

---

# De Geneesheer-Specialist

---

Orgaan van het Verbond der Belgische  
Beroepsverenigingen van  
Geneesheren-Specialisten

Verantwoordelijke uitgever : Dr M. MOENS  
Redactiesecretariaat : F. Vandamme  
Kroonlaan 20 - 1050 Brussel  
Tel. : 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90  
E-mail : [info@VBS-GBS.org](mailto:info@VBS-GBS.org)

ISSN 0770-8130 - MAANDBLAD

**Nr. 2 / MAART 2014**

Afgifte Kantoor : BRUSSEL

---

## IN HET OOG VAN DE STORM

TOESPRAAK VAN DE VOORZITTER, DR. JEAN-LUC DEMEERE<sup>1</sup>

De metamorfose van het Belgische gezondheidssysteem wordt gevoed door drie verschillende bronnen: een juridische, een financiële en een culturele. Ze verloopt langzaam, onzeker en heeft geen vast omliggende visie die ons een idee zou kunnen geven van het resultaat, dat onvermijdelijk een nieuw systeem zal zijn. Deze metamorfose is heimelijk, verschuilt zich in de kantoren van lobbyisten, ziekenhuisdirecteurs, het KCE, politici en ziekenfondsen. Ze biedt geen transparantie. Ze ent zich op het bestaande systeem, maar wijkt er van af in geest en vorm. Solidariteit en toegankelijkheid van de zorg zijn de troeven van vandaag. Performance, kwaliteit en financiering zijn de schaduwzones. En kan men na 50 jaar RIZIV nog echt spreken van een Belgisch model geschraagd door overleg en onderhandelingen?

De evolutie van het medisch recht geneeskunde en de therapeutische patiëntenrechten een zeer welkome voor de patiënt. Het recht gaat zich geneeskundige praktijken. De voor minderjarigen zijn daar een concretere voorbeelden nemen De wet op de patiëntenrechten aangewend voor financiële

***Kan men na 50 jaar RIZIV nog echt spreken van een Belgisch model geschraagd door overleg en onderhandelingen?***

beïnvloedt de uitoefening van de vrijheid. Het staat buiten kijf dat de juridische bescherming vormen echter steeds meer mengen in recente debatten over euthanasie voorbeeld van. Maar laten we voor de medische praktijkvoering. wordt door sommige ziekenfondsen doeleinden.

Ziekenfondsmedewerkers adviseren patiënten over hun recht om hun medisch dossier op te vragen, omdat die medewerkers de toegepaste medische verstrekking geen geschikte praktijk vinden. Men zaait twijfel over de bekwaamheid van zorgverstrekkers en over de kwaliteit van de zorg. Men creëert een klimaat waarin overleg en streven naar kwaliteit amper kunnen gedijen. Zo verwarren de Christelijke Mutualiteiten in hun rol van voorvechter van de kwaliteit, die een recht van de patiënt is, vreemd genoeg kwaliteit met het aantal ingrepen. De bevolking wordt geïnformeerd dat maar twee of drie centra slokdarmkanker kunnen opereren. Een andere evolutie op juridisch vlak is het gebruik van de guidelines van een beroepsgroep, die al gauw een verplichtend karakter krijgen bij de medische praktijkvoering en bepalen welke zorgen worden terugbetaald. Elke geaccrediteerde arts moet zich houden aan de aanbevelingen van de NRKP<sup>2</sup>. De terugbetalingsvoorwaarden van sommige geneesmiddelen worden bepaald bij ministerieel besluit. Lees de artikelen van de ZIV-wet. Nog erger is de Belgische standaard van goede praktijk, die bij besluit is gelijkgesteld met de

---

<sup>1</sup> Ter gelegenheid van de algemene vergadering van het VBS op 08.02.2014

<sup>2</sup> Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie

gemiddelde kosten. We noemen dat de referentiebedragen. Therapeutische vrijheid is veraf. Gelukkig, zullen sommigen zeggen. Wordt kwaliteit verzekerd door budgettaire besparingen en kostenbeheersing? De minister rekent in euro's, terwijl de artsen zieken verzorgen. Het Belgische model is er één van onderhandelingen en overleg, maar tot waar gaan de onderhandelingen en het overleg? Door publicatie in het Staatsblad verbiedt men de supplementen, daarmee lijnrecht ingaand tegen de idee van conventionering en deconventionering. Gaat het hier nog over geneeskunde, of over administratieve verplichtingen, die soms zo ingewikkeld zijn dat er interpretatieregels nodig zijn om ze te begrijpen? De ZIV-wet en de geneeskundige controle staan garant voor de juiste interpretatie van de nomenclatuur en leggen financiële sancties op of stellen gerechtelijke vervolging in. Het recht mengt zich steeds meer in de geneeskundige praktijken.

In 2014 zullen we de impact zien van de 6<sup>de</sup> staatshervorming. Het Belgisch recht moet zich schikken naar de Europese richtlijnen. De Europese richtlijn over grensoverschrijdende zorg is omgezet in bepaalde wetteksten, zoals de verplichting om de patiënt een factuur en een prijsopgave te verstrekken. Gelukkig hebben de syndicaten het tekstvoorstel, waarbij de pen mee vastgehouden werd door de mutualiteiten en dat afwijkt van de Europese richtlijn, tijdelijk kunnen tegenhouden. De vrijwillige accreditering van de ziekenhuizen, die sterk gepromoot wordt door Vlaams minister Jo Vandeuren en recent door zijn Waalse tegenhanger, Eliane Tillieux, past ook in deze nieuwe realiteit. De richtlijn over de arbeidstijd versterkt de 'wet Colla' over de werktijden van de assistenten. Maar tot op vandaag is er geen nationale financiering met barema voor de arbeidstijd en de opting-out van de artsen-specialisten in opleiding. Wat is hun sociaal statuut? Zijn het studenten, zelfstandigen, of hebben ze simpelweg geen sociaal statuut? Jammer voor hun pensioen en hun 42-jarige loopbaan!

De tweede bron voor de aard. Het stappenplan van stap in een nieuwe financiering kosten moeten beperkt worden. transparantie en doeltreffendheid. kwaliteit in gevaar komt wanneer werk gaat. De door Zorgnet doeltreffendheid is een synoniem onderzoeken in de behandeling al Transparantie is een financiële

***In een systeem waarin vaste kosten onomkeerbaar zijn, zoals afschrijvingen van gebouwen, infrastructuur en personeelskosten, is er maar één zwakke schakel: de vergoeding van de arts***

metamorfose is van financiële minister Onkelinx is een eerste van de gezondheidszorg. De De minister spreekt over kwaliteit, Alle studies tonen aan dat de men met forfaitaire financiering te Vlaanderen zo geprezen voor beperking van middelen en naargelang het forfait. transparantie waarbij DRG's op

eenzelfde wijze gefinancierd worden. Maar wat zijn DRG's? Diagnosis related groups. Diagnoses dus, en men kan zich inbeelden dat, net zoals in het buitenland, de beste DRG's zullen gebruikt worden bij het invullen van de MKG's. Dit kan leiden tot een selectie van de patiënten. DRG's zijn niet resultaatgebonden. Met andere woorden, men kijkt naar de diagnose en niet naar de behandeling. De therapeutische resultaten worden niet gefinancierd. Vandaar dat sommigen spreken over een P4P, een financiering volgens performantie. Maar dan kan men de vraag stellen hoe men een resultaat zal meten en financieren.

Zo komen we bij de kern van het probleem: de vergoeding van de artsen. Minister Onkelinx heeft zelf toegegeven dat het budget van de ziekenhuizen voor 42 % gevoed wordt door de artsen en slechts voor 38 % door het BFM. Als men naar een forfaitaire vergoeding zou gaan met of zonder artsenhonoraria, zal men toch die 42 % moeten incalculeren. Sowieso zal men de nomenclatuur moeten herzien. Tenzij men verder prestaties zal terugbetalen en de artsen "forfaitair" zal vergoeden volgens het voorstel van KCE-studie 178; de bekende studie van het KCE die alleen maar een methodologie beschrijft en geen echte valuta toekent aan de diverse specialisten. Maar ja, de media en zelfs het RIZIV hebben deze cijfers gebruikt om te verklaren dat de nefrologen het meest verdienen. Een nieuwe nomenclatuur moet niet alleen gelden voor de ziekenhuisprestaties, maar ook voor diezelfde prestaties in de ambulante zorg of buiten het ziekenhuis. Waar blijft het Belgisch model met overleg tussen artsen en mutualiteiten om de nomenclatuur en de terugbetalingen te bepalen?

De hervorming van de ziekenhuisfinanciering is een ware metamorfose die het hele systeem in vraag stelt. In het oog van die storm vindt men de honoraria van de arts. Besparingen wil men doen, maar

op onze inkomsten. In een systeem waarin vaste kosten onomkeerbaar zijn, zoals afschrijvingen van gebouwen en infrastructuur, zoals personeelskosten, is er maar één zwakke schakel: de vergoeding van de arts. Gaat men naar een forfaitaire vergoeding van artsen volgens de willekeur van de ziekenhuisdirectie, dan kan men een concurrentiestrijd verwachten tussen ziekenhuizen. Niet zo performante artsen of buitenlandse artsen die vrede nemen met een lager forfaitair tarief, zullen aanvaard worden. Enige voorwaarde: dat ze goed de MKG kunnen gebruiken – het resultaat wordt toch niet in het systeem opgenomen. Indien kwaliteitsindicatoren een deel van de financiering zouden bepalen, zullen deze een prioriteit vormen. Met spreekt niet meer over zorg; men spreekt over kosten en vergoedingen. En spijtig genoeg is de arts in een forfaitair systeem een kost. Vandaag, is de arts voor 42 % van het ziekenhuisbudget een bron van inkomsten!

De derde bron van deze metamorfose is van culturele en sociologische aard. De relatie arts-patiënt evolueert naar een relatie patiënt-zorgsysteem. Gezondheid gaat niet alleen om lichamelijk welzijn, het gaat om welzijn zonder meer; lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk. De arts is een van de elementen naast de psycholoog, podoloog, maatschappelijk werker en, als we de sommige mutualiteiten mogen geloven, de fitnesscoach of de sauna-uitbater. Het systeem transformeert de relatie arts-patiënt in een relatie arts-systeem met wijkgezondheidscentra, multidisciplinaire consults en geestelijke gezondheidsnetwerken. De jonge generatie artsen conformeert zich steeds meer aan dit gezondheidszorgsysteem. De vrij gevestigde geneeskunde wordt in vraag gesteld. Dit is een onvermijdelijke, culturele en maatschappelijke evolutie. Wie evolutie zegt, spreekt niet over revolutie. Zowel de jonge als de oudere artsen zijn zich bewust van de arts-patiëntrelatie. Ze hebben het altijd over 'hun' patiënt, en niet van 'een' patiënt. Ze conformeren zich aan het systeem, maar blijven artsen. Het probleem is dat het systeem hen steeds meer als gezondheidswerkers gaat beschouwen, en niet als artsen. diagnosestelling en therapeutische eigenaardig genoeg andere verpleegkundigen en zelfs patiënten – die zich het wat de artsen naar hun mening het bedrijven van de geneeskunde is niet eigen aan de geneeskunde. de lezer, kijker of luisteraar, schotelt gemediatiseerde schandalen voor beeld van het beroep. Een voor een item in het tv-journaal. Aan een therapeutisch ongeval of een therapeutische vergissing wordt daarnaast nog een speciale uitzending over de medische fout gewijd. Jammer voor de andere vrijeberoepers dat hun fouten niet dezelfde aandacht krijgen, of beter gezegd: wat een geluk voor hen! De nieuwe cultuur is die van communicatie en internet. Het is alom geweten dat alles wat op het internet staat de waarheid is en als het over geneeskunde gaat, wetenschappelijk bewezen. Patiëntenfora tieren welig en zelfs beoordelingen over artsen hebben hun plaatsje op het net. Sommige van die beoordelingen zijn correct, andere zijn dat beduidend minder. Maar voor vele surfers zullen ze een zeker waarheidsgehalte hebben.

**Met het VBS-GBS hebben we vorig jaar een think tank opgericht om alternatieven voor de all-in en het stappenplan van minister Onkelinx voor te stellen**

Terwijl de verantwoordelijkheid voor keuze bij hen berust, zijn het deelnemers aan het systeem – ziekenhuisdirecteursbeleidsmakers recht toe-eigenen om te bepalen moeten doen. De nieuwe cultuur is zonder artsen. Deze nieuwe cultuur In zijn zoektocht naar de gunst van de pers het publiek graag fel en schildert ze een niet al te fraai therapeutische innovatie is goed

De huidige metamorfose is niet alleen juridisch of financieel, maar wel degelijk maatschappelijk en cultureel. Hoe kan men dan als beroepsorganisatie uit het oog van de storm komen? Heel eenvoudig door de waarden die ons beroep hanteert verder te verdedigen. Ons mission statement wijst ons de weg die we moeten volgen. Wat ook betekent dat het VBS-GBS de drie verschillende bronnen moet aanpakken om de metamorfose in goede banen te leiden. Sinds jaren zijn wij actief om het belangrijke juridische luik goed op te volgen. Dankzij juriste Fanny Vandamme en dankzij ons bestuurscomité worden alle wetteksten besproken en aangevochten inden ze nadelig zijn voor arts of patiënt. Dankzij Marc Moens en andere collega-artsen worden in tal van commissies en op het RIZIV de artsen verdedigd. Dankzij Olivier Lambrechts, onze laatst aangeworven medewerker en economist gespecialiseerd in gezondheidszorg, worden voorstellen gedaan en naar alternatieven gezocht voor de financiering van de specialisten. Met het VBS-GBS hebben we vorig jaar een think tank opgericht om alternatieven voor de all-in en het stappenplan van minister Onkelinx voor te stellen. In de medische pers vindt men verschillende tussenkomsten van de bestuursleden en in het bijzonder van Dr. Marc Moens om onze standpunten bekend te maken. Op tal van vergaderingen,

LOK's en symposia zijn wij aanwezig en als sprekers uitgenodigd. Dit alles kan niet zonder de steun van de leden, die ik dank voor hun loyaliteit en hun vertrouwen in ons bestuur. Dit alles kan door de hulp van onze medewerkers, en ik dank Delphine, Koen, Raf, Josiane, Loubna, Brigitte en Vincent. Bedankt, allemaal!

Om te besluiten, zou ik durven stellen dat het jaar 2014 de storm is, en dat de artsen zich in het oog van de storm bevinden. Het beroep evolueert, de metamorfose is onvermijdelijk. Maar als wij als artsen eensgezind zijn en de fundamentele waarden van de geneeskunde verdedigen, en alleen dan, zal het beroep zijn waardigheid kunnen behouden. Wij willen niet weten van een commercieel beroep, waar het forfait of de directeur bepalen hoe we onze praktijk moeten voeren.

Wij blijven artsen ten dienste van onze patiënten.

Bedankt VBS, bedankt u allen.

Dr. J.L. DEMEERE

@	Wenst u te reageren op dit artikel? Dat kan op het e-mailadres <a href="mailto:info@vbs-gbs.org">info@vbs-gbs.org</a> Alle meningen zijn welkom!
---	---

## RADIOLOGEN VERHEUGD MET BIJKOMENDE MRI-TOESTELLEN

**BRUSSEL, 3 maart 2014 – De Belgische Vereniging voor Radiologie (BVR) verwelkomt de beslissing van Vice-Eerste Minister en Minister van Volksgezondheid Laurette Onkelinx om 12 bijkomende MRI-toestellen te voorzien voor een stralenvriendelijkere diagnostiek. De bijkomende MRI-toestellen zullen prioritair worden toegewezen aan ziekenhuizen die hier nog niet over beschikken. De BVR wenst de nadruk te leggen op het constructief overleg met Mevrouw Onkelinx dat deze langverwachte beslissing mogelijk heeft gemaakt.**

De Belgische radiologen zijn verheugd dat de beslissing van Minister Onkelinx toelaat het aantal MR-toestellen vanaf 2015 te verhogen. Deze beslissing is tot stand gekomen na intens en constructief overleg tussen de radiologen, het Kabinet van Vice-Premier en Minister van Volksgezondheid Laurette Onkelinx, de FOD Volksgezondheid, de Gemeenschappen, het RIZIV en het Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle. Deze verhoging is onontbeerlijk geworden gezien de toenemende vraag naar MRI-onderzoek.

Omdat MRI-toestellen hoogkwalitatieve diagnostiek aanbieden zonder gebruik te maken van röntgenstralen worden de toestellen meer en meer aangeduid als belangrijkste opsporingsmethode in de ["Richtlijnen voor Goed Gebruik van Medische Beeldvorming"](#).

*"In de richtlijnen wordt beschreven welke apparatuur het best wordt ingeschakeld voor welk onderzoek. Door de richtlijnen na te leven krijgt de patiënt het meest aangewezen onderzoek",* verduidelijkt Geert Villeirs, voorzitter van de Belgische Vereniging voor Radiologie.

Het uitbaten van MRI-toestellen in België wordt echter geprogrammeerd, d.w.z. dat enkel ziekenhuizen die door de overheid via een vergunning daartoe gemachtigd worden een MRI-toestel mogen uitbaten. Momenteel zijn er 109 toestellen actief, waarvan 58 in Vlaanderen, 32 in Wallonië en 19 in Brussel. Een aantal dat onvoldoende is om aan de vraag te kunnen voldoen, waardoor veel artsen verplicht op zoek gaan naar een alternatief. Dat alternatief is vaak een CT-scan, die in tegenstelling tot MRI-scans, wél gebruik maakt van röntgenstralen én waarvan de plaatsing niet geprogrammeerd is.

*"Door de beslissing om de programmatie van MRI-toestellen te verhogen, zetten we samen in op een diagnostiek die beter aangepast is in functie van de bescherming van de patiënt voor straling. Ook in de toekomst zullen wij vanuit de BVR hierop blijven inzetten. Dit kadert in ons actieplan om het aantal inadequate vragen naar CT-scans naar omlaag te halen",* voegt Geert Villeirs hieraan toe.

Door deze nieuwe beslissing verzekert de overheid tevens een gelijke geografische spreiding van MRI-toestellen over het land, aangezien nieuwe toestellen prioritair toegewezen zullen worden aan ziekenhuizen die nog niet over een MRI-toestel beschikken.

Deze maatregel moet een optimale vervanging van CT- door MRI-onderzoeken mogelijk maken. Deze maatregel zal toelaten de uitbreiding van het MRI-park op budgetneutrale manier te kunnen organiseren: de budgettaire ruimte die de radiologen via hun honoraria creëren door het niet uitvoeren van CT-onderzoeken zal immers aangewend worden om de meer gewenste MRI-onderzoeken te kunnen financieren.

Het dient dus benadrukt te worden dat de radiologen door zich te engageren tot een grotere patiëntvriendelijkheid op vlak van straling, zelf de bijkomende MRI-toestellen zullen financieren, ten voordele van een snellere toegankelijkheid tot deze techniek.

---

**NOMENCLATUUR: ARTIKEL 17, § 12 - substitutierecht  
(radiologie)**

(in voege op 01.04.2014)

**9 JANUARI 2014 - Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 17, § 12, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (BS 06.02.2014 - p. 10711)**

**Artikel 1.** In artikel 17, § 12, eerste lid, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 19 december 2012, wordt de bepaling 3° aangevuld als volgt:

“In het licht van de diagnostische vraagstelling en op basis van de klinische context voert een geneesheer-specialist in de röntgendiagnose het meest aangewezen onderzoek uit.

De geneesheer-specialist in de röntgendiagnose kan een of meerdere onderzoeken die door de voorschrijver worden voorgesteld vervangen door een ander onderzoek van artikel 17 of artikel 17bis.

Elke vervanging wordt in het protocol toegelicht.

Bij het bepalen van het aangewezen onderzoek wordt rekening gehouden met reeds eerder uitgevoerde relevante onderzoeken die bekend zijn;”.

---

**NUCLEARISTEN REAGEREN TEVREDEN OP DE UITBREIDING  
VAN HET AANTAL PET- EN NMR-TOESTELLEN**

**Minister Onkelinx heeft een plan uitgewerkt dat toelaat om het aantal PET-centra te verhogen van 13 naar 24. Dankzij deze toename van het aantal camera's en een goede spreiding van de centra over het land is het hierdoor mogelijk om alle Belgische patiënten een betere zorg aan te bieden, vooral op gebied van de kankerdiagnostiek en de opvolging van de verschillende kankerbehandelingen.**

Het Verbond van Belgische Specialisten in de Nucleaire Geneeskunde en de Wetenschappelijke Vereniging van Nucleaire Geneeskunde reageren met tevredenheid op het protocolakkoord dat een uitbreiding van de capaciteit aan PET- en NMR-toestellen in ons land mogelijk maakt.

Reeds geruime tijd worden we geconfronteerd met bijzonder lange wachlijsten voor patiënten die een PET-onderzoek moeten ondergaan. Meestal gaat het om mensen die een tumor hebben en dit onderzoek is noodzakelijk om de optimale behandelingswijze voor hun tumor te kunnen bepalen. Dit

zijn behandelingen die vaak zeer dringend dienen opgestart te worden, wat nu niet mogelijk was door het tekort aan PET-toestellen in ons land. PET-onderzoeken zijn vandaag namelijk de hoeksteen voor de diagnosestelling van longtumoren, klierkanker en darmtumoren, en zijn ook absoluut noodzakelijk voor tal van andere tumoren. De wetenschappelijke vooruitgang heeft ook aangetoond dat een PET-onderzoek vaak noodzakelijk is om te beslissen hoe lang en welke chemotherapie dient gegeven te worden en op welke wijze de radiotherapie optimaal kan aangewend worden.

Dankzij de inspanningen van minister Onkelinx is er nu na lang overleg tussen de verschillende belanghebbenden (de federale overheid, de gewesten en gemeenschappen, het RIZIV, het Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle, de ziekenhuisbeheerders en de artsen) een alomvattend akkoord voor uitbreiding van het aantal PET- en NMR-centra en -toestellen.

Zo wordt het aantal erkende PET-toestellen verhoogd van de huidige dertien naar vierentwintig, wat het mogelijk maakt om aan 86.000 mensen de gepaste medische onderzoeken te kunnen aanbieden.

Er is namelijk niet enkel een uitbreiding van het aantal toestellen, maar ook van het aantal ziekenhuizen dat een dergelijke camera mag plaatsen. Hierdoor slagen we erin om via een goede geografische spreiding de toegankelijkheid van deze techniek voor alle patiënten in ons land te garanderen en te optimaliseren.

De universiteiten krijgen de mogelijkheid om meer wetenschappelijk onderzoek uit te voeren en zo de leidende rol die ze jarenlang op internationaal vlak op PET-gebied gespeeld hebben opnieuw op te nemen.

Deze oplossing heeft belangrijke inspanningen gevraagd van alle betrokkenen, ook op financieel gebied, maar minister Onkelinx is erin geslaagd om dit te verwezenlijken zonder de betaalbaarheid van ons gezondheidszorgsysteem op middellange en lange termijn te ondergraven. In de huidige moeilijke budgettaire tijden is dit noodzakelijk, maar iedereen was ook overtuigd van de noodzaak om een uitbreiding van het aantal PET-toestellen door te voeren.

Het protocolakkoord geeft ook een aanzet om de samenwerking tussen radiologen en nuclearisten nog verder uit te diepen, waardoor overbodige of minder geschikte onderzoeken voorkomen worden en wij aan onze patiënten de meest optimale zorg kunnen aanbieden.

---

## **BEHANDELING VAN DE ZELDZAME KANKERS OPRICHTING VAN NIET-UNIVERSITAIRE WERKGROEPEN**

Op 10 februari 2014 heeft het KCE het rapport omtrent de organisatie van de zorg voor volwassenen met een zeldzame of complexe kanker gepubliceerd.

Het is de bezorgdheid van alle specialisten dat moderne oncologische zorg op een kwalitatief hoogstaande manier gebeurt, waarbij de beschikbare expertise, de wetenschappelijke kennis en de multidisciplinaire werking maximaal worden benut. Het VBS maakt zich evenwel zorgen over de manier waarop de aanbevelingen van het KCE in de praktijk zullen worden geïmplementeerd. De studie is als het ware op maat geschreven voor de universitaire centra, die de behandeling van alle kankers zullen monopoliseren. Ook buiten de universitaire ziekenhuizen zijn diverse specialistische disciplines betrokken bij het management van die tumoren. Volgende specialisten krijgen quasi dagelijks met deze problematiek te maken:

- medisch oncologen, endocrinologen, hematologen, neurologen, gastro-enteroloog-oncologen, pneumoloog-oncologen, cardiologen;
- algemeen chirurgen, abdominale chirurgen, neurochirurgen, hepatobiliaire chirurgen, NKO-artsen, gynaecologen ;
- radiologen, radiotherapeuten, nuclearisten;
- patholoog-anatomen, klinisch biologen.

De artsen werkzaam in een niet-universitair ziekenhuis willen via een innovatief en toekomstgericht initiatief een constructief antwoord bieden aan het KCE en aan de toekomstige minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, dat moet toelaten dat de niet-universitaire ziekenhuizen hun rechtmatige plaats opnemen in de oncologische zorg.

Het VBS en de BVAS wensen concreet oncologische werkgroepen (beperkt en sterk gepersonaliseerd) voor elk van die “zeldzame” of “complexe” kankers op te richten. Aangezien de universitaire collega’s al ruim aan het woord kwamen in het KCE-rapport 219, richten het VBS en de BVAS een oproep tot hun leden, opdat een aantal direct betrokken specialisten hun expertise binnen het niet-universitair werkveld zouden bundelen om de door het KCE geformuleerde aanbevelingen te analyseren en aan te vullen.

Het is essentieel dat er snel een dynamiek op gang komt. Wenst u actief mee te werken, gelieve dan contact op te nemen met Mevr. Fanny Vandamme ([fanny@vbs-gbs.org](mailto:fanny@vbs-gbs.org)) Het secretariaat zal de collega’s per domein samenbrengen. Het is de bedoeling dat binnen een termijn van hoogstens drie à vier maanden per discipline of “zeldzame” tumor een alternatief kan worden opgesteld dat we de nieuwe minister bij de aanvang van haar/zijn mandaat kunnen aanbieden. De lijst van de verschillende werkgroepen zeldzame kankers kan eveneens verkregen worden op het secretariaat.

Als de niet-universitaire specialisten lijdzaam afwachten, zullen binnenkort tal van ziekenhuisdiensten en zelfs ziekenhuizen hun deuren moeten sluiten.

---

#### WIJZIGING VAN ART. 168 VAN DE CODE VAN GENEESKUNDIGE PLICHTENLEER

Art.168 : “Wanneer een arts buiten de modaliteiten die in de wet zijn voorzien, gebruik maakt van diensten van een verzorgingsinstelling, dienen de voorwaarden voor dit gebruik bepaald te worden in een overeenkomst tussen deze beoefenaar en de verzorgingsinstelling, rekening houdende met de reële onkosten.”

---

#### WHO SURGICAL SAFETY CHECKLIST VOORKOMT POSTOPERATIEVE COMPLICATIES

**Naar schatting loopt ongeveer 15% van de patiënten die een chirurgische ingreep ondergaan risico op een complicatie. Dit maakt heelkunde één van de belangrijkste oorzaken van gezondheidszorg gerelateerde schade. Wat telt, is dat een belangrijk deel hiervan te voorkomen valt. De onderzoeksgroep Patiëntveiligheid & Gezondheidseconomie van de Universiteit Hasselt onderzocht het effect van het gebruik van de *surgical safety checklist* in het operatiekwartier.**

#### **Heelkunde, een complex gegeven**

Binnen een bijzonder complexe context zoals chirurgie is de kans dat er iets misloopt reëel. De oorzaak van complicaties tijdens of na een chirurgische ingreep is doorgaans niet te wijten aan de chirurgische ingreep op zich, maar voornamelijk te kaderen in andere aspecten van de procedure (Anderson et al., 2013; Weerakkody et al., 2013). Het is dus niet de gebrekkige kennis of kunde van het operatieteam dat verantwoordelijk is voor het ontstaan van complicaties maar wel hiaten in het zorgproces. Duidelijke afspraken over wie wat doet en voor wat verantwoordelijk is zijn nodig om te vermijden dat zorgverleners in het team er verkeerdelijk van uitgaan dat hun collega een bepaalde handeling al heeft gesteld (Lingard et al., 2004). Denk bijvoorbeeld aan het controleren van de identiteit van de patiënt, het markeren van de juiste operatiezijde, het tellen van het aantal gebruikte kompressen, enz. De gevolgen van dergelijke incidenten resulteren vaak in vermijdbare schade gekoppeld aan oplopende kosten voor de gezondheidszorg (Short, Aloia, & Ho, 2013). Patiëntveiligheid in de chirurgische context is verre van een lokaal probleem. Overal in de wereld en in de meest gerenommeerde centra worden dergelijke problemen gemeld. Het belang hiervan is

zelfs zo groot dat de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) in 2007 haar 'safe surgery' programma lanceerde. Een onderdeel hiervan is de *surgical safety checklist*, die uit 22 eenvoudige items bestaat die 'voor de anesthesie', 'voor de incisie' en 'bij afloop van de ingreep' door het operatieteam dienen gecontroleerd te worden.

### **Checklist voorkomt complicaties**

De noodzaak van het gebruik van een surgical safety checklist zorgt nog al te vaak voor discussie binnen de sector. Dat komt omdat onderzoek over het effect van het gebruik van de WHO surgical safety checklist zich vaak heeft beperkt tot specifieke centra of ingrepen. Onderzoekers van de UHasselt (Drs. Jochen Berghs, Prof. Dr. Dominique Vandijck, Prof. Dr. Johan Hellings en Prof. Dr. Irina Cleemput) onderzochten daarom samen met het Collegium Chirurgicum (Dr. Donald Claeys), en de beroepsverenigingen voor anesthesisten (Dr. Jean-Luc Demeere) en operatieverpleegkundigen (Monique Van Hiel) het effect van deze patiëntveiligheidsverbeterende interventie op het aantal vermeden complicaties en overlijdens.

Hiervoor analyseerden ze de resultaten van alle studies gepubliceerd tot en met februari 2013. De systematische zoekstrategie resulteerde in 723 potentieel bruikbare studies. Na manuele controle voldeden 7 studies aan de inclusiecriteria. Het samenvoegen van de resultaten toont aan dat vóór het gebruik van de WHO checklist complicaties voorkwamen in gemiddeld 17 per 100 patiënten. Na implementatie van de checklist halveert dit aantal maar liefst, naar 8 per 100 patiënten. Het effect van de WHO surgical safety checklist op zes in beschouwing genomen klinische outcomeparameters werd beschrijvend samengevat. Voor drie uitkomsten (m.n. postoperatieve complicaties, mortaliteit en wondinfecties) kon een meta-analyse worden uitgevoerd. Deze toont aan dat er een significante reductie was voor de drie eerder genoemde outcomeparameters.

### **Correct gebruik essentieel**

Er bestaat een sterke correlatie tussen het bereiken van een significante reductie in postoperatieve complicaties en compliance met zorgaspecten ingebed in de checklist. Wanneer deze checklist correct wordt toegepast, spreken de wetenschappelijke bewijzen voor zich. Het omgekeerde is ook waar, hoe lager de compliance met deze zorgaspecten des te kleiner de kans om tot een significante risicoreductie te komen. Het implementeren van deze op zich eenvoudige checklist lijkt evident, maar blijkt dat niet te zijn in de praktijk (Sparks, Wehbe-Janek, Johnson, Smythe, & Papaconstantinou, 2013). Verder onderzoek naar de manier waarop deze levensreddende checklist sluitend geïmplementeerd kan worden is nodig. Er bestaan inzichten omtrent de implementatie van (technische) innovaties en evidence-based practice richtlijnen. Daar de surgical safety checklist voornamelijk gericht is op het bevorderen van de communicatie en het teamwerk dienen we deze te beschouwen als een complexe sociale interventie. Tot heden bestaat er geen substantieve theorie die inzicht verschaft in de barrières en faciliterende factoren bij de implementatie van dergelijke interventies in de praktijk. Ook hier speelt de onderzoeksgroep Patiëntveiligheid & Gezondheidseconomie van de UHasselt een voortrekkersrol. Momenteel wordt in de Vlaamse ziekenhuizen gepeild naar hoe belemmerende factoren overwonnen kunnen worden. Ook hier is het draagvlak en ondersteuning vanuit de betrokken beroepsverenigingen sterk aanwezig.

#### **Meer info**

Drs. Jochen Berghs: 011/26.87.05 en Prof. Dr. Dominique Vandijck: 011/26.87.14.

*Dit onderzoek kadert onder andere in de initiatieven van ICURO (koepel van Vlaamse ziekenhuizen met publieke partners) en VIP<sup>2</sup> (Vlaams Indicatoren Project voor Patiënten en Professionals) die als doel hebben de ziekenhuizen te ondersteunen om op een gestructureerde en continue wijze te werken aan het verbeteren van de kwaliteit. Referentielijst op aanvraag verkrijgbaar op [info@vbs-gbs.org](mailto:info@vbs-gbs.org)*



## DIVERSE NOMENCLATUURWIJZIGINGEN

KB van 21.02.2014: wijziging van art. 7 – kinesitherapie (BS 13.03.2014).

Koninklijke besluiten van 29 januari 2014 houdende wijziging van de artikelen 17bis, § 1, 2., 17quater, § 1, 2., en 20, § 1, e) en van 17, § 1, 5°, en 17ter, A, 5°, (BS 21.02.2014) waarbij in het kader van de besparingsmaatregelen de sleutelletter van een aantal prestaties werd herzien. De nieuwe tarieven in voege vanaf 01.04.2014 zijn beschikbaar op de VBS-website.

De volledige teksten kunnen op eenvoudige vraag bekomen worden op het secretariaat 02/649.21.47, per fax 02/649.26.90 of per e-mail [info@vbs-gbs.org](mailto:info@vbs-gbs.org).

## NIEUWE INTERPRETATIEREGELS

### ARTIKEL 20, § 2, C (inwendige geneeskunde)

**INTERPRETATIEREGEL 01 (in voege 01.12.2011) (BS 17.02.2014 – p. 13032)**

VRAAG: Artikel 20, § 2, C, 5, bepaalt de verwante verstrekkingen uit artikel 20 voor de geneesheer-specialist in de urgentiegeneskunde. Mogen deze verstrekkingen ook aangerekend worden door de geneesheer-specialist houder van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde?

ANTWOORD: Ja, deze verstrekkingen mogen ook door de geneesheer-specialist houder van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde worden aangerekend.

### ARTIKEL 29§1 – Orthopedisten

**INTERPRETATIEREGEL 34 (in voege 01.02.1993) (BS 24.01.2014 – p. 6670)**

VRAAG : Wat wordt bedoeld met “behandeling” in de omschrijving van de verstrekking 697071 - 697082 en aan welke specificaties moet bijgevolg de orthese voldoen?

ANTWOORD : Onder deze verstrekking wordt de orthese bedoeld waarbij het fysiologisch enkelgewricht in functie van de behandeling kan aangepast worden progressief naar flexie of extensie of neutraal in geval van de indicatie “fractuur” moet de orthese een gedeeltelijke ontlasting kunnen toelaten van voor-, midden- of achtervoet door aanpassingen van de binnenzool of het gebruik van een pneumatische liner. Deze ontlasting moet progressief kunnen evolueren naar een normale belasting. Daarnaast moet het enkelgewricht geïmmobiliseerd kunnen worden en in functie van de behandeling al dan niet progressief maar gecontroleerd vrijgemaakt kunnen worden, zodat binnen de passende termijn terug een normale gewrichtsfunctie kan toegestaan worden. Deze progressieve aanpassingen worden uitgevoerd ter hoogte van het regelbare of instelbare enkelgewricht.

In geval van de indicatie ‘achillespeesruptuur’ moet de orthese de positie van de voet t.o.v. het onderbeen in het enkelgewricht kunnen immobiliseren. Nadien moet de graad van equinus progressief aangepast kunnen worden naar 90°, op aangeven van de voorschrijver, in functie van het genezingsproces van de achillespees. De aanpassing van de equinusstand naar 90° gebeurt ter hoogte van het regelbare of instelbaar enkelgewricht en/of met het aanpassen van de interne of externe wiggen die tot het basisconcept van de orthese behoren. Orthesen die niet aan bovengenoemde indicaties en specificaties van de behandeling voldoen kunnen niet getarifeerd worden onder 697071 - 697082.”

## CONSENSUSVERGADERING 'RATIONEEL GEBRUIK VAN DE HYPOLIPEMIËRENDE GENEESMIDDELEN'

Het Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen organiseert op donderdag 22 mei 2014 een consensusvergadering rond het thema "Het rationeel gebruik van de hypolipemiërende geneesmiddelen" in het Auditorium Lippens van de Koninklijke Bibliotheek, Keizerslaan 2, 1000 Brussel. Inschrijven kan voor 1 mei 2014 via e-mail [consensus@riziv.fgov.be](mailto:consensus@riziv.fgov.be) of per brief: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging - Directie farmaceutisch Beleid t.a.v. Dhr. Herman Beyers, Tervurenlaan 211 te 1150 Brussel

Het programma vindt u op [www.riziv.fgov.be](http://www.riziv.fgov.be) > Geneesmiddelen en andere farmaceutische verstrekkingen > Statistische en wetenschappelijke informatie > Consensusvergaderingen. Deelname is gratis. Accreditering (rubriek "ethiek en economie") is aangevraagd.

## 3<sup>RD</sup> BELUX SYMPOSIUM ON FABRY DISEASE BELGIAN EXPERIENCE WITH SCREENINGS FOR FABRY DISEASE

28.03.2014 - Institut de Pathologie et de Génétique (IPG) - avenue Georges Lemaître 25 – 6041 Charleroi (Gosselies).

Topics: Cardiological aspects of Fabry Disease, From Science to Medicine, Reimbursement procedures, Neurological aspects of Fabry disease.

Program: <http://www.ipg.be/fr/Prog2014-03-28.pdf>

Registration : [rina.davella@ipg.be](mailto:rina.davella@ipg.be) / 071/34.78.61 (fax)

Accreditation points have been asked in Ethics and Economy.

## VBS BEHEERT ZELF NIEUWE WEBSITE

De nieuwe website van het VBS is online sinds 4 maart 2014. Het vernieuwingsproject heeft meer tijd gekost dan oorspronkelijk gepland, een jaar om precies te zijn. Geolens, het bedrijf dat instond voor het onderhoud van onze oude website, was echter bereid zijn diensten tijdens deze extra periode te blijven verlenen. Het VBS wenst zaakvoerder Georges Lens via deze weg hiervoor te danken.

De nieuwe website maakt gebruik van CMS-architectuur (contentmanagementsysteem), wat betekent dat het VBS-secretariaat voortaan zelf de informatie op de site kan bijwerken zonder telkens een beroep te hoeven doen op de technische ondersteuning, die wordt verzekerd door het bedrijf Trynisis. Zoals sommige leden al hebben gemerkt, verstuurt het VBS nu zelf de elektronische mailings naar de leden; de e-specialist, de elektronische versie van De Geneesheer-Specialist, of specifieke berichtgeving aan een van onze beroepsverenigingen.

Met de nieuwe website hoopt het VBS zijn leden nuttige en actuele online diensten te kunnen aanbieden, die beantwoorden aan de hedendaagse gebruikscriteria.

Elke beroepsvereniging beschikt voortaan over haar eigen pagina in de boomstructuur van de VBS-website. De beroepsvereniging die dat wenst, kan haar minisite gebruiken om extra informatie online te zetten. Momenteel hebben wij voor elke vereniging informatie over de statutaire samenstelling, de erkenningscriteria van het desbetreffende specialisme en de samenstelling van de erkenningscommissie voorzien. Van nu af aan kunnen wij nog andere informatie i.v.m. elke afzonderlijke beroepsvereniging online zetten.

In samenwerking met Trynisis herzag de VBS-ploeg de informatie-opbouw van de oude website, die voortaan een boomstructuur volgt. De nieuwe website beantwoordt aan de normen van het

'responsive web design' (HTML 5). Dat betekent dat hij ontworpen is om de weergave van de informatie automatisch te optimaliseren ongeacht het gebruikte toestel of het type scherm (desktop, laptop, tablet of smartphone). De inhoud van de website is volledig tweetalig; u kunt dus met één muisklik van de Nederlandse naar de Franse versie gaan zonder naar de startpagina terug te hoeven keren.

Het adres van de website is niet veranderd ([www.vbs-gbs.org](http://www.vbs-gbs.org)), de wijze waarop de informatie wordt voorgesteld is geëvolueerd en zou meer gestructureerd moeten zijn. Wij leggen momenteel de laatste hand aan de bijwerking van de informatie.

U kunt ons contacteren als u hulp wenst bij het gebruik van onze website of als u suggesties hebt.

In een streven om onze online dienstverlening te verbeteren starten we op maandag 24 maart 2014 een tevredenheidsonderzoek over onze site. Als u onze elektronische publicaties nog niet ontvangt, nodigen wij u uit om onze website te bezoeken en ons uw mening te geven.

## AANKONDIGINGEN

- 14027 **BRUSSEL:** Polikliniek Verhaegen, 1060 Brussel (Sint-Gillis) zoekt diverse specialisten:  
1) **PEDIATER:** geen wachtdiensten, noch huisbezoeken, 2 tot 3/11<sup>de</sup>  
2) **RADIOLOOG:** praktijk uitgerust met radiografie, echografie (doppler) en mammografie. 1 of 2 halve dag(en)/week.  
3) **ORTHOPEDISCH CHIRURG:** 1 of 2 halve dag(en)/week  
4) **GASTRO-ENTEROLOOG (+ endoscopieën):** 1 halve dag/week  
5) **DERMATOLOOG:** 1 of 2 halve dagen/week  
met het oog op de ontplooiing van nieuwe activiteiten:  
1) **OFTALMOLOOG:** uitgeruste praktijk. 1 of 2 halve dag(en)/week  
2) **REUMATOLOOG (EMG) –** 1 of 2 halve dag(en)/week  
3) **NEUROLOOG (EEG/EP)**  
4) **PNEUMOLOOG** – ervaring in slaapstoornissen – de praktijk zal worden uitgerust voor longfunctietests + ergospirometrie. Minimum 2/11<sup>de</sup>  
Contact: 0495/51.18.17.
- 14026 **SINT-TRUIDEN:** Het Sint-Trudo ziekenhuis heeft een vacature voor een **GENEESHEER-SPECIALIST IN DE RADIOLOGIE**. Meer info bij dr. Stefaan Verhamme, diensthoofd radiologie (011/69.92.75 – [stefaan.verhamme@stzh.be](mailto:stefaan.verhamme@stzh.be)) . Kandidaturen dienen, samen met een uitgebreid c.v., te worden gericht aan dr. S. Verhamme ([stefaan.verhamme@stzh.be](mailto:stefaan.verhamme@stzh.be)); dr. E. Mulleners, voorzitter van de medische raad ([eddy.mulleners@stzh.be](mailto:eddy.mulleners@stzh.be)); dr. R. Lippens, algemeen directeur Sint-Trudoziekenhuis ([directiesecretariaat@stzh.be](mailto:directiesecretariaat@stzh.be))
- 14018 **BRUGGE :** het A.Z. Sint-Lucas, Sint-Lucaslaan 29, 8310 Brugge zoekt een voltijds **ORTHOPEDISCH CHIRURG** (m/v) met een bijzondere bekwaamheid in de heupchirurgie, heuppathologie en heuparthroscopie. Verdere inlichtingen: Dr L. Vanden Berghe, diensthoofd orthopedie, tel. 050 36 53 19. Schriftelijke kandidatuurstellingen met C.V. dienen te worden gericht aan de heer F. Lippens, voorzitter van de Raad van Bestuur, dr. S. De Moor, voorzitter van de Medische Raad en aan dr. L. Vanden Berghe, diensthoofd orthopedie, met kopie aan dr. D. Bernard, medisch directeur.
- 14017 **BRUSSEL:** Het Universitaire Verplegingscentrum Brugmann zoekt een **GENEESHEER-RESIDENT BIJ DE DIENST UROLOGIE** - Interne/externe vacature - (M/V) – 11/11. Kandidatuur : Afsluitingsdatum : 12/03/2014 - Coördinaten : kandidatuur (motivatiebrief en CV) opsturen naar het e-mailadres [gestionmedecins@chubrugmann.be](mailto:gestionmedecins@chubrugmann.be) ter att. van Daniel Désir, Algemeen medisch Directeur (of UVC Brugmann, A. Van Gehuchtenplein, 4 te 1020 Brussel). Voor meer inlichtingen: <http://www.uvcbrugmann.be>.
- 14016 **BRUGGE:** het A.Z. Sint-Lucas Brugge, Sint-Lucaslaan 29, 8310 Brugge, zoekt een voltijdse arts-specialist (m/v) in de **NEUROCHIRURGIE**. Verdere inlichtingen kunnen bekomen worden bij dr. Dirk Bernard, medisch directeur (e-mail: [dirk.bernard@stlucas.be](mailto:dirk.bernard@stlucas.be) – tel.: 050 36 57 02). Schriftelijke kandidatuurstellingen met CV aan: de heer Frank Lippens, voorzitter van de Raad van Bestuur, dr. S. De Moor, voorzitter Medische Raad en dr. Nikolaas Vantomme, medisch diensthoofd neurochirurgie, met kopie aan dr. Dirk Bernard, medisch directeur.
- 14008 **TURNHOUT:** AZ Turnhout vzw is op zoek naar **2 FULLTIME RADIOLOGEN** (m/v). Bekwaamheden:  
• Conventionele radiologie, echografie, mammografie, CT-scan en magnetische resonantie • Een subspecialisatie en/of bredere interesse in hetzij orthopedische, thoracale of pediatrie beeldvorming is een vereiste • Een bijkomende subspecialisatie in interventionele technieken vormt een meerwaarde.  
Kandidaturen met curriculum vitae dienen te worden gericht aan: • Dr. Hans Cuykx, Diensthoofd medische beeldvorming AZ Turnhout, Steenweg op Merksplas 44, 2300 Turnhout, tel. 0474/86.93.74 of 014/44.40.73, [hans.cuykx@azturnhout.be](mailto:hans.cuykx@azturnhout.be)  
• Dr. Filip Van Grimberge, Adjunct-diensthoofd medische beeldvorming AZ Turnhout, Rubensstraat 166, 2300 Turnhout, [filip.vangrimberge@azturnhout.be](mailto:filip.vangrimberge@azturnhout.be) • Dr. Jo Leysen, Algemeen directeur AZ Turnhout, Steenweg op Merksplas 44, 2300 Turnhout, [jo.leysen@azturnhout.be](mailto:jo.leysen@azturnhout.be) • Mevr. Ann Cynsmans, Secretariaat directie HR, Rubensstraat 166, 2300 Turnhout, [vacature@azturnhout.be](mailto:vacature@azturnhout.be)

- 14005 **BRUGGE:** In het Algemeen Ziekenhuis Sint-Lucas Brugge, Sint-Lucaslaan 29, 8310 Brugge, is er een voltijdse vacature voor een: arts-specialist (m/v) in de **OOGZIEKTEN MET BIJZONDERE BEKWAAMHEID IN DE MEDISCHE RETINA**. Het ziekenhuis beschikt over 475 bedden voor verblijvende en dagziekenhuispatiënten. De kandidaat (m/v) zal deel uitmaken van de associatie oogziekten en zal vanaf 1 september 2014 samenwerken met de reeds aanwezige oogartsen. Verdere inlichtingen over de vacature kunnen bekomen worden bij dr. M. Huygens, diensthoofd oogziekten. (e-mail: [marc.huygens@stlucas.be](mailto:marc.huygens@stlucas.be))  
Schriftelijke kandidatuurstellingen met curriculum vitae dienen gericht te worden aan de heer Frank Lippens, voorzitter van de Raad van Bestuur en aan dr. Stefan De Moor, voorzitter van de Medische Raad, met kopie aan dhr. Niko Dierickx, algemeen directeur, dokter D. Bernard, medisch directeur en aan Dr. M. Huygens, medisch diensthoofd oogziekten.
- 14001 **HEUSDEN-ZOLDER:** Het Sint-Franciskusziekenhuis Heusden-Zolder heeft een vacature voor een **VOLTIJDS GENEESHEER-SPECIALIST IN DE NEUROLOGIE**. Meer info via [www.sfz.be](http://www.sfz.be), bij dr. Marika Doberenz, diensthoofd neurologie (011/71.58.52 – [marika.doberenz@sfz.be](mailto:marika.doberenz@sfz.be)) of dr. Luc Geutjens, medisch directeur (011/71.54.07 – [luc.geutjens@sfz.be](mailto:luc.geutjens@sfz.be)). Schriftelijke kandidaturen dienen, samen met een uitgebreid c.v., te worden gericht aan dr. Marc Geboers, algemeen directeur Sint-Franciskusziekenhuis, Pastoor Paquaylaan 129 – 3550 Heusden-Zolder – [marc.geboers@sfz.be](mailto:marc.geboers@sfz.be).

## Inhoudstafel

• ‘In het oog van de storm’ – toespraak van de voorzitter, algemene vergadering VBS 2014 .....	1
• Radiologen verheugd met bijkomende MRI-toestellen .....	4
• Nomenclatuur: art. 17, § 12 – substitutierecht (radiologie) .....	5
• Nuclearisten reageren tevreden op de uitbreiding van het aantal PET- en NMR-toestellen .....	5
• Behandeling van de zeldzame kankers: oprichting van niet-universitaire werkgroepen.....	6
• Wijziging van art. 168 van de code van geneeskundige plichtenleer .....	7
• WHO surgical safety checklist voorkomt postoperatieve complicaties .....	7
• Diverse nomenclatuurwijzigingen en nieuwe interpretatieregels.....	9
• Consensusvergadering ‘Rationeel gebruik van de hypolipemiërende geneesmiddelen’ .....	10
• 3 <sup>rd</sup> Belux Symposium on Fabry Disease.....	10
• VBS beheert zelf nieuwe website .....	10
• Aankondigingen .....	11