

Hepatitis E virus: a new kid on the block!

De eerste die geelzucht uitgebreid documenteerde was Hippocrates, al zijn er nog oudere beschrijvingen bekend. Meest waarschijnlijk ging het om uitbraken van hepatitis A, maar men besefte pas in de 8ste eeuw dat deze ziekte overdraagbaar is. Een uitbraak van geelzucht was vooral gevreesd tijdens militaire campagnes, want het betekende zoveel als het verliezen van de oorlog. Pas in 1973 werd het hepatitis A virus (HAV) geïdentificeerd waarna de ontwikkeling van diagnostische laboratoriumtesten snel volgde.

De aanval op Pearl Harbor in 1941 sleepte de Verenigde Staten mee in de Tweede Wereldoorlog en honderdduizenden troepen werden in allerij gemobiliseerd naar de Stille Oceaan. Om gele koorts te voorkomen werd het 'Defense Biological Warfare Program' opgestart, waarbij het Theilervaccin werd gebruikt. Om het vaccin te stabiliseren was veel serum nodig, wat in grote mate gedoneerd werd door oorspronkelijke inwoners van Australië. Opvallend was dat veel soldaten geelzucht kregen na die vaccinatie. Twintig jaar later ontdekte de latere Nobelprijswinnaar Baruch Blumberg dat deze 'serum hepatitis' gelinkt was aan het 'Australia antigen' dat hij terugvond in het bloed van veel Aboriginals. Vandaag is dit antigen beter gekend als het hepatitis B surface antigen (HBsAg). Vele Amerikaanse soldaten werden na de oorlog bloeddonor en zorgden ongewild mee voor de wereldwijde verspreiding van hepatitis B.

Dankzij het beschikbaar worden van serologische analyses werd in 1975 voor het eerst gewag gemaakt van een non-A-non-B hepatitis, die voornamelijk na transfusie werd vastgesteld. Het etiologisch agens bleek een nieuw virus, het hepatitis C virus (HCV), te zijn. In 1990 begonnen de bloedbanken dan ook donorbloed te screenen voor hepatitis C, maar het duurde nog jaren om de kwaliteit van de analyses op niveau te krijgen. Vandaag zijn nog andere hepatotrope virussen gekend (HDV, HEV, HFV, HGV, TTV, SEN-V) maar één hiervan, het hepatitis E virus (HEV) kreeg de afgelopen jaren toch bijzondere aandacht.

In 1980 werd voor het eerst de term 'enterically transmitted non-A-non-B (ETNANB) hepatitis' gebruikt, naar aanleiding van een uitbraak van geelzucht in India (275 gevallen, 10 fataliteiten). Retrospectief onderzoek toonde aan dat de grote hepatitis uitbraak met 29.000 beschreven gevallen in New Delhi in 1955 ook tot deze ETNANB behoorde. Naast een serologische en epidemiologische gelijkens (telkens was gecontamineerd drinkwater de bron) was er nog een andere bijzondere overeenkomst: de fatale gevallen waren bijna altijd zwangere vrouwen. Het verantwoordelijke virus werd pas gekloond in 1990. De oorspronkelijke naam, HAV-2, werd veranderd naar HEV toen bleek dat dit virus niet gerelateerd was met het HAV. In 2004 werd het virus door het international committee on taxonomy of viruses in een aparte familie (de Hepeviridae) ondergebracht. Het belang van hepatitis E in de derde wereld werd pas duidelijk in de jaren 90: deze epidemische water-born hepatitis is verantwoordelijk voor meer dan 50% van alle hepatitisen in die contreien en 1 op 3 wordt er tijdens het leven met HEV geïnfecteerd. Deze enorme prevalentie betekent dat ook bij Westeralingen die terugkomen uit een derdewereldland soms reis-gerelateerde hepatitis E wordt vastgesteld. Fylogenetisch onderzoek toonde aan deze endemische hepatitis E door twee

genotypen van hetzelfde virus wordt veroorzaakt: genotype 1 en 2. In 1993 publiceerde Hans Zaaijer gevallen van Nederlandse patiënten met een serologisch profiel van acute en doorgemaakte hepatitis E zonder dat die patiënten een reisgeschiedenis hadden. [1] Tegelijkertijd publiceerde Goldsmith een onderzoek bij Egyptische kinderen met acute non-A-non-B hepatitis waarvan 42% anti-HEV antilichamen bleken te hebben. Eigenaardig genoeg toonde hij ook in de gezonde controlepopulatie 25% seroprevalentie aan. [2]

De resultaten van beide baanbrekende publicaties werden de daaropvolgende jaren echter niet naar waarde geschat en men twijfelde aan de kwaliteit van de serologische analyses. Case-reports stapelden zich echter op en ook de kwaliteit van de serologie verbeterde, waardoor het bestaan van niet reis-gerelateerde hepatitis E bij Westeralingen ontegensprekelijk werd. Deze vorm wordt nu autochtone hepatitis E genoemd en hepatitis E komt dus wereldwijd voor. Bovendien werd in 1997 het genotype 3 ontdekt bij Amerikaanse varkens en in 1998 werd het ook bij de mens vastgesteld. Pas in 2000 besefte men dat de autochtone hepatitis E door genotype 3 wordt veroorzaakt (in Japan door genotype 4) en dus niet door de genotypen 1 en 2. Bovendien kon men autochtone hepatitis E een zoönose is en dat varkens het belangrijkste reservoir vormen. Meer dan 80% van de varkens in Westerse landen zijn anti-HEV positief en ongeveer 20% excreteert het virus actief (asymptotisch). Ook bij veeartsen en varkenshouders toonde men een hoge seroprevalentie aan. Het eten van besmet en onvoldoende gebakken varkensvlees (maar ook hert en everzwijn) is wellicht de belangrijkste bron van besmetting. Deze nieuwe inzichten zorgden voor een hype rond hepatitis E die nog steeds voortduurt. In 2012 werd ook in België aangetoond dat 14% van de bevolking antilichamen tegen het hepatitis E virus bezit en dus met het virus in contact kwam. [3] Toch is de transmissie nog niet volledig opgehelderd. In grote Westerse steden zoals Barcelona, Rotterdam en Nancy werd HEV RNA aangetoond in rioolwater. Ook bloedtransfusies, contact met huisdieren, eten van schaaldieren en contact met vervuild (drink) water zijn overdrachtvormen die nog onderzocht worden. Ondanks het feit dat HEV alomtegenwoordig is in de Westerse landen werden slechts weinig acute gevallen beschreven. De belangrijkste reden hiervoor is dat het genotype 3 slechts zelden symptomen veroorzaakt. Recent werd nog aangetoond dat hepatitis E ook in chronische vorm voorkomt, voornamelijk bij immuungecompromitteerden. Bij deze patiënten is de serologie onbetrouwbaar en spoort men beter het viraal RNA op in het serum. Incidentiestudies in Vlaanderen zijn lopende en de vraag of hepatitis E een plaats verdient in de primaire differentiaal diagnose van een symptomatische hepatitis zal door deze studies beantwoord worden. Een grote studie uitgevoerd in South Hampshire (Engeland) toonde alvast aan van wel. ■

Frederik Van Hoecke, klinisch bioloog
frederik.van.hoecke@sintandriestelt.be

[1] Zaaijer H, et al. 1993. Lancet.
[2] Goldsmith R, et al. 1992. Lancet.
[3] Van Hoecke F, et al. 2012. Acta Gastroenterol Belg.



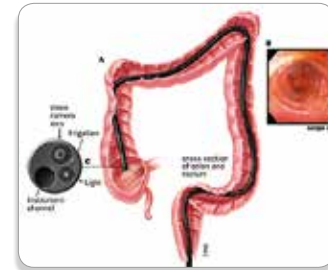
Darmkankeronderzoek in Vlaanderen vanaf 2014

De Vlaamse overheid organiseert vanaf 2014 een grootschalige darmkankerscreening. Uit proefonderzoek bleek dat meer dan 40% van de bevolking bereid is hiernaar te participeren. Elk jaar krijgen meer dan 5.000 Vlamingen te horen dat ze darmkanker hebben. Darmkanker is de op 1 na meest voorkomende kanker bij vrouwen (na borstkanker) en de derde meest voorkomende bij mannen (na prostaat- en longkanker). Elk jaar overlijden 1.800 tot 2.000 Vlamingen aan de ziekte. Via het screeningsproject hoopt men 400 sterfgevallen te voorkomen.

Darmkanker is jaren vooraf opspoorbaar en geneesbaar. In de meeste gevallen is darmkanker een traag ontwikkelende ziekte: het duurt gemiddeld tot 10 jaar vooraleer een poliep zich ontwikkelt tot een kwaadaardig gezwel. Hoe vroeger in zijn ontwikkeling de kanker ontdekt wordt, hoe groter de kans op genezing. In een vroeg stadium ontdekt, bedraagt de 5-jaaroverleving van de kankerpatiënten meer dan 95%.



Hoe zal de overheid de screening uitvoeren? Elke Vlaming tussen 50 en 74 jaar zal een brief in de bus krijgen samen met de immunochemische Fecaal

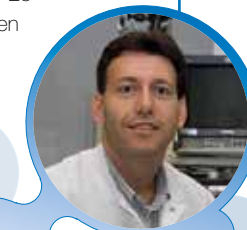


Occult Bloed Test (iFOBT). Bij een afwijkend resultaat met bloedspoor op het faecesstaal, wordt een colonoscopie uitgevoerd. Bij personen die eerstegraadsverwanten hebben met dikedarmkanker, zal echter meteen worden overgegaan tot een colonoscopie.

De Vlaamse overheid plant de start van dit bevolkingsonderzoek in 2014. In afwachting zal ze de praktische organisatie voorbereiden (o.a. ontwikkeling van uitnodigings- en sensibiliseringsmaterialen), afstemmen met de federale overheid (o.a. over de rol van het RIZIV) en huisartsen en gastro-enterologen informeren.

Op lokaal vlak zullen voorbereidende gesprekken worden gevoerd tussen de gastro-enterologen van het Sint-Andriesziekenhuis (Drs. S. De Coninck, V. Casneuf, J. Beys) en afgevaardigden van de omringende huisartsenkringen: de 'Huisartsen van 't Oosten van West-Vlaanderen' (Drs. C. Tack, J.P. Deforce, F. Speybroeck, J. Michels, G. Lannoo) en de Huisartsenkring 'West-Meetelesland regio Aalter' (Drs. S. Huyberechts, A. Van Laecke, M. Latruwe, K. De Crem, C. De Muynck). Een eerste vergadering vond plaats op 25 februari 2013. In een latere fase zullen contacten worden gelegd met de radiologen (vastleggen specifieke indicaties voor CT-colonografie), lokale overheden (o.a. omringende stads- en gemeentebesturen) en betrokken verenigingen (zoals TVDK e.a.). ■

Dr. Steven De Coninck, gastro-enteroloog
steven.de.coninck@sintandriestelt.be



De ResultatenViewer - een unieke dienst voor de huisartsen

In 2000 nam het Sint-Andriesziekenhuis de eerste module van de huidige zorgsuite in gebruik. Kort daarna werden de meeste andere modules aangeschaft. Met deze suite beschikte het ziekenhuis - meer dan een decennium eerder dan de meeste andere Vlaamse ziekenhuizen - over een globale oplossing om een gecentraliseerd elektronisch medisch patiëntendossier aan te leggen over alle specialismen, paramedische diensten en begeleidingsteams heen.

Eén van de meest verspreide modules van deze zorgsuite in het ziekenhuis is - met letterlijk honderden gebruikers - de resultatenviewer (REV). In combinatie met de beveiligingsmodule is de REV een onmisbaar, bijzonder krachtig en tevens eenvoudig werkinstrument voor alle (para)medische zorgverstrekkers van het ziekenhuis.

In 2008 werd deze toepassing remote ter beschikking gesteld van de huisartsen. Volgende info, van zowel interne als externe oorsprong, kan worden geraadpleegd: overzicht van de eigen patiënten (gehospitaliseerden, ambulanten en WZC-bewoners), alle medisch-technische resultaten (labo, medische beeldvorming, anatomopathologie), alle correspondentie van zowel de medische specialismen als de paramedische diensten en de

begeleidingsteams, alle medicatie, aandachtspunten, contacten, administratieve gegevens, ... Bovendien beschikt de huisarts in de REV over een eigen postbus waarin automatisch alle aan hem geadresseerde brieven en resultaten in terecht komen. Eind 2009 werd de REV ook geconfigureerd voor alle huisartsen van het WZC Sint-Andries. Daar kan op de pc's van de verpleegposten rechtstreeks de REV worden opgestart.

Elke huisarts kan nog steeds een aanvraag richten om over een remote login voor de REV te beschikken. Momenteel is die geconfigureerd voor zo'n 40 huisartsenpraktijken. De aanvraag kan eenvoudig via www.sintandriestelt.be > zorgverleners > huisartsen > elektronische dienstverleningen > resultatenviewer. Deze dienst is een volledig kosteloze service voor de huisartsen. Bij voldoende geïnteresseerde huisartsen wordt tevens in het ziekenhuis een opleiding gegeven m.b.t. het gebruik van de REV. Naast de regelmatige upgrades aan het product zelf, is ook de remote toegang in de voorbije jaren sterk vereenvoudigd. In april 2013 werd hiervoor andermaal een nieuwe toepassing in gebruik genomen. ■

Bart D'ooghe, ICT



CT colonografie

Een systematische screening van de bevolking voor colorectale carcinoma (CRC) bij vrouwen en mannen tussen 50 jaar en 74 jaar wordt aanbevolen door Europa en zal ook in Vlaanderen toegepast worden. Daarbij wordt rectaal bloedverlies opgespoord met iFOBT en zo dit positief is, volgt colonoscopie. (zie artikel dr. De Coninck).

Sinds de introductie in 1994 is door verschillende studies aangetoond dat CT colonografie een gelijkaardige detectiegraad heeft voor gevorderde adenomen en colorectale carcinoma in vergelijking met endoscopische colonoscopie.

CT colonografie wordt aanbevolen door de American Cancer Society voor het screenen naar CRC. In de Verenigde Staten is CT colonografie één van de onderzoeksmethoden in 22 van de 25 staten waar screening naar CRC wettelijk geregeld is.

Bij het Vlaamse bevolkingsonderzoek voor het screenen naar CRC hoort CT colonografie (voorlopig) niet bij de primaire onderzoeksmethoden.

CT colonografie kan in het kader van het bevolkingsonderzoek of individueel toegepast worden bij patiënten na niet-conclusieve colonoscopie of bij medische contra-indicatie voor colonoscopie. De verantwoordelijkheid voor de niet-conclusieve colonoscopie of de medische contra-indicatie moet in het dossier van de patiënt ter beschikking zijn van de adviserende geneesheer.

CT colonografie is een alternatief voor het klassieke bariumlavement en geeft bijkomende informatie gezien ook de extraluminale structuren worden gevisualiseerd mits enig voorbehoud gezien deze verricht wordt zonder toediening van intraveneus contrast en met een lage stralingsdosis.

Voor een CT colonografie dient de patiënt één dag voor het onderzoek een voorbereidingspakket samen met de maaltijd in te nemen. Dit pakket bestaat uit contrastvloeistof om stoelgangsrusten te merken (dit is faecale tagging) en laxeremiddelen. De volgende ochtend wordt na intraveneuze injectie van een spasmolyticum, het colon geïnflueerd via een rectale sonde met koolzuurgas met behulp van een speciale pomp. Koolzuurgas wordt sneller geresorbeerd dan lucht, wat resulteert in een verminderen van darmkrampen achteraf. Er wordt vervolgens met een multislice CT-scanner in buik- en in rugligging gescand waarna de patiënt de dienst radiologie onmiddellijk kan verlaten, gezien het onderzoek zonder narcose gebeurt. De radioloog beoordeelt het onderzoek op een werkstation aan de hand van 2D multiplanare en 3D virtuele colonoscopie beelden.

Het risico voor invasieve carcinoma bij een diminutieve poliep van 5 mm of kleiner is in de orde van 0,01%. Slechts indien met zekerheid een drietal of meer diminutieve poliepen worden herkend, worden deze gerapporteerd. Voor poliepen tussen 6mm en 9mm wordt een korte termijn follow-up of verwijdering voorgesteld. Een grote poliep van 10 mm of meer moet verwijderd worden. Een routine follow-up onderzoek van het colon door middel van CT colonografie gebeurt best om de 5 jaar.

Ten laatste twee dagen voor de CT colonografie dient het voorbereidingspakket voor CT colonografie afgehaald te worden, waarbij een woordje uitleg wordt gegeven. De patiënten dienen zoals voor elk radiologisch onderzoek in het bezit te zijn van een geldige aanvraag. ■

Dr. Liong Djoa, radioloog
liong.djoa@sintandriestelt.be

Referenties:
DH Kim, PJ Pickhardt et al CT Colonography versus Colonoscopy for the Detection of Advanced Neoplasia. N Engl J Med 2007;357: 1403-12
Virtual Colonoscopy - A practical guide, 2nd Revised edition. Ph Lefere, S Gyssels et al., Springer 2010, Diagnostic Imaging Series (A.L. Baert, K. Sartor)
De Haan MC, Halligan S, Stoker J Does CT colonography have a role for population-based colorectal cancer screening?. Eur Radiol (2012) 22:1495-1503
Emanuele N, Halligan S et al The second ESGAR consensus statement on CT colonography. Eur Radiol (2013) 23: 720-729

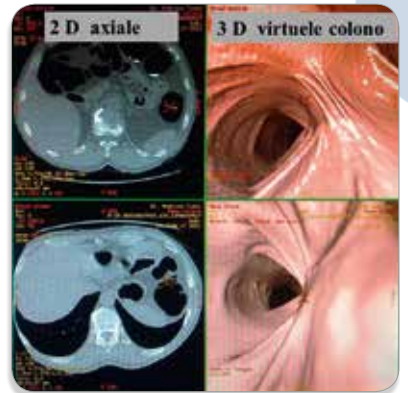


Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

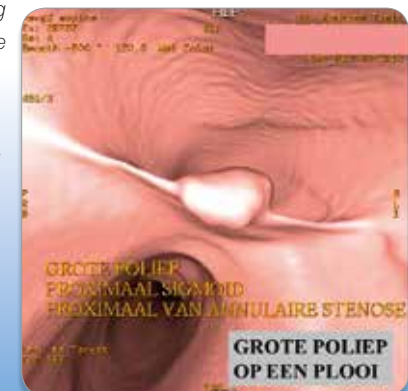


Fig. 4



Fig. 5

Fotodynamische behandeling in de preventie van intimahyperplasie: nieuwe research in het Sint-Andriesziekenhuis

Atherosclerose is een frequente aandoening van de arteries en de belangrijkste oorzaak van perifeer occlusief vaatlijden. De klassieke symptomen van deze aandoening zijn claudicatio intermittens, pijn en trofische letsels ter hoogte van de ledematen of zelfs lidmaatbedreiging.

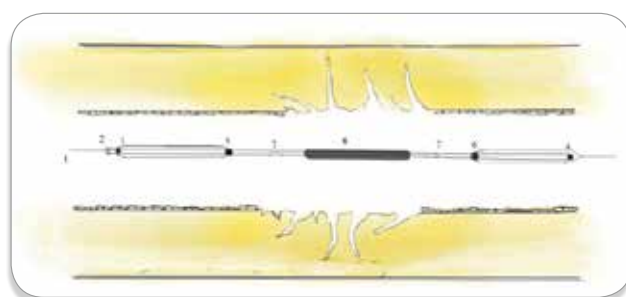


Fig. 1

Interventionele behandelingen hiervoor zijn percutane dilataties/stenting of bypass chirurgie. Jammer genoeg moeten we vaststellen dat er heel wat restenosen/occlusies ontstaan na verloop van tijd. Eén jaar na behandeling zou er reeds in 30% van de behandelde gevallen een recidief ontstaan. De oorzaak is enerzijds progressie van de ziekte (atherosclerose), maar in een groot aantal gevallen is intimahyperplasie de onderliggende oorzaak. Intimahyperplasie is een littekenvorming die ontstaat ter hoogte van de plaats van de anastomose of dilatatie. Het kan beschouwd worden als een soort overdreven helingsproces.

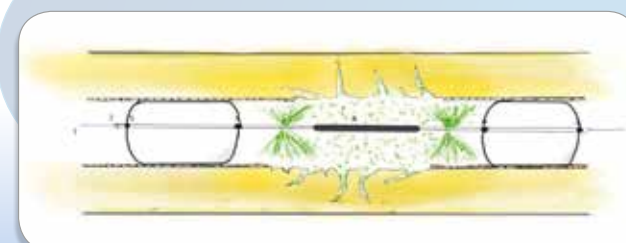


Fig. 2

Meerdere pogingen om dit probleem te verhelpen werden reeds verricht, maar met wisselend succes. Zo werd in de cardiologie de "drug-eluting stent" geïntroduceerd.

De geïmplanteerde stent bevat antiproliferatieve medicatie die langzaam vrijkomt en dus lokaal de celdeling (intimahyperplasie) afremt.

Een nadeel is dat ook de re-endothelialisatie afgeremd wordt en de patiënten dus langer anticoagulantia dienen in te nemen. Ook in perifeer vaatlijden werden recent "drug-eluting stents" en "drug-eluting ballonnen" gecommercialiseerd. Tot op heden zijn de resultaten hiervan nog niet eenduidig en is het materiaal nogal duur. Vandaar het nut van een alternatief. Fotodynamische behandeling (FTB) zou hier een oplossing voor kunnen zijn: er wordt lokaal medicatie (fotosensitizer) in het bloedvat ingespoten die zich vastzet in de vaatwand.

Door deze vaatwand met licht van een bepaalde golflengte te behandelen, wordt deze fotosensitizer geactiveerd om vervolgens de gladde spiercellen in de vaatwand te doen necrosieren. Hiermee zou de vorming van IH afgeremd worden en de re-endothelialisatie zelfs versneld worden. Om de lokale medicatietoediening te optimaliseren, wordt er een speciale katheter ontwikkeld die voorkomt dat de medicatie wegspoelt en ook lokale lichtapplicatie toelaat.

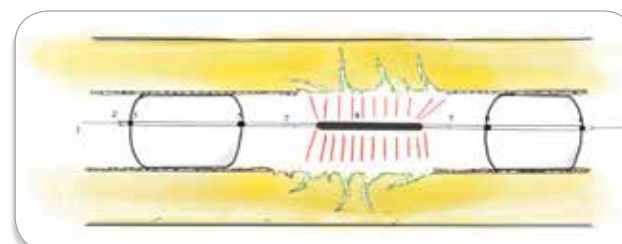


Fig. -3

Dit zal in eerste instantie in een dierenmodel getest worden. Dit onderzoek gebeurt in samenwerking met de KULeuven (afdeling vaatheelkunde) en INSERM (Universit  Lille Nord de France).

Dr. Marc Vuylsteke, vaatchirurg
marc.vuylsteke@sintandriestielt.be



Fig 1: Catheter gepositioneerd intravasculair na ballon dilatatie (noteer vaatwandbeschadiging).
Fig 2: Balloninsufflatie onderbreekt bloedstroom om aldus fotosensitizer injectie lokaal toe te laten.
Fig 3: Lokaal lichtapplicatie om de fotosensitizer te activeren.

Weetjes

Nieuwe artsen

Frederik Van Hoecke, klinisch bioloog en geneesheer-ziekenhuishygiënist

Sinds oktober 2012 is Frederik Van Hoecke gestart als klinisch bioloog in het Sint-Andriesziekenhuis in Tielt. Hij volgde zijn opleiding aan de UGent en liep stage in verschillende grote centra met de nadruk op microbiologie en antibioticatherapie. Daarnaast bekwaamde hij zich in de mycologie aan het instituut voor tropische geneeskunde, volgde een interuniversitaire cursus antibioticabeleid en een masteropleiding in de ziekenhuishygiëne.

In het labo zal hij de afdelingen bacteriologie, mycologie en infectieuze serologie voor zijn rekening nemen. Daarnaast zal hij in het ziekenhuis als ziekenhuishygiënist werkzaam zijn en deel uitmaken van de beleidsgroep voor antibiotherapie.

Christ Declerck, anesthesist

Dr. Declerck is sinds 8 januari 2013 gestart als geneesheer-specialist op de afdeling anesthesie-reanimatie van het Sint-Andriesziekenhuis. Hij is afkomstig uit Desselgem, een deelgemeente van Waregem. Dr. Declerck volbracht zijn opleiding geneeskunde in 1991 aan de universiteit van Gent en daarna volgde hij de opleiding tot anesthesist en intensieve zorgen in het UZ Gent, St. Luke's Roosevelt Hospital NY en het CHU Piti -Salp triere Parijs. In 1997 was hij staflid in de Sint-Jozefskliniek in Izegem als anesthesist-intensivist en sinds 2012 werkt hij in het multidisciplinair pijncentrum van het AZ Sint-Jan Brugge.

Naast zijn activiteit in het MPC te Brugge legt hij zich vooral toe op consultaties en behandelingen in de chronische pijn in het Sint-Andriesziekenhuis.

Nieuwe spoedarts

Katrien Tavernier, spoedarts

Sinds 1 oktober 2012 werkt dr. Katrien Tavernier als spoedarts op de dienst spoedgevallen van het Sint-Andriesziekenhuis.

Navormingsprogramma geneesherenkring 't Oosten van West-Vlaanderen

- 10/09/2013 Dr. Kristina Van De Winkel – Dementie en depressie: differentieel of dubbel diagnose
- 17/09/2013 Palliatief team van 'De Mantel' – Pijnpomp en medicatie
- 24/09/2013 Prof. W. Van De Voorde – Gerechtelijke geneeskunde
- 22/10/2013 Prof. Paul Clement – Alarmsymptomen bij chemotherapie
- 17/12/2013 Dr. Kristina Van De Winkel - Travelvaccinatie

Meer info via www.haowvl.be

Voordracht

Op donderdag 23 mei 2013 vond in het Vormingscentrum Guislain in Gent een studiedag plaats met als thema 'Antropopsychiatrie: wat is (ver)nieuw(eng)?'.

Dr. Leo Ruelens, psychiater-psychoanalyticus verbonden aan het Sint-Andriesziekenhuis en auteur van 'Naar een andere psychiatrie. Het rebelse denken van Jacques Schotte' (Literarte, 2010) was één van de gastsprekers.

Colofon

Redactieraad

Dr. Mehrdad Biglari: mehrdad.biglari@sintandriestielt.be
Mevr. Sofie Blancaquaert: sofie.blancaquaert@sintandriestielt.be
Dr. Steven De Coninck: steven.de.coninck@sintandriestielt.be
Dhr. Xavier Morret: xavier.morret@sintandriestielt.be
Mevr. Lien Depauw: lien.depauw@sintandriestielt.be
Dr. Danny Deros: danny.deros@sintandriestielt.be
Dr. Peter Moons: peter.moons@sintandriestielt.be
Dr. Geert Tits: geert.tits@sintandriestielt.be
Mevr. Hilde Van den Wyngaert: hilde.vdwynngaert@sintandriestielt.be
Dr. Marc Vuylsteke: marc.vuylsteke@sintandriestielt.be

Hoofredacteur

Dr. Jan Beyls: jan.beyls@sintandriestielt.be

Werken verder mee aan dit nummer

Biol. Frederik Van Hoecke, dr. Liang Dipa, Bart D'ooghe



Lay-out & Druk

Drukkerij Lannoo: www.lannooprint.com

Verantwoordelijke uitgever

Dr. Jan Beyls
Sint-Andriesziekenhuis Tielt
Krommewalstraat 11
8700 Tielt
www.sintandriestielt.be

Foto's

Frank Boone, Ignace Kesteloot

Sponsors



Infos@t

n   1 2013 - 6 maandelijks - Jaargang 6

Solidariteit en responsabilisering

Beste lezer

Het menselijk drama in Syrië grijpt ons naar de keel, maar nog nooit was onze bijdrage voor de vluchtelingen ginds zo gering. Onze bereidheid om solidair te zijn neemt duidelijk af naarmate de context waarin een drama zich afspeelt onze perceptie tegen heeft. Ook dichterbij huis, in onze eigen sociale welvaartstaat, wordt het solidariteitsprincipe stilaan in vraag gesteld, of worden er meer en meer voorwaarden aan gekoppeld, onder druk van de heersende budgettaire beperkingen in de gezondheidszorg.

Mensen weten dat overgewicht hun gezondheid schaadt, dat rokers en drinkers onze samenleving meer geld kosten. Een recente enquête wijst erop dat tot 20% van de Vlamingen vindt dat zijn centen niet moeten gaan naar mensen die verantwoordelijk zijn voor hun ziektes; het gevoel van 'eigen schuld, dikke buil' zit in het morele aanvoelen van de mens ingebakken.

Maar waar trek je de grens tussen medisch verantwoord en onverantwoord gedrag? Wat met de keuzevrijheid van de burger (bv. een zwaar gehandicapt kind dat je verkiest toch op de wereld te zetten)? Wat met je keuze voor gevaarlijke sporten en de risico's hieraan verbonden? Wat met workaholics die hiermede ook een aanslag plegen op hun gezondheid? Bovendien zijn levensstijl en gezondheid klassegebonden en is morbiditeit en mortaliteit groter bij mensen uit de onderste regionen van de sociale ladder.

Als we simpelweg het principe van 'de krekel en de mier' (cfr. fabel van La Fontaine) toepassen zal dit angstaanjagende gevolgen hebben voor onze gezondheidszorg.

Gezondheidsopvoeding en bewustmaking blijven derhalve primordiaal. Aanbieden van preventieve maatregelen (gezien we meer weten over de oorzaak van talrijke aandoeningen) is essentieel en dient geïntegreerd te worden in een globaal gezondheidsbeleid. Maar ook het heffen van hogere taksen op sigaretten en alcohol maakt deel uit van het solidariteitsprincipe, op voorwaarde dat die taksen opnieuw gebruikt worden voor de globale gezondheidszorg waartoe iedereen toegang heeft. Het is de taak van de overheid om op een aldus gediversifieerde manier te zorgen voor de gezondheid van de mensen, conform het basisprincipe van de geneeskunde die stoelt op een 'duty to care'.

Dr. Jan Beyls
Hoofredacteur

