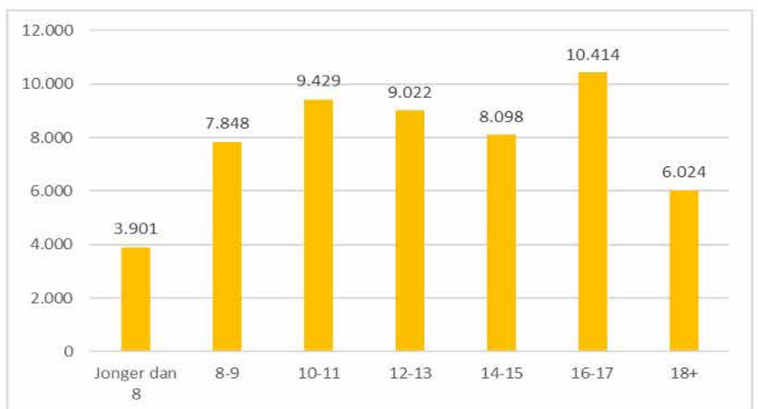
#jongerenovercorona

- **Waarom? Stem en perspectief kinderen en jongeren bleef te veel afwezig!**
- Richtlijnen zelf hielden niet genoeg rekening met hun behoeftes: recht op spel, jeugdhulp, onderwijs
- Zeker voor de kwetsbare kinderen is impact zeer groot:

  Cijfers hoger impact op gevoelens en angst voor corona, stress voor school en het niet kunnen volgen van schoolwerk, ruzie en geweld!

#jongerenovercorona van 11 mei tot 17 mei enquête online

- > 44.400 kinderen en jongeren namen deel



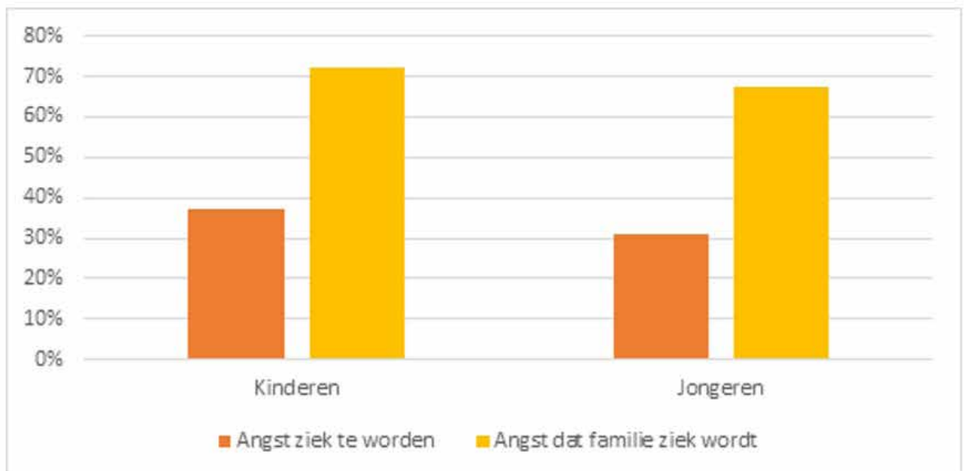
Begrijpen ze de regels?





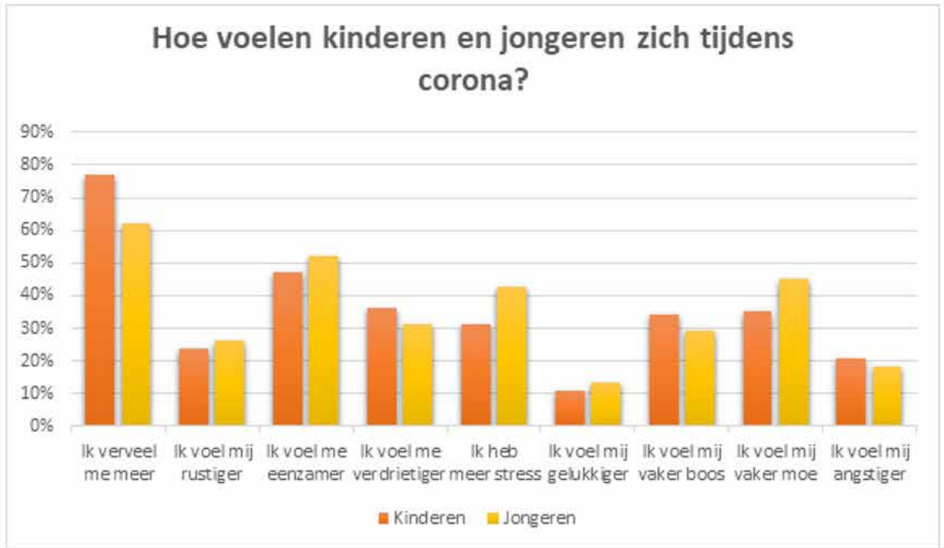
Zijn ze bang?

- 1 op de 3 kinderen is **bang om ziek te worden** en 2 op de 3 kinderen hebben schrik voor familie en vrienden



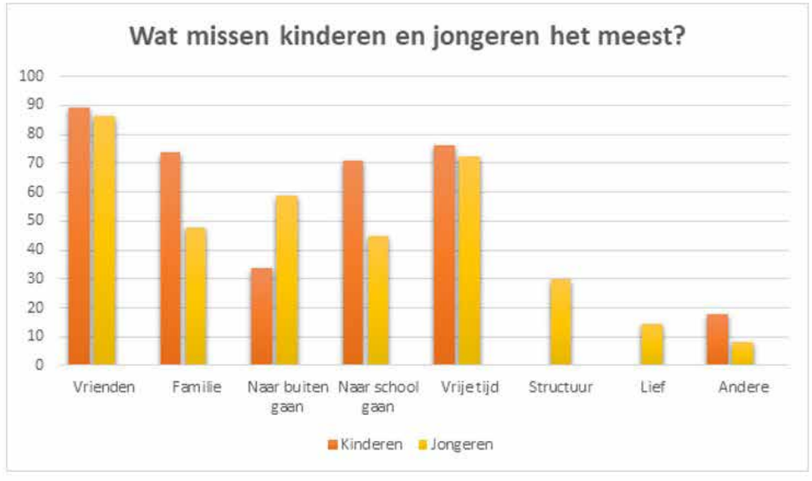
Welke emoties zien we nog?

- Verveling en de eenzaamheid zijn veel sterker dan vóór de crisis



Wat missen ze?

- Kinderen en jongeren missen veel in deze periode: het meest van al hun vrienden, familie en vrije tijd.



Meer ruzie en geweld, minder pesten

- 1 op de 2 zegt dat er nu thuis meer of veel meer ruzie is
- 1 op de 10 kinderen en jongeren maakt soms fysiek of verbaal geweld mee. Van die kinderen zegt meerderheid dat dit is toegenomen sinds corona.
- Een meerderheid van de kinderen en jongeren die soms gepest worden, wordt nu juist veel minder gepest

School is veel meer dan les krijgen

- 85% van de kinderen en 72% van de jongeren zegt liever terug naar school te willen gaan
- 1 op de 2 heeft meer stress voor school. Stijgt met elk leerjaar
- Thuis voor 1 op de 4 te druk om schoolwerk te maken
- Helft van de kinderen begrijpt het huiswerk niet altijd en 1 op de 4 jongeren kan niet altijd volgen met schoolwerk

Spel en ontspanning: zo belangrijk

- **1 op 5 kinderen heeft niemand om mee te spelen**
- Bijna 1 op 6 van de kinderen en jongeren heeft geen eigen plekje
- Meeste kinderen en jongeren kunnen zich thuis goed ontspannen. 12% van de jongeren niet.
- **Heel wat kinderen en jongeren komen niet of alleen soms buiten. Van de jongeren die in groep wonen zegt 1 op 4 bijna nooit buiten te komen!**

Inspraak

- 18% van de kinderen mag niet meepraten thuis over de regels. Bij jongeren is dat 23%. Bijna 1 op de 4.
- Voor jongeren die in een groep wonen, is dat meer dan de helft (55%).
- **Leefwereld en behoeftes kinderen en jongeren een plek geven in exitstrategie.**

'Ik vind dat er een Veiligheidsraad voor kinderen moet zijn, nu zijn alle beslissingen en regels er voor de volwassenen.'

(Meisje, 10 jaar)

Coronabezoeken kinderrechtencommissaris

September 2020 ad hoc corona commissie vlaams parlement:

- Jeugdhulpvoorzieningen, jeugdwelzijnswerk en asielcentra
- Conclusies uit de bevraging en uit de Klachtenlijn bevestigd

Begin 2021 (bezorgdheid zware winter):

- Aantal schoolbezoeken en wandelingen met jongeren en veel signalen op onze klachtenlijn
- Signalen uit de sector van de GGZ/CLB dat de wachtlijsten ontploften

Corona schooljaar 2020-2021

Zwaar vooral voor jongeren uit het middelbaar:

- **afstandsonderwijs en moeilijkheden op schoolvlak**
- **zeer weinig mogelijkheden tot ontmoeting en vrije tijd! Net op die leeftijd zo nodig**
- **Soort gelatenheid en mentaal welzijn onder druk**

Samen met pediaters, de franse KRC sterk gepleit voor aandacht voor mentaal welzijn van onze jongeren

Ondertussen bevestigd door Hoge Gezondheidsraad, door internationaal wetenschappelijk onderzoek en door mijn Europese collega ombudsmannen en -vrouwen

Conclusies voor het beleid

- Een **lockdown** of zeer zware maatregelen moeten we absoluut vermijden:
  - Scholen die sluiten
  - Hulpverlening die wegvalt of digitaal wordt
  - Gezinnen die op zichzelf aangewezen zijn en waar het moeilijk is
  - Opschorting bezoekrecht in de zorg en quarantaines
  - Kinderen en jongeren die niet buiten kunnen spelen/ hun vrienden kunnen zien/zich kunnen onstspannen
- Impact op hun welzijn is groot!
- Lockdownlessen: veronderstellingen doorprikt
  - Iedereen heeft ruimte om te bewegen en te ontspannen, om te leren
  - Iedereen is digitaal mee
  - Gezinnen kunnen het alleen en in isolatie

Conclusies voor het beleid

- Strijd tegen kinderarmoede, 1 op 7 in Vlaanderen
- Kinderen met een beperking zijn extra kwetsbaar
- Er zijn goede praktijken ontstaan in de jeugdhulp, het onderwijs en de vrijetijdsbesteding (infrastructuur openstellen) die we moeten behouden
- Herdenken van publieke ruimte vanuit de belangen van kwetsbare kinderen en jongeren
- Werken aan randvoorwaarden voor digitaal onderwijs voor alle kinderen
- Experten mee rond de tafel die het perspectief van kinderen en jongeren inbrengen

Hartelijk dank! Vragen?

- Caroline Vrijens
  - Kinderrechtencommissaris
  - caroline.vrijens@vlaamsparlement.be
  - 02 552 98 00
  - @KRCommissaris

- www.kinderrechtencommissariaat.be
  www.kinderrechten.be

DEBAT SYMPOSIUM

Na de pauze was er tijd voor een kort debat met 3 panelleden, Raf De Rycke, Jurgen Constandt en Philippe Vandekerckhove. Eerst was er een korte inleiding door moderator Lieve Van Ermen.

Caroline Vrijens had aangegeven dat zij als ambtenaar verkoos om niet te participeren aan een panelgesprek. Een eerste vraag vanuit het publiek was eerder een statement naar aanleiding van de tussenkomst van de kinderrechtencommissaris. De vraag was of het niet efficiënter was meer discipline bij de jeugd bij te brengen ? Spijbelen wordt vandaag normaal gevonden. Ouders mogen de opvoeding niet langer overlaten aan anderen, maar moeten terug zelf meer verantwoordelijkheid nemen. Tony Peeters uit Asse gaf aan dat volgens hem de kinderen de dag van vandaag de ouders moeten opvoeden, ouders hebben het blijkbaar te druk.

Jurgen Van Praet stelt dat de actoren vandaag niet pleiten voor een herfederalisering. Hij ziet toch een verschil in de interpretatie van Raf De Rycke en Jurgen Constandt. Raf De Rycke stelt voor dat de verzekering geneeskundige vertrekkingen best federaal zou blijven , Jurgen niet. Persoonlijk denkt Jurgen dat homogenisering van de bevoegdheidspakketten is aangewezen. Wat denkt het panel ?

Raf De Rycke wil eerst een antwoord geven op de eerste vraag in verband met opvoeding jongeren. Volgens hem is het een EN , EN verhaal . Er moet meer ingezet worden op adequate ondersteuning en hulpverlening van jongeren. Dit zowel residentieel als op de eerste lijn. Het kan niet dat men maanden moet wachten in een crisissituatie. In somatische zorg wordt men dadelijk geholpen, bij mentaal lijden niet. Deze situatie is niet houdbaar. Raf verwacht veel van nieuwe studie rond toekomstige programmatie. Programmatie is zijns inziens een steunpilaar van elk gezondheidszorgsysteem naast financiering en erkenning. Er moet duidelijkheid zijn wat we nodig hebben qua aanbod. Raf verwijst naar de huidige problematiek van continuïteit in de zorg. De begeleiding van een minderjarige stopt plots op leeftijd van 18 jaar. Er is nu geen flexibele overgang naar de volwassenbegeleiding. Dit is een absoluut minimum. Kinderpsychiatrie is de jongste tak van de geestelijke gezondheidszorg, de focus lag vroeger altijd op volwassenen. Raf ziet wel een grote hervorming in de geestelijke gezondheidszorg met het erkennen van mobiele teams, opstart naar ouderen etc. Hij geeft wel aan dat men beter gestart was met verbreden aanbod naar jongeren, daar is immers een grotere nood. Vervolgens stelt Raf de vraag wat de oorzaak is van toename psychische problemen ? Als je de oorzaken kent kan je ook daar preventief iets aan doen, bedden bij maken is symptomatisch

Wat betreft de vraag van Jurgen Van Praet rond verschillende visie, Raf heeft het vooral over de nomenclatuur dat we dat best op federaal niveau behouden.

Jurgen Constandt repliceert voorstander te zijn van meer subsidiariteit. Er kan en moet natuurlijk coördinatie zijn tussen deelstaten zeker voor Brussel. Dergelijke coördinatie is ook internationaal aangewezen. Grenzen zijn er echter. In dat kader zou je volgens hem ook de nomenclatuur moeten overhevelen naar de gemeenschappen. Hopelijk komen er meer middelen. Er zijn duidelijk regionale verschillen. Vlaanderen heeft veel hogere cijfers qua suïcide en burn out. Er is blijkbaar een grotere psychische druk op de Vlamingen. De Geestelijke Gezondheidszorg zou er zeker bij gebaat zijn als Vlaanderen volledig bevoegd zou zijn. Er zouden dan wellicht meer middelen naar die sector gaan. Jurgen pleit wel voor duidelijke afspraken tussen de gemeenschappen qua solidariteit en responsabilisering. Raf De Rycke nuanceert dit. Je hebt enerzijds de nomenclatuur en anderzijds het budget. Als een bepaald budget is toegewezen moet men het ook doen met dat budget. Deelstaat kan budget bepalen, nomenclatuur kan wel gelijklopen in verschillende deelstaten.

Jurgen Constandt merkt op dat er nu toch ook grote verschillen zijn qua prestaties. De moderator Lieve Van Ermen speelt hierop in. Zij geeft aan dat gisteren tijdens een hoorzitting in de senaat ook vragen werden gesteld over de verschillen qua prestaties in Vlaanderen en Wallonië. Er is blijkbaar toch sprake van een andere medische cultuur. Er is een andere arbeidsethiek en ook een andere manier om met geld om te gaan. Lieve verwijst naar het voorbeeld van vleesfabrieken uit West Vlaanderen die een premie aanbieden aan werknemers die bereid zijn over de grens te gaan werken. Er wordt meer beroep gedaan op dergelijke premie door werknemers uit Frakrijk dan uit Wallonië. Qua medische cultuur kiezen meer Franstalige studenten om specialist te worden en meer Vlaamse studenten kiezen voor huisarts. Er zijn beduidend meer Cadlabs onder taalgrens. Delmotte wou deze sluiten, Onkelinx wou er meer openen in Vlaanderen. De Franstalige medische cultuur hecht veel meer aan technische prestaties. We kunnen ons niet van mening ontdoen dat het opdrijven van deze prestaties eerder dienen om de ziekenhuizen te betalen dan om de patiënten te helpen. Men zal deze mentaliteit moeten veranderen.

Dr Mertens is lid van directiecomité B specialisten, hij zetelt in overleg in gemengde werkgroepen rond de herijking van de nomenclatuur. De artsenvertegenwoordigers zijn hierbij paritair verdeeld. Wat betreft het voorbeeld van de kinderpsychiatrie stelt hij voor om concrete voorstelen te doen. Het kan inderdaad niet langer de bedoeling zijn om alle zorg intramuraal aan te bieden. Er moet meer plaats zijn voor extramurale zorg. Wat betreft de ereloonsupplementen geeft hij aan dat je geen appelen met peren kan vergelijken. In Nederland betaalt de overheid veel meer dan in België. Er zijn daar geen 1 persoonskamers. In een normaal ziekenhuis bedraagt de afdracht 60%. De conventietarieven zijn volgens hem verlieslatend. Je kan geen consultatie doen aan 25 euro per prestatie.

Jurgen Constandt repliceert dat de ereloonsupplementen inderdaad niet naar de artsen gaan maar dienen om de tekorten in de ziekenhuisfinanciering op te vangen. Hij stelt zich wel de vraag waarom in Brussel 300% ereloonsupplement nodig is en in Vlaanderen men meestal maar 150 % vraagt. Volgens Jurgen komt dit omdat men in het Franstalig landsgedeelte meer artsen heeft en minder patiënten per arts. Het structureel tekort moet men dan op een andere manier compenseren . Waarom zijn er te veel artsen ? Vlaanderen houdt zich al jaren aan de afspraken qua contingentering. Onlangs zijn hierrond nieuwe afspraken gemaakt. Doel is nu om de lat tegen 2038 gelijk te trekken. Met lange tanden heeft men uiteindelijk ook in Franstalig landsdeel een ingangsexamen ingevoerd. Normaliter mogen er nu 550 artsen afstuderen. Dit jaar zijn er na het ingangsexamen opnieuw 1100 studenten gestart. Zo ga je het probleem niet oplossen , er zullen er weer veel te veel afstuderen die een Riziv nummer zullen krijgen. Vlaanderen heeft wellicht te weinig nieuwe artsen. Door de vervrouwelijking van het beroep is er een andere work-life balance bij het jongere artsenkorps. Je moet elke arts die op pensioen gaat haast vervangen door 2 nieuwe artsen.

Jan Van Meirhaeghe, orthopedist Brugge en oud voorzitter VAV heeft een vraag voor Phillippe Vandekerckhove. Het Belgische Rode kruis bestaat uit 3 entiteiten, moet je wachten op wijziging staatstructuur om aparte recht structuur te creëren

Een aparte rechtspersoon voor 3 afdelingen onder de vlag van het Belgische Rode Kruis ligt al 20 jaar op tafel. Er moet echter een akkoord zijn zowel federaal als bij de gemeenschappen om dit te wijzigen. Na al wat er recent gebeurt is zal men het wel debat willen voeren. Op dit moment is er al sprake van een confederaal systeem. Er zijn dus geen geldstromen meer in deze confederale structuur. Als Philippe begon bij Rode Kruis was prinses Astrid voorzitter, er was echter sprake van enkele communautaire incidenten waardoor ze verkoos deze taak niet verder uit te voeren. Opgekomen. Alleszins was er in de afwikkeling van haar ontslag sprake van een juridisch conflict met haar assistent. Normaal verdedigt 1 rechtspersoon via 1 advocaat. Toen waren er 2 advocaten met een verschillend standpunt voor de rechtbank. . Je moet een systeem hebben om van mening te verschillen. Dit is echter een symbooldossier in Wallonië.

Kathleen Depoorter heeft een vraag voor Raf De Rycke. De discussie over homogene bevoegdheidspakketten is niet enkel relevant voor de psychiatrische ziekenhuizen. Kathleen is het niet eens met Raf De Rycke om het geneesmiddelen beleid federaal te houden . Ze verwijst naar het Beleid van FAGG in covid . Volgens haar werden er vele fouten gemaakt, er is geen vertegenwoordiging van de regio's in het federale geneesmiddelenbeleid . Het gaat niet over de prijsafspraken met de firma's wel over wat we gaan terugbetalen in kader van bepaalde gezondheidsdoelstellingen.

Raf De Rycke stelt dat enige nuancering correct is. Prijsafspraken moeten zo hoog mogelijk worden gemaakt, best zelfs Europees omwille van efficiëntiewinsten. Als het gaat over budgetten kan je inderdaad een scheiding maken. In algemene ziekenhuizen heeft men al de stap gezet naar laagvariabele zorg waarbij een bepaald bedrag voorzien wordt per pathologie. Financiering en discussie over de supplementen kan men enkel oplossen door naar een ander financieringssysteem te gaan. Men moet evolueren naar minder prestatie gebonden vergoeding en meer prospectief vergoeden. Als het systeem van financiering niet meer gebonden is aan prestaties maar aan opdrachten hou je het budget meer onder controle. Er is dan ook minder invloed van cultuurverschillen.

De moderator Lieve Van Ermen geeft aan dat zij zelf toch niet zo een voorstander is van puur forfaitaire geneeskunde

Eén van de aanwezigen heeft een vraag over de bevoegdheidsverdeling in de pandemie. Sinds het begin van de pandemie is er heel wat onduidelijkheid. Niemand wist wat de oorzaak was en wat de behandeling was. Het virus heeft iedereen overvallen, in het begin kon men alleen preventieve maatregelen voorstellen om infectie te vermijden. Virus kent geen grenzen. Eénheid van commando was een dooddoener om te beletten dat er aangepast beleid werd gevoerd in verschillende culturen. België heeft te maken met verschillende culturen, ook de verspreiding heeft te maken met verschil in cultuur. Dit verschil zien we ook in de vaccinatiecijfers : andere cultuur andere richtlijnen. Als het zuiver ging over preventieve maatregelen is normaal Vlaanderen bevoegd, waarom moesten we dan steeds luisteren naar de Belgische federale regering. Vlaanderen heeft haar bevoegdheden niet kunnen benutten. Dit creëert de nodige bezorgdheid voor de toekomst. België valt stilletjes aan uiteen. Zal Vlaanderen niet hervallen in Belgische toestanden ?

Lieve Van Ermen verwijst naar de woorden van Bart De Wever : "Brussel gijzelt Vlaanderen". Pedro Falcon heeft ook steeds gezegd dat de regio's mogen moduleren. Het feit dat we in het begin weinig kennis hadden over het virus is een uitdaging voor de wetenschap. Wetenschap is

echter ook leren werken met onbekenden. In de praktijk merken we dat mensen boos zijn omdat men moest tasten en zoeken. Dit is moeilijk uit te leggen

Philippe Vandekerckhove vergelijkt de Covid maatregelen met de wetgeving rond rampen. In deze wetgeving erkent men ook 3 niveaus : lokaal, provinciaal en federaal. In Antwerpen heeft de gouverneur ook moeten optreden als besmettingen te hoog gingen. NVA wil ook gewestelijke fase invoeren

Lieve van Ermen gaat er van uit dat we proactief moeten denken over de rol van de gemeenschappen eerder dan de rol van de gewesten . Gezondheidsverzekering blijft dan federaal, budget vervolgens verdelen per hoofd of moduleren rekening houden socio-economische parameters.

Jurgen Constandt stelt dat idealiter Vlaanderen zelf de middelen kan genereren via algemene middelen. De kosten compenserende maatregelen in de ziekteverzekering zouden dan niet meer gefinancierd worden uit bijdragen via de sociale zekerheid. Er zijn heel wat financieringswetten geweest in het verleden . Het blijft een probleem om vaste afspraken te maken. Best Vlaams georganiseerd met een solidariteitssysteem met duidelijke afspraken. Politiek is dit nu echter niet haalbaar.

Chris Geens heeft het laatste woord vanuit het publiek . Het doet hem pijn iets te horen als “Brussel gijzelt Vlaanderen”. Als oud bestuurder VAV is hij fier dat we nu te gast zijn in Brussel. We moeten als Vlamingen meer fier zijn, ook op onze hoofdstad. Vlaanderen mag zich niet gegijzeld voelen, Er is openheid in Brussel, dit moeten we meepakken. Vlaanderen moet Brussel blijven ondersteunen. Een Vlaamse gezondheidszorg alleen uitrollen in Vlaanderen is niet correct.

Bart Garmyn

Proficiat met je Vlaamse overtuiging!



POLITIEKE ACTUALITEIT

VLAANDEREN EN WALLONIË MOETEN EIGEN GEZONDHEIDSPOTJE KOKEN

De verschillen in gezondheidsbeleid zijn te groot en kwamen nog eens ongenadig aan het licht tijdens de coronacrisis. Ander vaccinatie- en testbeleid, andere bezoekregeling in WZC’s en ziekenhuizen… deze verschillen kwamen nog eens boven aloud bestaande divergenties. Kortom: laat ieder zijn eigen gezondheidspotje koken.

In de Commissie Staatshervormingen gaf dr. Lieve Van Ermen, voorzitter van het Vlaams Artsenverbond (VAV), een dag voor het VAV-symposium al haar visie op onze toekomstige staatsstructuur voor de gezondheidszorg. De titel van haar presentatie liet aan duidelijkheid niets te wensen over: “Naar een Vlaams gezondheidsbeleid”. Eenzelfde betoog viel ook te noteren van Jürgen Constandt (Vlaams & Neutraal Ziekenfonds) op het symposium van het VAV.

Het hele gezondheidsbeleid wordt best overgeheveld naar de Vlaamse en Franse Gemeenschap, met keuzemogelijkheden voor de Brusselaars tussen het stelsel van de Vlaamse en de Franstalige deelstaat, is het basis-uitgangspunt. Op zich niet spectaculair want dat standpunt wordt al decennialang gehuldigd door een flink deel van de Vlaamse beweging. Overigens is in de grondwet verankerd dat de regio’s de persoonsgebonden aangelegenheden regelen, en wat is er meer persoonsgebonden dan de gezondheidszorg? Ook dat argument gaat al een tijd mee maar is in de huidige politieke constellatie moeilijk haalbaar.

Maar waarom per se nu die overheveling van bevoegdheden nastreven? Dr. Van Ermen haalde drie belangrijke redenen aan: ten eerste kan elke gemeenschap dan eigen klemtonen leggen, ten tweede leiden homogene bevoegdheden tot meer efficiëntie. En ten derde helpt dit de responsabilisering, wat mooi meegenomen is vermits we nu eerder te maken hebben met grote, ondoorzichtige en onaanvaardbare geldstromen.

ONGENADIGE CORONACRISIS

Wat die eigen klemtonen betreft, zette de coronacrisis de zaken andermaal op scherp. Te beginnen met de sterk uiteenlopende covid-sterfgevallen in ziekenhuizen per regio (al sluit de provincie Luxemburg in die redenering wel goed aan bij Vlaanderen).

Bij de oversterfte in 2020 tegenover het gemiddelde van sterftegevallen in 2017-2018 en 2019 in steden van meer dan 50.000 inwoners valt ook een oververtegenwoordiging op van Waalse steden… al moet daaraan wel worden toegevoegd dat Antwerpen de lijst aanvoert. En dat ligt niet bepaald in Wallonië (zie ook onze vorige papieren editie). Maar verder klopt die stelling wel als een bus. Onze negen excellenties voor gezondheidszorg zijn al langer een doorn in het oog en moesten het betoog van dr. Van Ermen kracht bijzetten. Ze pleit voor meer efficientie via de volgende staatshervorming. Die kan de versnippering wegwerken. Zo is Vlaanderen bevoegd voor de erkenning van ziekenhuizen en de financiering ervan, maar de federale overheid voor de werking subsidie; en waarom zouden de regio’s zwaar inzetten op preventie als de winsten federaal zijn? Wat de data verzameling betreft: de eerste lijn is Vlaams, ziekenhuizen zijn federaal; en een Vlaamse uitbreiding van de woonzorgcentra leidt tot federale winst omdat de geriatrie ontlast wordt…

TWEE WERELDEN

De volgende cijfers over onze gezondheidszorg, die het VAV bijeensprokkelde, moeten het verschillende karakter (en dus de verschillende accenten) voor de gezondheidszorg in de regio’s kracht bijzetten. Zie tabel.

	Vlaanderen	Wallonië
Globaal Medisch Dossier (% van de bevolking)	74%	49%
Aantal groepspraktijken	1.119	249
Vaccinatiegraad tegen baarmoederhalskanker	91%	50%
Aantal bedden/ CT-scanner	313	196
Aantal artsen per 100.000 inwoners	257	333 (43% meer specialisten)
Ereloonsupplementen	+ 148%	+ 213% Brussel:270% (+50)
Aandeel deeltijdse werkhervatters:	68,8%	25,5%

CORONACRISIS ONGENADIG

De coronacrisis diepte die tegenstellingen verder uit want de federale overheid was bevoegd voor testen, de regio's voor contact tracing; de psychiatrische ziekenhuizen worden federaal gefinancierd, de centra voor geestelijke gezondheidszorg en het beschut wonen worden Vlaams gefinancierd.

De lockdown zelf had een Vlaams of federaal kleedje, naargelang de regio waarin je je bevond niet onbelangrijk. De bezoekregeling in WZC' en ziekenhuizen was een kluwen want niet eenduidig…

En zo komen we ook bij de beruchte geldtransfers uit Vlaanderen, een rechtstreeks gevolg van het verschil in werkzaamheidsgraad: In Vlaanderen bedraagt die 74,7%, in Wallonië 64,6% , in Brussel 61,3 %.

Volgens een recente studie van Decoster en Sas (KU Leuven) bedroeg die transfer in 2020 6,9 miljard. De transfer loopt via drie kanalen: financiering van de algemene middelen, de financiering van gewesten en gemeenschappen en voor het grootste deel: de sociale zekerheid.

TEGENWERPINGEN OPGERUIMD

Traditioneel bestaan er tegen de verdere regionalisering enkele tegenwerpingen die dr. Van Ermen met stelligheid ontkracht.

1 /We zijn nu al zo klein! Moeten we de boel dan verder splitsen?
Antwoord: 12 lidstaten in de EU-27 zijn kleiner dan Vlaanderen, zelfs 7 zijn kleiner dan Wallonië.
2 / Wat met Brussel?
Antwoord: dat valt op te lossen met politieke wil. Brussel is ook de Vlaamse hoofdstad, en zoals gezegd is het aan de Brusselaars voor hun gemeenschapskeuze, zowel voor het gezondheidsstelsel als voor het onderwijs.

3 / Vroeger kreeg Vlaanderen toch ook geld van Wallonië?!
Antwoord: dat Is een hardnekkige mythe, blijkt uit wetenschappelijk onderzoek.

SOLIDAIR ÉN LOYAAL

Voor Lieve Van Ermen mogen en moeten we solidair zijn, maar dan interpersoonlijk: binnen een maatschappij die dezelfde normen en waarden deelt. Interstatelijke en interregionale solidariteit kan ook, maar dan transparant en resultaatgericht, omkeerbaar en met loyauteit van de ontvanger.





Tot slot gaf ze nog een frappante vergelijking: de Vlaamse solidariteit met Wallonië (en Brussel) bedraagt al 50 jaar 6% van het BRP, met zo goed als geen resultaat. De zo geroemde West-Duitse solidariteit met Oost-Duitsland lag op 4% van het BRP gedurende 25 jaar... en zou zeer veel resultaat opgeleverd hebben (al valt dat laatste te betwisten als je de Oost-Duitsers er zelf naar peilt, red.).

Niettemin mogen we dan wel spreken van een uitermate grote en decennialange solidariteit van Vlaanderen waar niet altijd evenveel loyauteit tegenover staat, besloot de VAV-voorzitter.

Pascal Selleslagh in de specialist 21/10/2021

DE TAALWETTEN IN DE VLAAMSE RAND EN BRUSSEL

Luckas Vander Taelen, kenner en hoeder van de taalwetten in Brussel en de Vlaamse Rand, kroop recent terug in zijn pen om een uitspraak van de Raad van State eind september ll. over de taalfaciliteiten in de Vlaamse Rand aan te klagen.

Tot hier toe waren de Franstaligen daar volgens de omzendbrieven-Peeters en –Keulen verplicht om telkens opnieuw van de documenten een versie in hun taal aan te vragen. Vroeger besliste namelijk de Vlaamse kamer van de Raad van State over geschillen in de faciliteitengemeenten, maar in de laatste staatshervorming werd ter compensatie voor de splitsing van Brussel-Halle-Vilvoorde de tweetalige algemene vergadering bevoegd verklaard. Daardoor kregen Franstalige rechters inspraak in communautaire aangelegenheden in de Vlaamse Rand. Zo werd beslist dat de Franstaligen voortaan slechts één keer om de vier jaar hun taalvoorkeur aan de gemeente moeten melden, wat een duidelijke uitbreiding van hun faciliteiten betekent die met veel enthousiasme rond getweet werd door Olivier Maingain en zijn volgelingen van DéFI (1).

Die uitspraak van de Raad van State komt op een ogenblik dat de verfransing in de Vlaamse Rand niet gestopt is. Meer dan 60 % van wie vandaag in de Vlaamse Rand komt wonen, heeft buitenlandse wortels en de grootste instroom komt vanuit Brussel. Het zijn vooral jonge gezinnen waarin de moeders in overgrote meerderheid Frans spreken (2).

De uitbundige reactie van de Franstaligen om die uitbreiding van de faciliteiten staat in schril contrast “met het ontbreken van eenzelfde Vlaamse reflex als het over de verdediging van de taalwetten gaat … in Brussel. Als de vicegouverneur een vernietigend rapport schrijft over hoe de gemeenten daar bewust de wettelijke regels overtreden, kijken de Vlaamse ministers in de Brusselse regering de andere kant op.” (1)

Julien Borremans noteert tijdens een gesprek met Brussels Parlementslid Gilles Verstraeten: Uit het verslag van 2020 van de Brusselse vicegouverneur – die belast is met het toezicht op de naleving van de taalwetgeving door de lokale besturen - blijkt dat nooit eerder zo veel schorsingsbesluiten werden uitgevaardigd tegen aanwervingen die in strijd zijn met de taalwetgeving. In 2020 schorste de vicegouverneur 1.867 aanwervingen bij de Brusselse gemeenten en OCMW’s … Amper 15,4 % van de contractuele aanwervingen in het Brussels Gewest voldoen aan de bestuurstaalwetgeving. Zowat 63 % van de aanwervingen werd geschorst, terwijl 21 % werd getolereerd omwille van kortlopende contracten.

Eens de vicegouverneur de schorsingsbeslissing heeft genomen, is het aan de Brusselse Hoofdstedelijke regering om de aanwerving te vernietigen, wat evenwel nooit gebeurt. Hoewel de Brusselse regering twee Nederlandstalige ministers en een staatssecretaris telt, komt het rapport niet eens ter sprake. “Dat laatste bevestigde minister Maron vandaag in de commissie met de glimlach. Taaldiscriminatie krijgt geen enkele aandacht van deze regering die nochtans de mond vol heeft van de bestrijding van discriminatie.” (3)

Eric Ponette

Referenties: **1**. Luckas Vander Taelen: Le grand Bruxelles, De Tijd 20.10.21 **2**. Bart Laeremans: Guldensporentoespraak Mechelen, 11.07.21 **3**. Julien Borremans: Structurele discriminatie van Brusselse Vlamingen botst op muur van onverschilligheid, ’t Pallieterke 07.10.21

VAN UW HOOFDREDACTEUR

Zoals de lezer merkt vullen de teksten rond ons Symposium een groot deel van dit nummer.

Alles verliep perfect en in verschillende media kwam er lovend commentaar. Volhouden is de boodschap.
Het aantal aanwezigen was meer dan bevredigend, maar het kan natuurlijk altijd beter.Als secretaris van Karva was ik ook betrokken bij het congres van de GDA met als onderwerp Klimaat, milieu en gezondheid: -een super actueel onderwerp dus dat toch ook maar een beperkt aantal aanwezigen kon “lokken”. Het is in de huidige omstandigheden dus zeer moeilijk om een groot aantal artsen te motiveren tot fysieke deelname.

Toch ook even uw aandacht en appreciatie voor diegenen die het symposium hebben voorbereid(enkele leden van de vorige raad van bestuur)en hen die het hebben gerealiseerd(enkele leden van de huidige raad van bestuur, in het bijzonder onze voorzitter).

Enkel zij die ooit een dergelijke organisatie hebben voorbereid-en -of-geleid weten hoeveel werk zoiets vraagt. Een welgemeend -dank u- is hier dan zeker op zijn plaats.

Nieuwe projecten komen eraan; meer in het bijzonder onze algemene jaarvergadering waarop iedereen meer dan welkom is om zijn of haar woordje te plaatsen.
Ook aan de viering -100 jaar-wordt reeds gewerkt en de eerste vergaderingen van de werkgroepen worden gepland.

Spijtig genoeg vullen de In Memoriams deze maal onze rubriek “nieuws van onze leden”. Ik had het graag anders gewild maar nood breekt en... het is aan onze leden of sympathisanten om nieuws door te spelen. Zoals reeds gezegd hoeven het niet noodzakelijk academische bijdragen te zijn: zendt maar in en indien gepast komt het in Periodiek.

Niettegenstaande alle negatieve berichten rond de pandemie hopen wij, zoals iedereen uiteraard, op een snel keerpunt dat er kan komen na een verhoogde vaccinatiegraad.

Geniet van de kerstsfeer en blijf gezond.
Ik onthou u niet de enthousiaste oproep van Jan Dockx ivm de 100 jaar viering.

HONDERD JAAR VAV (of toch 102 jaar?)
Mag de redactie en de Raad van Bestuur u een maagopener* aanbieden om uw appetijt aan te wakkeren voor de feestelijke academische zitting die doorgaat in het Stadhuis te Antwerpen op 22 oktober 2022.



Hierbij enkele belangrijke scharnierdata:

- 1897: oprichting van het jaarlijks Vlaams Natuur- en Geneeskundig Congres te Gent door Prof. Julius Mac Leod
- 1910: stichting van het Geneeskundig Tijdschrift van België.
- 1920: naamsverandering in het Vlaams Geneeskundig Tijdschrift.
- 1922: officiële oprichting van het Algemeen Vlaams Geneesheren Verbond op 28 mei te Antwerpen als een beroepsvereniging om, onafhankelijk van de Fédération Médicale Belge, de eigen Vlaamse beroepsbelangen te verdedigen. Het dient evenwel opgemerkt te worden dat de eerste AVGV-afdeling reeds werd opgericht in 1920 te Antwerpen door artsen die omwille van hun activisme of sympathieën verstoten waren uit de Franstalige beroepsverenigingen.

De redactie voorziet een jubileumuitgave waarin de geschiedenis door verschillende auteurs uitvoerig zal beschreven worden. Maar een roemruchte eeuweling verdient ook een Liber Amicorum waaraan u een zeer waardevolle bijdrage kan leveren dat voor de eeuwigheid zal geboekstaafd blijven.

U kan uw bijdrage digitaal aanleveren.

Jan Dockx

* Het correcte Nederlandse woord voor aperitief.

GESCHIEDENIS VAN DE GENEESKUNDE

DE ONTDEKKING van CT

Godfrey Hounsfield groeide op in een landbouwers gezin in Surrey (Gr. Br.) en volgde middelbaar onderwijs in *The Magnus Grammar School (Church of England).*



Als jonge knaap knutselde hij een eigen spraakopname apparaat in mekaar en ontsnapte nauwelijks aan de dood bij een test met acetyleen dat ontplofte.

Kort voor het uitbreken van Wereldoorlog II meldde hij zich als vrijwilliger voor de *RAF(Royal Air Force).*Hier werd hij ingeschakeld bij de radar en leerde hij de basis van de elektronica. Na het einde van de oorlog volgde hij lessen aan het *Faraday House* , een technische hogeschool waar praktijk werd gecombineerd met theorie.

In 1949 trad hij in dienst van *EMI* een firma die tot dan toe vooral bekend was als uitgever van de muziekgroep *The Beatles.* Zijn onderzoek was vooral gericht op de ontwikkeling van radar en elektronisch geleide wapens .In 1958 construeerde hij de eerste commercieel beschikbare computer in Engeland: *The EMIDEC 1100.*

Tijdens een vakantie wandeling kwam hij op het idee dat het mogelijk moest zijn om bij middel van röntgen stralen de inhoud van een object zichtbaar te maken door opnamen uit alle hoeken rond het object te maken en deze doorsneden bij middel van een computer te verwerken tot een 3- D beeld.

In 1969 contacteerde hij **Dr. James Ambrose** , een neuroradioloog die werkzaam was in het Atkinson Morley Hospital in Londen. Hounsfield informeerde Ambrose dat hij een apparaat geconstrueerd had ,dat Roentgen beelden kon maken die alle conventionele radiografie toestellen ver overtroffen. Ambrose was aanvankelijk erg sceptisch - zoals trouwens verschillende andere neuroradiologen die door Hounsfield ook reeds waren gecontacteerd- om in te gaan op een voorstel tot samenwerking maar uiteindelijk ging hij toch akkoord om Hounsfield eens te ontmoeten . Hun samenwerking resulteerde in een prototype toestel dat ze Computed Tomography Scanner noemden. Tomografie is afgeleid van het Griekse woord *tomos* voor doorsneden. Het is een goed bekende radiologische procedure, die vooral nuttig is voor het onderzoek van de longen en in mindere mate van het beenderstelsel. Een klassiek röntgen toestel laat toe 2 D afbeeldingen te realiseren. Het toestel van Hounsfield liet evenwel toe multipele doorsneden te maken van een object en deze dan te reconstrueren als 3D afbeeldingen en dit van alle anatomische delen : zowel viscera ,weke delen als bot.

Opmerkelijk is dat Hounsfield op dat ogenblik geen kennis had van het onderzoek door een Zuid- Afrikaanse physicus, die in de USA werkte: Mc Cormack. Zijn publicatie waarin hij de theoretische basis legde voor CT werd evenwel weinig of niet opgemerkt .In feite was het tijdens de plechtige uitreiking van de Nobel prijs in 1979 dat Hounsfield en McCormack mekaar voor het eerst met mekaar contact hadden.



Hounsfield werkte bij *EMI* op een mager jaarlijks onderzoeksproject van 40.000 pond sterling met een team bestaande uit een elektronicus , een programmator en een werktuigkundige. Aanvankelijk deden zij hun proeven op varkens en op hersenen van een koe . Ambrose bezorgde aan Hounsfield voor zijn proefnemingen een specimen van menselijke hersenen , afkomstig uit een museum .Vijf weken later ontving hij de eerste resultaten. Hij realiseerde onmiddellijk de enorme potentiële mogelijkheden van deze nieuwe methode voor de toekomst van de geneeskunde.

Hounsfield en Ambrose werden partners en besloten een CT prototype voor klinische toepassing te bouwen. Het project dreigde herhaaldelijk mis te lopen wegens geldgebrek tot dat de National Health Service te hulp kwam en geld bezorgde voor de bouw van één toestel.

In 1971 werden de eerste CT beelden gemaakt van een patiënt met een tumor in de frontale hersenkwab. De neurochirurg , die de patiënt opereerde stelde vast dat de tumor exact de vorm en ligging had zoals zichtbaar op de CT beelden.

In 1972 toonde Ambrose voor het eerst CT beelden van de hersenen op het jaarlijks Congres van het British Institute of Radiology. Alle aanwezigen waren met verstomming geslagen en de spreker werd enthousiast toegejuicht omdat de aanwezigen zich realiseerden welke sprong vooruit in de geneeskunde plaats had gevonden.
In 1975 kwamen de eerste CT scanners voor het ganse lichaam ter beschikking en in 1979 de eerste “snelle” CT scanners gefabriceerd door de firma *OHIO NUCLEAR* (USA) .Deze lieten toe opnamen te maken tijdens korte ademstilstand wat toeliet scherpe anatomische afbeeldingen te maken van alle viscera die bewegen tijden de ademhaling. Het eerste toestel in Europa werd trouwens geplaatst in het UZLeuven.

In 1979 bekwam Hounsfield de Nobelprijs voor Fysiologie en Geneeskunde te samen met Mc Cormack. Hij werd in de Britse adel verheven in 1981 en overleed in 2004 op de leeftijd van 84 jaar.

Albert Baert



PERSOONLIJKE NOOT ROND CT

1. De markt voor de verkoop van CT scanners werd aanvankelijk in Europa en trouwens ook in de ganse wereld gemonopoliseerd door *EMI*. Om commerciële redenen beweerde deze firma dat het niet mogelijk was om met éénzelfde CT scanner het hoofd EN de de rest van het lichaam af te beelden wat wetenschappelijk en technisch onjuist was.

In 1975 was in België de toelating om een CT scanner te plaatsen met subsidiëring van deze “ Zware” technische uitrusting onderworpen aan een strenge reglementering. Zoals bekend werd in 1968 de Leuvense Universiteit gesplitst en werd de Franstalige Faculteit Geneeskunde geleidelijk overgebracht naar Woluwe. De neuro radiologische afdeling waarin een CT hoofd scanner van EMI was opgesteld behoorde evenwel tot de Franstalige Faculteit. In het vooruitzicht van de verhuis van deze afdeling naar Woluwe werd ik belast om de nodige CT apparatuur aan te schaffen voor de dienst Radiologie van de Vlaamse faculteit Geneeskunde waarvan ik sinds 1971 Diensthoofd was.

Er was evenwel slechts een budget voor één scanner beschikbaar. Ik had gehoord dat een kleine en in Europa quasi onbekende firma *OHIO NUCLEAR* uit Cleveland (USA) wel een echte “*total body scanner”* fabriceerde. De installatie van dit toestel als eerste in België werd in gebruik genomen in aanwezigheid van de eerste Vlaamse Minister President Gaston Geens (foto 1) en wekte uiteraard nogal wat belangstelling in de pers.

2. De eerste “snelle” CT scanner van *OHIO NUCLEAR* in Europa werd in 1979 in het UZ Leuven geïnstalleerd. Dit apparaat liet toe in 18 sec dus tijdens ademstilstand één doorsnede af te beelden .Aldus was het voor het eerst mogelijk de abdominale viscera scherp af te beelden Bovendien kon ook de vasculaire doorstroming van jodiumhoudende contrastmiddelen na intraveneuze bolusinjectie duidelijk aangetoond worden waardoor benevens morfologische ook dynamische informatie bekomen werd. Dit bleek vooral nuttig om de al dan niet kwaadaardige natuur van tumoren aan te tonen. In 1981 publiceerden wij het eerste Engelstalige handboek over *Contrast enhanced abdominal CT (*ref 1) en een “ seminaal “ artikel (ref 2) over dit thema .Het handboek kende verschillende uitgaven en werd o.m. In het Spaans en het Chinees vertaald.

Ref.1 Medical Radiology -Diagnostic Springer Verlag Heidelberg-Berlin 1981
Ref.2Urologic Radiology 4:69-83 (1992)

MEDISCHE ACTUALITEIT

Graag maak ik ruimte in dit nummer voor een onderschat probleem dat door collega Marc Goethals op een deskundige manier onder de aandacht werd gebracht.

OMGEVINGSLAWAAI, EEN STERK ONDERSCHAT PROBLEEM VOOR ONZE GEZONDHEID

Lucht- en lawaaiverontreiniging samen staan in voor 75% van de ziektelast als gevolg van de verontreiniging van het leefmilieu wereldwijd (Münzel T. et al. European Heart Journal 2017 38, 550–556). Ze hebben met mekaar gemeen dat het heel moeilijk is om zich er tegen te beschermen: we kunnen immers niet anders dan de omgevingslucht inademen en het is ook heel moeilijk, om niet te zeggen onmogelijk om 'niet te horen'. Het menselijk gehoor slaapt immers nooit en neemt in alle richtingen waar. Vandaag gaan in de Europese gemeenschap reeds meer gezonde levensjaren verloren door luchtvervuiling dan door roken. Is het niet wraakroepend dat tot vandaag de topic 'milieu en gezondheid' in de curricula van de opleiding geneeskunde nauwelijks voorkomt? Artsen die op vlak van milieu en volksgezondheid een grote autoriteit hebben, nemen hun verantwoordelijkheid spijtig genoeg niet op.

Wat is lawaai?

Geluid wordt lawaai als we het niet willen horen: '*Noise is unwanted sound*' (WHO Guidelines for Community Noise Berglund B et al. 1999). Lawaai heeft nadelige gevolgen zowel op auditief vlak d.w.z. op het gehoor met doofheid, tinnitus, etc als op niet-auditief vlak. Het zijn deze niet-auditieve gevolgen die het onderwerp uitmaken van deze uiteenzetting.

Hoe kunnen we lawaai kenmerken?

Lawaai wordt gekenmerkt door zijn intensiteit, zijn dynamiek (pieken/intermittent of constant geluid of een combinatie van beide) en zijn frequentiesamenstelling.

De intensiteit van het lawaai wordt gemeten in decibels (dB) dit is een logaritmische schaal. De frequentie samenstelling bepaalt de waarneembaarheid (hoorbaar tussen 20 en 20000 Hz) en de spraakverstaanbaarheid van het geluid (spraakzone ligt tussen 750 en 1500 Hz). Spijtig genoeg is de schade die door lawaai wordt aangericht niet beperkt tot de hoorbare frequenties. Lage frequenties bv zoals van windturbines of vliegtuigen zijn bijzonder hinderlijk en schadelijk en kunnen middels geluidsisolatie zeer moeilijk zo niet onmogelijk uit een woning worden geweerd. Meestal wordt gecorrigeerd of gefilterd voor de hoorbare zone van het geluidsspectrum (dBA weging, A = auditief), waardoor hoofdzakelijk de lage frequenties worden onderdrukt, hoewel dit niet erg logisch is: ook laagfrequent geluid, buiten het hoorbare spectrum (trillingen bv.) kan bijzonder hinderlijk zijn. Het zou dus beter zijn de blootstelling te meten zonder correctie voor het hoorbare spectrum omdat dBA weging de impact van lawaai ernstig kan onderschatten. We kunnen dus de piekintensiteit van een gebeurtenis meten zoals een vliegtuig of een vrachtwagen: de LAmax in dBA. Om dit in perspectief te zetten: een vliegtuig tijdens opstijgen maakt 120 dBA, een vrachtwagen ongeveer 90 dBA, een personenwagen 70 dBA, een conversatie 60 dBA, men wordt wakker bij 45 dBA (Münzel T et al. European Heart Journal 2017 38, 550–556). De WHO gaat ervan uit – ten einde te kunnen slapen met het raam van de slaapkamer op verluchtingsstand – dat het piek geluid aan de buitengevel niet hoger mag zijn dan 60 dBA: het raam op verluchtingsstand verzwakt het geluid in de slaapkamer met 15 dB tot 45 dB en dit is de drempel waardoor de meeste mensen kunnen wakker worden. Daarnaast wordt meestal een gemiddelde geluidsbelasting gemeten of gesimuleerd adhv computermodellen die over een bepaalde tijdsperiode (de nacht bv van 23 tot 7 u) een equivalent geluidsdrukniveau berekenen: Lnight (van 23 tot 07 u) , Lday (van 07 tot 19 u), Levening (19-23 u), Lden waarbij men een 24 uurs waarde berekent met een penalisatie voor avond (+ 5 dB) en nacht (+10 dB). Het is nogal evident dat dergelijke geluidsmaten, die om politieke en pragmatische redenen worden gebruikt, de ernst van de geluidsimpact ernstig onderschatten: men wordt meer gestoord door een reeks pieken van lawaai (sluikverkeer van vrachtwagens of een reeks vliegtuigen) dan door een continu geluid met dezelfde energie inhoud. Bovendien is dit een bijzonder geschikte manier



om het voor te stellen dat groei mogelijk is met minder hinder. Aangezien de schaal logaritmisch is en de belasting op jaarbasis wordt berekend kan men bv één enkel geluidsevent dat in de slaapkamer hels kabaal veroorzaakt (85 dB LAmax) vervangen door niet minder dan 10520 pieken van 45 dB (Beoordeling van geluidpieken in de woonomgeving, Miedema en Passchier Vermeer, TNO 1999 - TNO 99.023). In het eerste scenario betekent dit 365 dagen zonder nachtlawaai, in het tweede ongeveer 30 pieken/nacht die elk het vermogen hebben om iemand te wekken uit zijn slaap. Het volstaat om de meest lawaaierige toestellen/vrachtwagens eruit te halen en er komt groei vrij voor enkele duizenden meer geluidsarme toestellen/vrachtwagens. Nochtans stelt de Nederlandse Gezondheidsraad dat het Worst Case Scenario niet een heel luide gebeurtenis is maar veel pieken die 5 dB boven de drempelwaarde zitten: '*At a given Lnight value, the most unfavourable situation in terms of a particular direct biological effect of night-time noise is not, as might be supposed, one characterised by a few loud events per night. Rather, the worst case scenario involves a number of noise events all of which are roughly 5 dBA above the threshold for the effect in question*' (The Influence of Night –time Noise on Sleep and Health, **2004).** Je zou de vergelijking kunnen maken tussen een emmer water één keer over je hoofd en een 'Chinese kwelling' waarbij de emmer druppelsgewijs op je voorhoofd druppelt.

Wat zijn de voornaamste bronnen van omgevingslawaai?

Over het algemeen scoren het verkeer en het burenlawaai als kwantitatief de belangrijkste bronnen van omgevingslawaai. Uit het LARES rapport(WHO LARES Noise effects and morbidity, Maschke en Niemann 2004) uitgevoerd in opdracht van de WHO kwam naar voor dat nagenoeg de helft van de inwoners van een stedelijke agglomeratie hinder ondervindt overdag of slaapverstoring 's nachts van hetzij verkeerslawaai, hetzij burenlawaai:

- **Verkeer (weg, trein, vliegtuig,..)**
- Industrie
- Bouw
- **Burenlawaai inclusief horeca**
- Scholen, speelpleinen, crèches, …
- '**Indoor noise**': liften, ventilatie, bureau machines, **lawaai in ziekenhuizen (o.a. ICU)**
- Massa evenementen (sportmanifestaties, muziekfestivals, discotheek,..)
- **Windturbines**

Ook binnenhuislawaai, zgn 'indoor noise' kan hinderlijk en schadelijk zijn, zo worden onaanvaardbare lawaainiveaus gemeten in de intensive care setting (An investigation of sound levels on ICU with reference to WHO guidelines. Darbyshire J and Duncan Young J. Crit Care Med 2013:17:R187)

Waarom is lawaai zo schadelijk voor onze gezondheid?

Dit hangt nauw samen met enerzijds het enorme belang van slaap voor onze gezondheid en anderzijds met het concept van het menselijk gehoor als een 24 uurs alarm, m.a.w. het gehoor slaapt dus nooit, het waakt over onze veiligheid dag en nacht. Dat was zo voor de primitieve mens en is het ook nog vandaag. Lawaai was immers een teken van gevaar en het veroorzaakt dus altijd een verdedigings- of stress reactie. Bovendien is de mens tijdens de slaap extra kwetsbaar o.w.v. de atonie van de dwarsgestreepte musculatuur tijdens de REM slaap (wat niet het geval is bij andere primaten) waardoor de mens gedwongen is in een relatief onveilige omgeving (voor de primitieve mens op de begane grond) te slapen. Tijdens de slaap reageert ons lichaam dus op veel lagere intensiteit van lawaai dan overdag (ongeveer 15 dB verschil). De reactie van ons lichaam op lawaai is dus dubbel: enerzijds op niveau van het autonome zenuwstelsel en anderzijds op corticaal niveau. Het corticale niveau laat ons toe de aard van het lawaai te duiden en er al dan niet op te reageren en op dit niveau is een zekere gewenning mogelijk. Op autonoom niveau zien we echter steeds een verhoging van de BD en de hartfrequentie en vrijzetten van stresshormonen. Voor deze autonome reactie bestaat geen gewenning. Ook omwonenden van een grote luchthaven die daar meer dan 10 jaar wonen (en de Omgeving 'gewoon' zijn geraakt), reageren dus nog altijd met BD en hartfrequentiestijging tijdens de nacht op geluiden in de slaapkamer vanaf 35 dBa LAmax (Acute effects of night-time noise exposure on blood pressure in populations living near airports **Haralabidis et al Eur Heart J 2008**). Op termijn resulteert dit klaarblijkelijk in hypertensie en een verhoogde kans op tal van cardiovasculaire aandoeningen (infarct en CVA)

Waarom komen dan zo weinig mensen in opstand tegen deze overmatige blootstelling aan omgevingslawaai?

Hierin spelen tal van factoren een rol. Er is vooreerst een onwetendheid over de ernstige gezondheidsrisico's bij het grote publiek maar spijtig genoeg ook bij de politici, en nog erger ook bij het artsenkorps. Bovendien is het lawaai in onze moderne maatschappij zo alom tegenwoordig dat de aanwezigheid van lawaai wordt aanzien als 'normaal' of onontkoombaar. Zo wordt niet minder dan 50% van het grondgebied van de Europese gemeenschap ingenomen door 'noisy areas' met een slechte geluidskwaliteit en in kleine landen zoals Belgie en Nederland is dat niet minder dan 90%! (EEA Noise in Europe EEA report 10/2014). En daarboven op komt inderdaad een zekere subjectieve 'gewenning' voor de blootstelling aan lawaai. Dit gewenningsaspect vertaalt zich ook in klassieke dosis – effect relaties voor blootstelling aan omgevingslawaai van de verschillende transportmodi versus het percentage van de bevolking dat zich ernstig gehinderd of ernstig slaap verstoord voelt. Zo rapporteert slechts een kleine minderheid bij nachtelijke blootstelling aan vlieggeluid op jaarbasis van 40 dB Lnight (gemiddelde geluidsbelasting, de norm van de WHO) ernstige slaapverstoring (Night noise guidelines for Europe WHO 2009 p 58). Over de jaren neemt echter de gevoeligheid van de bevolking sterk toe: deze relaties zijn dus niet stabiel in de tijd.

Kan men schade ondervinden als men er zich niet van bewust is? M.a.w. zich niet gehinderd of slaapverstoord voelt?

Aanvankelijk werd lawaaihinder begroot aan de hand van bevragingstudies, alsof het louter een subjectief probleem was: je had dan een minderheidsgroep die er subjectief last van had en een grote groep mensen die beweerden er niet door gehinderd te worden. Vooral vanaf 2007 een gans andere studiemethode ontwikkeld. Men heeft de bevragingsmethode verlaten en gewoon aan de hand van de geluidskaarten die de Europese landen moeten maken in opdracht van de Europese gemeenschap naar correlaties gezocht tussen de geluidsbelasting enerzijds en medicatiegebruik/ziekte diagnose anderzijds. De eerste grote studie in die zin was de de 'Cologne Bonn Aircraft Study' (Night-time aircraft noise increases prevalence of prescriptions of antihypertensive and cardiovascular drugs irrespective of social class—the Cologne-Bonn

Airport study. Greiser E et al. J Public Health 2007 15:327–337) waarbij de ziekte diagnostiek/medicatiegebruik van nagenoeg 1 miljoen omwonenden van deze luchthaven werd gecorreleerd met de geluidsbelasting. Daaruit kwam naar voor dat het risico om een cardiovasculaire ziekte te ontwikkelen steeg met ongeveer 4-5% per decibel boven de WHO richtlijn van 40 dBA voor de nacht Deze methodiek is ondertussen toegepast op 3.6 miljoen omwonenden van Heathrow, meer dan 10 miljoen omwonenden van Amerikaanse luchthavens en ook op de omwonenden van grote verkeersassen voor wat het wegtransport betreft en alle met gelijkaardige resultaten: naarmate de geluidsbelasting stijgt neemt het CV risico sterk toe (CVA en infarct) zowel overdag als 's nachts maar s nachts zijn de risico's groter en voor wegtransport werd ook een verhoging gevonden van het diabetes risico (Long-Term Exposure to Road Traffic Noise and Incident Diabetes: A Cohort Study Sorensen M et al ***Environ Health Perspect 2013*** **121:217–222**).

Hoewel beide hand in hand gaan en vaak dezelfde bevolkingsgroepen treffen, wordt lawaaipollutie klassiek gezien als het 'kleine broertje' van de luchtvervuiling omdat men denkt dat minder mensen erdoor worden getroffen. Deze kwantitatieve inschattingen hangen echter nauw samen met de Europese regelgeving. Europa legt immers enkel verplichtingen op aan de lidstaten om het omgevingslawaai van de verschillende verkeersmodi in kaart te brengen voor grote agglomeraties, grote luchthavens, belangrijke verkeersinfrastructuur. Het Europees Milieu Agentschap (EEA Noise in Europe EEA report 10/2014) wees erop dat de gezondheidsimpact in de EU als gevolg van het lawaai door de verschillende transportmodi – hoofdzakelijk door onderraportering – met een factor 3 tot 5 wordt onderschat. Er zijn echter nog tal van andere bronnen van omgevingslawaai buiten de grote transportassen, die ons welzijn bedreigen: er is ook het burenlawaai, de evenementensector, de constructie van gebouwen, de industrie, de horeca met het nachtelijke uitgangsleven, het sluikverkeer in residentiële wijken, lawaai binnenshuis (liften, ventilatie, etc.). Zo bracht het LARES rapport, een bevraging bij inwoners van grote agglomeraties en uitgevoerd in opdracht van de WHO in 2004 aan het licht dat burenlawaai even hinderlijk is overdag en evenzeer de slaap verstoort 's nachts als verkeerslawaai en beide gerelateerd zijn aan een hele reeks ziekten zoals hypertensie, CVA, astma, gewrichtsklachten, maagzweren, depressie en psychiatrische aandoeningen, etc.

Wat betekent dit op vlak van onze gezondheid concreet? De normen voor omgevingslawaai van de WHO werden herzien in 2018 (WHO Environmental Guidelines for the European Region, 2018). Op basis van de geluidskaarten zoals opgelegd door de Europese gemeenschap berekende Bruitparif (een organisatie die voor de arrondissementen van Ile de France het opmaken van geluidsactieplannen ondersteunt) dat in de zwaarste belaste zones op vlak van verkeerslawaai (trein, wegverkeer, vliegtuigen) gemiddeld 42 gezonde levensmaanden verloren gaan of 3.5 jaar. Voor heel Ile de France werd de gezondheid economische kost begroot op 5.4 miljard euro per jaar. Gelijkaardig onderzoek is dringend nodig voor Vlaanderen alvorens nog verder promotie te voeren voor de verdere ontwikkeling van Vlaanderen als logistieke draaischijf van Europa. Tot nu toe wordt die gigantische gezondheid economische kost als gevolg van de haven van Antwerpen en de luchthavens gewoon geëxternaliseerd en betaald door de gemeenschap niet alleen in geld maar ook met hun gezondheid, nog afgezien van de multipele subsidieringsmechanismen (kosteloos ter beschikking stellen van weg- en haveninfrastructuur, geen BTW op kerosine, etc). Dit is op geen enkele manier nog verder te verantwoorden.

Marc Goethals Cardioloog oLV Aalst

DE ZIEKTE VAN PARKINSON

De ziekte van Parkinson is een progressieve neurodegeneratieve ziekte. De ziekte kenmerkt zich onder andere door degeneratie van neuronen in specifieke regio's van de hersenen, waaronder de dopaminerge neuronen in de pars compacta van de substantia nigra.

De kans op de ziekte van Parkinson neemt toe met het ouder worden. De eerste tekenen van de aandoening treden meestal op tussen de leeftijd van 50 en 70 jaar. Maar de ziekte treft ook jonge mensen, soms zelfs onder de leeftijd van 40 jaar.

De oorzaak van de ziekte van Parkinson is meestal niet gekend. In zeldzame gevallen is er een genetische afwijking.

De ziekte van Parkinson heeft een prevalentie van 3/1.000 binnen de Belgische bevolking (1,8 % voor personen ouder dan 65 jaar). Zowel mannen als vrouwen worden getroffen. Men schat het aantal in België tussen de 30.000 en 35.000 mensen.

Beven in rust, minder en trager bewegen en stijve spieren, zijn de meest voorkomende klachten. Daarnaast zijn evenwichtsproblemen, spraakproblemen, slaapstoornissen, depressie en geheugenproblemen een greep uit de vele mogelijke motorische en niet-motorische symptomen. Niet alle symptomen zijn bij alle patiënten of tegelijk aanwezig. Naarmate de aandoening vordert, nemen de klachten toe. Stress kan die klachten verergeren.
Er bestaat nog altijd geen behandeling die de evolutie van de ziekte stopt of afremt.

Geschiedenis en evolutie van de ziekte van Parkinson

Volgens de Global Burden of Disease-studie (2017) is de ziekte van Parkinson de snelst groeiende neurologische aandoening ter wereld (in leeftijd gestandaardiseerde prevalentiecijfers, invaliditeit en sterfte). Van 1990 tot 2015 verdubbelde het aantal mensen met de ziekte tot meer dan 6 miljoen. Wetenschappers voorspellen een potentiële groei tot 17 miljoen in 2040. Deze explosieve stijging wijten zij onder andere aan de veroudering en de langere levensduur. Daarnaast kan het terugdringen van het aantal rokers een rol spelen omdat is aangetoond dat het risico op de ziekte van Parkinson lager is bij rokers. Tot slot worden specifieke pesticiden, oplosmiddelen en zware metalen in verband gebracht met de ziekte van Parkinson. Industrialisatie kan de verwachte toename dus ook deels verklaren.

De ziekte van Parkinson werd in 1817 voor het eerst als een neurologisch syndroom beschreven door een Londense arts, dr. James Parkinson. In 'An essay on the shaking palsy' ledge hij het klinische beeld vast: "Involuntary tremulous motion, with lessened muscular power, in parts not in action and even when supported; with a propensity to bend the trunk forward, and to pass from a walking to a running pace: the senses and intellects being uninjured."

50 jaar later beschreef dr. Jean-Martin Charcot, een Franse neurowetenschapper, de ziekte grondiger, in zijn lessen aan de Salpêtrière in Parijs. Charcot was ook de eerste die het gebruik van de term "ziekte van Parkinson" suggereerde.

In 1912 ontdekt de Duitse dr. Fritz Lewy misvormde ophopingen van eiwitten in hersengebieden die zijn aangetast door de ziekte van Parkinson. Die ophopingen kregen later de naam Lewy Bodies.

In 1957, 140 jaar na het essay van dr. Parkinson is er een doorbraak. De Zweedse onderzoeker, Arvid Carlsson ontdekt dat dopamine een belangrijke neurotransmitter is die zich in de hersenen bevindt en signalen overdraagt van de ene naar de andere zenuwcel. Hij kan aantonen dat mensen met Parkinson hieraan een tekort hebben en dat een hogere dosis dopamine in bepaalde delen van de hersenen de controle over hun bewegingen verbetert. Voor dit onderzoek kreeg hij in 2000 de Nobelprijs voor Fysiologie of Geneeskunde.

In 1969 toont geneesmiddelenonderzoek het nut aan van levodopa bij de behandeling van de ziekte van Parkinson. Levodopa wordt in de zenuwcellen omgezet in dopamine. Sindsdien is levodopa de gouden standaard bij Parkinson therapie.

Vanaf de jaren 80 worden er steeds meer medicijnen ontwikkeld die bijdragen aan het verminderen van de symptomen van Parkinson.

Ook diepe hersenstimulatie (DBS) en het gebruik van de apomorfinepomp en de duodopapomp bieden mogelijkheden om met de ziekte van Parkinson langer een goede levenskwaliteit te behouden. De ontwikkeling van de moderne DBS wordt grotendeels toegeschreven aan dr. Alim Benabid. Hij ontdekte eind jaren '80 een afname van Parkinson symptomen bij elektrische stimulatie van de basale ganglia. De verdere ontwikkeling van DBS betekende een revolutie in de behandeling van bewegingsstoornissen.

Ondertussen is ook de zorg voor mensen met Parkinson verbeterd en beklemtonen de betrokken behandelaars het belang van fysieke en mentale activiteit als therapie. Wereldwijd zijn onderzoekers naarstig op zoek naar de oorzaken en betere behandelingen van de ziekte. Helaas is genezing nog niet voorhanden.

De Vlaamse Parkinson Liga

De liga is een patiëntenorganisatie met 25 lotgenotengroepen verspreid over Vlaanderen en Brussel en een centraal secretariaat in Leuven. De werking van de liga wordt in hoofdzaak geleid door mensen met Parkinson en hun partners. Een klein team ondersteunt het vrijwilligerswerk. Vooraanstaande neurologen en andere betrokken zorgdisciplines adviseren de werking.

Wat doet de Vlaamse Parkinson Liga?

Bij de liga kunnen mensen met Parkinson(-ismen) terecht voor betrouwbare en verstaanbare informatie over alles wat bij de ziekte komt kijken. De dienst 'Parkinson Punt' maakt hen wegwijs in het doolhof van zorgvoorzieningen, hulpverlening, rechten en tegemoetkomingen.

Wie zin heeft in een babbel met lotgenoten of ervaringsdeskundigen, is bij de liga aan het juiste adres. We organiseren in heel Vlaanderen bijeenkomsten, uitstappen en beweegactiviteiten.

We ijveren voor een samenleving die aandacht en respect heeft voor de bijzondere uitdagingen die Parkinson met zich meebrengt. De liga gaat hierover in communicatie met de professionele zorgsector, met verzekeraars en met overheden.

Via een partnership met de Koning Boudewijn Stichting financieren we innovatief wetenschappelijk onderzoek met het oog op een betere controle van de symptomen of, wie weet, een wereld zonder Parkinson.

DE VLAAMSE PARKINSON LIGA IN HET KORT

- geeft driemaandelijks het tijdschrift Parkoers uit;
- organiseert jaarlijks een Parkinson Werelddag, een jongerendag, een weekend aan zee en een Nieuwjaarsfeest;
- onderhoudt een website, een facebookgroep en een facebookpagina;
- ondersteunt de werking van contactgroepen en activiteiten op maat;
- stimuleert beweegactiviteiten aangepast aan mensen met parkinson;
- biedt vakanties op maat, in samenwerking met Samana en Intersoc;
- vertegenwoordigt de leden in relevant overleg met overheden, de zorgsector, ziekenfondsen en andere patiëntenorganisaties in binnen -en buitenland; werft fondsen; stimuleert wetenschappelijk onderzoek; runt een vzw en een secretariaat.

De litho

- Een initiatief van meesterdrukker Rudolf Broulim, resulteerde in een kunstwerk in oplage van de hand van Walter Brems en gerealiseerd door Hans Van Dijck.
- De opbrengst van de verkoop van deze litho gaat integraal naar de financiering van wetenschappelijk onderzoek naar de ziekte van Parkinson.
- Elke litho is genummerd en handgetekend door Walter Brems. De litho's 80 tot en met 120 zijn nog beschikbaar.



Formaat tekening: 20 op 21 cm.
Formaat papier: 25 op 30 cm.
PRIJS: 100 euro, + 10 euro verzendkosten
https://www.parkinsonliga.be/publicaties/litho-voor-parkinsononderzoek

Over de betekenis van **de tulp** op de litho
De rood-witte tulp is het wereldwijde symbool voor de ziekte van Parkinson. In 1980 kweekte een Nederlandse man met Parkinson een rood-witte tulp. Hij registreerde zijn creatie als de 'dr. James Parkinson tulpenbol' en eerde zo de man die zijn ziekte voor het eerst had beschreven.

Bronnen:
www.parkinsonliga.be
https://content.iospress.com/articles/journal-of-parkinsons-disease/jpd181474
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3234454/

VLAAMSE PARKINSON LIGA



Jan Dockx de drie kunstenaars persoonlijk kent (hieronder hun CV) en het project mee heeft opgestart is verantwoordelijk voor de publiciteit. De wereldvermaarde drukker Rudolf Broulim lijdt zelf aan Parkinson. De bedoeling is om de oplage van 80 tot 120 te verkopen. De drie kunstenaars hebben dat onbaatzuchtig gerealiseerd. De opbrengst gaat volledig naar wetenschappelijk onderzoek.

WALTER BREMS (Reet, °1947) studeerde o.m. aan de Koninklijke Academie voor Schone Kunsten te Antwerpen. Hij behaalde talloze nationale en internationale onderscheidingen en zijn werken zijn goed vertegenwoordigd in openbare- en privéverzamelingen.

Hij is vooral bekend voor zijn olieverfwerken met een eindeloze precisie, fijnzinnigheid en gevoel voor esthetiek. Het zijn werken waarin de verstilling voelbaar is en dromerigheid en realisme elkaar ontmoeten. Hij verstaat de kunst om de technieken en vaardigheden van de oude meesters een modern élan te geven.

Zijn vrouwenfiguren zijn realistisch gefigureerd maar volkomen emotieloos: ze lachen noch wenen maar hun dromerige blik is vatbaar voor elke interpretatie.
Ik citeer Walter Brems:" Ik zoek geen pure schoonheid. Ik ben op zoek naar kwetsbaarheid, naar ingetogenheid, naar schroom."

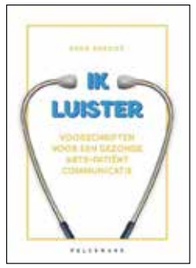
RUDOLF BROULIM (Praag, °1943) leidde van 1971 tot 1980 het atelier voor grafische druktechnieken aan de Praagse Academie voor Toegepaste Kunsten. In 1977 krijgt hij het statuut van meester-drukker. Zijn relatie met Vlaanderen begint reeds in 1975 met uitwisselingsprojecten. In 1980 emigreerde Rudolf en was tot zijn pensionering in 2008 docent aan het Rijkscentrum Hoger Kunstonderwijs (R.Ho.K.) te Etterbeek.

In Ekeren, waar hij zich vestigde in 2000, bouwde Rudolf een prachtig atelier voor vlakdruk, hoogdruk en diepdruk. Hij werkte er samen met talloze gerenommeerde kunstenaars uit binnen- en buitenland.

Voor de komst van Broulim was de kennis over steendrukkunst of lithografie verloren gegaan in Vlaanderen. De opleiding van een hele generatie grafici is zijn grootste verdienste.

HANS VAN DIJCK (Antwerpen, °1998) leerling en opvolger van Rudolf Broulim, onderzoekt in zijn atelier te Borgerhout als meester-drukker en grafisch kunstenaar de druktechnieken in een actuele kunstcontext. Zijn grafisch atelier biedt op een professioneel niveau zowel met lithografie, diepdruk en hoogdruk om originele kunstwerken uit binnen- en buitenland in beperkte oplage te produceren.

CULTUUR - BOEKEN



★★★

IK LUISTER
Voorschriften voor een gezonde arts-patiënt communicatie.
Koen Pardon
273 pag., Pelckmans
De arts-patiënt communicatie heeft een belangrijke invloed op de tevredenheid, therapietrouw en bijgevolg op de kwaliteit van leven en gezondheid. Bij veel artsen leeft echter het gevoel dat luisteren naar patiënten en een gesprek aangaan te tijdrovend is. Koen Pardon, psycholoog en hoogleraar communicatieonderwijs aan de VUB, toont aan dat goede communicatie evenveel tijd vraagt als slechte communicatie waarbij het eerste zoveel meer opbrengt.

Talloze voorbeelden uit de praktijk en getuigenissen stofferen dit naslagwerk waarbij de accenten liggen op actief luisteren, doelgericht communiceren en een empathische houding.

Jan Dockx



★★★★★

ANTWERPEN
De gloriejaren
Michael Pye
349 pag., 29,99 euro, De Bezige Bij
Antwerpen was het centrum van de wereld in de 16de eeuw: de Gouden Eeuw. Pye begint zijn verhaal omstreeks 1500 met de aankomst van de eerste Portugese schepen met specerijen en eindigt ergens tussen de Beeldenstorm (1566) en de Val van Antwerpen (1585). In die periode kende Antwerpen zijn gelijke niet en haar rijkdom en weelde waren ongeëvenaard.

Pye vermijdt de platgetreden paden van monumenten en bekende figuren maar focust zich op de mensen die werkelijk het verschil maakten, op de handelaars en de bankiers, de schilders en de schrijvers, de kaartenmakers en de filosofen. Al wie iets betekende in de eerste helft van de 16de eeuw wist dat je in Antwerpen gezien moest worden.

Zo was er de levendige handel met Engeland waarbij 90% van de Britse export (wol en laken) via de stad liep in ruil voor boeken uit de meer dan 60 drukkerijen. Antwerpen was een doorvoerhaven zonder dat goederen fysiek verhandeld werden. Ook de oprichting van de Beurs waarbij het omslachtig muntverkeer werd vervangen door verhandelbare kredietbrieven was een ware revolutie.

Hoe anders had Antwerpen er vandaag uit gezien wanneer de overeenkomst tussen de Antwerpse protestanten en de Ottomanen (gemeenschappelijke vijand Spanje) om hun handel weg te halen uit Venetië, wat ongetwijfeld zou leiden tot zijn ondergang, zou hebben plaats gevonden. Vandaar de leuze "Liever Turks dan paaps". De Val van Antwerpen heeft dit verhinderd.

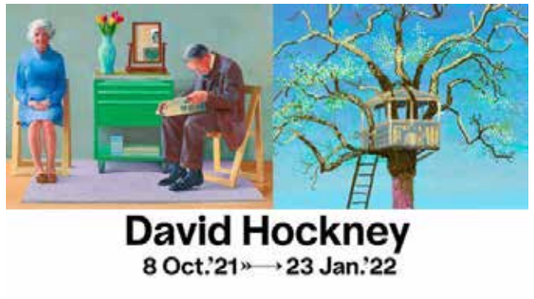
Het boek staat vol verrassende wetenswaardigheden en Pye mag zich aansluiten bij andere illustere auteurs als Floris Prims, Amand De Latin, Leon Voet en Jan Lampo.

Jan Dockx

TENTOONSTELLING

BINNENLAND

David Hockney (tot 23.01)
Werken uit de Tate Collection (1954 - 2017)
De komst van de lente, Normandië 2020
Bozar, Brussel
Dubbeltentoonstelling met recent werk in combinatie met een overzicht van 60 jaar schilderkunst in samenwerking met de Tate Collection. Tijdens de lockdownperiode registreerde hij in zijn Normandisch landhuis gedurende twee lentes dagelijks de natuur vanuit zijn tuin aan een ritme van één kunstwerk per dag. Het resultaat is een verbluffende reeks van 116 iPad schilderijen die een ode brengen aan de kracht van het ontluikende leven in de natuur.



Europalia, Sporen van moderniteit (tot 13.02)
KMSKB, Brussel
Sporen van moderniteit is een veelomvattende tentoonstelling over de opkomst van de trein en toont niet alleen hoe kunstenaars gefascineerd raakten maar ook welke omwenteling deze nieuwe mobiliteit met zich meebracht en hoe ze de modes en gevoeligheden van de tijd weerspiegelt. Het resultaat vertaalt zich in een schitterende verzameling kunstwerken van meesters als Spilliaert, Monet, Mondriaan, Delvaux, Magritte, Léger, Ensor e.a.



Before time began. Australische Aboriginal kunst (tot 29.05)
Kunst en Geschiedenis, Brussel
De wereld van de Aboriginals is wonderlijk en fascinerend, vol geheimen voor niet-ingewijden. De eerste inwoners van Australië zijn de erfgenamen van de oudste ononderbroken cultuur ter wereld, die tot 65.000 jaar terug zou gaan. Hoe rijk ook, deze cultuur vond geen uiting in bouwwerken, geschreven teksten of verplaatsbare kunstwerken. Net als vroeger wordt de eeuwenoude kennis van het land van generatie op generatie, uitsluitend via mondelinge overlevering, tijdens rituelen en ceremonies doorgegeven. Het concept van de Droomtijd staat hierbij centraal. Het is een scheppingsverhaal dat alle Aboriginalgroepen gemeen hebben, ook al spreken ze meer dan 200 verschillende talen. De Droomtijd vertelt over de tijd toen Droomwezens tijdens grote tochten alle dieren, planten en mensen schiepen, elementen als water, vuur en lucht, de sterren en de aarde. Droomwezens zijn bovenmenselijk maar zijn geen goden en zelfs geen voorouders.



Fernando Botero. Voorbij de vormen (tot 30.01)
BAM, Bergen
Deze retrospectieve over de Colombiaanse schilder en beeldhouwer overspant een periode van 70 jaar artistieke evolutie. Deze tentoonstelling toont dat Botero meer is dan de schilder van voluptueuze mensen. Op zijn manier absorbeert hij de wereldwijde kunstgeschiedenis en gaat er vervolgens zijn gang mee. Zo zijn er invloeden van precolumbiaanse kunst en het Mexicaans muralisme maar evenzeer van Van Eyck en de Italiaanse renaissance met haar fresco's. Dit alles verwerkt hij tot zijn kenmerkende unieke stijl. Centraal in de tentoonstelling staan een vijftiental werken uit de collectie van het BAM die de belangrijkste inspiratiebronnen van de kunstenaar illustreren rond verschillende thema's: stillevens, naakten, genretaferelen enz.



Strook, it's only a matter of time (tot 06.03)
Sint-Janshospitaal, Groeningemuseum, O.L.V-kerk, Brugge.
Op drie plaatsen, waar het verleden van Brugge tastbaar is, toont Strook zijn silhouetten van sloophout. In de uitwisseling met oude kunst komen ze prachtig tot hun recht. Hij verzamelt wrakhout in de onmiddellijke omgeving en verwerkt die in patchwork figuren waarvan de kleur en expressie in de portretten bepaald wordt door de textuur van het bijeengesprokkelde wrakhout. Deze portretten zijn anonieme figuren zonder ogen en mond en dragen universele expressie uit waarbij de toeschouwer zijn eigen interpretatie kan toevoegen.



Mensentuin/Zoo humain (tot 06.03)
AfricaMuseum, Tervuren
Met Mensentuin ontleedt het AfricaMuseum het fenomeen van de koloniale tentoonstellingen. Deze expo toont dat het exposeren van mensen, niet als individuen maar als vertegenwoordigers van een ras, een tijdlang een mondiaal gegeven was. Het toont ook aan hoe de beeldtaal van de koloniale propaganda clichématig en vernederend overkwam en racisme in de hand werkte.

BUITENLAND

In het licht van Cuyp. Aelbert Cuyp en Gainsborough, Constable, Turner (tot 06.03)
Dordrechts Museum, Dordrecht.
Buitengewone interessante tentoonstelling over de 17 de eeuwse landschapsschilder Aelbert Cuyp.

Collectie Morozov (tot 22.02)
Fondation Louis Vuitton, Parijs
Uitstekende collectie van Russische verzamelaars.

Thuis bij Jordaens (tot 30.01)
Frans Hals Museum, Haarlem
De pronkkamer van de barokmeester met werk uit de Phoebus Foundation, Katoennatie.



Jan Dockx

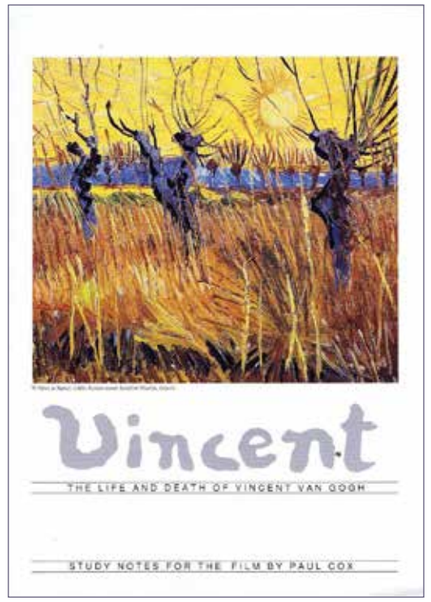
FILM

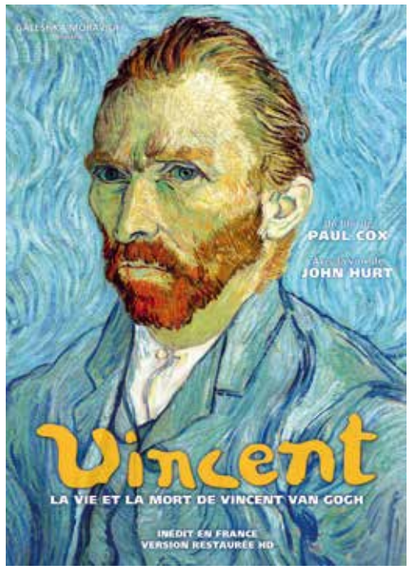
In de bijdrage 4/2021 had ik het idee enkele films rond Kunst te bespreken, meer bepaald rond enkele schilders. Toen ik mijn zoektocht startte bij Vincent van Gogh (1853-1890) besefte ik onmiddellijk dat één kunstenaar meer dan voldoende stof zou geven voor dit nummer.

Ik vond, zonder veel zoeken,vijf films over hem.En eigenaardig genoeg,werden in die verschillende films andere karaktertrekken beschreven en werd er aandacht gegeven aan verschillende episodes uit zijn leven.

Iedereen weet dat van Gogh weinig aangename momenten in zijn leven heeft gekend.Hij leed aan manisch-depressieve psychose of bipolaire stoornis- zoals ook wordt beschreven in “Touched with fire” van Paul Dalio 2015. Vincent kon enkel overleven dank zij de financiële en psychologische steun van zijn broer Theo.En pleegde hij wel zelfmoord of was het moord?(Goes—Naifeh)
Zijn leven was een leven vol ontgoochelingen,miskenningen,verwerpingen en nu en dan eens een klein lichtpuntje.Enkel zijn vastberadenheid om zijn kunstvaardigheden te ontwikkelen was even inspirerend als de schilderijen die hij maakte.

In de film”**Vincent”,** van Paul Cox (1987), leest John Hurt fragmenten uit van Goghs brieven en versmelt dat tot een reeks afbeeldingen van locaties en van zijn schilderijen, tekeningen en schetsen. Er is niets eenvoudigs aan deze film. Het is buitengewoon krachtig en ontroerend om te luisteren naar van Gogh’s eigen woorden die zijn innerlijke worstelingen en pogingen om zich als kunstenaar te ontwikkelen vertellen, en om te horen wat hij beschouwde als zijn artistieke successen en mislukkingen. De film heeft dezelfde intense visuele impact als wanneer je zijn schilderijen voor het eerst in het echt tegenkomt .





De film was een Populaire hit in het “art house” circuit en speelde twee jaar lang in New York City.

“**Vincent en Theo**”is een film(1990) van de grote Robert Altman (1925-2006)**.** Altman gaf de voorkeur aan verhalen die de intermenselijke relaties tonen, en hij was meer geïnteresseerd in personages dan in ingewikkelde verhaallijnen .

Vincent en Theo is een periodedrama ,een biografische bewerking van het leven van van Gogh,dat je terugvoert in de tijd naar het met elkaar verweven leven van de twee broers en van de bijna even grote strijd van zijn broer Theo om carrière te maken in de kunstwereld.Zonder de steun van zijn broer was het Vincent nooit gelukt. In de film is het mooi te volgen hoe Theo’s appartement langzamerhand meer gevuld wordt door Vincents schilderijen!



Vincent van Gogh’s portret van *Gauguin* (1888) wordt beschreven in de periode dat Gauguin en van Gogh samen werkten en leefden in Arles.

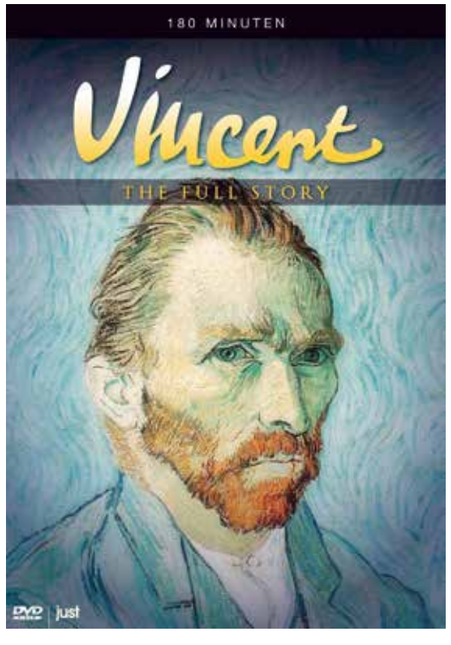
“Lust for Life:” is een Film van Vincente Minnelli (1956),die naam maakte dankzij zijn filmmusicals.
De film toont hoe Vincent van Goghs obsessie met schilderen, gecombineerd met een geestesziekte, hem leidt door een ongelukkig leven vol mislukkingen en onbeloonde relaties. Hij faalt als prediker voor de mijnwerkers, en hij faalt in zijn relaties met vrouwen. Hij oogst enig respect bij zijn collega-schilders, vooral bij Paul Gauguin, maar hij kan niet met hen overweg. Het enige goede in zijn leven is zijn broer Theo, die hem moreel en financieel onvoorwaardelijk steunt.

De film ,die gebaseerd is op het gelijknamige boek van Irving Stone, kreeg topacteurs met Kirk Douglas als Vincent van Gogh en Anthony Quinn als Paul Gauguin ,en dat verdiende van Gogh wel!. Het is een klassieker die naar de huidige maatstaven een beetje overdreven en over dramatisch is, maar dat is een deel van de aantrekkingskracht.De film was een succes in de bioscopen en werd zeer gewaardeerd door de critici. Acteur Anthony Quinn kreeg een Oscar voor de beste mannelijke bijrol voor zijn vertolking van Paul Gauguin.



De film toont meer van Vincents vroege worstelingen om een richting in het leven te vinden en hoe hij probeerde te leren tekenen en vervolgens schilderen. Alleen al vanwege het landschap is het de moeite waard om te kijken, en om waardering te krijgen voor van Goghs vroege, donkere palet en zijn latere heldere kleuren.

Vincent Het volledige verhaal:
documentaire door Waldemar Januszczak
Deze driedelige documentaire , oorspronkelijk vertoond op Channel 4 in het Verenigd Koninkrijk, toont de locaties in Nederland, Engeland en Frankrijk waar van Gogh woonde en werkte. Januszczak onderzoekt ook de invloeden van andere kunstenaars en locaties op Van Goghs schilderijen. De serie is zeker de moeite waard om te bekijken als je van van Goghs schilderijen houdt en meer over hem wilt weten. Het is eigenlijk het “volledig” verhaal, dat zijn hele leven behandelt, inclusief de beginjaren in Londen(1873-1875)en de periode waarin hij zichzelf begon te leren tekenen.



At Eternity's Gate, een Brits-Amerikaans-Franse biografische film uit 2018 ,geregisseerd door Julian Schnabel, focust zich op de laatste jaren van Vincent van Gogh. Wanneer Vincent van Gogh in 1886 naar Parijs verhuist, met als doel door te breken als kunstenaar, leert hij een avant-gardistische groep kunstenaars kennen onder wie Paul Gauguin. Maar hij stuit alleen maar op nog meer onbegrip en afwijzingen en vertrekt uiteindelijk naar Arles in het zuiden van Frankrijk, in de hoop een nieuw bestaan te bouwen. In zijn zoektocht naar aanvaarding, verliest Van Gogh zich echter steeds verder in een wereld van ziekte en depressie.





LOVING VINCENT (2017), is een uniek project over het leven en de mysterieuze dood van Vincent van Gogh: de eerste compleet geschilderde speelfilm ter wereld,in 65.000 frames, met de hand geschilderd door meer dan 125 kunstenaars die dezelfde techniek als van Gogh hanteerden, brengt de film van Goghs meest inspirerende schilderijen tot leven. Loving Vincet won meerdere internationale prijzen waaronder de publieksprijs op het "Annecy Internationaal Animatie Filmfestival"in 2017;
Net wanneer Vincent succesvol begint te worden, pleegt hij zelfmoord. Was het vanwege zijn geestelijke gezondheid of problemen met zijn broer? Was het een wanhoopsdaad om meer erkenning te krijgen voor zijn werk? Of was het helemaal geen zelfmoord,en moord? Armand Roulin, de zoon van Van Goghs postbode, gaat naar Auvers om daar het mysterie rond Vincents dood te ontrafelen.





Ref.
- Dalio P.Touched with fire_drama film 2015
- Goes F. Who murdered Vincent ?Julius Hirschberg Gesellschaft 2019-Cogan Ophthalmic History Society 2021
- Naifeh S.,Smith GW.Van Gogh-the life,2012
- Stone I.lust for life

Frank Goes

