

TIJDSCHRIFT VAN DE NATIONALE RAAD

ORDE VAN GENEESHEREN

TRIMESTRIEEL TIJDSCHRIFT
VOL. XVII
SEPTEMBER 2009

NR. 126

INHOUDSTAFEL

WOORD VOORAF

1 *Dr P. Beke*

DRINGENDE MEDEDELING

2 Inschrijving van de artsen bij de Kruispuntbank van Ondernemingen
Brief aan de decanen van alle faculteiten Geneeskunde

ADVIEZEN VAN DE NATIONALE RAAD

3 - Begrip 'actieve arts'
- Gespreide medische activiteiten – Provinciale raad met coördinerende rol
- Meerpersoonsvennootschappen – Gespreide medische activiteiten – Provinciale raad met coördinerende rol
- Geestelijke gezondheidszorg – Drie wetsvoorstellen tot wijziging van het koninklijk besluit nummer 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen
- Advies van 5 april 2008 betreffende medische controle – Privé-sector
- Radiografie - Aanvraag door een verpleegkundige
- Betrokkenheid van de huisarts in de procedure voor herstel in het recht tot sturen
- Uitvoeren van preventieve arbeidsgeneeskundige onderzoeken door een verpleegkundige
- Preventieve geneeskunde – Service "Total Body Scans" aangeboden door Royal Hospitals
- Inzage van het medisch dossier door de hoofdarts van het ziekenhuis
- Bloedinzameling – Controle door apotheker-inspecteur van de FOD Volksgezondheid
- Inspectie van de zorgplannen door de inspecteurs van de Vlaamse Gemeenschap

ADVIES VAN HET BUREAU VAN DE NATIONALE RAAD

12 Benaming van artsenvennootschappen – Vermelding van de naam en het specialisme van elke vennoot

INTERNATIONALE KRONIEK

13 Verslag van de vergadering van de EFMA-WHO, 2-4 april 2009, Bratislava (Slovakije)
Prof. dr. G. De Roy

Geachte collegae,

In zijn vergaderingen van april tot juli 2009 heeft de Nationale Raad alweer een aantal interessante adviezen uitgebracht.

Zo werd door de directeur-generaal van de FOD Volksgezondheid gevraagd wat een “actieve arts” is. Het antwoord van de Nationale Raad hierop was dat “een actieve arts kan omschreven worden als een arts die ingeschreven is op de Lijst van de Orde van geneesheren en zijn medische competenties kan aanwenden en uitoefenen in uiteenlopende domeinen”.

Als antwoord op een adviesaanvraag van de commissie voor Volksgezondheid, het Leefmilieu en de Maatschappelijke Hernieuwing omtrent drie wetsvoorstellen betreffende de reglementering van de klinische psychologie, klinische seksuologie en de klinische orthopedagogiek en de uitoefening van de psychotherapie vestigt de Nationale Raad er de aandacht op dat er een bewuste gradatie is van de verschillende gezondheidsberoepen en er dus een fundamenteel onderscheid is tussen de beroepen uit hoofdstuk I van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen, dat handelt over de uitoefening van de geneeskunde, artsenijsbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkundigen en de vroedvrouwen, en deze uit hoofdstuk II dat handelt over de paramedische beroepen. De Nationale Raad is voorstander van een duidelijke definitie en een goede complementaire relatie tussen alle gezondheidsvertrekkers en stelt voor in het kader van de geestelijke gezondheidszorg het beroep van psychotherapeut onder te brengen in de eerste groep (Hfst.I) en al de anderen in het hoofdstuk betreffende de paramedische beroepen. De Raad beoordeelt aldus de voorgelegde wetsvoorstellen als onaanvaardbaar.

Diverse adviezen werden uitgebracht betreffende de taken die een verpleegkundige kan of mag verrichten in het kader van bijstand aan een arts.

Zo werd gevraagd of het voor een verpleegkundige met een bijzondere beroepstitel spoedgevallen gewettigd is om in bepaalde gevallen autonoom een radiografie aan te vragen. De Nationale Raad is hierover van mening dat dit niet behoort tot de wettelijk omschreven technische verpleegkundige verstrekkingen en de toevertrouwde geneeskundige handelingen voorbehouden aan de verpleegkundigen. Een anamnese en een klinisch onderzoek uitgevoerd door een arts zijn van primordiaal belang om te oordelen welke relevante technische onderzoeken aangevraagd dienen te worden.

Zo ook was er de vraag vanuit een arbeidsgeneeskundige dienst of een verpleegkundige, wegens een acuut en chronisch tekort aan arbeidsgeneesheren, autonoom preventieve arbeidsgeneeskundige onderzoeken mag uitvoeren. De Nationale Raad is ook hier van mening dat dit in deze omstandigheden niet mag vermits deze taken niet voorzien zijn in de lijst van de wettelijk toegestane autonome verrichtingen voor verpleegkundigen. Immers, de preventieadviseur- arbeidsgeneesheer woont niet alleen zelf het onderzoek niet bij, hij ziet de patiënt zelf niet. Er kan derhalve geen sprake zijn van bijstand verlenen. Door deze taak te laten verrichten door een verpleegkundige zou dit kunnen geïnterpreteerd worden als aanleiding geven tot onwettige uitoefening van de geneeskunde.

Een ander advies werd gevraagd omtrent de betrokkenheid van de huisarts in de procedure voor herstel in het recht tot sturen. Mag de huisarts de gevraagde informatie aangaande zijn patiënt, via de lijvige stereotype medische vragenlijst, aan de arts-deskundige zomaar doorgeven? De Nationale Raad is van mening dat de anamnese, dus ook deze aan de patiënt voorgelegde vragenlijst, noodzakelijk deel uitmaakt van de expertiseopdracht en niet door de behandelende huisarts uitgevoerd kan worden, hetgeen een schending van het beroepsgeheim kan inhouden. De arts-deskundige mag niet zomaar een beroep doen op de behandelende huisarts om een advies te geven over de rijgeschiktheid van de patiënt.

Een belangrijk advies handelt over het inzagerecht door de hoofdarts van het ziekenhuis in het medisch dossier. De Nationale Raad meent hieromtrent dat, aangezien de wet oplegt dat de hoofdarts tot taak heeft “een medisch dossier als onderdeel van het patiëntendossier aan te leggen en in het ziekenhuis te bewaren” deze hier een rol heeft van coördinatie van de medische afdeling en een organisatorische verantwoordelijkheid voor wat betreft de continuïteit en de kwaliteit van de zorg. De uitvoering van deze bepalingen rechtvaardigt dat de hoofdarts binnen de grenzen van de uitvoering van zijn opdracht een inzagerecht heeft in het medisch patiëntendossier. Hij zal dit inzagerecht beperken tot de bij wet vastgelegde beperkingen.

Tot slot zijn er nog een tweetal adviezen betreffende inzagerecht van controleurs niet-geneesheren van de overheid. Enerzijds de vraag of een apotheker-inspecteur van de FOD Volksgezondheid inzage mag hebben in de medische vragenlijsten in bloedtransfusiecentra waarin soms persoonlijke medische gegevens staan vermeld, anderzijds de vraag of inspecteurs van de Vlaamse Gemeenschap, niet-geneesheren, inzage mogen hebben in alle documenten van een patiënt, ook deze die vertrouwelijke informatie bevatten.

Betreffende de apotheker-inspecteur in de bloedtransfusiecentra meent de Nationale Raad dat deze zich voor routinecontroles niet kan beroepen op het doorbreken van de anonimiteit van de donoren en hij derhalve geen inzagerecht heeft van de medische persoonsgegevens vermeld in de vragenlijsten van het Rode Kruis in de bloedtransfusiecentra.

Omtrent de inspecteurs van de Vlaamse Gemeenschap meent de Nationale Raad dat inzage in de vertrouwelijke, al dan niet medische gegevens, onaanvaardbaar is, vermits deze niet behoren tot die stukken en bescheiden die noodzakelijk en relevant zijn voor de erkenning en eventuele subsidiëring door de Vlaamse Gemeenschap.

*Dr Paul Beke
Hoofdredacteur*

Inschrijving van de artsen bij de Kruispuntbank van Ondernemingen

Brief aan de decanen van alle faculteiten Geneeskunde

In het Belgisch Staatsblad van 29 april 2009 werd de “Wet van 20 maart 2009 tot wijziging van de wet van 16 januari 2003 tot oprichting van een Kruispuntbank van Ondernemingen, tot modernisering van het handelsregister, tot oprichting van erkende ondernemingsloketten en houdende diverse bepalingen” bekend gemaakt.

Iedere natuurlijke persoon, die in België voor eigen rekening een economische en beroepsmatige activiteit gewoonlijk, hoofdzakelijk of aanvullend uitoefent of die zich dient te registreren in uitvoering van een door de Belgische wetgeving opgelegde verplichting anders dan deze beoogd door deze wet dient voor 1 juli 2009 opgenomen te worden in de Kruispuntbank van Ondernemingen.

Voor een arts zal gelden dat hij/zij als natuurlijke persoon wordt opgenomen, tenzij hij/zij reeds ingeschreven was omdat hij/zij een inschrijving (en ondernemingsnummer) verkreeg, hetzij als werkgever, hetzij uit hoofde van een vennootschapsvorm. Artsen-ambtenaren en andere gesalarieerde artsen dienen niet te worden ingeschreven.

1/ artsen die reeds activiteiten uitoefenen

De artsen die reeds activiteiten uitoefenen, zullen in principe automatisch worden opgenomen in de Kruispuntbank van Ondernemingen op 30 juni 2009 op basis van de gegevens beschikbaar gesteld door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

De artsen kunnen de ‘Public Search’ op de website <http://www.economie.fgov.be> raadplegen om na te gaan of hij/zij ingeschreven is en of zijn/haar inschrijving volledig is.

Bij gebrek aan inschrijving, in geval van onvolledige inschrijving of indien de inschrijving niet correct is, moet de arts het daartoe bestemde formulier invullen op de ‘Public Search’ en tevens zorgen voor de noodzakelijke documenten ter rechtvaardiging. Deze wijzigingen zijn gratis en worden aangebracht door de beheerscel van de Kruispuntbank van Ondernemingen.

2/ startende artsen (natuurlijke personen) of rechtspersonen (vennootschap)

Een startende arts (natuurlijke persoon) en een assistent na zijn/haar opleiding moeten zich inschrijven bij het ondernemingsloket.

Indien het een rechtspersoon (vennootschap) betreft, gebeurt de inschrijving van de maatschappelijke zetel bij de griffie van de bevoegde rechtbank en de verdere inschrijving bij het ondernemingsloket.

De initiële inschrijving is gratis. Wijziging en stopzetting moeten individueel meegedeeld worden aan een erkend ondernemingsloket en zijn betalend.

Vooreerst dient gezegd dat deze inspecteurs geen artsen zijn. Zij zijn ambtenaren-inspecteurs van de Vlaamse Gemeenschap.

VERGADERINGEN VAN DE NATIONALE RAAD VAN 18 APRIL, 9 MEI, 30 MEI EN 4 JULI 2009

- Begrip ‘actieve arts’ (18/04/2009)
- Gespreide medische activiteiten – Provinciale raad met coördinerende rol (18/04/2009)
- Meerpersoonsvennootschappen – Gespreide medische activiteiten – Provinciale raad met coördinerende rol (18/04/2009)
- Geestelijke gezondheidszorg - Drie wetsvoorstellen tot wijziging van het koninklijk besluit nummer 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (09/05/2009)
- Advies van 5 april 2008 betreffende medische controle – Privé-sector (09/05/2009) - Radiografie - Aanvraag door een verpleegkundige (09/05/2009)
- Betrokkenheid van de huisarts in de procedure voor herstel in het recht tot sturen (30/05/2009)
- Uitvoeren van preventieve arbeidsgeneeskundige onderzoeken door een verpleegkundige (30/05/2009)
- Preventieve geneeskunde – Service “Total Body Scans” aangeboden door Royal Hospitals (30/05/2009)
- Inzage van het medisch dossier door de hoofdarts van het ziekenhuis (30/05/2009)
- Bloedinzameling – Controle door apotheker-inspecteur van de FOD Volksgezondheid (04/07/2009)
- Inspectie van de zorgplannen door de inspecteurs van de Vlaamse Gemeenschap (04/07/2009)

3

Voor de wetteksten zie : www.juridat.be/www.just.fgov.be

Begrip ‘actieve arts’ (18/04/2009)

TREFWOORDEN :
Lijst van de Orde
DOCUMENTNAAM :
a126001n-R

Brief van de Nationale Raad aan de heer M. Van Hoegaerden, directeur-generaal, FOD Volksgezondheid, omtrent de vraag wat het begrip “actieve arts” omvat.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 18 april 2009 besprak de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw brief van 12 september 2008 waarin u de Nationale Raad verzoekt zijn visie te formuleren omtrent het begrip “actieve arts”.

De Nationale Raad meldde u met schrijven van 25 november 2008 (ref. 90352/DH/mdi/67229) dat, gezien de belangrijkheid van deze vraag, de Nationale Raad besloten had de provinciale raden te raadplegen.

De Nationale Raad meent dat een actieve arts kan worden omschreven als een arts die is ingeschreven op de Lijst van de Orde van geneesheren. De Nationale Raad is van mening dat een aldus gekwalificeerde actieve arts zijn medische competenties kan aanwenden en uitoefenen in uiteenlopende domeinen, zoals activiteiten in een medische discipline, in een academische instelling, in een wetenschappelijke organisatie, in de administratie, in het onderwijs, als expert, in de Orde van geneesheren, in de provinciale geneeskundige commissies, in een commissie medische ethiek, in de farmaceutische industrie, in de research, in de schoolgeneeskunde, in de arbeidsgeneeskunde, in de preventieve geneeskunde, in volksgezondheid. Deze lijst is niet limitatief.

Gespreide medische activiteiten – Provinciale raad met coördinerende rol (18/04/2009)

TREFWOORDEN :
Kabinet – Vennootschappen (Professionele-)
DOCUMENTNAAM :
a126005n-R

Antwoord van de Nationale Raad aan een provinciale raad omtrent de territoriale bevoegdheid van de provinciale raden in contracten.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

De Nationale Raad van de Orde van geneesheren heeft in zijn zitting van 18 april 2009, na raadpleging van de provinciale raden, het onderzoek van uw brief van 13 december 2007 betreffende contracten en de territoriale bevoegdheden van de provinciale raden voortgezet.

De Nationale Raad is van mening dat voor spreiding van meerdere activiteiten van een arts de huidige procedure moet behouden blijven. De provinciale raad waar de arts is ingeschreven beoordeelt de spreiding van de medische activiteit na het advies te hebben ingewonnen van de andere provinciale raad of raden waar de betrokken arts ook een medische activiteit wenst uit te oefenen.

Meerpersoonsvennootschappen - Gespreide medische activiteiten – Provinciale raad met coördinerende rol (18/04/2009)

TREFWOORDEN :
Kabinet – Vennootschappen (Professionele-)
DOCUMENTNAAM :
a126006n-R

Brief van de Nationale Raad aan een provinciale raad betreffende de voorlegging van de statuten van meerpersoonsvennootschappen waarvan de vennoten ingeschreven zijn bij diverse provinciale raden.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 18 april 2009 heeft de Nationale Raad geoordeeld dat er een cascadesysteem moet ontwikkeld worden om te bepalen welke provinciale raad de coördinerende rol op zich neemt bij meerpersoonsvennootschappen die in verschillende provincies een medische activiteit uitoefenen.

Dit cascadesysteem is, rekening houdend met de opmerkingen geuit door verschillende provinciale raden, licht aangepast aan het systeem beschreven in een brief van de Nationale Raad van 5 juni 2008 (zie bijlage).

- Bij een eenpersoonsvennootschap heeft de provinciale raad waar de arts is ingeschreven de coördinerende rol.
- Bij een meerpersoonsvennootschap heeft de provinciale raad waar de vennootschapszetel is gevestigd de coördinerende rol.
- Bij een vennootschap met een maatschappelijke zetel in het buitenland en een medische activiteit in België heeft de provinciale raad waar de (voornaamste) medische activiteit wordt uitgeoefend de coördinerende rol.

Geestelijke gezondheidszorg - Drie wetsvoorstellen tot wijziging van het koninklijk besluit nummer 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (09/05/2009)

TREFWOORDEN :
Kwaliteit van de geneeskunde – Medewerkers van de geneesheer – Psychiatrie
DOCUMENTNAAM :
a126008n-R

Brief van de Nationale Raad aan mevrouw M. Gerkens, voorzitter van de commissie voor de Volksgezondheid, het Leefmilieu en de Maatschappelijke Hernieuwing, die de Nationale Raad om advies verzoekt aangaande wetsvoorstellen tot wijziging van het koninklijk besluit nr 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

Ingevolge uw schrijven van 11 maart 2009 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren, in zijn vergadering van 9 mei 2009 de wetsvoorstellen tot wijziging van het koninklijk besluit nummer 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen onderzocht :

1. het wetsvoorstel van 10 juli 2008 tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen met het oog op de reglementering van de uitoefening van de klinische psychologie, van de klinische seksuologie en van de klinische orthopedagogiek

2. het wetsvoorstel van 30 april 2008 tot wijziging, wat de uitoefening van de beroepen uit de sector van de geestelijke gezondheidszorg betreft, van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen
3. het wetsvoorstel van 24 november 2008 tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen wat de uitoefening van de psychotherapie betreft.

De Nationale Raad vestigt er de aandacht op dat in het KB nr. 78 betreffende de gezondheidszorgberoepen er een bewuste gradatie is van de verschillende gezondheidsberoepen en er dus een fundamenteel onderscheid is tussen de beroepen in hoofdstuk 1, in casu de uitoefening van de geneeskunde, artsenijsbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkundigen en de vroedvrouwen, en de beroepen in hoofdstuk 2, in casu de uitoefening van de paramedische beroepen.

De Nationale Raad is voorstander van een duidelijke definitie en voornamelijk van een goede complementaire relatie tussen alle gezondheidszorgverstrekkers, in het bijzonder in het domein van de geestelijke gezondheidszorg. De Nationale Raad meent derhalve dat het beroep psychotherapeut moet ondergebracht worden in een vijfde rubriek in hoofdstuk 1 van het koninklijk besluit nr. 78, en de andere beroepen zoals voorzien in de wetsvoorstellen 2 en 3 onder te brengen en te definiëren in hoofdstuk 2: 'de paramedische beroepen'.

Wegens deze fundamentele bezwaren beoordeelt de Nationale Raad de voorgelegde wetsvoorstellen onaanvaardbaar. De Nationale Raad is bereid tot verdere dialoog.

Advies van 5 april 2008 betreffende medische controle – Privé-sector (09/05/2009)

TREFWOORDEN :
Controle (Medische-)
DOCUMENTNAAM :
a126009n

Een arts legt aan de Nationale Raad een vraag voor betreffende het advies dat de Nationale Raad op 5 april 2008 verstrekke inzake medische controle bij een afwezige patiënt.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn zitting van 9 mei 2009 besprak de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw vraag van 22 januari 2009 betreffende het advies van de Nationale Raad van 5 april 2008: "Medische controle bij een afwezige patiënt - Toelichting bij het advies van 1 september 2007".

In het advies van 5 april 2008 bevestigde de Nationale Raad zijn standpunt, met name dat een controlearts aan de patiënt niet kan opleggen zich te verplaatsen indien de behandelende arts vermeld heeft dat het verlaten van de woonst verboden is. In datzelfde advies legde de Nationale Raad vast dat de diagnose nooit aan de werkgever van de ambtenaar wordt medegedeeld doch enkel aan de dienst Medex.

De adviezen van 1 september 2007 en van 5 april 2008 passen weliswaar in het kader van de medische controle door Medex op de afwezigheden van federale ambtenaren.

De Nationale Raad is van mening dat het advies van de Nationale Raad van 5 april 2008 betreffende medische controle bij een afwezige patiënt - mutatis mutandis - ook geldt voor andere medische controles op afwezigheden, o.a. in de privé-sector.

Radiografie – Aanvraag door een verpleegkundige (09/05/2009)

TREFWOORDEN :
Radiografie – Spoedgevallen – Verpleegkundige prestaties – Medewerkers van de geneesheer
DOCUMENTNAAM :
a126013n-R

De Nationale Raad van de Orde van geneesheren werd geconfronteerd met de vraag in hoeverre het voor een verpleegkundige met de bijzondere beroepstitel spoedgevallen gewettigd is om in bepaalde gevallen autonoom een radiografie aan te vragen.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergaderingen van 18 april en van 9 mei 2009 besprak de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw e-mail van 19 februari 2009 betreffende de vraag in hoeverre het voor een verpleegkundige met de bijzondere beroepstitel spoedgevallen gewettigd is om in bepaalde gevallen zelf een radiografie aan te vragen.

Krachtens het koninklijk besluit van 21 april 2007 tot wijziging van het koninklijk besluit van 18 juni 1990 (1) kunnen verpleegkundigen die houder zijn van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de intensieve zorg en de spoedgevallenzorg zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 27 september 2006 (2), in de functies intensieve zorg, gespecialiseerde spoedgevallenzorg, mobiele urgentiegroep en in de dringende geneeskundige hulpverlening de in bijlage IV vermelde technische verpleegkundige verstrekkings- en toevertrouwde geneeskundige handelingen toepassen, op voorwaarde dat deze beschreven zijn door middel van een procedure of een standaard verpleegplan en dat deze verstrekkings- en toevertrouwde geneeskundige handelingen aan de betrokken artsen zijn meegedeeld.

Bijlage IV bij het koninklijk besluit van 21 april 2007 bepaalt in artikel 5 een lijst van technische verpleegkundige verstrekkings- en

toevertrouwde geneeskundige handelingen voorbehouden aan de houders van een bijzondere beroepstitel of een bijzondere beroepsbekwaamheid. In deze lijst staat als B 1-handeling onder andere onthaal, evaluatie, triage en oriëntatie van de patiënten.

De Nationale Raad is van mening dat het aanvragen van radiografieën door verpleegkundigen met de bijzondere beroepstitel spoedgevallen hiertoe niet behoort daar een anamnese en een klinisch onderzoek door een arts van primordiaal belang zijn om te oordelen welke relevante technische onderzoeken aangevraagd dienen te worden.

(1) Houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen.

(2) Houdende de lijst van bijzondere beroepstitels en bijzondere beroepsbekwaamheden voor de beoefenaars van de verpleegkunde.

Betrokkenheid van de huisarts in de procedure voor herstel in het recht tot sturen (30/05/2009)

TREFWOORDEN :
Expertise – Huisarts – Rijbewijs
DOCUMENTNAAM :
a126016n-R

Er werd aan de Nationale Raad advies gevraagd over een uitgebreid document in verband met de procedure voor herstel in het recht tot sturen.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 30 mei 2009 besprak de Nationale Raad van de Orde van geneesheren de problematiek van de betrokkenheid van de huisarts in de procedure voor herstel in het recht tot sturen.

Het koninklijk besluit van 23 maart 1998 betreffende het rijbewijs stelt in artikel 73 dat de geneeskundige en psychologische onderzoeken waarvan het herstel in het recht tot sturen afhankelijk kan worden gemaakt, dienen te worden uitgevoerd door een instelling erkend door de FOD Mobiliteit en Vervoer. De inhoud en de methode van deze onderzoeken worden gedefinieerd in bijlage 14 van dit koninklijk besluit. Het multidisciplinair team van deze instelling, waarvan een arts deel moet uitmaken, voert deze onderzoeken uit in zijn vestigingen.

Voorafgaand aan deze onderzoeksprocedure en aan elk contact met de arts-deskundige zenden de instellingen erkend voor het uitvoeren van de geneeskundige en psychologische expertise opgelegd aan de bestuurders die ontzet zijn uit het recht te sturen, aan deze laatste een lijvige, stereotype, medische vragenlijst. Er valt te betwijfelen of sommige van deze vragen met de doelstelling ervan stroken.

Het is een gangbaar gebruik geworden dat bepaalde instellingen de kandidaat opleggen deze vragenlijst rechtstreeks te laten invullen door zijn behandelende arts. Hierover wordt het advies van de Nationale Raad gevraagd.

De Nationale Raad stelt vast dat het geneeskundig en psychologisch onderzoek voor herstel in het recht tot sturen een deskundigenonderzoek is waarvan het resultaat wordt medegedeeld aan de betrokkene, aan de griffie van de rechtbank en aan het openbaar ministerie. De bepalingen van hoofdstuk IV van titel III van de Code van geneeskundige plichtenleer betreffende de arts-deskundige zijn van toepassing. Ze stellen dat de functies van deskundige onverenigbaar zijn met die van behandelende arts van eenzelfde persoon.

Ze eisen eveneens dat de arts die geregeld de functie van deskundige uitoefent deze medische activiteit vastlegt in een contract dat voorafgaandelijk dient te worden voorgelegd aan de provinciale raad waar hij is ingeschreven.

Het koninklijk besluit van 23 maart 1998 betreffende het rijbewijs schrijft voor dat de rijgeschiktheid wordt bepaald door de arts van de erkende instelling na een grondig geneeskundig onderzoek waarbij alle middelen, die de geneeskunde biedt, kunnen worden aangewend. Dit medisch onderzoek bestaat uit een grondige medische anamnese, de kennisname van relevante medische informatie van de kandidaat, het uitvoeren van een grondig geneeskundig onderzoek en de verwijzing naar gespecialiseerde artsen of medische diensten.

Naast het feit dat de anamnese noodzakelijk deel uitmaakt van de expertiseopdracht en niet door de behandelende huisarts kan worden uitgevoerd, bepaalt artikel 129 van de Code van geneeskundige plichtenleer dat de arts belast met een deskundigenopdracht, moet vermijden de behandelende arts ertoe te brengen het beroepsgeheim te schenden, dat deze laatste zelfs tegenover hem moet bewaren. Het is de kandidaat zelf die de vragenlijst moet beantwoorden en hij kan daarvoor de hulp vragen van zijn huisarts. De behandelende arts ertoe verplichten een dergelijke vragenlijst in te vullen is strijdig met de regels betreffende het beroepsgeheim en met de deontologische onverenigbaarheid tussen de functie van deskundige en de opdracht van behandelende arts.

De deontologische richtlijnen nopens het beroepsgeheim leggen op dat het mededelen van medische inlichtingen door de behandelende huisarts strikt is beperkt tot de objectieve medische gegevens die rechtstreeks verband houden met het doel van het onderzoek.

Deze gegevens mogen nooit aan de arts-deskundige worden meegedeeld zonder de instemming van de patiënt, dit niet alleen krachtens artikel 458 van het Strafwetboek maar ook krachtens artikel 7 van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer, dat verbiedt medische persoonsgegevens mede te delen zonder de schriftelijke en voorafgaande instemming van de betrokkene.

De beoordeling van het al dan niet aanwezig zijn van medische oorzaken voor rijongeschiktheid maakt uitdrukkelijk deel uit van de

deskundigenopdracht en moet het resultaat zijn van een persoonlijk onderzoek van de kandidaat door de arts belast met de expertise, zoals bepaald door de wettekst en door de Code van geneeskundige plichtenleer in artikel 124.

Op basis van het onderzoek dient de arts in staat te zijn te oordelen of de kandidaat voldoet aan de wettelijke criteria voor rijgeschiktheid. De wettekst bepaalt uitdrukkelijk dat de arts een beroepservaring dient te hebben, die hem moet toelaten de medische en mentale criteria te kennen op basis waarvan men kan oordelen of een persoon al dan niet rijgeschikt is. De argumentatie volgens welke de arts-deskundige de informatie van de behandelende huisarts nodig heeft om zijn opdracht uit te voeren is niet relevant. De arts-deskundige mag geen beroep doen op de behandelende huisarts om een advies te geven over de rijgeschiktheid van de kandidaat/patiënt.

De Nationale Raad dringt erop aan dat de vragen in verband met de gezondheidstoestand van de kandidaat in verhouding staan tot en relevant zijn voor het doel van het deskundigenonderzoek en dat ze opgesteld zijn in een begrijpbare taal voor de kandidaat, overeenkomstig de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt. De huidige praktijk waarbij vóór elk onderhoud met of onderzoek door de arts-deskundige een stereotype vragenlijst aan de kandidaat wordt gestuurd, voldoet niet aan deze vereisten.

Tot slot herinnert de Nationale Raad eraan dat artikel 46 van het koninklijk besluit van 23 maart 1998 betreffende het rijbewijs bepaalt dat, indien de arts vaststelt dat de houder van een rijbewijs niet meer beantwoordt aan de vastgestelde geneeskundige normen, hij de belanghebbende op de hoogte moet stellen van de verplichting om zijn rijbewijs in te leveren bij de overheid. Hij verwijst in dit verband naar zijn advies van 29 mei 1999.

Uitvoeren van preventieve arbeidsgeneeskundige onderzoeken door een verpleegkundige (30/05/2009)

TREFWOORDEN :

Geneeskunde (Arbeids-) – Geneeskunde (Onwettige uitoefening van de-) – Verantwoordelijkheid van de arts – Verpleegkundige prestaties

DOCUMENTNAAM :

a126017n

Een provinciale raad legt aan de Nationale Raad een vraag om advies voor betreffende het autonoom uitvoeren van preventieve arbeidsgeneeskundige onderzoeken door een verpleegkundige.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

Aan een provinciale raad werd door de arbeidsgeneeskundige dienst X, het volgende voorstel voorgelegd, hetwelk wegens de provincieoverstijgende aard werd overgemaakt aan de Nationale Raad van de Orde van geneesheren.

Als arbeidsgeneeskundige dienst heeft X een acuut en chronisch tekort aan arbeidsgeneesheren en vraagt of er een wettelijke en een ethisch-deontologische basis bestaat om een aantal preventieve arbeidsgeneeskundige onderzoeken van laagrisicoberoepen, i.c. beeldschermwerkers, te laten uitvoeren door een verpleegkundige in plaats van door de arbeidsgeneesheer zelf.

De werknemer van zijn kant zou steeds de mogelijkheid hebben, indien hij er zelf om verzoekt of indien de arbeidsgeneesheer dit noodzakelijk acht, om door de arts persoonlijk te worden gezien. De resultaten van de door de verpleegkundige uitgevoerde onderzoeken zouden nadien wel voorgelegd worden aan de arbeidsgeneesheer die dan op zijn beurt overgaat tot de beoordeling van de betrokken werknemer via het invullen en ondertekenen van het formulier voor gezondheidsbeoordeling.

De Nationale Raad besprak voorliggend voorstel in zijn vergadering van 30 mei 2009.

Vooreerst dient vermeld dat uit de gezamenlijke lezing van de huidige regelgevingen betreffende preventieadviseur arbeidsgeneeskundige diensten zoals de Welzijnswet (wet van 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk), het koninklijk besluit van 27 maart 1998 betreffende de externe diensten voor preventie en bescherming op het werk en het koninklijk besluit van 28 mei 2003 betreffende het gezondheidstoezicht op de werknemers, blijkt dat het de arbeidsgeneesheer niet verboden is zich voor een aantal preventieve onderzoeken door verpleegkundig personeel of door personeel met een passende opleiding te laten bijstaan.

De preventieadviseur arbeidsgeneesheer is en blijft de eindverantwoordelijke voor het uitvoeren van het medisch toezicht.

Andere meer specifieke regelgeving, zoals de Richtlijn 90/270/EEG van de Raad van 29 mei 1990 betreffende de minimumvoorschriften inzake veiligheid en gezondheid met betrekking tot het werken met beeldschermapparatuur en het koninklijk besluit van 27 augustus 1993 dat de omzetting is van deze Richtlijn in Belgisch recht betreffende het werken met beeldschermapparatuur, stellen dat niet alle preventieve onderzoeken persoonlijk dienen uitgevoerd te worden door de preventieadviseur arbeidsgeneesheer.

Verder is er nog het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van gezondheidsberoepen dat stelt dat alleen artsen de geneeskunde mogen uitoefenen. Verpleegkundigen mogen taken verrichten die tot de verpleegkunde behoren. Deze taken worden bepaald in het koninklijk besluit van 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan de beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd evenals de wijze van uitvoering van de verstrekkingen en handelingen en de kwaliteitsvereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen.

Zo wordt gesteld in bijlage I van dit koninklijk besluit dat bepaalde technische verstrekkingen door een verpleegkundige zelf mogen worden verricht, al dan niet op voorschrift van een arts, terwijl in bijlage II de toevertrouwde handelingen worden bepaald die eveneens door een verpleegkundige kunnen worden verricht doch enkel onder toezicht van een arts.

Uit wat voorafgaat, blijkt dat verpleegkundigen de wettelijke bevoegdheid hebben zelf een aantal handelingen te stellen, hetzij op voorschrift, hetzij onder toezicht van een arts. De arts blijft de eindverantwoordelijke voor deze door de verpleegkundige uitgevoerde taken. Hij zal hiervoor kunnen worden aangesproken en is als enige bevoegd om een eindbeslissing te nemen.

De Nationale Raad verwijst tot slot naar de Code van geneeskundige plichtenleer die stelt dat bij het delegeren van taken aan verpleegkundigen de geneesheer er steeds dient over te waken ieder initiatief te vermijden dat hen ertoe zou kunnen aanzetten de geneeskunde op een onwettige wijze uit te oefenen, noch taken noch handelingen te doen verrichten die buiten hun bevoegdheid of competentie vallen.

De Nationale Raad besluit dan ook dat het zelfstandig autonoom onderzoeken van i.c. beeldschermwerkers door een verpleegkundige niet mag vermits deze taak niet is voorzien in de lijst van toegestane autonome verrichtingen voor verpleegkundigen zoals bepaald in het koninklijk besluit van 18 juni 1990. Immers, de preventieadviseur arbeidsgeneesheer woont het onderzoek niet bij; hij kan het ook niet controleren vermits hij de patiënt zelf niet ziet en er kan dus geen sprake zijn van bijstand; de arbeidsgeneesheer beperkt zijn toezicht tot het invullen en ondertekenen van het formulier inzake gezondheidsbeoordeling, terwijl hij de patiënt zelf niet persoonlijk heeft gezien noch onderzocht.

Het laten uitvoeren van deze onderzoekstaken door een verpleegkundige in de plaats van en zonder supervisie van een arts zou, binnen het huidige wettelijke kader, aanleiding kunnen geven tot onwettige uitoefening van de geneeskunde en is deontologisch onaanvaardbaar.

Preventieve geneeskunde – Service “Total Body Scans” aangeboden door Royal Hospitals

(30/05/2009)

TREFWOORDEN :

Commercialisatie van de geneeskunde – Geneeskunde (Preventieve-) – Radiografie

DOCUMENTNAAM :

a126018n

In de media kan men lezen dat “Royal Hospitals” in België systematisch bij een check-up “Total body-Scans” aanbiedt. Senator L. Ide heeft zijn provinciale raad van de Orde van geneesheren over deze problematiek aangeschreven.

Hetzelfde probleem werd aangekaart door het “Consilium Radiologicum Belgicum”. Hierover werd het standpunt van de Nationale Raad gevraagd

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

De Nationale Raad van de Orde van geneesheren heeft in zijn vergadering van 30 mei 2009 uw brief van 10 februari 2009 besproken aangaande de preventieve “Total body Scans”, een service die ook in België aangeboden wordt door “Royal Hospitals” en waarbij ziekenhuizen en artsen aangesproken worden om deze service te promoten.

De organisatie van medische preventie is lovenswaardig. In de organisatie van preventie is de overheid beperkt qua financiële middelen en dit brengt met zich dat private niet-commerciële organisaties dit gedeelte van de medische zorg op zich kunnen nemen.

Elke vorm van preventieve geneeskunde, ook al wordt ze aangeboden door een privaat initiatief, moet voldoen aan een aantal wetenschappelijke vereisten.

Dit veronderstelt dat een preventief onderzoek gefundeerd moet zijn op formele, controleerbare wetenschappelijke waardebewijzen (*evidence based*), dat het positief resultaat op morbiditeit, mortaliteit, levensverwachting en levenskwaliteit onomstotelijk aangetoond moet zijn, dat een preventief onderzoek geen schade mag toebrengen die niet in verhouding staat tot het beoogde nut en dat de patiënt (of hier de cliënt) bewust en geïnformeerd zonder valse verwachtingen of geruststelling moet kunnen opteren voor een preventief gezondheidsonderzoek.

Een formele wetenschappelijke evidentie voor preventie door middel van “Total Body Scans “ is niet terug te vinden in de wetenschappelijk erkende medische literatuur:

- Het resultaat van deze vorm van screening kan nooit met zekerheid de afwezigheid van een pathologie waarborgen en schept dus valse verwachtingen;
- Uitgebreide medische beeldvorming zonder vooraf gestelde indicatie roept talloze vragen op. Veel niet-specifieke toevallige bevindingen zullen leiden tot onnodige bijkomende en dure onderzoeken en tot ongerustheid bij de patiënt;
- De schadeloosheid van MRI op grote schaal en op repetitieve basis is nog niet volledig gedocumenteerd. De risico's van ioniserende stralen (cfr. CT-scan) zijn daarentegen wel duidelijk vastgesteld. Er is een significante toename van het risico op kanker door een CT-scan;
- De kostprijs van dergelijk preventief onderzoek staat buiten alle verhouding met de gangbare verzekeringstarieven voor deze onderzoeken, zoals in ons land gehanteerd. “Royal Hospitals” werkt met eigen financiële middelen en de ziekteverzekering komt niet tussen in de kosten, wat leidt tot onaanvaardbare sociale verschillen.

Men kan bijgevolg stellen dat het uitvoeren van preventieve geneeskundige onderzoeken die niet uitgaan van initiatieven van de overheid, zinvol kunnen zijn als zij voldoen aan een aantal wetenschappelijke en deontologische criteria.

Geenszins mag dit een commerciële geneeskunde worden, gefundeerd op het ronselen en misleiden van “patiënten”.

De Nationale Raad van de Orde van geneesheren is van mening dat het project “Total Body Scans“ van “Royal Hospitals” niet voldoet aan deze vereisten en de artsen hieraan niet mogen meewerken.

Cc. dokter Christian Delcour, voorzitter van het "Consilium Radiologicum Belgium"

Inzage van het medisch dossier door de hoofdarts van het ziekenhuis (30/05/2009)

TREFWOORDEN :

Beroepsgeheim – Dossier (Medisch-) – Hoofdgeneesheer

DOCUMENTNAAM :

a126021n-R

De commissie 'Ziekenhuisgeneeskunde' van de Nationale Raad van de Orde van geneesheren stelde in april 2008 een leidraad op over "Taken van de hoofdarts – Deontologische richtlijnen". Deze leidraad is gebaseerd op de ter zake geldende wetgeving, de Code van geneeskundige plichtenleer en vroeger uitgebrachte adviezen.

Tijdens het opstellen van deze leidraad kwamen nog een aantal vragen aan bod.

Eén van deze vragen was of de inzage van het medisch dossier van een patiënt door de hoofdarts van het ziekenhuis gerechtvaardigd is.

Hierover werd door de Nationale Raad advies uitgebracht in zijn vergadering van 30 mei 2009.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

Het medisch ziekenhuisdossier wordt gedefinieerd door het koninklijk besluit van 3 mei 1999 houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het medisch dossier, bedoeld in artikel 15 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 (*), moet voldoen.

Dit medisch dossier vormt samen met het verpleegkundig dossier het patiëntendossier (art. 1, lid 1, koninklijk besluit van 3 mei 1999).

Het medisch patiëntendossier is in de eerste plaats een werkinstrument voor de arts, maar het is ook een communicatiemiddel, een evaluatiemiddel, een bewijselement en een beleidsinstrument.

Het medisch dossier is een onontbeerlijk communicatiemiddel voor de coördinatie en de continuïteit van de zorg. In die mate wordt de vertrouwelijkheid van de inhoud ervan gedeeld tussen de verschillende gezondheidsberoepsbeoefenaren die zorg toedienen aan de patiënt.

Doordat deze beoefenaren toegang hebben tot zijn medisch dossier wordt de patiënt beschermd tegen nutteloos herhaalde onderzoeken, geneesmiddeleninterferenties en fouten door het niet op de hoogte zijn van bijvoorbeeld allergieën. Bovendien waarborgt het hem een optimale behandeling.

Het is een evaluatiemiddel : het streven naar kwaliteit moet onder andere gebaseerd zijn op objectieve gegevens vermeld in het medisch dossier.

Het is een bewijselement op medisch gebied : zowel voor de arts - de aan de patiënt verstrekte informatie en zijn toestemming zullen op nuttige wijze worden opgetekend in het medisch dossier (artt. 7 en 8 van de patiëntenrechtenwet van 22 augustus 2002) -, als voor de patiënt, bijvoorbeeld bij een transfusieongeval (art. 2, lid 10, koninklijk besluit van 3 mei 1999).

Het is eveneens een bewijselement op administratief gebied bij betwistingen over de classificatie van de behandelde aandoening in APR/DRG, die één van de basiselementen uitmaakt van de ziekenhuisfinanciering (art. 56 quater van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994). Hiertoe moet het toegankelijk zijn voor het coderingsteam.

Het medisch patiëntendossier is eveneens een beleidsinstrument aangezien het dient voor de registratie van de Minimale Klinische Gegevens (MKG) en voor de registratie van de Minimale Verpleegkundige Gegevens (MVG). De combinatie van de twee vormt de Minimale Ziekenhuisgegevens (MZG).

Tot slot heeft de patiënt recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier, waarvan hij recht op inzage en op een afschrift heeft (art. 9 van de patiëntenrechtenwet van 22 augustus 2002).

De taken van de hoofdarts worden beschreven in de artikels 5 en 6 van het koninklijk besluit van 15 december 1987 houdende uitvoering van de artikels 13 tot en met 17 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd door het koninklijk besluit van 7 augustus 1987 (*).

Een van die taken bestaat erin "een medisch dossier, als onderdeel van het patiëntendossier, voor elke patiënt aan te leggen en in het ziekenhuis te bewaren".

Het patiëntendossier, samengesteld uit het medisch en het verpleegkundig dossier, wordt in het ziekenhuis bewaard onder de verantwoordelijkheid van de hoofdarts (art. 25 van de wet op de ziekenhuizen en andere zorginstellingen, gecoördineerd op 10 juli 2008).

Uit deze wetgeving blijkt dat de wetgever de hoofdarts duidelijk een rol van coördinatie van de medische afdeling en een organisatorische verantwoordelijkheid wat betreft de de continuïteit en de kwaliteit van de zorg toekent, zowel naar de patiënten als naar de gemeenschap toe.

De uitvoering van de hierboven aangehaalde bepalingen en in ruimere zin de harmonieuze werking van de ziekenhuisinstelling rechtvaardigen dat de hoofdarts inzage heeft in het medisch patiëntendossier binnen de grenzen van de uitvoering van zijn opdrachten.

De hoofdarts moet zijn functie uitoefenen met eerbiediging van de deontologie en moet in het bijzonder zijn recht op inzage beperken tot de bij wet bepaalde situaties.

De medische dossiers in de ziekenhuizen dienen in die geest te worden opgesteld.

(*) Wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008.

Bloedinzameling – Controle door apotheker-inspecteur van de FOD Volksgezondheid (04/07/2009)

TREFWOORDEN :

Beroepsgeheim – Bloedtransfusie– Persoonlijke levenssfeer – Inspecteur

DOCUMENTNAAM :

a126026n

Een apotheker-inspecteur van de FOD Volksgezondheid, meldt zich aan bij een bloedtransfusiecentrum (Rode Kruis) teneinde na te gaan of alle wettelijke bepalingen aangaande bloedinzameling worden nageleefd.

Hij vraagt ook inzage van de medische vragenlijsten waarin de donoren in hun antwoorden persoonlijke medische gegevens mededelen.

Een provinciale raad stelt de vraag of die apotheker-inspecteur recht op inzage heeft van die persoonlijke medische gegevens.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 4 juli 2009 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw brief van 13 mei jl. besproken, waarin volgende vraag wordt gesteld: is een apotheker-inspecteur van de FOD Volksgezondheid, gelast met de controle op de naleving van de wettelijke bepalingen inzake bloedinzameling, gemachtigd inzage te hebben van medische persoonsgegevens die de donoren verschaffen als antwoord op de medische vragenlijsten ?

De Nationale Raad is van oordeel dat voornoemde medische persoonsgegevens onder de toepassing vallen van de wettelijke en deontologische bepalingen met betrekking tot het beroepsgeheim alsook onder de toepassing van de wettelijke bepalingen met betrekking tot de bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens.

Dat de apotheker-inspecteur inzagerecht zou hebben van de vermelde medische persoonsgegevens kan volgens de Nationale Raad slechts op twee manieren verantwoord worden:

Ofwel is er inzagerecht in het kader van het gedeeld beroepsgeheim (*).

De apotheker-inspecteur vervult echter niet alle voorwaarden om een beroep te kunnen doen op het gedeeld beroepsgeheim.

Dat hij zelf gebonden is door het beroepsgeheim, één van de voorwaarden, is op zich niet voldoende.

Ofwel is er inzagerecht krachtens een wet.

De referentiewet in deze aangelegenheid is de wet van 5 juli 1994 betreffende bloed en bloederivaten van menselijke oorsprong. Artikel 21 van deze wet verleent de apotheker-inspecteur machtiging controle uit te voeren op de naleving van de wettelijke bepalingen betreffende de bloedinzameling.

Artikel 5 van diezelfde wet bepaalt: "[...] Behalve in geval van uiterste medische noodzaak, mag de identiteit van de donor en van de ontvanger niet worden medegedeeld, met dien verstande dat de opspoorbaarheid van de producten gewaarborgd moet zijn en dat de identiteit van de donor en/of van de ontvanger kan worden medegedeeld onder de bescherming van de medische geheimhouding wanneer deze mededeling door omstandigheden noodzakelijk is [...]."

De Nationale Raad meent te mogen besluiten dat de apotheker-inspecteur zich voor routinecontroles niet kan beroepen op het doorbreken van de anonimiteit van de donoren bij ontstentenis van omstandigheden wijzende op een uiterste medische noodzaak en dat hij derhalve in dit geval geen inzagerecht heeft van de medische persoonsgegevens vermeld op de hoger geciteerde vragenlijsten.

Ten slotte is de Nationale Raad van oordeel dat dergelijke routinecontroles perfect kunnen geschieden op basis van geanonimiseerde gegevens, hetgeen dan ook in overeenstemming is met de vereisten van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens.

(*) Zie daaromtrent Isabelle VAN DER STRAETE en Johan PUT, *Beroepsgeheim en hulpverlening*, Die Keure, 2005, nrs.110; 154; 158; 186-188; 319; 405-469.

Inspectie van de zorgplannen door de inspecteurs van de Vlaamse Gemeenschap (04/07/2009)

TREFWOORDEN :

Beroepsgeheim – Dossier (Medisch)– Inspecteur

DOCUMENTNAAM :

a126027n

Brief van de Nationale Raad aan een arts, voorzitter van een vzw die actief is op het gebied van de coördinatie en ondersteuning van de thuiszorg in de eerste lijn, die vraagt of de werkwijze van de Inspectie van de zorgplannen door de inspecteurs van de Vlaamse Gemeensch

In zijn vergadering van 4 juli 2009 heeft de Nationale Raad de bespreking van uw schrijven van 9 juni 2008 aan de Provinciale Raad van Limburg beëindigd, waarin u vraagt of de werkwijze van de Inspectie van de zorgplannen door de inspecteurs van de Vlaamse Gemeenschap strookt met de medische deontologie.

Eenzijds is er de vraag of de wens van de inspecteurs dat de zorgplannen en de communicatieschriften van de patiënten, documenten die al dan niet medische vertrouwelijke informatie bevatten en normaal bij de patiënt thuis liggen, op voorhand worden opgehaald om aan de inspectie te worden voorgelegd.

Anderzijds is er de vraag of het inzage verlenen van al deze documenten van een patiënt, ook deze die vertrouwelijke informatie bevatten, deontologisch mag, en wel op de eerder beschreven wijze.

De Nationale Raad verwijst naar de bij wet vastgelegde opdracht tot het inspecteren van zorgplannen door de ambtenaren van de Vlaamse Gemeenschap in artikel 18, §§ 1 en 2, van het decreet van de Vlaamse Gemeenschap van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders (BS, 20 april 2004). Volgens deze bepaling organiseert de Vlaamse Gemeenschap het toezicht en de controle op de naleving van dit decreet en hebben de ambtenaren van de Vlaamse Gemeenschap die belast zijn met toezicht, het recht de in § 1 bedoelde samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering, samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg en partnerorganisaties te bezoeken en ter plaatse zelf kennis te nemen van alle stukken en bescheiden die noodzakelijk en relevant zijn voor de uitoefening van hun ambt.

Omtrent de documenten die zich thuis bij de patiënt bevinden dient opgemerkt dat er een onderscheid moet worden gemaakt tussen de eigenlijke administratieve documenten en de specifieke individuele, al dan niet medische, dossiergegevens die soms heel vertrouwelijke informatie kunnen bevatten en niet relevant zijn voor de inspectie.

Betreffende de eerste vraag meent de Nationale Raad dat het deontologisch onaanvaardbaar is dat de zorgplannen en de communicatieschriften waarvan sprake gedurende meerdere dagen tot een week bij de patiënt worden weggehaald en worden gecentraliseerd ten behoeve van de inspectie, terwijl ze continu nodig zijn bij de patiënt opdat alle zorgverleners een optimale continuïteit van zorg zouden kunnen verlenen. Derhalve dient de inspectie van de zorgplannen, zoals de wet het voorschrijft, "ter plaatse" bij de patiënt thuis te geschieden.

Wat betreft de tweede vraag of de inspecteur niet-geneesheer al dan niet inzagerecht heeft van alle documenten, inbegrepen de persoonlijke en medische gegevens van de betrokkene, stelt de wet dat de ambtenaren-inspecteurs van de Vlaamse Gemeenschap het recht hebben zelf kennis te nemen van alle stukken en bescheiden die noodzakelijk en relevant zijn voor de uitoefening van hun ambt.

Hieruit volgt dat deze ambtenaren-inspecteurs, niet-artsen, dienen na te gaan, net als de inspecteurs-artsen die controle uitoefenen in rusthuizen en RVT's, of alle stukken en bescheiden voorhanden zijn die noodzakelijk en relevant zijn voor de betreffende erkenning en eventuele subsidiëring door de Vlaamse Gemeenschap. Hiertoe behoren de administratieve gegevens uit het dossier van de patiënt.

De Nationale Raad stelt dat inzage van de vertrouwelijke, al dan niet medische, gegevens die zich ook in het dossier bevinden, onaanvaardbaar is, vermits deze niet behoren tot die stukken en bescheiden die noodzakelijk en relevant zijn.

Een inspecteur, niet-arts, is uit hoofde van zijn statuut van ambtenaar gehouden aan de discretieplicht voor het geval hij vertrouwelijke individuele gegevens van de patiënt zou vernemen ter gelegenheid van zijn inspectieopdracht.

De Nationale Raad beveelt in deze heel sterk aan dat de regelgever, in casu de Vlaamse Gemeenschap, per sector, afzonderlijk de taken van de inspectie duidelijk(er) zou omschrijven en aangeven in welke mate de uitvoering van deze taken noopt tot inzage van de individuele patiëntgegevens. Een aanpassing van de dossiersamenstelling lijkt dan ook noodzakelijk opdat er een duidelijke scheiding zou kunnen worden gemaakt tussen de diverse gegevens in een dossier.

VERGADERING VAN HET BUREAU VAN DE NATIONALE RAAD VAN 16 JULI 2009

Benaming van artsenvennootschappen – Vermelding van de naam en het specialisme van elke vennoot

(16/07/2009)

TREFWOORDEN

Publiciteit en reclame – Vennootschappen (Professionele-)

DOCUMENTNAAM :

a126028n-R

Een provinciale raad legt een vraag voor betreffende de vermelding van de naam en het specialisme van elke vennoot in de benaming van een artsenvennootschap.

ADVIES VAN HET BUREAU VAN DE NATIONALE RAAD :

Artikel 160, § 5, van de Code van geneeskundige plichtenleer meldt dat de associatie naar buiten kan treden onder de naam van haar leden met vermelding van het uitgeoefende specialisme maar dat ze ook een eigen naam kan kiezen. Deze benaming moet door de bevoegde provinciale raad worden aanvaard.

Artikel 163, § 4, van de Code van geneeskundige plichtenleer bepaalt dat een professionele eenpersoonsvennootschap bij het naar buiten treden de rechtsvorm evenals de naam van de arts en het uitgeoefende specialisme dient te vermelden.

Artikel 162, § 6, van de Code van geneeskundige plichtenleer bepaalt dat een professionele meerpersoonsvennootschap kan opteren voor een eigen benaming die objectief en discreet moet zijn en door de provinciale raad moet worden aanvaard.

De rechtsvorm en de naam van elke vennoot met het door deze uitgeoefende specialisme dient te worden vermeld.

Zowel de associatie als de professionele meerpersoonsvennootschap met rechtspersoonlijkheid kan dus een eigen benaming kiezen, die objectief en discreet dient te zijn en door de bevoegde provinciale raad dient te worden aanvaard. Onder de benaming van de associatie of de vennootschap dient steeds de naam van elke vennoot en het door deze uitgeoefende en door het RIZIV erkende specialisme te worden vermeld.

Wanneer niet wordt gekozen voor een eigen benaming dienen de namen van alle artsen te worden vermeld alsook hun door het RIZIV erkende specialisme.

Verslag van de vergadering van de EFMA-WHO, 2-4 april 2009, Bratislava (Slovakije)

Prof. dr. G. De Roy

Woord Vooraf

De EFMA-WHO houdt ieder voorjaar een jaarlijkse bijeenkomst. Het is een driedaags evenement georganiseerd door de Regio Europa van de WHO (Wereldgezondheidsorganisatie) samen met de EFMA (Europese Federatie van artsorganisaties). Van 31/03/09 tot 3/04/09 had, op uitnodiging van de Slovaakse Medische Associatie, de conferentie plaats te Bratislava (Slovakije). 80 afgevaardigden van 20 landen namen deel aan de vergadering. De professoren G.De Roy en A.Herchuelz vertegenwoordigden er de Nationale Raad.

Om het belang van deze vergaderingen beter te situeren is inleidende informatie over de WHO en de EFMA nuttig. Nadien zullen enkele van de besproken onderwerpen kort toegelicht worden.

WHO

De WHO is een binnen de VN opgerichte intergouvernementele organisatie waarvan de hoofdzetel gevestigd is in Genève. Zij verdeelt haar werking over vijf regio's ; de regio Europa is er een van. De actie van de regio Europa is verspreid over 53 landen en wordt beheerd door het regionaal Bureau dat in Kopenhagen gevestigd is.

Als intergouvernementele organisatie erkent de WHO als enige officiële gesprekspartners slechts de nationale autoriteiten bevoegd voor de volksgezondheid, zegge de ministeries. Artsorganisaties, zowel orden van artsen als artsensyndicaten, behoren niet tot de officiële onderhandelaars. Artsenorganisaties zijn met deze toestand niet gelukkig daar regeringsafgevaardigden en arstengroeperingen soms verschillende doeleinden nastreven.

Hoewel rechtstreekse onderhandelingen tussen de WHO en NMA's (Nationale Medische Associaties) uitgesloten zijn, is de WMA (World Medical Association) een van de niet-gouvernementele door de WHO erkende organisaties; dit laat toe dat de WMA een zekere inspraak bij de WHO heeft. Deze inspraak is echter eerder symbolisch. Het betekent dat ze op de jaarlijkse algemene vergadering van de WHO, die in mei in Genève wordt gehouden, recht heeft op een spreektijd van drie minuten om een interventie te houden; de inhoud ervan moet wel voorafgaandelijk door de nationale ministeriële autoriteiten worden goedgekeurd. Deze toestand leidt nooit tot een constructief debat.

EFMA-WHO

Om de relatie met artsorganisaties te verbeteren, nodigde de regionale directeur van de afdeling WHO-Europa in 1984 de NMA's van de staten van het gebied WHO-Europa uit om over gezondheidsproblemen te discussiëren. Deze ontmoeting kende een groot succes en werd daarom jaarlijks herhaald. Op de vergadering te Rome in 1990 werd algemeen aangenomen dat er de facto een "Europees Forum van Medische Associaties" bestond; het jaar nadien werd het Forum officieel opgericht in Helsinki. Buiten de jaarlijkse gezamenlijke vergadering met de Europese afdeling van de WHO, houdt de EFMA geen eigen vergaderingen. Op deze vergaderingen worden een of meerdere verklaringen opgesteld; deze worden gepubliceerd in het handboek van de EFMA/WHO "The European forum of medical associations and WHO"; het is een jaarlijks bijgewerkte kennismaking met de "National Medical Associations in Europe", een uitgave van de Noorse Medische Associatie.

Sinds 2000 werd het initiatief verder gezet door Marc Danzon, directeur-generaal, die nu zijn tweede ambtstermijn van 5 jaar beëindigt; de verkiezing van een nieuwe directeur-generaal is in 2010 voorzien. Hopelijk zal de opvolger de samenwerking EFMA-WHO voortzetten. Deze samenwerking werkte vlot tot de jaren 2006, waarna de WHO haar samenwerking met de EFMA, om budgettaire redenen, wenste te herzien en de toekomst van de vergaderingen werd zelfs op de helling gezet. Na de vergadering van de EFMA-WHO te Lissabon, met grote luister ingezet mede dankzij de aanwezigheid van EU-commissaris Baroso, is het tij blijkbaar gunstig gekeerd en wordt de relatie tussen de WHO en de EFMA hersteld en komen de vergaderingen althans nu niet in het gedrang.

Het toetreden tot de EFMA is voor de NMA's gratis; wel dragen zij bij tot de kosten van de jaarlijkse vergadering; de bijdrage staat in verhouding tot het aantal deelnemers. De belangstelling van de NMA's voor de EFMA-WHO vergaderingen wisselt in de loop van de jaren; de laatste jaren nemen minder NMA's van welstellende landen aan de vergaderingen deel; zo waren dit jaar geen afgevaardigden ingeschreven van Denemarken, Finland, Zweden, Spanje, Italië en Griekenland. Het gebrek aan interesse van deze NMA's valt moeilijk te verklaren daar het centrale thema handelde over de weerslag van de economische crisis op de gezondheid; een thema belangrijk genoeg om geagendeerd te staan op de nagenoeg gelijktijdige vergaderingen van de G 20 (maart 2009) en van de interministeriële conferentie volksgezondheid te Oslo (april 2009).

Workshops

Op de EFMA-WHO vergadering te Tel-Aviv in 2008, werd het initiatief genomen om naast lezingen eveneens workshops rond actuele thema's te organiseren. In Tel-Aviv handelden de workshop over e-Health, de antitabakscampagne en de aanpak van rampensituaties.

In Bratislava vergaderden werkgroepen rond twee onderwerpen: de migratie van artsen en de eerstelijnsgeneeskunde. Ongeveer 40 deelnemers hadden zich voor iedere werkgroep ingeschreven.

De migratie van artsen

De artsenmigratie met soms zorgwekkende gevolgen is algemeen gekend. De stroom van uitwijkende artsen gebeurt meestal van arme ontwikkelingslanden naar rijkere landen. Naast deze stroom van zuid naar noord, bestaat eveneens een stroom van oost naar west: Sinds zijn toetreding tot de EU kent Polen een uittocht van zijn artsen naar Duitsland. Duitse artsen, niet alleen deze van de voormalige DDR, trekken naar Groot-Brittannië. Landen waaronder de Verenigde Staten, Groot-Brittannië en Portugal oefenen wereldwijd een grote aantrekkingskracht uit.

“Meten is weten” zegt men en dit is zeker ook het geval als men de hoegrootheid van de artsenmigratie wil onderzoeken. Verbazend, maar zelfs de WHO beschikt niet over betrouwbare cijfers. Gereputeerde bronnen zoals de OESO (Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling), Eurostats en de WHO geven onderling verschillende cijfers. Dit is het gevolg van een verschillende methodiek bij het verzamelen van de gegevens. Zelfs deze vermaarde statistische bronnen werden verzameld door de bevraging van nationale organisaties. Deze organisaties weten meestal niet eens hoeveel artsen juist in hun land vertoeven noch welk hun professionele activiteit is: zijn zij oprustgesteld of deeltijds werkzaam of oefenen zij tijdelijk praktijk uit in het buitenland? Dit maakt dat de statistieken slechts een algemene indruk van de artsenmigratie weergeven.

Hoewel de verschillende statistieken moeilijk te vergelijken zijn, bevestigen ze allemaal het bestaan van een medische uittocht. Het gaat trouwens niet alleen om artsen maar eveneens om andere beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg, zoals verpleegkundigen, vroedvrouwen en paramedisch personeel; overigens, het fenomeen migratie is niet beperkt tot de gezondheidszorgsector maar bestaat in tal van andere beroepsgroepen. Arbeidsmigratie wordt toegeschreven aan de globalisatie van de wereldmarkt waardoor Europa een belangrijk afzetgebied geworden is. De statistieken bevestigen dat in de meeste lidstaten van de EU het percentage van vreemde praktiserende artsen hoog is. Voor de WHO is de migratie zorgwekkend genoeg om te kunnen spreken van een crisis van medische mankracht.

Om de artsenuitwijking in te tomen wordt de rol van de overheid benadrukt; zij moet maatregelen treffen om meer artsen in eigen land te vormen; om artsen in het land te houden moeten de arbeidsomstandigheden verbeteren zodat beroepsleven en familielevens gecombineerd kunnen worden. Hopen dat een arts om ethische redenen niet zal uitwijken, is een vrome wens. Artsen zoeken zelf uit waar ter wereld het voor hen en hun familie beter is; zij die in eigen land vastgesnoerd blijven doen dit daar ze zich te oud vinden om uit te wijken of omdat zij hun familie en vriendenkring niet willen verlaten. Het recht op vrij verkeer, zeker binnen de EU, is onaantastbaar en kan moeilijk door een ethische verplichting beperkt worden. Wel is het onethisch dat rijke landen artsen gaan rekruteren in ontwikkelingslanden met een artsentekort.

De WHO werkt aan een ontwerp van code om de uittocht van artsen tegen te gaan; zij zal hiertoe verschillende geleerden raadplegen in de hoop de kwestie te kunnen agenderen op de algemene vergadering van de WHO in mei 2010.

De eerstelijnsgezondheidszorg

30 jaar na de Alma-Ata-Verklaring van de WHO/UNICEF “Gezondheid voor allen” over de eerstelijnsgeneeskunde (1970) blijkt dat de hoopvolle verwachtingen van deze verklaring niet ingevuld werden. De huisarts staat nog vaak op een zijspoor daar de patiënt zich te gemakkelijk rechtstreeks tot het ziekenhuis richt; de zieke vindt dat hij vlugger geholpen wordt in urgentiediensten en poliklinieken. In tijden van economische crisis kan dit de financiering van de ziekenhuissector ten laste van de overheid in het gedrang brengen. De patiënt argumenteert dat er te weinig huisartsen beschikbaar zijn daar artsen zich bij voorkeur in de grootstedelijke gebieden vestigen wat lange wachtlijsten met zich meebrengt. In geval van doorverwijzing naar een hoger echelon, zoals oftalmologie, dermatologie, gynaecologie of pediatrie, blijkt de raadpleging bij de huisarts een nutteloze en kostelijke tussenstap. Dit is vooral zo in landen waar patiënten niet kunnen genieten van een financiële tegemoetkoming in hun gezondheidskosten.

Niet alleen de patiënt maar ook de eerstelijnsarts is ontevreden. Het aantal afgestudeerden in de huisartsgeneeskunde daalt. Het beroep van huisarts is minder aantrekkelijk; de huisarts geniet niet van het prestige van een specialist. In de uitoefening van zijn beroep vindt hij geen tijd meer om zich met zijn patiënten bezig te houden; hij wordt meer en meer in beslag genomen door administratieve taken en de patiënten, bewust van hun “patiëntenrechten”, zijn in de loop der jaren meer kritisch en veeleisend geworden; men zegt dat zij mondiger geworden zijn. Daarbij moeten artsen nog tijd kunnen vinden voor bijscholing zodat nog amper tijd overschiet om een familiaal leven te kunnen leiden.

De WHO wilt terug nieuw leven in de eerstelijnsgezondheidszorg blazen. Huisartsgeneeskunde dient hergewaardeerd te worden zodat het als een volwaardige specialiteit aangezien wordt; de toegang tot het beroep moet vergemakkelijkt worden. Biotechnologie moet bij het verstrekken van de eerstelijnsgeneeskunde een hulp en geen last zijn. Eerstelijnsgeneeskunde moet meer op de patiënt gericht worden. De huisarts moet een begeleidende rol voor zijn patiënt kunnen spelen en de echeloning van de behandeling weten te coördineren. De eerstelijnsgezondheidszorg moet naast zorgverstrekking ook voor preventie, rehabilitatie en zo nodig ook voor de palliatieve zorg instaan. Gezondheid is een basisrecht; het is een taak van de overheid er over te waken dat door de financiële crisis de toegang en de kwaliteit van de gezondheidszorg niet in het gedrang komen; ziekteverzekering moet als een verworven recht aangezien worden.

De WHO zal een bijstuuringsplan van de Verklaring van Alma-Ata op haar algemene vergadering van mei 2009 agenderen; tegen mei 2010 zal andermaal een stand van zaken op de algemene vergadering worden besproken.

De evaluatie van gezondheidssystemen

Het zoeken naar nieuwe gezondheidsindicatoren om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren laat toe risicogroepen van een lage socio-economische klasse meteen beter te omschrijven. Naast bekende indicatoren van een ongezonde levensstijl zoals een onevenwichtige voeding, tabaks- en alcoholmisbruik en beperkte lichaamsbeweging, spelen de opvoedingsgraad en de culturele achtergrond een tot nu toe minder bestudeerde rol. Zo blijkt dat de sociale determinanten van gezondheid niet enkel tot de bevoegdheid behoren van de minister van Volksgezondheid maar ook tot deze van de verantwoordelijken voor onderwijs, verkeersveiligheid en huisvesting.

Hoe hoger de sociale ladder, hoe beter de gezondheid. Verstandige mensen uit gegoede middelen leven niet alleen gemiddeld langer maar hebben een oude dag zonder noemenswaardige gezondheidsproblemen; zij gaan gezonde levensjaren tegemoet.

Soms moet de arts rekening houden met de culturele achtergrond van zijn patiënt: dieetvoorschriften voor een moslim diabetespatiënt kunnen sterk afwijkend zijn van de algemeen erkende evidence based richtlijnen; deze zijn wetenschappelijk gesteund zonder rekening te houden met de geloofsovertuiging van de zieke.

Obesitas, gezondheid en algemeen welzijnsgevoel

Almaar meer mensen kampen met overgewicht en obesitas. Obesitas is oorzaak van allerlei kwalen waaronder de toename van diabetes type 2; alleen al de cardiovasculaire verwickelingen betekenen een zware belasting voor de gezondheidszorgsystemen. Obesitas zit niet enkel in de genen en preventie door het nastreven van een gezondere levensstijl is mogelijk. De WMA streeft ernaar met educatieve programma's een preventiecampagne op te starten waarbij niet alleen artsen maar ook werkgevers betrokken worden. Werkgevers zijn betrokken partij want zij zijn de eersten die de economische weerslag van ziekteverlof rechtstreeks aanvoelen. Op de werkvloer waar 1/3^{de} van de dag doorgebracht wordt moet de mogelijkheid geboden worden om aan sport te doen zoals joggen en fitnessstrainingen. Daarnaast moet gezonde voeding goedkoper worden zodat mensen minder geneigd zullen zijn om te kiezen voor ongezonde junk en fastfood.

De Bologna-Verklaring

In 1999 ondertekenden een veertigtal ministers van Onderwijs de Verklaring van Bologna. Dit verdrag moest, door het invoeren van de bachelors-mastersstructuur bezegeld door gelijkwaardige diploma's, leiden tot een vlotte uitwisseling van studenten tussen de verschillende instellingen voor hoger onderwijs.

De bachelors-mastersstructuur werd met wisselend succes toegepast op verschillende studierichtingen; velen waren echter sceptisch om de Verklaring van Bologna ook toe te passen op de artsopleiding. De universitaire autoriteiten beweerden niet geraadpleegd te zijn geweest en wensten hun academische onafhankelijkheid niet prijs te geven. Voor hen is de opleiding tot arts een continue opleiding waar van bij de aanvang de theoretische kennis en de klinische ervaring nauw met elkaar verweven zijn. Deze opleiding is vaak eigen aan de instelling en laat zich niet splitsen in bachelor en master.

Dit blijkt althans uit een stand van zaken gegeven door drie landen : Duitsland, Zwitserland en België. De situatie is kunstmatig en beantwoordt helemaal niet aan de doelstelling van de Verklaring. De gelijkwaardigheid van een bachelor in de geneeskunde werd niet bewezen. De studieprogramma's van de kandidaturen in de faculteiten geneeskunde bleken soms grondig onder elkaar te verschillen zodat een automatische overstap van de ene universiteit naar de andere niet mogelijk is.

De implementatie van de Bologna-Verklaring wordt regelmatig herbeoordeeld; op 28 april 2009 gebeurde dit in Leuven.

De toekomst van de gezondheidszorg

Gast spreker, plaatsvervangend directeur-generaal van de WHO Regio Europa, Nata Menabde, schetste een somber toekomstbeeld van de gezondheidszorg. De gevolgen van de economische crisis zijn amper voelbaar en het ergste valt nog te verwachten: de economische terugval uit zich in een aaneenschakeling van gebeurtenissen. Het domino-effect is begonnen met een financiële crisis in de banksector door het ontspoorde woonkrediet, nadien volgde de industriële weerslag met het instorten van de automobielsector en onvermijdelijk zal de gezondheidssector later aan de beurt komen.

De gezondheidskosten stijgen fors door de vergrijzing van de bevolking en de ontwikkeling van nieuwe medische technologie. Een deel van de kosten wordt gedekt door publieke middelen. Toch sluit de OESO niet uit dat een groter deel van de gezondheidsuitgaven door de zieken uit eigen zak betaald zal moeten worden. De overheid moet de schaarse middelen doelmatiger weten aan te wenden en evengoed resultaten weten te boeken; het is niet aan de zieke om de crisis met zijn gezondheid te bekopen; de gepaste behandeling moet beschikbaar en betaalbaar blijven; ziek worden mag geen financiële ramp inluiden.

Gezondheidszorgverstrekking in enkele landen

De EFMA-WHO is eveneens een tribune waar enkele landen hun opmerkingen kunnen geven over lokale problemen in verband met de gezondheidszorgverstrekking in hun land. Dat de overgang naar nieuwe gezondheidszorgsystemen soms problemen schept werd geïllustreerd door verslaggevers van Azerbeidzjan, Servië, Tsjechië, Turkije en Rusland.

Forum-WHO 2010

Onder applaus verwelkomde de vergadering de uitnodiging van de Russische Medische Associatie om de vergadering van de EFMA-WHO van 2010 in Sochi aan de Zwarte Zee te houden. De haalbaarheid van dit voorstel zal door het comité van de verbindingsofficieren nagegaan worden.

Besluit

Zoals in het verleden werd ook deze EFMA-WHO vergadering warm onthaald. Artsenorganisaties hechten veel waarde aan het initiatief van de WHO om bepaalde onderwerpen zoals de migratie van artsen of de herwaardering van de eerstelijnsgezondheidszorg met hen op een informele wijze te bespreken. Tijdens deze vergadering hadden velen het gevoel dat de WHO met bijzondere aandacht luisterde naar het standpunt van artsen; uiteindelijk hebben zij de grootste terreinervaring. Dat de WHO bereid is om deze vergaderingen in de toekomst verder te steunen is zeker goed nieuws zodat al naar de vergadering van 2010 uitgekeken wordt.



COLOFON

ORDE VAN GENEESHEREN

Nationale Raad,
de Jamblinne de Meuxplein 34-35, 1030 Brussel,
Tel. 02/743.04.00—Fax: 02/735.35.63
E-mail: info@ordomedic.be—Internetsite: <http://www.ordomedic.be>

HOOFDREDACTEURS

Dr P. Beke, Pr Dr G. Rorive

VERANTWOORDELIJKE UITGEVERS

Pr Dr W. Michielsens, Dr J. Noterman,
de Jamblinne de Meuxplein 34-35, 1030 Brussel,

Voor ondertekende artikels is de auteur verantwoordelijk.