

Verslag van de voltallige vergadering van de CEOM¹ van 12 juni 2015 – Luxemburg

Anne-Sophie Sturbois

Naar oude gewoonte werd de zomervergadering van de CEOM geopend met een korte toespraak van de Luxemburgse instanties die het evenement organiseerden en van de voorzitter van de CEOM.

Allemaal² hebben zij gewezen op het belang van een reflectie over de medische deontologie op Europees niveau.

De eerbied voor de patiënt (gepersonaliseerde geneeskunde), de kwaliteit van de zorg, de toegang tot de zorg, de loyale samenwerking tussen de gezondheidsberoepsbeoefenaars en het belang van de gemeenschap zijn evoluerende en niet-statische doelstellingen. Ze impliceren dat het sociaal engagement van het medische beroep voortdurend in vraag wordt gesteld, waarbij zowel ideeën als ervaringen dienen te worden uitgewisseld tussen de Europese reguleringsinstanties.

Bovendien dient te worden gestreefd naar coherentie op het gebied van de medische plichtenleer en medische regulering op het Europees grondgebied, aangezien alsmaar meer gezondheidsaspecten de nationale grenzen overschrijden.

Tot slot is de CEOM dé plaats voor debatten over actuele problemen zoals de vluchtelingencrisis in Europa, de medische demografie, de nefaste invloed van het leefmilieu op de gezondheid, de maatschappelijke gezondheidsdeterminanten. Deze thema's komen dan ook aan bod tijdens deze vergadering.

Op de voltallige vergadering waren afgevaardigden aanwezig van dertien ordinale instanties en van vijf nationale en internationale organisaties, de UEMS³, het CPME⁴, de IAMRA⁵, de Finse Artsenvereniging en het INPHET⁶.

Ethisch gebruik van sociale netwerken door artsen

De Spaanse afvaardiging heeft het handboek voorgesteld dat werd geschreven door haar Orde en dat de richtlijnen bevat voor de artsen bij het gebruik van sociale netwerken.

De nieuwe technologieën hebben geleid tot nieuwe manieren van communicatie, niet alleen tussen de patiënt en zijn verzorger, maar ook tussen de verzorgers onderling en tussen de verzorger en de publieke sfeer.

Het is belangrijk dat de ordinale instanties de artsen wijzen op de beginselen die dienen te worden geëerbiedigd bij het gebruik van deze sociale netwerken in hun beroep.

Het handboek legt de nadruk op zeven essentiële regels :

- 1/ eerbiediging van de vertrouwelijkheid en van het medisch geheim
- 2/ vermijden medisch advies te verstrekken aan een virtuele patiënt
- 3/ verantwoordelijk gedrag bij het onlineplaatsen van medische informatie : de informatie moet juist, begrijpelijk en gematigd zijn
- 4/respect voor collega's en andere gezondheidsberoepsbeoefenaars
- 5/ eerbiediging van de deontologische regels aangaande publiciteit
- 6/ beelden van de patiënt mogen alleen worden gebruikt met zijn toestemming, wanneer ze belang hebben voor de verstrekte informatie en wanneer de anonimiteit wordt gewaarborgd
- 7/ vermijden van gedrag dat het imago van het beroep kan aantasten.

¹ Conseil Européen des Ordres des médecins (ECMO European Council of Medical Orders)

² Dokter Pit BUCHLER, voorzitter van het medisch college van het Groot-Hertogdom Luxemburg, de heer Mars DI BARTOLOMEO, voorzitter van de kamer van volksvertegenwoordigers, oud-minister van Gezondheid en Sociale Zekerheid van het Groot-Hertogdom Luxemburg, en dokter Nicola D'AUTILIA, voorzitter van de CEOM

³ Union européenne des médecins spécialistes

⁴ Comité permanent des médecins européens

⁵ International association of medical regulatory authorities

⁶ International network on public health & environment tracking

Internationale reguleringsmodellen

De voorzitter van de internationale organisatie IAMRA (<http://www.iamra.com>) licht de verschillende modellen toe die in de wereld worden gebruikt voor de regulering van de gezondheidszorgberoepen.

Deze verschillen sterk van elkaar wat betreft het statuut van de reguleringsinstantie ten opzichte van de politieke macht, de samenstelling ervan, de territoriale en materiële bevoegdheden (tucht, registratie, opleiding, accreditatie,...), de inhoud en de dwingende kracht van de aanbevolen regels.... Deze variaties vallen doorgaans te verklaren door de culturele, historische of politieke erfenis van het betrokken land.

Toch vertonen de verschillende modellen ook gelijkenissen. Ze zijn afhankelijk van dezelfde factoren : de verwachtingen van de patiënt, de vraag naar transparantie, de veranderingen in de rol en hiërarchie van de verschillende gezondheidsberoepsbeoefenaars, de kosten inzake gezondheidszorg, het verkeer / de migratie van de gezondheidsberoepsbeoefenaars, de medische demografie, de explosie van het digitale...

Tot slot is het ultieme doel dat wordt nagestreefd door deze verschillende reguleringsmodellen hetzelfde : toegang voor iedereen tot kwaliteitszorg verstrekt door bekwame beroepsbeoefenaars.

De IAMRA schuift niet specifiek een reguleringsmodel naar voor tegenover een ander.

De IAMRA moedigt uitwisselingen tussen de reguleringsoverheden aan om dit gemeenschappelijk doel te bevorderen. Hiertoe helpt zij haar leden hun ervaringen te delen, biedt zij hun bijstand in kwesties zoals het beheer van de permanente beroepsopleiding en leert zij hen samen te werken.

Verklaring van de CEOM betreffende de toepassing van mobiele gezondheidszorg binnen de Europese Unie

Het begrip 'mobiele gezondheidszorg'⁷ (mHealth) beoogt de applicaties (apps)⁸ in verband met de gezondheid in de ruime zin ervan die beschikbaar zijn via een mobiel hulpmiddel (geconnecteerd object).

Deze applicaties hebben verschillende doelen zoals welzijn, gezondheidsvoorlichting, toegang tot informatie, toegang tot gegevens, hulp bij besluitvorming, hulp bij therapietrouw, toezicht op verschillende fysiologische parameters en gegevensverzameling op afstand. Ze bieden tal van diensten en werkinstrumenten aan : therapeutische begeleiding, berekening en medische scores, curve-analyse, quotering van medische handelingen, eerste-hulpverlening, handelingen bij spoedsituaties, praktische fiches, geolokalisatie, verbinding met een panel van deskundigen, verbinding met een patiëntengemeenschap, product- of geneesmiddelen-scanning.

Niet alle applicaties worden toegepast in de geneeskunde; sommige behoren tot welzijn en een gezonde levenswijze. De grenzen tussen deze gebieden kunnen moeilijk strikt worden afgebakend.

Natuurlijk kan geen enkele technologie de menselijke, interpersoonlijke en bijzondere relatie vervangen. Deze relatie moet de grondslag blijven van de uitoefening van de geneeskunde⁹. Maar de mobiele technologie is een uitgelezen mogelijkheid om de gezondheidszorg en het gezondheidsbeleid te ontwikkelen en te verbeteren. Voorwaarde is wel dat ze goed wordt omkaderd, niet om de innovatie en de creativiteit af te remmen maar om de toegevoegde waarde voor de gezondheid en de kwaliteit van het leven van de patiënten te waarborgen met eerbiediging van hun persoonlijke levenssfeer.

⁷ Volgens de definitie die de WGO er aan geeft, omhelst de mobiele gezondheidszorg de geneeskundige en volksgezondheidsverstrekingen op basis van mobiele hulpmiddelen zoals mobiele telefoons, patiëntmonitoringsystemen, PDA's ("personal digital assistant" - zakcomputer) en andere draadloze apparaten.

⁸ Informaticaprogramma's

⁹ Verklaring van de CEOM over telegeneeskunde, Bari, 13 juni 2014

Met deze verklaring wenst de CEOM de deontologische aspecten te belichten die in aanmerking dienen te worden genomen bij de gevoerde reflectie over mobiele gezondheidszorg, met name binnen de Europese Unie ingevolge het Groenboek over mobiele gezondheidszorg¹⁰ en de openbare raadpleging die er op volgde.

1. Er dient een juridisch kader te worden vastgelegd voor alle applicaties en geconnecteerde objecten van mHealth (met inbegrip van de applicaties en geconnecteerde objecten betreffende de levenswijze en het welzijn van personen) die niet onder het toepassingsgebied vallen van de Europese wetgeving betreffende de medische hulpmiddelen. Zo kunnen eventueel beperkingen worden opgelegd aan de commercialisering ervan, afhankelijk van de risico's die ze kunnen inhouden voor de veiligheid en de gezondheid van de personen.

2. Er dient een hoge graad van bescherming van zijn gezondheid en van zijn veiligheid te worden gewaarborgd aan de patiënt wiens medische behandeling (diagnose, behandeling en opvolging) wordt ondersteund door applicaties en geconnecteerde objecten.

De technische betrouwbaarheid en de kwaliteit van de applicatie of van het geconnecteerde object zijn bepalend voor de toepassing ervan bij de opvolging van een patiënt, bij preventie, gezondheidsvoorlichting, therapietrouw, enz.

De doeltreffendheid van de eruit voortvloeiende behandeling door een arts, door een andere gezondheidsberoepsbeoefenaar of door de patiënt zelf hangt af van de nauwkeurigheid van de geregistreerde en doorgestuurde parameter net als van het verkregen antwoord na verwerking van het doorgestuurde gegeven.

Dit vereist de inachtneming van onafhankelijke procedures voor de beoordeling van deze werkinstrumenten die werden opgesteld door informatici en gezondheidsberoepsbeoefenaars in samenwerking met medische ordes en reguleringsinstanties belast met ethiek en deontologie.

De ontwikkelaars, leveranciers en verkopers van gezondheidsapplicaties moeten ertoe worden verplicht op een doorzichtige en voor iedereen begrijpelijke wijze alle informatie te verstrekken betreffende de betrouwbaarheid van het werkinstrument.

3. De openbare en reguleringsinstanties (zowel op nationaal als Europees niveau) zien er bij de implementatie van beleidslijnen die het gebruik van mobiele gezondheidszorghulpmiddelen aanmoedigen op toe dat de volksgezondheid wordt gevrijwaard door middel van technische en technologische veiligheidsmaatregelen (punt 1) en informatieve maatregelen (punt 5).

4. In het kader van de medische behandeling past de arts gecertificeerde mobiele gezondheidszorgtechnologieën (punt 2) toe wanneer dit medisch gerechtvaardigd is en in het belang van de patiënt.

De patiënt dient te worden ingelicht over de noodzaak, het belang, de gevolgen en de reikwijdte van de toepassing van deze technologieën en hij moet vrij kunnen toestemmen in de aanwending ervan.

De arts dient zich ervan te vergewissen dat de patiënt in staat is de technologie behoorlijk te gebruiken.

De arts dient de inlichtingen die worden verkregen via de mobiele technologie op te nemen in het algemene kader van de behandeling van de patiënt en in het bijzonder van het klinisch onderzoek.

¹⁰ COM (2014) Final

5. Het recht van de gebruiker van mobiele gezondheidsapplicaties op bescherming van zijn persoonsgegevens, in het bijzonder deze betreffende zijn gezondheid, moet worden geëerbiedigd door de ontwikkelaars, leveranciers en verkopers door het bieden van gepaste waarborgen.

Er dienen maatregelen te worden genomen om te verzekeren dat de ontwikkelaars, leveranciers, verkopers en andere personen die betrokken zijn bij de applicatiemarkt, waar ze zich ook bevinden (binnen of buiten de Europese Unie), handelen conform de Europese wetgeving betreffende de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de gebruikers van mobiele gezondheidszorg in de Europese Unie.

Er moeten waarborgen worden geboden met betrekking tot de veiligheid van de verzameling, overdracht, stockage of om het even welke andere verwerking van persoonsgegevens teneinde te vermijden dat gelijk welke persoon die hiertoe niet werd gemachtigd door de gebruiker van de applicatie of van het geconnecteerde object toegang krijgt tot de persoonsgegevens.

De ontwikkelaars en leveranciers van mobiele gezondheidsapplicaties dienen de gebruiker in te lichten over de bescherming van de verzamelde gegevens, de identiteit van de verantwoordelijke voor de verwerking en de toekomst van de gegevens.

De gegevens die worden verzameld via deze applicaties mogen slechts voor wetenschappelijke doeleinden worden gebruikt mits eerbiediging van de ethische en wettelijke beginselen en onder het toezicht van comités voor ethiek die onafhankelijk zijn van onderzoekpromotors of leveranciers van deze objecten en apps.

De sociale determinanten van de gezondheid

De sociale determinanten van de gezondheid zijn de omstandigheden waarin de personen geboren zijn, opgroeiden, leven, werken en ouder worden.

Deze levensomstandigheden zijn onder meer het resultaat van de verdeling van de rijkdommen, van de hulpbronnen en van de macht.

Ze brengen ongelijkheden qua gezondheid mee tussen de bevolkingen, binnen de landen en op internationaal vlak.

Het opleidingsniveau, de toegang tot tewerkstelling, het inkomensniveau of de grootte van de woning hebben bijvoorbeeld een impact op het sterftecijfer (hart-, spijsverterings-, ademhalingsproblemen, zelfmoordpercentage).

De CEOM beslist zich toe te leggen op de precieze kwestie van de sociale determinanten van de gezondheid van de vluchtelingen. Daartoe zal het advies van een deskundige worden gevraagd tijdens de volgende plenaire vergadering.

De vluchtelingencrisis

Bepaalde landen worden bijzonder geconfronteerd met de aanpak van de vluchtelingenstroom in Europa.

Tegenover de menselijke en politieke uitdagingen die deze toestroom meebrengt moet de Europese Unie een strategische aanpak met verschillende facetten ontwikkelen waaraan alle lidstaten moeten meewerken.

- De politieke onstabieleit van bepaalde landen moet een diplomatische benadering krijgen.
- Gelet op het aantal slachtoffers op de maritieme toegangswegen naar Europa is het noodzakelijk dat de landen van bestemming de reddingsoperaties opvoeren met de hulp van de andere Europese landen.
- De georganiseerde misdaad die deze crisis uitbuit, moet worden beteugeld.
- Het reglement van Dublin dat de lidstaat bepaalt die de asielaanvraag moet onderzoeken, in casu het land waar de asielaanvrager Europa binnenkwam, dient te worden herzien.
- Er moeten middelen worden ingezet met betrekking tot de gezondheid van de vluchtelingen bij hun aankomst (dermatologische aandoeningen, infecties van de luchtwegen, gastro-intestinale problemen, musculaire problemen, ...).
- De levensomstandigheden van de vluchtelingen moeten aangepast zijn op het gebied van hygiëne, comfort (warmte, ventilatie, natuurlijk licht), voeding, familiale en sociale contacten.
- De problemen in verband met de identificatie van de personen, aangepast onthaal (opleiding van beroepsmensen), opvang van niet-begeleide kinderen, steun aan personen met bijzondere behoeftes, volksgezondheid, racisme en geweld dienen met een gecoördineerde actie van Europa te worden aangepakt.

De redevoweringen over solidariteit en menselijkheid moeten absoluut worden gevolgd door concrete acties voor het welzijn van de vluchtelingen en van de plaatselijke bevolkingen.

De CEOM heeft beslist in zijn midden een werkgroep op te richten over deze kwestie.

Deontologische aanbevelingen

De CEOM heeft twee nieuwe aanbevelingen aangenomen.

1. Informatie en publiciteit

Gelet op het Europees Handvest voor medische ethiek (Kos, 2011) en inzonderheid op de beginselen 6, 11 en 15

Publiciteit omvat elke vorm van communicatie van de arts of van een derde in het voordeel van de arts met als doel zijn diensten te promoten, zonder reden van volksgezondheid, of zijn imago op te werken.

Elke vergelijkende publiciteit is verboden.

De verstrekte informatie mag enkel betrekking hebben op objectieve gegevens; ze dient omzichtig, nauwkeurig, duidelijk en overeenkomstig de huidige stand van de wetenschap te zijn.

Publiciteit mag niet aanzetten tot het uitvoeren van onderzoeken en behandelingen met commerciële doeleinden.

De arts mag niet meewerken aan het commercieel promoten van geneesmiddelen of andere gezondheidsproducten.

Publiciteit mag geen inbreuk plegen op de waardigheid en de persoonlijke levenssfeer van de patiënten die erbij betrokken zijn.

Deze aanbeveling geldt ongeacht de gebruikte media of dragers.

2. Weigering van zorg

Gelet op het Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden, art. 14

Gelet op het Europees Handvest voor medische ethiek, beginselen 1, 2, 3, 13 en 14

Behalve in spoedsituaties en indien de arts zich zou onttrekken aan zijn plicht van menselijkheid, kan een arts weigeren zorg te verstrekken om professionele of persoonlijke redenen.

Weigering van zorg ten aanzien van een persoon kan slechts voor zover ze berust op een regelgevende of deontologische tekst.

Weigering van zorg, expliciet of impliciet, kan in bepaalde omstandigheden worden gelijkgesteld met discriminerend gedrag van de arts.

De arts die vindt dat hij moet weigeren zorg te verstrekken, moet aan de persoon uitleggen waarop deze weigering is gebaseerd. Hij moet zoeken naar de meest geschikte oplossingen voor de situatie van de persoon, met name op het gebied van de continuïteit van de zorg.

Presentatie van de resultaten van de werkgroep SNAPS¹¹

Verschillende factoren beïnvloeden de prognoses inzake medische demografie : de huidige beroepsbevolking, de gemiddelde leeftijd bij het begin van de opleiding, het afhaakpercentage tijdens de studie, het jaarlijks aantal diploma's, de pensioenleeftijd, de mortaliteit tijdens het actieve leven, het deeltijds werk, de migratiestroom...

Alle prognosemodellen hebben tot doel de beleidsstrategieën te definiëren inzake volksgezondheid en opvoeding door voorspellingen te doen voor de toekomst op basis van de huidige gegevens.

De prospectieve evaluatie van de behoeftes aan medisch personeel kan berusten op variabele postulaten zoals de hypothese van een constante ratio tussen het aantal artsen en de bevolking, een raming van de economische groei of nog voorspellingen van de zorgvraag en het zorgaanbod. Naargelang de gebruikte methodes stellen we soms grote variaties in de prognoses vast. Dit werpt het probleem op van de betrouwbaarheid van de gebruikte modellen en van de verkregen resultaten en bemoeilijkt bijgevolg het bepalen van coherente en doeltreffende beleidslijnen om een evenwichtige demografie te waarborgen.

De analyse van de huidige gegevens (gegevens 2014) verschaft verschillende inlichtingen.

De gegevens bevestigen de Europese tendens van de vervrouwelijking van het beroep met onder meer 59% voor Finland, 51% voor Zweden en 49% voor Denemarken.

Het aantal werkloze artsen in 2014 (25,1% voor de Finse gediplomeerden van 2014, 15,1% voor de Zweedse gediplomeerden, 13,3% voor de Noorse gediplomeerden) in vergelijking met het aantal artsen per 1000 inwoners ligt duidelijk hoger dan het Europese gemiddelde : 4,5 artsen/1000 inwoners in Finland, 4,2/1000 inwoners in Zweden, 3,3/1000 inwoners in IJsland, idem voor de twee andere landen. Deze situatie zou migratiestromen kunnen veroorzaken.

Tot slot vestigt de evolutie van het aantal artsen in de periode 1960-2010 de aandacht op een constante groei van het totaal aantal artsen, die zeer uitgesproken is in Finland (7 maal meer) en in Noorwegen (5,5 maal meer), terwijl voor de rest van Europa de curve sinds 2008 de neiging heeft om te stagneren, of zelfs te dalen, waardoor het probleem rijst van een gebrek aan artsen tegen 2020-2025.

ENMCA – Actualiteit ¹² (<http://www.enmca.eu/>)

Het ENMCA heeft heel wat overlegvergaderingen georganiseerd tussen de Europese reguleringsoverheden die bevoegd zijn voor de beroepskwalificaties van de artsen. Het heeft eveneens deelgenomen aan de openbare raadplegingen van de Europese Commissie in verband met

¹¹ Working group of the Nordic medical associations dealing with workforce prognosis and specialist training issues

¹² European Network of Medical Competent Authorities

de beroepskaart en het waarschuwingsmechanisme waarin wordt voorzien door de Richtlijn 2013/55/EU.

Het ENMCA blijft aandacht hebben voor de verwezenlijking en de evolutie van deze projecten en, meer algemeen, voor de evoluties op Europees vlak in verband met de beroepskwalificaties van de artsen.

De beroepskaart voor de artsen zou in 2018 in praktijk kunnen worden gebracht.

Het doel dat door deze nieuwe Europese hulpmiddelen wordt nagestreefd in de context van het vrije verkeer van gezondheidsbeoefenaars is de bescherming van de volksgezondheid door middel van een persoonlijke elektronische fiche die up-to-date wordt gehouden door de reguleringsoverheden (beroepskaart) en van een snel informatiesysteem bij gevaar (waarschuwingsmechanisme).

Deze hulpmiddelen worden geconfronteerd met vele uitdagingen, meer bepaald betreffende de uitgewisselde gegevens (relevant, adequaat, op het goede moment afgeleverd, beheer van de big data) en de doeltreffendheid van de procedures (eerbiediging van de termijnen om de informatie up-to-date te maken, optimaal gebruik van de middelen, afstemmen van de procedure op de behoeftes en de doelstellingen).

INPHET-netwerk (<http://www.epiprev.it/INPHET/home>)

Het INPHET-netwerk over het leefmilieu en het opvolgen van de volksgezondheid werd opgericht op initiatief van deskundigen van nationale of regionale instituten voor volksgezondheid of voor bescherming van het leefmilieu en ook van universiteitsonderzoekers.

Dit internationale netwerk wil de bestaande netwerken over het leefmilieu en de volksgezondheid versterken, de multidisciplinaire samenwerking (leefmilieu, sociale wetenschappen en gezondheid) vergemakkelijken, de correlatie tussen leefmilieu en gezondheid in het licht stellen en nieuwe initiatieven ontwikkelen in Europa en in de wereld.

Een deel van de activiteit van het netwerk bestaat erin gegevens te verzamelen die moeten helpen bij het nemen van beslissingen inzake volksgezondheid. Als voorbeeld kunnen we het weglaten van lood in benzine citeren wat een impact op het loodgehalte in het bloed heeft gehad.

Deze gegevens hebben betrekking op de gevaren inherent aan het leefmilieu (kwaliteit van de lucht, van het water ...), de blootstelling aan deze gevaren (risicobevolkingen, evaluatie van de hoeveelheid lood in het bloed, van koolstofmonoxide in de lucht), medische gegevens (mortaliteit, percentage medische raadplegingen, geneesmiddelenconsumptie, ziekenhuisopnames, congenitale aandoeningen). Vervolgens worden deze gegevens geanalyseerd om de effecten van het leefmilieu op de gezondheid te evalueren (bijvoorbeeld, de invloed van stuifmeel en allergenen op kinderastma) en de juiste maatregelen te treffen.

Naast het nemen van maatregelen zijn ook voorlichting van de bevolking, preventie en onderzoek onontbeerlijk om te strijden tegen de schadelijke invloeden van het leefmilieu op de gezondheid.

Het INPHET en de CEOM beslissen samen te werken op het gebied van de correlatie tussen leefmilieu en gezondheid en de acties die in dit verband moeten worden ondernomen.