

# TIJDSCHRIFT VAN DE NATIONALE RAAD

## ORDE VAN GENEESHEREN

TRIMESTRIEEL TIJDSCHRIFT  
VOL. XVII  
MAART 2009

NR. 123

### INHOUDSTAFEL

---

#### IN MEMORIAM PROF. SOKAL

*Prof. dr. G. Rorive*

---

#### WOORD VOORAF

*Pr Dr G. Rorive*

---

#### ADVIEZEN VAN DE NATIONALE RAAD

- Code van geneeskundige plichtenleer : artikel 173
- RVT – Invullen van bezoekregister door de artsen
- Samenstelling en toegankelijkheid van de dossiers in rustoorden en rust- en verzorgingstehuizen voor bejaarden
- Coördinerend en raadgevend arts (CRA) in de rust- en verzorgingstehuizen
- Retrospectieve studies - Wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon
- Retrospectieve studies - Wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon
- Certificaat voor mammografische eenheden
- Screeningsprocedure in mammografische eenheden
- Mammografie – Continuïteit van de zorg
- Geneesheren-inspecteurs bij het Intern Verzelfstandigd Agentschap Inspectie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
- Simultane anesthesieën
- Wachtdienst in huisartsgeneeskunde – Begeleiden van een patiënt met een ambulance
- Deelname aan de wachtdienst – Ongeschiktheid wegens ziekte
- Wachtdienst in huisartsgeneeskunde : deelnameplicht – Verplaatsing huisarts van wacht – Telefonische triage
- Informatie over geneesmiddelen door de farmaceutische industrie
- Wachtdienst in huisartsgeneeskunde – Wijziging van het advies van 4 oktober 2008
- Aanwezigheid van een arts-radioloog bij het uitvoeren van röntgenonderzoeken
- Basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden
- Onverenigbaarheid tussen de functie van hoofdarts en deze van directeur van het ziekenhuis
- Uitvoeren van narcoses door een verpleegkundige
- Klinische studies – Voorafgaandelijke goedkeuring van het contract
- Prospectieve studies zonder interventies betreffende geneesmiddelen

---

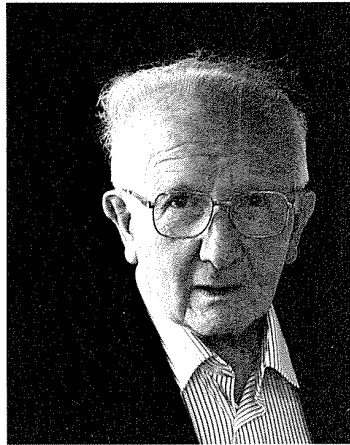
#### INTERNATIONALE KRONIEK

- Vergadering CEOM OAS. Parijs, 28 november 2008  
*Prof. dr. G. De Roy*
- Algemene Vergadering van de World Medical Association. Seoel, 15-18 oktober 2008  
*Prof. Dr. G. De Roy*

## PROFESSOR GERHARD SOKAL (1 juli 1927 – 29 januari 2009)

Aucun homme n'est  
une île complète en soi-même.  
Tout homme est un fragment du continent,  
une part du tout...  
Si une parcelle de terrain est emportée  
par la mer, le monde en est amoindri.  
Comme si les flots avaient emporté  
un promontoire, le manoir  
de ses amis, ou le lien propre.  
La mort de tout homme me diminue,  
parce que j'appartiens au genre humain.  
Aussi n'envoie jamais demander  
pour qui sonne le glas: il sonne pour toi...  
John Donne

### Gerhard SOKAL



1er Juillet 1927 - 29 janvier 2009

Professor Gerhard SOKAL is op 29 januari 2009 laatstleden overleden.

De persoonlijkheid van deze grote arts heeft een stempel gedrukt op de geschiedenis van de Faculteit Geneeskunde van de Universiteit van Louvain-la-Neuve, in het bijzonder op de dienst hematologie. Hij heeft ook op belangrijke wijze bijgedragen tot de werking van de Nationale Raad van de Orde van geneesheren en meer bepaald tot het Tijdschrift van de Nationale Raad.

Professor G. Sokal wordt geboren te Baden op 1 juli 1927 en behaalt in 1952 zijn diploma van dokter in de geneeskunde aan de UCL. In 1957 wordt hij specialist in interne geneeskunde en richt hij zich meer specifiek tot de diagnose en de behandeling van hematologische aandoeningen. Zijn aggregaatsthesi, die hij verdedigt in 1960, is gewijd aan de bloedplaatjes en aan de structuur van de bloedklonter. In 1975 wordt hij titularis van de leerstoel hematologie en vanaf 1978 wordt hij aangewezen als coördinator van de oncologie. Als decaan van de Faculteit Geneeskunde van de UCL tussen 1979 en 1984 en vervolgens als voorzitter van de school voor geneeskunde, speelt hij een belangrijke rol in de transfer van de Faculteit Geneeskunde en de ontwikkeling van het Universitair Ziekenhuis Saint-Luc te Woluwe. Hij creëert er een dienst hematologie waarin het onderzoekslabo en de klinische activiteiten opgenomen zijn en maakt er een referentiecentrum van waar een indrukwekkend aantal medewerkers opgeleid worden.

Nauw verbonden met zijn patiënten wordt professor G. Sokal door zijn gelijken als een wijze beschouwd. Het is dan ook vanzelfsprekend dat de Faculteit Geneeskunde hem in 1985 het onderricht van de deontologie toevertrouwt, een onderwijstaak die hij vervult tot zijn emeritaat in 1992.

Op 18 juni 1982 wordt hij tot effectief lid benoemd van de Nationale Raad van de Orde van geneesheren. Tot in januari 2001 vertegenwoordigt hij er de Faculteit Geneeskunde van de UCL. Hij volbrengt deze taak met een inzet en een trouw die hem in al zijn functies karakteriseren. Gedurende de drie laatste jaren van zijn mandaat zat ik naast hem tijdens de zittingen en ik herinner me niet dat hij ooit op één vergadering ontbrak.

Als hoofdredacteur van het Tijdschrift van de Nationale Raad van 1990 tot 2001 schrijft hij een groot aantal kwaliteitsartikelen over actualiteitsonderwerpen zoals euthanasie of de rechten van de patiënt, maar ook over meer algemene onderwerpen zoals de diepe betekenis van het medische beroep. De lezers herinneren zich ongetwijfeld de helden van zijn artikelen, dokter Jules X en zijn vriend en patiënt Alfred. Doorheen deze twee personages drukt G. Sokal zijn bespiegelingen uit over de evolutie van de geneeskunde naar een discipline die steeds meer overheerst wordt door de techniek en die steeds minder menselijk wordt. In deze teksten die doorspekt zijn van een ietwat sarcastische humor, voelen we ook zijn persoonlijke ervaringen ten opzichte van ouderdom, pensioen en e ziekte.

De enkele lijnen die volgen, ontleend aan één van zijn laatste artikelen verschenen in nummer 88 van het Tijdschrift, geven zeer goed de opvatting weer die professor G. Sokal had over de geneeskundige praktijk en van de relatie arts-patiënt.

*“In het ziekenhuis werd Alfred direct naar de intensieve verzorging gebracht. De medische machinerie zette zich in gang : radiografieën, electrocardiogram en continue bloeddrukmeting, centrale toevoer, urinesonde. Via talrijke draden en catheters was hij de gevangene van het systeem. ...*

*Dokter Jules X ging tot bij zijn patiënt en vriend, nam zijn hand en bracht hem zachtjes op de hoogte van de ernst van de situatie, van de voorgestelde maatregelen en van de sombere prognose. ...*

*In die omstandigheden bestaat de beste begeleiding uit een blijk van liefde.”*

De Nationale Raad, en in het bijzonder de redactieraad van het Tijdschrift, wenst een ontroerend eerbewijs te brengen aan deze grote arts, zijn dankbaarheid te uiten voor zijn bijdrage tot het beroep en aan zijn familie zijn zeer oprechte medeleven te betuigen.

Prof. dr. Georges RORIVE

Het tijdschrift in papieren versie is niet meer ! U raadpleegt nu het eerste tijdschrift in elektronische vorm.

Om de aanpassing voor de lezers vlotter te laten verlopen, is deze versie identiek met de papieren versie. Voortaan zal onder de rubriek Tijdschrift enkel nog de inhoudstafel staan, met links om de adviezen die gedurende de drie laatste maanden uitgebracht werden vlot en rechtstreeks te kunnen raadplegen. Voorts vindt u op dit niveau actualiteit, in memoriams - waarvan we natuurlijk hopen dat er niet veel zullen zijn -. De hoofdredacteurs zullen eveneens van deze mogelijkheid gebruik maken om belangrijk nieuws te brengen alsook commentaar bij de belangrijkste adviezen....

De meest recente adviezen, van de drie laatste maanden bijvoorbeeld, zullen verschijnen in de rubriek "news" zoals nu reeds het geval is. Minder dan 10 dagen na de laatste vergadering van de Nationale Raad zijn ze al beschikbaar. Op die manier wordt vermeden dat er enige tijd verstrijkt tussen het ogenblik waarop de pers gewag maakt van de inhoud van de adviezen en het ogenblik waarop de adviezen ter beschikking gesteld worden via het tijdschrift. De belangstelling van de pers voor de meer sensationele aspecten heeft er soms toe geleid dat de adviezen en bedoelingen van de Nationale Raad verkeerd begrepen werden.

Sommigen onder de lezers zijn voorstander van het behoud van een papieren versie omdat die volgens hen gemakkelijker een lange tijd gearchiveerd kan worden. Hoewel alle adviezen van de Nationale Raad sedert 18 september 1976 beschikbaar blijven op de site, zal een jaaroverzicht opgesteld worden van de adviezen, toegankelijk voor het gehele artsencorps, evenals van de artikelen van de Code van geneeskundige plichtenleer die gewijzigd werden. Welke vorm dit jaaroverzicht zal aannemen, dient nog nader bepaald te worden.

Voorts werkt de redactieraad aan een bericht waarin de artsen geïnformeerd zullen worden over de wijzigingen in de procedure voor de verspreiding van de adviezen en wordt er nagedacht over de praktische toegangsmodaliteiten tot de nieuwe website van de Nationale Raad.

Het huidige nummer dat de vergaderingen van de Nationale Raad bevat die plaatsvonden tussen 25 oktober en 20 december 2008 telt maar liefst 21 adviezen over de meest uiteenlopende onderwerpen, gaande van de toegang tot het dossier in rust- en verzorgingstehuizen tot de verplichte aanwezigheid van de radioloog bij dringende onderzoeken. Sommige van deze adviezen vonden heel wat weerklank in de pers en lokten hevige reacties uit bij een deel van het artsencorps. Dit was bijvoorbeeld het geval voor het advies over de onverenigbaarheid op deontologisch gebied tussen de functie van hoofdarts en deze van medisch directeur van een ziekenhuis, alsook voor het advies waarin herinnerd wordt aan de van kracht zijnde wettelijke en regelgevende bepalingen betreffende de verplichte deelname aan de wachtdienst, de verplaatsing van de arts met wachtdienst en telefonische triage. Deze laatste herinnering is geenszins onverenigbaar met de discussies die momenteel gevoerd worden om een oplossing te vinden voor de problemen bij de organisatie van de wachtdiensten in de huisartsgeneeskunde.

Tot slot is er een laatste nieuwigheid : om de adviezen makkelijker te kunnen lezen en in een juiste context te kunnen plaatsen zal elk advies voortaan voorafgegaan worden door een korte inleiding waarin de inhoud van de gestelde vraag samengevat wordt.

Het is misschien de gelegenheid om eraan te herinneren dat de Nationale Raad zich in principe niet uitspreekt over een afzonderlijke precieze situatie, maar adviezen verstrekt met een algemene draagwijdte. Standpuntinnamen over afzonderlijke gevallen vergen immers een informatieprocedure waarover de Nationale Raad niet beschikt en vallen bijgevolg onder de bevoegdheid van de provinciale raden.

Ik wens u veel leesplezier met deze nieuwe presentatie van het Tijdschrift en sta steeds open voor uw reacties en opmerkingen.

*Prof. dr. G. Rorive*  
Hoofdredacteur

## VERGADERINGEN VAN DE NATIONALE RAAD VAN 25 OKTOBER, 22 NOVEMBER, 6 DECEMBER EN 20 DECEMBER 2008

Code van geneeskundige plichtenleer : artikel 173  
RVT – Invullen van bezoekregister door de artsen (25/10/2008)  
Samenstelling en toegankelijkheid van de dossiers in rustoorden en rust- en verzorgingstehuizen voor bejaarden (25/10/2008)  
Coördinerend en raadgevend arts (CRA) in de rust- en verzorgingstehuizen (25/10/2008)  
Retrospectieve studies - Wet inzake experimenten op de menselijke persoon (25/10/2008)  
Retrospectieve studies - Wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon (22/11/2008)  
Certificaat voor mammografische eenheden (22/11/2008)  
Screeningsprocedure in mammografische eenheden (22/11/2008)  
Mammografie – Continuïteit van de zorg (22/11/2008)  
Geneesheren-inspecteurs bij het Intern Verzelfstandigd Agentschap Inspectie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (22/11/2008)  
Simultane anesthesieën (06/12/2008)  
Wachtdienst in huisartsgeneeskunde – Begeleiden van een patiënt met een ambulance (06/12/2008)  
Deelname aan de wachtdienst – Ongeschiktheid wegens ziekte (06/12/2008)  
Wachtdienst in huisartsgeneeskunde : deelnameplicht – Verplaatsing huisarts van wacht – Telefonische triage (06/12/2008)  
Informatie over geneesmiddelen door de farmaceutische industrie (06/12/2008)  
Wachtdienst in huisartsgeneeskunde – Wijziging van het advies van 4 oktober 2008 (06/12/2008)  
Aanwezigheid van een arts-radioloog bij het uitvoeren van röntgenonderzoeken (06/12/2008)  
Basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden (20/12/2008)  
Onverenigbaarheid tussen de functie van hoofdarts en deze van directeur van het ziekenhuis (20/12/2008)  
Uitvoeren van narcoses door een verpleegkundige (20/12/2008)  
Klinische studies – Voorafgaandelijke goedkeuring van het contract (20/12/2008)  
Prospectieve studies zonder interventies betreffende geneesmiddelen (20/12/2008)

### **Code van geneeskundige plichtenleer : artikel 173**

*In zijn vergadering van 20 december 2008 heeft de Nationale Raad aan artikel 173 van de Code van geneeskundige plichtenleer een tweede paragraaf toegevoegd :*

Artikel 173

§ 1. Elke overeenkomst tussen artsen of artsenvennootschappen en niet-artsen en die een invloed kan hebben op de deontologische aspecten van de beroepsuitoefening van de arts dient schriftelijk vastgelegd te worden en mag slechts ondertekend worden nadat het ontwerp ervan op deontologisch vlak goedgekeurd werd door de bevoegde provinciale raad. Hetzelfde geldt voor elke wijziging van een dergelijke overeenkomst.

§ 2. De vorige bepaling is niet van toepassing op de protocollen voor medische experimenten voor zover zij ter goedkeuring worden voorgedragen.

legd aan een commissie voor medische ethiek.

**ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :**

### **RVT – Invullen van bezoekregister door de artsen (25/10/2008)**

TREFWOORDEN :

*Coördinerend en raadgevend arts (CRA) – Geneesheer (Coördinerend-) – Rust- en verzorgingstehuizen*

DOCUMENTNAAM :  
*al23001n*

*Een coördinerend en raadgevend arts (CRA) in een rust- en verzorgingstehuis (RVT) vraagt het advies van de Nationale Raad betreffende het registratieformulier dat de verantwoordelijke verpleegkundige dient te laten invullen door de artsen, telkens wanneer zij een patiënt in het RVT bezoeken.*

In zijn zitting van 25 oktober 2008 besprak de Nationale Raad de vraag nopens het invullen van een bezoekregister in een rust- en verzorgingstehuis (RVT) door de artsen.

De Nationale Raad is van mening dat er geen deontologische bezwaren zijn tegen het invullen van een dergelijk bezoekregister door de arts: de verstrekte informatie dient steeds correct en waarheidsgetrouw te zijn.

Indien een RVT een dergelijk bezoekregister noodzakelijk acht om aan de RVT-normen te kunnen voldoen, verwijst de Nationale Raad naar de vigerende wetgeving<sup>1</sup> nopens de normen voor de bijzondere erkenning van rust- en verzorgingstehuizen.

<sup>1</sup>21 september 2004. - Koninklijk besluit houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis of als centrum voor dagverzorging

Alle artsen die één of meer bewoners behandelen, verbinden er zich ten aanzien van de beheerder toe zo efficiënt mogelijk mee te werken aan de interne medische organisatie van de instelling zoals omschreven in het reglement van inwendige orde. Bedoelde overeenkomst wordt schriftelijk vastgesteld en regelt minstens de aangelegenheden betreffende de inning van de erelonen en de overlegvergaderingen.

In elk rust- en verzorgingstehuis wijst de beheerder een coördinerende en raadgevende arts (CRA) aan : deze is een huisarts en zorgt voor een goede relatie van het medisch korps met de instelling, o.a. via overlegvergaderingen.

De Nationale Raad meent dat de CRA – bij mogelijke problemen of betwistingen van bepaalde maatregelen of verplichtingen – een bemiddelende rol kan spelen tussen de instelling en de bezoekende artsen, om via het reglement van inwendige orde van de instelling tot een consensus te komen, binnen het vigerend wettelijke kader voor RVT-normen

## **Samenstelling en toegankelijkheid van de dossiers in rustoorden en rust- en verzorgingstehuizen voor bejaarden** (25/10/2008)

### **TRFWOORDEN :**

Beroepsgeheim – Dossier (Medisch-) – Inbeslagname van medische dossiers – Rusthuizen

**DOCUMENTNAAM :**  
a123002n

*Sommige behandelende artsen in rustoorden voor bejaarden (ROB's) en rust- en verzorgingstehuizen voor bejaarden (RVTB's) zijn van mening dat het individueel dossier van medische richtlijnen (IDMR) los moet staan van het individueel zorgdossier (IZD). Volgens het Ministerie van het Waalse Gewest, Algemene Directie Sociale Actie en Gezondheid, is het echter beter het IDMR op te nemen in het IZD. Zo heeft de arts enerzijds meer zekerheid dat zijn aanbevelingen worden uitgevoerd en kan hij anderzijds de verantwoordelijkheid nemen voor zijn tussenkomsten aangezien ze traceerbaar zijn. In hetzelfde schrijven wordt aan de Nationale Raad het probleem voorgelegd dat de artsen-inspecteurs (hulpofficieren van de gerechtelijke politie bij de procureur des Konings) ondervinden om kennis te nemen van het medisch dossier in het kader van hun opdracht om toezicht te houden op de goede coördinatie van de medische richtlijnen en van de zorg toegediend aan bejaarden.*

### **ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :**

In zijn zitting van 25 oktober 2008 besprak de Nationale Raad uw brief van 11 maart 2008.

Voor eerst wenst de Nationale Raad in te gaan op het wettelijke en het deontologische kader voor de inhoud, samenstelling en beheer van de medische dossiers.

Het KB van 21 september 2004<sup>1</sup> definieert het “individueel verzorgingsdossier” (IZD) “*dit bevat de sociale, medisch, paramedische en verpleegkundige gegevens. Dit dossier, dat uit verschillende onderdelen kan bestaan, moet constant in de instelling aanwezig zijn. Het moet steeds toegankelijk zijn voor de daartoe bevoegde personen*”.

Het verzorgingsdossier bevat diverse types van gegevens, waaronder medische gegevens “*de anamnese, klinisch onderzoek bij opname, de diagnose, de behandeling, de klinische en diagnostische evolutie, de voorgeschreven geneesmiddelen en de toediening ervan*”.

Dit KB zegt duidelijk dat het IZD uit diverse onderdelen kan bestaan: het is dus niet onwettig dat het IZD, naast een verpleegkundig luik, als ‘afzonderlijk’ onderdeel ook een medisch luik bevat.

Bovendien stelt het KB ook dat het moet toegankelijk zijn voor de daartoe bevoegde personen: die genuanceerde toegankelijkheid in *personae* van het IZD, verklaart de wettelijke mogelijkheid om een onderscheid te maken tussen bepaalde onderdelen: i.c. het medisch en het verpleegkundig dossier.

Dit onderscheid wordt analoog gemaakt in de ziekenhuizen<sup>2</sup>, waar het patiëntendossier samengesteld is uit het verpleegkundig en het medisch dossier. Het is logisch dat beide dossiers afzonderlijk samengesteld en bewaard worden, met beperking van de toegang – tot elk ervan – voor de bevoegde personen.

De Nationale Raad is van oordeel dat *de bevoegdigheden* van de arts en de andere zorgverstrekkers wel complementair kunnen zijn, doch zeker niet identiek zijn: noch op het wettelijke, noch op het deontologische vlak.

De patiënt heeft recht op een zorgvuldig en veilig bewaard dossier<sup>3</sup>. Dit is de individuele plicht van de beroepsbeoefenaar. De arts draagt de volle verantwoordelijkheid voor het medisch dossier.

De problematiek van de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt - wat betreft het beroepsgeheim<sup>4</sup> - kadert in dezelfde Patiëntenrechtenwet : de patiënt heeft het recht op privacy betreffende alle informatie over zijn gezondheidstoestand ; dit geldt zeker bij de samenstelling, het beheer en de toegankelijkheid van medische gegevens in het medisch dossier, waarover de arts in fine beslist en er ook de verantwoordelijkheid voor opneemt.

De Nationale Raad onderschrijft een goede samenwerking tussen artsen en andere zorgverstrekkers. Medische zorgen worden in het RVT in een multidisciplinaire context verstrekt : “*dat geldt bij de opname, waarbij een multidisciplinaire diagnostische en medisch-sociale evaluatie moet gebeuren; maar uiteraard ook bij de zorgen die dagelijks verstrekt worden, zowel medisch, verpleegkundige zorg, paramedische en/of kinesitherapeutische zorg.*”

Bovendien pleegt de huisarts multidisciplinair overleg<sup>5</sup>, in het belang van de patiënt.

Het multidisciplinaire karakter van een samenwerking laat toe dat de arts alle voor de verzorging noodzakelijke informatie mededeelt aan de diverse andere betrokken zorgverstrekkers (verpleegkundigen, paramedici) rond de patiënt. Men moet aannemen dat alle zorgverleners hier gebonden zijn door een ‘gezamenlijk’ beroepsgeheim, voor zover het kadert in de uitoefening van de effectieve zorgverlening. Er zijn diverse manieren van communicatie mogelijk, verbaal en schriftelijk.

De Nationale Raad vraagt ten slotte bijzondere aandacht voor de toegankelijkheid tot de medische dossiers door artsen-inspecteurs, in het kader van hun wettelijke opdrachten<sup>6</sup>, als ambtenaren van gerechtelijke politie.

In feite gaat het om de complexe procedures voor inbeslagname van medische dossiers, waarbij de rechten en plichten van zowel de behandelende artsen als bv. artsen-inspecteurs worden bepaald.

De Nationale Raad verwijst – als voorbeeld – naar eerdere adviezen<sup>7</sup> ter zake, bv. de inbeslagname door de geneesheer-inspecteur van het Riziv.

De aangehaalde doelstelling van art. 20 van het Decreet van 5 juni 1997 is zeer algemeen: “*de bescherming van bejaarden te waarborgen*”. De vragen die zich binnen dat geschetste kader stellen zijn of én welke “*medische klachten*” wettelijk rechtvaardigen dat die artsen-inspecteurs “*kennis nemen van het medisch dossier*”, onder welke modaliteiten en voorwaarden zij menen hun opdracht te (kunnen) vervullen versus alle betrokken partijen, of zij hierin wel als (de) enige(n) de wettelijke bevoegdheid hebben verkregen, desgevallend versus andere bevoegde wettelijke instanties op diverse niveaus.

De Nationale Raad maakt dan ook het grootste voorbehoud, in afwachting de exacte procedures te mogen vernemen voor die toegankelijkheid van de medische dossiers door deze artsen-inspecteurs.

<sup>1</sup>21 september 2004 – Koninklijk besluit houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis of als centrum voor dagverzorging. Bijlage 1 RVT punt 3.b.-c.-d.

<sup>2</sup>3 mei 1999 – Koninklijk besluit houdende bepalingen van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het medisch dossier, bedoeld in art. 15 van de wet op de ziekenhuizen (7 augustus 1987), moet voldoen.

<sup>3</sup>22 augustus 2002. - Wet betreffende de rechten van de patiënt. Art.9, 10.

<sup>4</sup>Beroepsgeheim, Artikel 458 SW.

<sup>5</sup>22 augustus 2002. - Wet betreffende de rechten van de patiënt. Art. 4.

<sup>6</sup>5 juni 1997 – Decreet betreffende de rustoorden, serviceflats en de dagcentra voor bejaarden en houdende de oprichting van de ‘Conseil Wallon du troisième âge’. Art. 20.

<sup>7</sup>Advies NR – 20.03.1993, Geneesheer-inspecteur van het Riziv - Inbeslagname van medische gegevens

**Coördinerend en raadgevend arts (CRA) in de rust- en verzorgingstehuizen**  
(25/10/2008)

**TREFWOORDEN :**

Coördinerend en raadgevend arts (CRA) – Geneesheer (Coördinerend-) – Huisarts – Rust- en verzorgingstehuizen

**DOCUMENTNAAM :**  
a123003n

*Naar aanleiding van een schrijven aan zijn provinciale raad betreffende zijn benoeming vraagt een coördinerend en raadgevend arts uitleg bij twee passages uit het advies van de Nationale Raad van 7 juni 2008 (Tijdschrift Nationale Raad nr. 121 p. 5).*

**ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :**

In zijn zitting van 25 oktober 2008 besprak de Nationale Raad van de Orde der geneesheren uw brief van 7 juli 2008 .

In antwoord op uw eerste vraag, zoals reeds vermeld in het advies van 7 juni 2008, is het citaat *“De coördinerend geneesheren menen dat men de wijze moet herzien waarop een coördinerend geneesheer door de beheerder moet worden aangesteld. Ze wensen dat er een discussie zou plaatsvinden tussen de beheerders en de lokale huisartsenkringen, zodat de coördinerend geneesheren worden aangesteld die het vertrouwen genieten van hun collega’s en hun beheerder.”* afkomstig uit het activiteitenverslag 2006-2007 van de werkgroep coördinerend geneesheer van de Overeenkomstencommissie Rustoorden – Verzekeringsinstellingen.

Wat betreft uw tweede vraag om uitleg over de passus *“De instellingen hebben het benoemingsrecht, maar huisartsenkringen dienen – in de geschetste context van wettelijke vertegenwoordiger van de lokale huisartsen en integratie van de taken van de coördinator – een voordrachtsrecht van (de) kandidaat-coördinatoren te verkrijgen en/of te behouden.”* verwijst de Nationale Raad naar de onderliggende motivering in haar eerdere adviezen (16.09.2000 – 26.06.2004).

Er is daaromtrent een verduidelijking gekomen door de wettelijke erkenning van de huisartsenkringen overeenkomstig het KB van 8 juli 2002 tot vaststelling van de opdrachten verleend aan de huisartsenkringen, in het bijzonder de opdracht in art. 3 : *“De huisartsenkring treedt op als vertegenwoordiger van de huisartsen van de huisartsenzone en is het lokale aanspreekpunt voor de huisartsen en voor het lokale beleid ter implementatie van het lokale gezondheidsbeleid.”*

De Nationale Raad deelt de bezorgdheid om de aanstelling van de coördinerend geneesheer in optimale omstandigheden te laten verlopen, teneinde die taak van coördinatie in te vullen in een goede collegiale verstandhouding met de huisartsen.

Uit het geciteerde verslag van de Overeenkomstencommissie Rustoorden – Verzekeringscommissie 2006 – 2007, blijkt dat zij diezelfde mening is toegeedaan en dat daarbij een prominente rol aan de lokale huisartsenkringen wordt toebedeeld.

Daarom is de Nationale Raad van oordeel dat het noodzakelijk is dat er in consensus een transparante aanstellingsprocedure voor de coördinerende geneesheren wordt uitgewerkt met respect voor de respectieve wettelijke bevoegdheden van betrokken partijen: de rusthuizen en de huisartsen via de huisartsenkringen als aanspreekpunt, en dus met aandacht in die aanstellingsprocedure voor het “voordrachtsrecht” door de huisartsenkring en het “benoemingsrecht” door de instelling.

**Retrospectieve studies - Wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon**

(25/10/2008)

**TREFWOORDEN :**

Experimenten op mensen –Retrospectieve studies

**DOCUMENTNAAM :**  
a123004n

*Naar aanleiding van de wijzigingen aan de wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon, voorgesteld in het wetsontwerp houdende diverse bepalingen betreffende gezondheid (I) nr. 149/001, ingediend in de Kamer van Volksvertegenwoordigers op 16 oktober 2008 (zie ook het advies van de Nationale Raad d.d. 22 november 2008), richtte de Nationale Raad op 4 november 2008 volgende brief aan mevrouw L. Onkelinx, vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.*

**ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :**

De Nationale Raad heeft in zijn vergadering van 25 oktober 2008 kennis genomen van het wetsontwerp houdende diverse bepalingen betreffende gezondheid (I), ingediend in de Kamer van Volksvertegenwoordigers op 16 oktober laatstleden.

De Nationale Raad is van mening dat de voorgestelde wijziging van de wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon, vermeld in artikel 88 van het wetsontwerp, de belangen van de patiënten schaaft en de noodzakelijke vertrouwensrelatie tussen de artsen en de patiënten aantast.

Het voorgestelde artikel 88 wil twee diepgaande wijzigingen aanbrengen aan de wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

In de voorbereidende werkzaamheden kunnen we lezen :

*Dit artikel strekt ertoe twee preciseringen aan te brengen inzake het toepassingsveld*

*van de wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.*

*Dit betreft enerzijds het uitsluiten van retrospectieve studies uit het toepassingsveld van deze wet.*

*Anderzijds betreft dit in essentie een vereenvoudiging van de procedure voor de experimenten die verband houden met een doelstelling inzake kwaliteit van de activiteit van de beroepsbeoefenaars, bedoeld in het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen en die plaatsvinden op initiatief van een federale overheidsdienst of instelling van openbaar nut of een orgaan in de schoot van deze. Dit betreft bijvoorbeeld het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, het Federaal Kenniscentrum, de colleges van geneesheren zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 15 februari 1999 betreffende de kwalitatieve toetsing van de medische activiteit in de ziekenhuizen.*

*Door de Raad van State werd in zijn advies opgemerkt dat er met betrekking tot deze passage vragen konden rijzen in het licht van het grondwettelijke beginsel van de gelijkheid en niet-discriminatie. Hierop kan worden geantwoord dat, met het oog op het optimaal ondersteunen van de kwaliteit van de gezondheidszorg en een efficiënt beleid inzake volksgezondheid, het absoluut noodzakelijk is dat bedoelde initiatieven niet kunnen worden gehinderd door procedures of voorwaarden die minder relevant zijn voor niet-interventionele studies of experimenten. Er wordt echter niet geraakt aan de essentiële garanties voor de deelnemer aan bedoeld experiment, maar de procedures worden wel vereenvoudigd.*

*Het principe van de voorafgaande toestemming van de deelnemer of van zijn vertegenwoordiger, wordt vervangen door «opting out»-systeem, wat betekent dat elkeen zich tegen de deelname aan bedoeld experiment kan verzetten.*

*In geval van een multicentrisch experiment, blijft de regeling inzake het verlenen van het enkel advies gelden, maar wordt de bevoegdheid van de ethische comités die verbonden zijn aan de andere locaties waar het experiment zou plaatsvinden, opgeheven.*

*Specifieke vereisten voor het experiment ten aanzien van personen die niet in staat zijn hun toestemming te geven of in gevallen waar dit niet kan wegens hoogdringendheid, worden niet van toepassing verklaard. Deze vereisten zijn in casu, gelet op het soort experimenten bedoeld in deze paragraaf, ook niet relevant.*

De Nationale Raad kant zich in de eerste plaats tegen de uitsluiting van de retrospectieve studies uit het toepassingsgebied van de wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

De Raad is immers van mening dat niets deze keuze rechtvaardigt : geen enkel relevant argument toont aan dat retrospectieve studies minder garanties voor de patiënt vragen dan prospectieve. Integendeel, alleen al door hun aard verdienen retrospectieve studies bijzondere aandacht : ze laten immers niet altijd toe de uitdrukkelijke toestemming van de patiënt te bekomen zodat er specifieke waarborgen nodig zijn, zoals het nazicht door de bevoegde commissie voor ethiek.

De retrospectieve studies uitsluiten uit het toepassingsgebied van de wet van 7 mei 2004 zou ertoe leiden de effectiviteit van de procedurele waarborgen bevat in de wet weg te nemen en zou dus de belangen van de patiënten schaden.

De Nationale Raad verwijst wat dit betreft naar de brief die hij u op 16 oktober ll. stuurt en die hierbij gevoegd is.

Op de tweede plaats is de Nationale Raad van oordeel dat het voorstel tot invoering van § 3, in artikel 3 van de wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon ernstig nadeel berokkent aan de belangen van de patiënten.

Deze invoering leidt ertoe hen de noodzakelijke waarborgen te ontzeggen, met name ten opzichte van hun autonomie, wanneer een experiment uitgevoerd wordt door een, niet verder gedefinieerde, openbare overheid, zoals bijvoorbeeld het Riziv of het KCE.

In toepassing van de tweede paragraaf zouden alle retrospectieve studies verricht door deze overheidsdiensten inderdaad uit het toepassingsgebied van de wet van 7 mei 2004 vallen. En wat betreft de prospectieve studies zouden de procedurele waarborgen voortkomend uit deze wet sterk beperkt worden aangezien de wet de toepassing van artikels 6, § 1, 8, 2°, 9, 1°, 11, § 3, 7°, § 7 en § 8 zou afschaffen.

De Nationale Raad neemt akte van het instellen van een 'opting-out' systeem, dat inderdaad inhoudt dat eenieder zich kan verzetten tegen het experiment maar vooral dat hij niet zijn uitdrukkelijke toestemming moet geven.

Wat betreft dit systeem, stellen we in de eerste plaats vast dat het niet van toepassing zou zijn op de retrospectieve studies gezien deze buiten het toepassingsgebied van de wet van 7 mei 2004 zouden vallen. We kunnen ons dan ook afvragen in welke mate een patiënt ingelicht zou worden over de uitvoering van dit soort studie.

Aangaande de prospectieve studies is de Nationale Raad van mening dat de aanvaardbaarheid van een 'opting-out' systeem noodzakelijkerwijze afhangt van de waarborgen die eraan vasthangen inzake de autonomie van de patiënt. In casu zouden deze waarborgen volledig ontbreken.

Het principe van de 'opting-out' vraagt eerst een reflectie over de informatie waarop de patiënt recht heeft en over de manier waarop

deze doorgegeven wordt. De derde alinea van het voorgestelde artikel 3 roept derhalve de volgende vraag op : kan een arts zich, bij alle gevallen van experimenten op initiatief van overheidsinstanties zoals het Riziv en het KCE, uit ethisch standpunt beperken tot het 'op algemene wijze'<sup>2</sup> bekend maken van een informatie ?

De Nationale Raad is bijgevolg van mening dat de inhoud van de informatie en de modaliteiten ervan voor elke studie noodzakelijkerwijze geëvalueerd moeten worden door de commissie voor ethiek van het ziekenhuis waar het experiment gebeurt. Het gaat hier om een procedurele waarborg ten gunste van de patiënten.

In die mate is het absoluut noodzakelijk dat de paragrafen 7 en 8 van artikel 11 van de wet van 7 mei 2004 volledig van toepassing blijven op de experimenten uitgevoerd door de overheidsdiensten bedoeld in paragraaf 3 van artikel 3 van de wet van 7 mei 2004, zoals voorgesteld.

Het is bovendien ethisch vereist dat de commissie voor ethiek de doeltreffendheid en de volledigheid van de schriftelijke informatie die in de zin van artikel 11, § 4, 7° verstrekt moet worden, daadwerkelijk kan toetsen. Dit artikel niet toepassen op de overheidsdiensten is redelijkerwijs niet gerechtvaardigd.

De Nationale Raad is dan ook van mening dat het artikel 88 van het wetsontwerp niet kan worden goedgekeurd.

cc. :  
voorzitters van de politieke groepen van de Vertegenwoordigers van de Kamer en van de Senaat  
Clinical Trial Task Force.  
Raadgevend Comité voor Bio-ethiek  
Vlaams Patiëntenplatform.

## **Retrospectieve studies - Wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon**

(22/11/2008)

TREFWOORDEN :

*Experimenten op mensen -Retrospectieve studies*

DOCUMENTNAAM :

a123008n

*Naar aanleiding van het op 20 november 2008 door de plenaire vergadering van de Kamer van Volksvertegenwoordigers aangenomen wetsontwerp (I) nr. 149/001 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (zie ook het advies van de Nationale Raad d.d. 25 oktober 2008), uitte de Nationale Raad in volgende brief aan alle senatoren opnieuw zijn bezorgdheid over de in dit wetsontwerp voorgestelde wijzigingen aan de wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.*

**ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :**

Op 16 oktober ll. werd door de regering bij de Kamer van Volksvertegenwoordigers het wetsontwerp (I) nr. 149/001 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid ingediend.

U vindt hierbij kopie van een brief die de Nationale Raad van de Orde der geneesheren daaromtrent op 4 november 2008, met gevoegde brief van 16 oktober 2008, aan mevrouw Onkelinx, Vice-Eerste Minister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, heeft gericht. Aan de voorzitters van de politieke fracties in de Kamer en in de Senaat werd kopie van dit schrijven toegezonden.

Het betreffende wetsontwerp werd inmiddels op 17 november ll. door de bevoegde Kamercommissie(s) en op 20 november ll. door de plenaire vergadering van de Kamer van Volksvertegenwoordigers aangenomen. De licht gewijzigde tekst van het artikel, voorheen 88, thans 84, houdt omzeggens geen rekening met de naar de mening van de Nationale Raad fundamentele, in de voormelde brief gemaakte opmerkingen en gedane voorstellen.

Daar de betreffende wet een aangelegenheid regelt als bedoeld in artikel 78 (optioneel bicamerale procedure) van de Grondwet, werd het door de Kamer van Volksvertegenwoordigers aangenomen wetsontwerp op 21 november 2008 (vervaldatum evocatietermijn: 8 december 2008) voor eventueel onderzoek overgezonden aan de Senaat.

Gezien de belangrijkheid van de aangelegenheid acht de Nationale Raad het tot zijn plicht, (voor zoveel als nodig) andermaal, uw bijzondere aandacht te vragen voor zijn in de voormelde brief aangehaalde argumenten en standpunten betreffende de retrospectieve studies en de studies uitgevoerd op initiatief van een federale openbare dienst, van een instelling van openbaar nut of van een orgaan dat hierbij werd gecreëerd door een wet of koninklijk besluit.

Hij drukt de hoop uit dat de Senaat, met toepassing van de hem door het vermelde artikel 78 van de Grondwet verleende machten, de door de Kamer van Volksvertegenwoordigers aangenomen tekst zal onderzoeken en deze, met inachtname van de door de Nationale Raad van de Orde der geneesheren aangebrachte gegevens en standpunten, zal amenderen.

*Brief van mevrouw Onkelinx :*

Geachte heer voorzitter,

Ik heb uw schrijven van 16/10/2008 aangaande de omzendbrieven 455 en 472 grondig en met aandacht gelezen,

<sup>1</sup>Artikel 11, §3, 7°, bestaat niet. De regering bedoelt hier klaarblijkelijk artikel 11, §4, 7°.

<sup>2</sup>Verstaat men hieronder dat de documenten voor ziekenhuisopname dienen te vermelden dat er in het ziekenhuis studies uitgevoerd worden door overheidsinstanties, zonder verdere verduidelijkingen?

evenals uw schrijven van 4/11/2008 rond de voorgestelde wijziging van de wet van 7/05/2004.

De discussie over het al dan niet van toepassing zijn van de bepalingen van de wet van 07/05/2004 inzake experimenten op de menselijke persoon op retrospectieve experimenten is zeker niet nieuw.

De nuance tussen een niet-interventionele en een interventionele studie is zeker gekend binnen mijn administratie. De wetgever beschouwt een proef zonder interventie als het onderzoek geen extra diagnostische of controleprocedure inhoudt. (artikel 2, 80 van de wet van 07/05/2004). Zoals u inderdaad stelt, is het onderscheid tussen een retrospectieve en een prospectieve studie een tijdsgebonden issue : een retrospectieve studie handelt over gegevens die reeds beschikbaar zijn, terwijl een prospectieve studie een toekomstig onderzoek beoogt.

De voorgestelde wetswijziging bevestigt de verduidelijking die reeds werd gegeven in omzendbrieven 455 en 472 : retrospectieve experimenten vallen buiten het kader van de wet op de experimenten. Doordat de bepalingen van andere wetgeving ter bescherming van de patiënt en het individu wel blijven gelden (onder meer de wetgeving op de persoonlijke levenssfeer en het medisch en/of beroepsgeheim, lijkt een no-faultverzekering niet noodzakelijk. Er worden immers geen speciale procedures op de patiënt uitgevoerd en de patiënt werd volgens de gangbare medische praktijken behandeld. Indien echter extra procedures nodig waren om de gegevens te verzamelen, wordt het experiment prospectief, en gelden de bepalingen van de wet wel.

Voor wat het tweede aspect van de wetswijziging betreft, moet het duidelijk zijn dat enkel bepaalde niet-interventionele, prospectieve experimenten worden geïsoleerd, met name deze die in het kader van een gezondheidsbeleid worden gevoerd door bepaalde overheden en uitsluitend de kwaliteit van de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen beogen. Zoals in de memorie van toelichting en in de debatten in de bevoegde parlementaire commissies gepreciseerd, is dit aspect van de wetswijziging noodzakelijk om deze noodzakelijke experimenten mogelijk te maken. Ik heb mijn diensten ook de opdracht gegeven om deze uitzonderingsbepalingen nauwlettend en beperkend te laten toepassen.

Ik zal niet nalaten de wet van 7 mei 2004, en in het bijzonder de hoger vermelde wijzigingen, door mijn diensten ten gepaste tijde laten evalueren.

Met de meeste hoogachting,

Laurette Onkelinx

Vice-Eerste Minister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

## **Certificaat voor mammografische eenheden**

(22/11/2008)

TREFWOORDEN :

Kanker – Mammografie – Publiciteit en reclame

DOCUMENTNAAM :

a123005n

*In het kader van het Vlaamse bevolkingsonderzoek naar borstkanker worden mammografische eenheden erkend. Dit zijn radiologische diensten die bewezen hebben te voldoen aan de vereiste kwaliteit van het bevolkingsonderzoek. Momenteel zijn er 174 mammografische eenheden erkend.*

*De vraag wordt gesteld of deze erkenning – welke voorzien wordt van een certificaat aan het patiëntiel mag worden kenbaar gemaakt.*

### **ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :**

In zijn vergaderingen van 4 oktober 2008 en 22 november 2008 heeft de Nationale Raad van de Orde der geneesheren het dossier “Vlaams bevolkingsonderzoek naar borstkanker : certificaat voor mammografische eenheden” nader onderzocht.

De Nationale Raad stelt dat er geen deontologische bezwaren zijn om een radiologische dienst, welke beantwoordt aan de criteria zoals gesteld in het besluit van de Vlaamse Regering betreffende de erkenning van mammografische eenheden en regionale screeningscentra voor borstkankeropsporing van 2 februari 2001, een certificaat toe te kennen dat in de wachtzaal kan worden opgehangen.

De afmetingen van dit certificaat mogen het A4-formaat niet overtreffen.

## **Screeningsprocedure in mammografische eenheden**

(22/11/2008)

TREFWOORDEN :

Geneeskunde (Preventieve-) – Kanker – Mammografie

DOCUMENTNAAM :

a123006n

*In het kader van het Vlaamse bevolkingsonderzoek naar borstkanker worden mammografische eenheden erkend. Dit zijn radiologische diensten die bewezen hebben te voldoen aan de vereiste kwaliteit van het bevolkingsonderzoek. Momenteel zijn er 174 mammografische eenheden erkend.*

*Wanneer de radioloog in de mammografie een afwijking ziet die naar zijn mening duidelijk verdacht of kwaadaardig is – dient de screeningsprocedure verder te worden opge-*

volgd ?

### **ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :**

In zijn vergaderingen van 4 oktober 2008 en 22 november 2008 heeft de Nationale Raad van de Orde der geneesheren uw vragen van 4 januari 2008 onderzocht :

*“Is er deontologisch enig houvast om uit te maken welke werkwijze verplicht of de meest aangewezen is in geval bij de opname in een mammografische eenheid een afwijking als verdacht of kwaadaardig beschouwd wordt ? De screeningsprocedure verder volgen of onmiddellijk diagnostische opvolging of een combinatie van de twee ?”.*

Het is de deontologische plicht van de radioloog zich te houden aan de vooraf in de screeningsprocedure afgesproken werkwijze. De patiënt wordt hierover trouwens geïnformeerd via haar oproepingsbrief. De informatie betreffende de vrouw uit het screeningsprogramma halen is onverantwoord. Hierdoor worden de resultaten ervan onbetrouwbaar. De screeningscentra zullen daarenboven de beoogde resultaten niet halen. Dit kan zelfs in extremis leiden tot een stopzetting van het screeningsprogramma. Een arts die aan een screeningsprogramma meewerkt, moet weten dat ook dient te worden gedacht in termen van maatschappelijk voordeel.

Na de eerste lezing reeds een verslag van het onderzoek naar de huisarts sturen kan misleidend zijn, wanneer de tweede – en mogelijk derde – lezer tot een andere bevinding komt. De mededeling van een vals negatieve eerste lezing maakt de radioloog “mede”-aansprakelijk als hierdoor het definitieve verslag van het screeningsonderzoek niet gelezen wordt.

Bij een pathologische of verdachte eerste lezing dient de radioloog dit onderzoek te scheiden van de stapel screeningsonderzoeken en het centrum van tweede lezing te verzoeken deze bevindingen bij voorrang te verwerken.

## **Mammografie – Continuïteit van de zorg**

(22/11/2008)

TREFWOORDEN :

Continuïteit van de zorg – Geneeskunde (Preventieve-) – Kanker – Kwaliteit van de zorg – Mammografie

DOCUMENTNAAM :

a123007n

*In het kader van het Vlaamse bevolkingsonderzoek naar borstkanker worden mammografische eenheden erkend. Dit zijn radiologische diensten die bewezen hebben te voldoen aan de vereiste kwaliteit van het bevolkingsonderzoek. Momenteel zijn er 174 mammografische eenheden erkend.*

*Iedereen is het er over eens dat de bij de interpretatie van mammografieën een vergelijking met vroegere opnames essentieel is. Welke vorige mammografieën dienen aan het centrum voor borstkankeropsporing te*



worden bezorgd ?

#### ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergaderingen van 4 oktober 2008 en 22 november 2008 heeft de Nationale Raad van de Orde der geneesheren uw vragen van 14 augustus 2008 onderzocht, die als volgt luiden :

*“Is er deontologisch enig houvast om uit te maken of vroegere opnames eigendom zijn van de patiënte, en als dusdanig niet kunnen meegestuurd worden voor vergelijking met de recente opnames die blijkbaar niet meer eigendom zijn van de patiënte, maar wel door haar kunnen opgevraagd worden voor een tweede opinie, voor de tweede blinde lezing ? Of kan in het kader van een kwalitatief hoogstaand bevolkingsonderzoek afstand genomen worden van eventuele bestaande wetgeving hieromtrent ?”.*

De Nationale Raad verwijst in deze naar artikel 41 van de Code van geneeskundige plichtenleer : *“Op vraag van de patiënt of met diens toestemming moet de geneesheer zo spoedig mogelijk aan een andere behandelende geneesheer alle inlichtingen verstrekken die nuttig of nodig zijn voor de vervolgediging van de diagnose of de voortzetting van de behandeling”.*

In het belang van de patiënte dienen alle beschikbare voorafgaande mammografieën aan het centrum van borstkankeropsporing bezorgd te worden.

### **Geneesheren-inspecteurs bij het Intern Verzelfstandigd Agentschap Inspectie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin** (22/11/2008)

TREFWOORDEN :  
*Dossier (Medisch) – Inzage in medische dossiers – Ziekenhuizen*  
DOCUMENTNAAM :  
*a123009n*

*Sinds 1 april 2006 zijn de administratieve diensten van de Vlaamse overheid gereorganiseerd. Ze werden ingedeeld in 13 beleidsdomeinen, die elk een departement en een aantal verzelfstandigde agentschappen bevatten. Het Agentschap Inspectie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin maakt deel uit van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG).*

*Een geneesheer-inspecteur, werkzaam voor dit Agentschap, legt aan de Nationale Raad enkele vragen voor m.b.t. het inzagerecht in medische dossiers in het kader van zijn inspectieopdrachten in ziekenhuizen en andere instellingen zoals RVT's en ROB's. Hij stelt de vraag of art. 58 van de Code van geneeskundige plichtenleer niet dient te worden aangepast.*

#### ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 22 november 2008 onderzocht de Nationale Raad van de Orde

der geneesheren dit schrijven van 26 mei 2008, waarin een aantal deontologische vragen werden gesteld door een geneesheer-inspecteur bij het Intern Verzelfstandigd Agentschap Inspectie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Wat de vraag betreft omtrent het recht op inzage in medische dossiers van een ziekenhuis door de bevoegde geneesheer-inspecteur bij het Intern Verzelfstandigd Agentschap, meent de Nationale Raad dat inspecterende geneesheren alle nuttige inlichtingen moeten kunnen verkrijgen om hun wettelijke opdracht te kunnen uitvoeren, en dus ook inzagerecht hebben in de medische dossiers, mits aan een aantal voorwaarden is voldaan. Zo kan dit inzagerecht alleen door een inspecteur-geneesheer, aangezien ook hij gebonden is door het beroepsgeheim, worden uitgeoefend, voor zover de persoonlijke en medische gegevens niet nominatief worden verwerkt in het rapport en de toestemming van de behandelende geneesheer en van de patiënt werd verkregen.

Deze toestand betreft een uitzondering zoals bedoeld in artikel 58 van de Code van geneeskundige plichtenleer.

De Nationale Raad meent tevens dat stricto sensu artikel 58, § a, van de Code van geneeskundige plichtenleer niet dient te worden aangepast, vermits, naar analogie met de geneesheren-controleurs van de dienst voor geneeskundige controle van het Riziv, de geneesheren-inspecteurs met deze functie hun wettelijke opdracht in het kader van het verzekeren van de kwaliteit van zorg dienen te vervullen en hiertoe alle nuttige en nodige inlichtingen dienen in te winnen, voor zover die inlichtingen strikt noodzakelijk zijn voor hun inspectieopdracht.

Betreffende de vraag of inzage in medische dossiers ook buiten ziekenhuisverband kan in het kader van toezicht door geneesheren-inspecteurs van het Verzelfstandigd Agentschap Inspectie meent de Nationale Raad dat ook inspectie buiten het ziekenhuis inzage in medische dossiers kan verantwoord worden voor zover dit noodzakelijk is voor het vervullen van de wettelijke opdracht in het kader van de kwaliteit van zorg en de regels van het beroepsgeheim alsmede de voorwaarden van toestemming zoals bij uw vorige vraag worden gerespecteerd.

### **Simultane anesthesieën** (06/12/2008)

TREFWOORDEN :  
*Anesthesie – Verantwoordelijkheid van de geneesheer – Verpleegkundige gespecialiseerd in de anesthesie*  
DOCUMENTNAAM :  
*a123010n*

*In het koninklijk besluit van 27 september 2006 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels en bijzondere beroepsbekwaamheden voor de beoefenaars van de verpleegkunde, art. 1, wordt o.m. de bijzondere beroepstitel “verpleegkundige gespecialiseerd*

*in de anesthesie” gecreëerd. Tot op heden zijn er voor deze beroepstitel nog geen uitvoeringsbesluiten.*

*O.a. verwijzend naar deze bijzondere beroepstitel vraagt een verpleegkundige, werkzaam op de dienst anesthesie van een ziekenhuis, de Nationale Raad naar de toelaatbaarheid van het gelijktijdig uitvoeren van twee verdovingen.*

#### ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

De Nationale Raad heeft in zijn vergaderingen van 22 november 2008 en 6 december 2008 uw brieven van 26 mei en 15 augustus 2008 aangaande de mogelijkheid voor een anesthesist, onder bepaalde voorwaarden, tegelijkertijd twee narcoses uit te voeren, bestudeerd.

Na aandachtig al uw argumenten en de wetgeving die momenteel in deze materie van kracht is te hebben geanalyseerd, blijft de Nationale Raad bij het standpunt dat hij in zijn vroegere adviezen over deze problematiek ontwikkelde.

Hij verwijst u meer bepaald naar zijn adviezen van 8 mei 1982 (TNR nr. 30 p. 36) en van 14 november 1998 (TNR nr. 83 p. 13).

De Nationale Raad zal met aandacht de evolutie in de wetgeving van deze materie volgen wat de eventuele deontologische implicaties ervan betreft.

### **Wachtdienst voor huisartsgeneeskunde – Begeleiden van een patiënt met een ambulance** (06/12/2008)

TREFWOORDEN :  
*Dienst 100 – Huisarts – Wachtdienst*  
DOCUMENTNAAM :  
*a123011n*

*Inzake de huishoudelijke reglementen van de wachtdiensten in de huisartsgeneeskunde die ter goedkeuring aan de provinciale raad dienen te worden voorgelegd, rijst o.m. het probleem van het begeleiden van een patiënt met een ambulance door de huisarts van wacht buiten het wachtdienstgebied.*

*Op deze door een senator voorgelegde vraag antwoordde mevrouw L. Onkelinx, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, dat er wettelijk geen enkel bezwaar bestaat tegen het feit dat de arts zijn wachtgebied verlaat. De patiënt die dringend hulp nodig heeft, kan zich desgevallend wenden tot de Dienst 100. Op deontologisch gebied meent de minister dat “in alle gevallen de vastgestelde urgentie primeert op de mogelijke urgentie”.*

*Volgens een provinciale raad heeft een huisarts echter niet de nodige opleiding en routine om de patiënt samen met het Paramedisch Interventie Team (PIT) te stabiliseren en dient de tussenkomst van de wachtdoende arts in dit geval enkel om de aansprakelijkheid van het verpleegkundig personeel van de PIT te dekken. Wat het deontologisch argument van de minister betreft meent*

deze provinciale raad dat de arts zelf dient te oordelen of zijn aanwezigheid in de ambulance noodzakelijk is.

De provinciale raad legt het probleem aan de Nationale Raad voor.

#### ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

De Nationale Raad heeft in zijn vergadering van 6 december 2008 uw vragen besproken.

Het is een algemene wettelijke en deontologische plicht dat elke geneesheer medische hulp biedt – indien gevraagd door een patiënt of nabestaanden en/of opgevorderd door de overheid – aan elke patiënt die dringende medische zorg nodig heeft.

Specifiek binnen het kader van de dringende geneeskundige hulpverlening via het eenvormig oproepstelsel ("100") bestaat een duidelijk wettelijk kader<sup>1</sup> met de reële mogelijkheid om elke geneesheer op te vorderen, en in het bijzonder ook de huisarts van wacht<sup>2</sup>.

In een aantal regio's beschikt men immers niet over een Mobiele urgentiegroep (MUG)<sup>3</sup> met een arts gespecialiseerd in de urgentie-geneeskunde doch enkel met een verpleegkundige gespecialiseerd in de urgentie-geneeskunde aan boord, het Paramedisch Interventie Team (PIT).

In de voorliggende casuïstiek wordt de huisarts van wacht niet enkel opgevorderd – via 100-dispatcher en het PIT – voor toediening van de (eerste) medische zorg, doch wordt blijkbaar ook vereist dat die geneesheer de patiënt eveneens begeleidt met de ambulance tot een ziekenhuis met een gespecialiseerde spoedgevallendienst<sup>4</sup> (DGS); daarbij dient de huisarts van wacht soms het eigen wachtdienstgebied over een grote afstand te verlaten, en is hij/zij ook de facto totaal niet meer beschikbaar voor die wachtdienst.

Het inschakelen van de huisarts van wacht in de dringende geneeskundige hulpverlening behoort – voorwaardelijk – tot de wettelijke, deontologische en praktische mogelijkheden.

Niet in het minst dienen dergelijke specifieke modaliteiten opgenomen te worden in het Huishoudelijk Reglement van de Wachtdienst (HRW) van de huisartsenkring, reglement dat ter nazicht en goedkeuring wordt voorgelegd aan de Provinciale Raad Orde (PRO) en de Provinciaal Geneeskundige Commissie (PGC).

Dat houdt in dat – wettelijk bepaald – de organiserende huisartsenkring<sup>5</sup> over die praktische modaliteiten duidelijk voorafgaande afspraken heeft gemaakt (of kan maken), voorzien in een protocol<sup>6</sup>, met alle andere betrokken partijen: de ziekenhuizen met gespecialiseerde spoedgevallendienst (DGS) en MUG/PIT; de dienst "100"; de Commissie DGH (Dringende Geneeskundige Hulpverlening - provinciaal).

Bijzondere aandacht moet daarbij besteed worden aan **de volgende wrijvingspunten** :

- de territorialiteit van enerzijds de "interventiezone" van de DGH via de MUG/PIT en anderzijds van de "huisartsenzone" van de wachtdienst van huisartsen, is verschillend en niet steeds overlappend; nochtans bepaalt dit de exclusieve actieradius van beide.

- de beschikbaarheid 24/24 uur en 7/7 dagen is voor de wachtdienst van huisartsen nog niet gegarandeerd, noch is dit algemeen ingevoerd; dit schept reële beperkingen in de praktische haalbaarheid van de inschakeling van de huisarts van wacht in een systeem van dringende geneeskundige hulpverlening (o.a. het PIT).

- de huisarts van wacht moet "permanent beschikbaar" zijn voor zijn specifieke taak, "binnen de huisartsenzone van de wachtdienst" en "gedurende de ganse periode" dat de wachtdienst functioneert; de meeste HRW's bepalen dan ook expliciet dat de huisarts van wacht dit gebied niet mag verlaten, juist wegens het risico van onbeschikbaarheid binnen de eigen huisartsenzone van de wachtdienst bij een nieuwe oproep, waarvan de ernst/dringendheid a priori niet kan vermoed noch genegeerd worden.

- de normale werking van een dergelijke "ingeschakelde" wachtdienst wordt dermate gecompromitteerd binnen de geschetste context, dat de PGC ernstig de "behoefte" daarvan zal moeten nazien op "te k o r t k o m i n g e n" en "ontoereikendheid" (KB nr. 78, art. 9, § 2), en dit in overleg met en de medewerking van die organiserende huisartsenkring.

- de huisarts van wacht heeft een specifieke opdracht : de "normale en regelmatige zorgverlening, ten huize"; dringende oproepen behoren ook tot die dienstverlening, doch zijn eerder uitzonderlijk; de systematische inschakeling binnen een systeem van dringende hulpverlening is derhalve niet zo evident, gezien er qua tijdsbesteding en workload een conflictsituatie kan/zal ontstaan met de feitelijke wettelijke opdracht. Dit heeft een bepalende invloed op de kwantitatieve samenstelling van de beurtrol van de wachtdienst, en dus het effectief aantal huisartsen dat moet deelnemen om die zorg kwalitatief te kunnen blijven verzekeren.

- de wetenschappelijke/medische competentie van de huisarts op het gebied van de dringende geneeskundige hulp is beperkt, en is zeker niet vergelijkbaar met die van de geneesheer-specialist in de urgentie-geneeskunde; de huisarts kan dus geen surrogaat zijn (in het PIT-project) voor de geneesheer-specialist (in de MUG) in die materie.

- de dringende medische hulpverlening via de MUG (maar ook de PIT) heeft toch als voornaamste doel de dringende eerste medische zorgen in loco toe te dienen en zo de patiënt te stabiliseren; pas als dit voldoende gelukt is kan het transport per ambulance naar het ziekenhuis overwogen worden; in het andere geval is de pathologie in die mate ernstig dat meer gespecialiseerde hulp in loco zich opdringt, zodat alsnog een geneesheer-specialist in de urgentie-geneeskunde ter

plaats komt; dit moet kunnen op vraag van de huisarts van wacht die de medische situatie niet onder controle krijgt en dus die gespecialiseerde hulp vraagt (zoals dit in de courante dagelijkse praktijk ook gebeurt bij de vraag naar de MUG).

- het begeleiden van een patiënt per ambulance door de erkende huisarts is mogelijk (en voorzien in de RIZIV-nomenclatuur) doch hier geldt het normaliter "vrijwillig", louter voor de eigen patiënten en buiten de wachtdienst; enkel de huisarts kan oordelen of een medische begeleiding van de patiënt noodzakelijk is. Derhalve kan dit niet zo maar opgelegd worden: noch door de dienst "100", noch door de (gespecialiseerde) verpleegkundige of de ambulancier die geen enkele medische/hiërarchische autoriteit op de huisarts hebben, aangezien die huisarts juist voor de eigen medische competentie – autonoom als geneesheer – ter hulp wordt geroepen.

- de bevolking moet op een correcte manier ingelicht worden over de mogelijkheden en de beperkingen van dringende geneeskundige hulpverlening; het is een opdracht van de organiserende huisartsenkring wat betreft de wachtdienstwerking.

De Nationale Raad is derhalve van oordeel dat de huisarts het wachtdienstgebied van de huisartsenzone in de regel niet mag verlaten en dus de patiënt niet kan begeleiden met de ziekenwagen, tenzij aan de geschetste voorwaarden wordt voldaan.

<sup>1</sup>8 juli 1964. - Wet betreffende de dringende geneeskundige hulpverlening, art. 4.

<sup>2</sup>2 april 1965. - Koninklijk besluit houdende vaststelling van de modaliteiten tot inrichting van de dringende geneeskundige hulpverlening en houdende aanwijzing van gemeenten als centra van het eenvormig oproepstelsel, art. 6quinquies.

<sup>3</sup>10 augustus 1998. - Koninklijk besluit houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "mobiele urgentiegroep" (MUG) moet voldoen om te worden erkend.

<sup>4</sup>27 april 1998. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" moet voldoen om erkend te worden.

<sup>5</sup>8 juli 2002. - Koninklijk besluit tot vaststelling van de opdrachten verleend aan huisartsenkringen.

<sup>6</sup>10 augustus 1998 - Koninklijk besluit van 10 augustus 1998 tot oprichting van de Commissies voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening, art. 4.

<sup>7</sup>27 april 1998. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" moet voldoen om erkend te worden.

<sup>8</sup>10 augustus 1998. - Koninklijk besluit houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "mobiele urgentiegroep" (MUG) moet voldoen om te worden erkend.

## Ongeschiktheid wegens ziekte (06/12/2008)

### TREFWOORDEN :

Getuigschrift – Huisarts – Wachtdienst –  
Ziekteattesten

DOCUMENTNAAM :  
a123012n

*In het kader van de huishoudelijke reglementen van de wachtdiensten in de huisartsgeneeskunde die hem ter goedkeuring dienen te worden voorgelegd, bestudeerde een provinciale raad o.m. de verschillende redenen waarom bepaalde huisartsen menen niet (meer) te kunnen deelnemen aan de wachtdienst.*

*Aan de Nationale Raad wordt een geval voorgelegd van een arts aan wie meermaals een vrijstelling om persoonlijke redenen was geweigerd en die aan de wachtdienstverantwoordelijke een verklaring van medische ongeschiktheid wegens ziekte bezorgde.*

### ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

Het Huishoudelijk Reglement van de Wachtdienst (HRW) is het kerndocument. Dat HRW geldt als een “contractuele” overeenkomst tussen partijen – de organiserende huisartsenkring en de uitvoerende huisarts – waarvan de rechten en plichten van die twee betrokken partijen exact dienen te worden bepaald.

In het HRW moet de procedure worden beschreven voor de opstelling van de beurtrol. Eerst de lijst van deelnemende huisartsen. Daarbij horen ook de modaliteiten voor de legitieme vrijstelling, met de omschrijving van de aanvaardbare én aanvaarde criteria die jaarlijks worden bepaald door de algemene vergadering van de huisartsenkring en rekening houdend met de invulling van de wachtdienst en het quorum noodzakelijk om die opdracht te kunnen uitvoeren.

“Vrijstellingen” moeten door de betrokken huisarts gemotiveerd aangevraagd worden bij de huisartsenkring en gericht worden aan de raad van bestuur van die kring.

De vorm of inhoud van die motivatie – i.c. wegens ziekte en/of gezondheidsredenen – worden echter meestal niet nader omschreven in het HRW.

Is een medisch ziekteattest van een andere behandelende arts hierbij überhaupt noodzakelijk – en in welke mate gaat het hier soms niet om welwillendheidsattesten – of kan een persoonlijke verklaring van de betrokken huisarts in bepaalde gevallen volstaan?

. Indien het om acute ziekten gaat, is die problematiek van “vrijstelling” feitelijk niet aan de orde; men kan aannemen dat een tijdige melding van de betrokken huisarts aan de wachtdienstverantwoordelijke kan volstaan, die dan voor een vervanging zorgt op de beurtrol; uiteraard kan de huisartsenkring in dit geval beslissen dat betrokken collega, na genezing, zijn geplande wachtdienst(en) moet inhalen op latere tijdstippen.

. Bij chronische aandoeningen speelt de “vrijstelling” bij de opstelling van de beurtrol wel.

Langdurige of levensbedreigende aandoeningen, die volledig de dagelijkse praktijkvoering onmogelijk maken, lijken – bij extensie naar de wachtdienst – een evidente motiveringsgrond. De arts zou hier kunnen gevraagd worden een medisch ziekteattest af te leveren, vooral met de vermelding van de ziekteduur, teneinde daarmee rekening te kunnen houden voor de beurtrol.

Sommige artsen brengen aan dat ze partieel – wegens ziekte en/of gezondheidsredenen – specifiek niet langer kunnen deelnemen aan de wachtdiensten, doch daarentegen wel nog normaal hun dagelijkse praktijk uitvoeren; controversieel standpunt omdat er enerzijds een selectieve onmogelijkheid wordt aangevoerd om de geneeskunde te beoefenen enkel tijdens weekends en feestdagen en anderzijds omdat de deelname aan de bevolkingswachtdienst een integraal onderdeel uitmaakt van de voorwaarden tot de erkenning en het behoud ervan, als huisarts (Ministerieel besluit van 21 februari 2006 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen, art. 10 – 4°).

Hier blijft een fundamentele vraag naar de juridische waarde van een dergelijk “ziekteattest” in de geschetste “contractuele” relatie (cf. het HRW) tussen de huisarts van wachtdienst versus de organiserende huisartsenkring; medisch attest dat als motivering in deze context specifiek aangewend wordt als reden om niet te moeten werken – i.c. de volledige/partiële onmogelijkheid om de geneeskunde te beoefenen – tijdens die wachtdienst.

Het is duidelijk dat deze problematiek zeer delicaat ligt, niet in het minst wegens redenen van beroepsgeheim of privacy: wat moet/kan de betrokken arts ter staving van die motivatie “ziekte en/of gezondheidsredenen” voorleggen aan de huisartsenkring, wat en door wie zijn post hoc de controlemogelijkheden, o.a. in het kader van de bevoegdheden van de provinciale geneeskundige commissie en van de provinciale raad van de Orde ?

Het vervullen van de wachtdienst is een wettelijke verplichting strafbaar volgens KB nr. 78, art. 38, § 1, 3°, en een deontologische verplichting, waarbij respectievelijk de provinciale geneeskundige commissie en de provinciale raad van de Orde eigen bevoegdheden hebben.

In het bijzonder moet de procedure voor de beslechting van betwistingen/geschillen worden bepaald in het HRW: daarbij moeten de bevoegdheden van de controlerende partijen – PRO en PGC – worden ingevuld, zodat twistende partijen huisarts en huisartsenkring een beroep kunnen doen op een sluitende en een legitieme procedure, rekening houdend met de respectievelijke bevoegdheden van alle betrokken partijen.

De afbakening van de bevoegdheden tussen PRO en PGC maakt deel uit van een onder-

ling bilateraal overleg tussen beiden, dat tot de nodige afspraken rond taakverdeling zal leiden.

In het bijzonder dient aandacht besteed aan de mogelijkheid van arbitrage, waarbij partijen vrijwillig instemmen met de – definitieve – beslechting van een betwisting/geschil via die arbitrageprocedure.

In het kader van de problematiek van de betwiste vrijstelling van deelname wegens medische redenen, kan die arbitrageprocedure een oplossing bieden voor het delicaat karakter van de controlebaarheid van die medische redenen, met respect voor het beroepsgeheim. Via die arbitrage bestaat immers de mogelijkheid door de arbiters om deskundigen aan te stellen, i.c. artsen die in alle sereniteit een advies kunnen uitbrengen.

## Wachtdienst voor huisartsgeneeskunde : plicht tot deelname – Verplaatsing van de huisarts van wacht – Telefonische triage (06/12/2008)

### TREFWOORDEN :

Huisarts – Wachtdienst – Telefonische oproep  
DOCUMENTNAAM :  
a123013n

*Het Syndicaat van Vlaamse Huisartsen (SVH) legt aan de Nationale Raad enkele vragen voor m.b.t. de wachtdienst voor huisartsen, o.m. wat betreft punt 7 van het advies van de Nationale Raad van 21 april 2007 (Tijdschrift Nationale Raad nr. 116 p. 9).*

### ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

De Nationale Raad heeft in zijn vergadering van 6 december 2008 uw vragen besproken.

#### Vraag 1. Plicht tot deelname aan de wachtdienst: wettelijk en deontologisch kader.

De bevolkingswachtdienst wordt ingericht volgens het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, art. 9, § 1. Dit artikel verwijst naar ‘een regelmatige en normale toediening van de gezondheidszorg’ en expliciet ook ‘ten huize’: de bevolkingswachtdienst heeft dus als hoofddoel de normale medische zorg zoals deze courant door huisartsen wordt verstrekt, inclusief ook huisbezoeken.

Conform art. 8. van het KB nr. 78. is dit niet verwonderlijk aangezien de continuïteit van zorg voor huisartsen meestal wordt waargenomen door andere huisartsen (dit wegens de vereiste kwalificatie “erkend huisarts” (cf. ook de erkenningscriteria) binnen het kader van de georganiseerde wachtdiensten<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Ministerieel besluit van 21 februari 2006 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen

De patiënt heeft – tijdens de wachtdienst en binnen het kader van die continuïteit – recht

op een analoge/gelijkwaardige zorgverlening, alsof die zorg door de eigen vaste huisarts zou worden verstrekt.

De te dien einde opgerichte groeperingen van huisartsen zijn de Huisartsenkringen, die hun wettelijk statuut krijgen via het koninklijk besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de opdrachten verleend aan de huisartsenkringen. Het is aan de beroepsgroep om die wachtdiensten te organiseren, in alle autonomie maar ook met volle verantwoordelijkheid.

In het geval van tekortkomingen van de bevolkingswachtdienst, zal de PGC (Provinciale Geneeskundige Commissie, cf. KB nr. 78, art. 9, §3) de nodige maatregelen nemen, en desgevallend een aanvullend beroep doen op de lokale huisartsenkring. In geval van blijvende ontoereikendheid kan de PGC artsen zelfs de medewerking aan de wachtdienst opleggen, en deze verplichting wordt gesanctioneerd (cf. KB nr. 78, art. 38, § 1, 3°).

Het ministerieel besluit van 21 februari 2006 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen stelt duidelijk de voorwaarden voor het behoud van die erkenning (art. 10, 1°- 4°- 5°) en dus voor de deelname aan de wachtdienst.

De deontologische regels tot deelname aan de wachtdienst zijn vervat in Hoofdstuk III van de Code van geneeskundige plichtenleer : de continuïteit van de verzorging, de wachtdiensten en de dringende medische hulp, in het bijzonder art. 117.

In het algemeen sluiten de deontologische bepalingen aan bij de vigerende wettelijke verplichtingen tot deelname aan de wachtdienst.

### **Vraag 2. Verplaatsing van de huisarts van wachtdienst.**

Zoals aangegeven door het KB nr. 78, art. 9, is de bevolkingswachtdienst er om regelmatige en normale 'gezondheidszorgen' toe te dienen, ook ten huize.

De toediening handelt dus niet (alleen) over dringende medische zorg, doch over de courante, dagelijkse medische zorg van de huisartspraktijk.

De beroepsgroep is zich bewust van het feit dat een aantal patiënten wellicht (ook) op raadpleging zouden kunnen komen, i.p.v. de huisarts zelf een huisbezoek in loco te laten afleggen in soms moeilijke omstandigheden. De publieke herkenbaarheid van de vaste huisartsenwachtposten – in stedelijke agglomeraties – heeft daar reeds toe bijgedragen, evenals de bewustmaking (ook in de dagelijkse huisartsenpraktijk) van de bevolking om bij voorkeur steeds op raadpleging te gaan en het huisbezoek voor te behouden voor uitzonderlijke omstandigheden.

Dit sluit volledig aan bij het advies van de Nationale Raad d.d. 21.04.2007 (punt 7.), met de duidelijke hint naar het grotere kwaliteitsaspect van de raadpleging versus het

huisbezoek; dat laatste dient preferentieel te worden voorbehouden voor de patiënt die 'zich niet kan verplaatsen'.

Het heikele punt van beoordeling is uiteraard het 'zich niet kunnen verplaatsen' van de patiënten: voor de bevolkingswachtdienst van huisartsen is geen georganiseerd medisch vervoer voorzien, dit in tegenstelling tot de intramurale geneeskunde en de spoedopnames, waarvoor het concept van de erkende ambulancediensten werd ontwikkeld.

In afwachting van een mogelijks analoge ambulanceregeling, en zelfs dan nog onder strikt voorbehoud daarvan, dient de huisarts zich derhalve zelf te verplaatsen 'ten huize', steeds op uitdrukkelijke vraag van de patiënt of zijn omgeving.

Het probleem van de 'medische opportuniteit' of de relevantie van de aanvraag van een huisbezoek stelt zich niet alleen bij de wachtdienst; ook bij de normale uitoefening tijdens de week wordt elke huisarts daarmee – quasi dagelijks – geconfronteerd. Het belangrijkste verschil blijft dat de huisarts de aanvraag voor eigen patiënten beter en correcter kan inschatten en beoordelen.

De medische zorgvraag komt van de patiënt – of van de naaste omgeving – en dient steeds een "passend gevolg" te krijgen door de huisarts, in het bijzonder tijdens de wachtdienst voor patiënten die onbekend zijn: d.w.z. zeker niet telefonisch of van op afstand zonder die patiënt te zien, maar integendeel met een degelijk, persoonlijk, lichamelijk onderzoek, dit teneinde aanklachten van schuldig verzuim te vermijden wegens het miskennen van mogelijks ernstige ziekte toestanden.

Het laat geen twijfel dat het "huisbezoek" – naast de "raadpleging" – een essentieel en volwaardig onderdeel is van het normale geneeskundige handelen van de huisarts, die zich daarmee van de gespecialiseerde geneeskunde onderscheidt.

De geneeskundige nomenclatuur (RIZIV) is duidelijk: "onder bezoek bij de rechthebbende thuis wordt verstaan, de verstrekking die de rechthebbende aanvraagt daar waar hij gewoonlijk of tijdelijk woont (...)."

Het kan derhalve niet ontkend worden dat het een basisrecht van elke patiënt is om in ons gezondheidsstelsel een huisbezoek aan te vragen bij een huisarts, ongeacht onderliggende motivatie(s) of medische relevantie daarvan.

Die deskundige medische appreciatie kan trouwens er slechts zijn na het medisch onderzoek van betrokken patiënt, en dan nog door de huisarts zelve.

Het niet ingaan op die zorgvraag stelt de huisarts, zeker tijdens de wachtdienst, bloot aan ernstige juridische en deontologische gevolgen; afwijzen van de zorgverlening – zoals wettelijk gedefinieerd (KB nr. 78, art. 9) – voldoet niet aan de opdracht van de door huisartsenkringen georganiseerde be-

volkingswachtdiensten en brengt ernstige schade toe aan het imago van het huisartsenberoep.

### **Vraag 3. Telefonische triage.**

Telefonische triage, zelfs door goed opgeleid niet-medisch personeel, biedt noch een wettelijke noch een deontologische oplossing voor de 'strikte afwijzing' door een derde van de zorgvraag van een patiënt die expliciet een huisbezoek aanvraagt tijdens de wachtdienst, omwille van het feit dat de patiënt geacht wordt zich zelf te kunnen verplaatsen.

Zoals door het Syndicaat van Vlaamse Huisartsen zelf gesteld, blijft dergelijke triage – via de telefoon én door een niet-medicus – een 'inschatting' van de situatie van de patiënt, maar wél onder de eindverantwoordelijkheid van een arts, i.c. de huisarts van wacht.

Tot besluit is de Nationale Raad dan ook van oordeel dat alle adviezen nopens de wachtdienst relevant blijven.

In het bijzonder de deontologische plicht tot deelname aan de wachtdienst en de verplichting om tijdens de wachtdienst alle uitdrukkelijk door patiënten of hun naaste omgeving aangevraagde huisbezoeken uit te voeren, blijven intact.

Telefonische triage als het voorgestelde strikte afwippen van bepaalde aanvragen i.c. het huisbezoek door een derde niet-medicus is weinig relevant en brengt de eindverantwoordelijkheid van de huisarts van wacht in het gedrang.

---

## **Informatie over geneesmiddelen door de farmaceutische industrie**

(06/12/2008)

TREFWOORDEN :

Farmaceutische industrie- Geneesmiddelen – Publiciteit en reclame

DOCUMENTNAAM :  
a123014n

*De decaan van een Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen wenst het standpunt van Nationale Raad te kennen betreffende een voorstel van Europese Richtlijn tot wijziging van de Richtlijn 2001/83/EC volgens hetwelk door de farmaceutische industrie aan de burgers informatie m.b.t. geneesmiddelen zou mogen worden verschaft.*

### **ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :**

In zijn zitting van 6 december 2008 besprak de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw schrijven van 20 oktober 2008.

De Europese Commissie heeft een voorstel tot "Directive of the European Parliament and of the Council amending, as regards

information to the general public on medicinal products subject to medical prescription, Directive 2001/83/EC on the Community code relating to medicinal products for human use" goedgekeurd (bijlage). Het voorstel tot directive zal nu gedebatteerd worden in het Europees Parlement en in de Raad van Ministers.

Dat voorstel heeft tot doel de farmaceutische industrie de mogelijkheid te geven het publiek rechtstreeks te 'informer' over geneesmiddelen op voorschrift. Hiermee wordt het verbod op reclame voor geneesmiddelen op voorschrift zwaar ondermijnd.

Luidens artikel 9 van de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen is elke reclame voor een niet-geregistreerd geneesmiddel en reclame bestemd voor het publiek wanneer zij betrekking heeft op een geneesmiddel dat enkel op overlegging van een geneeskundig voorschrift mag worden afgeleverd, verboden.

De Koning kan in het belang van de volksgezondheid publiciteitsreclame reglementeren of deze aan verbodsbepalingen onderwerpen. Daaraan werd gevolg gegeven met het KB van 7 april 1995 betreffende de voorlichting en de reclame inzake geneesmiddelen voor menselijk gebruik. Dit KB stelt dat de geneesmiddelenreclame controleerbaar dient te zijn en het rationele gebruik van medicijnen moet bevorderen door een objectieve omschrijving van de eigenschappen zonder overdrijvingen. Verder wordt bepaald dat de publiciteit niet misleidend mag zijn.

Omdat de farmaceutische industrie het grote publiek in algemene termen informeert en deze informatie onduidelijk en verwarrend kan zijn, meent de Nationale Raad dat enkele artsen en apothekers de aangewezen personen zijn om de patiënten objectief voor te lichten op maat van de patiënt bij het voorschrijven.

Deskundig advies is wenselijk in verband met bijwerkingen of interacties die kunnen ontstaan bij inname van verschillende geneesmiddelen.

De Nationale Raad is dan ook voorstander van het behoud van het verbod op reclame voor geneesmiddelen op voorschrift.

De Nationale Raad grijpt deze gelegenheid aan om te benadrukken dat het noodzakelijk is de reclame voor producten afgeleverd zonder voorschrift te regulariseren.

---

## **Wachtdienst in huisartsgeneeskunde – Wijziging van het advies van 4 oktober 2008**

(06/12/2008)

TREFWOORDEN :

Huisarts- Kwaliteit van de zorg – Wachtdienst

DOCUMENTNAAM :

a123015n

Op vraag van twee artsen, besliste de Natio-

nale Raad het advies dat hij op 4 oktober 2008 verleende betreffende de wachtdienst in huisartsgeneeskunde aan te passen.

### **ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :**

#### **Wijziging van het advies van 4 oktober 2008 betreffende de wachtdienst in huisartsgeneeskunde :**

(De veranderde paragraaf van punt 2 is in het vet gedrukt).

In zijn vergadering van 4 oktober 2008 heeft de Nationale Raad van de Orde der geneesheren uw brief van 23 november 2007 besproken (uw kenm. : C.G. :5864-07/VF/MM) betreffende de werkconclusies van een informatiecommissie in verband met de wachtdienst in huisartsgeneeskunde.

De Nationale Raad geeft het volgende commentaar :

#### **1. Definitie van de continuïteit van de zorg en van de wachtdienst in huisartsgeneeskunde.**

Er is blijkbaar een interpretatieverwarring tussen de effectieve "deelname" aan de wachtdienst en de "communicatie" middelen (punt 3).

De huisarts met wachtdienst moet niet alleen op elk moment "bereikbaar" zijn (om het even wat het communicatiemiddel is), hij moet vooral een gepast gevolg geven aan de zorgvraag gedurende de wachtdienst : er moet een duidelijk onderscheid gemaakt worden tussen het geciteerde "telefonische consult" en "de concrete uitvoering van de wachtdienststopdracht" bij elke zorgvraag.

We kunnen alleen maar ernstig - wettelijk en deontologisch - voorbehoud uiten tegenover het "telefonische consult" zoals voorgesteld, als volwaardig alternatief voor een effectief bezoek, vooral in het kader van de wachtdienst waarbij de huisarts met wachtdienst de "patiënt" (in het algemeen) niet kent.

#### **2. Notie van bekwaamheid in huisartsgeneeskunde.**

De kwalificaties van de "algemeen geneeskundigen" en van de "erkende huisartsen" worden geregeld door de voorschriften van het Riziv ter zake (nieuwe beschikkingen 01/07/2006) voor de nummers (000>009) : <http://www.inami.fgov.be/care/nl/infos/infobox/pdf/part2.pdf> .

De "algemeen geneeskundigen" die ingeschreven zijn bij de Orde na 31 december 1994 en vóór 1 januari 2005 hebben een Rizivnummer eindigend op 009 : ze mogen slechts "raadplegingen" aanrekenen.

De deelname aan de wachtdienst vormt een erkenningcriterium voor de huisartsen (Ministerieel Besluit van 21 februari 2006 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen). **De deelname aan de wachtdienst in de huisartsgeneeskunde vereist dat de huisarts erkend is, of kandidaat-huisarts in opleiding**

(HAIO) is volgens de voorwaarden (Art. 8.) van het M.B. van 21 februari 2006.

### **3. Gebruik van de communicatietechnieken.**

De voorgestelde communicatietechnieken zijn adequaat. Er moet echter voorbehoud gemaakt worden wat betreft het "telefonische consult" via een derde persoon niet-huisarts.

### **4. Beheer van de oproep.**

De persoonlijke behandeling van de zorgvraag door de huisarts met wachtdienst heeft ongetwijfeld de voorkeur. Het is fundamenteel duidelijke akkoorden te sluiten met de patiënt aangaande de praktische uitvoering van de zorgvraag : komt de patiënt naar de praktijk of is het de arts die op bezoek gaat ?

### **Besluit :**

De praktische werkingsregels moeten vermeld zijn in het huishoudelijk reglement van de wachtdienst samen met de nodige deontologische premissen.

---

## **Aanwezigheid van een arts-radioloog bij het uitvoeren van röntgenonderzoeken**

(06/12/2008)

TREFWOORDEN :

Intraveneuze injecties – Radiografie – Verantwoordelijkheid van de geneesheer

DOCUMENTNAAM :

a123016n

Een verpleegkundige legt aan de Nationale Raad een brief voor van een team radiologietechnici, al dan niet verpleegkundigen, die vragen wie verantwoordelijk is wanneer zij bij bepaalde radiologische onderzoeken injecties met contrastvloeistoffen toedienen buiten de aanwezigheid van een radioloog.

### **ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :**

De Nationale Raad van de Orde van geneesheren besprak in zijn vergadering van 6 december 2008 uw adviesvraag per e-mail van 22 mei 2008 betreffende de fysieke aanwezigheid van de geneesheer-radioloog bij het uitvoeren van röntgenonderzoeken die de IV. injectie van contrastmiddelen vereisen.

Artikel 1, § 4 bis, van het koninklijk besluit van 25 juli 1994 dat een bijlage is bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, stelt dat bij het uitvoeren van een RX-onderzoek :

- een erkende verpleger(ster) voor röntgenologie of de radiotechnieker(ster) hun onderzoeken uitvoeren onder toezicht en verantwoordelijkheid van een geneesheer-

radioloog;

- de fysieke aanwezigheid van de geneesheer-radioloog vereist is voor de therapeutische handelingen tijdens de volledige duur van het werk van zijn gekwalificeerde helpers en voor de diagnostische handelingen, tijdens de duur van het werk van de meeste van zijn helpers, dat wil zeggen tijdens de normale werkuren van de Dienst Radiologie. Dit geldt zowel voor de privaat- als de hospitaalradiologie.

- buiten de normale openingsuren van de hospitaaldienst RX de fysieke aanwezigheid van de radioloog niet vereist is voor zover geen aanspraak gemaakt wordt op het maximaal terugbetalingsforfait type 3. Wel dient te allen tijde de continuïteit van zorg verzekerd te zijn door een te bereiken of oproepbare geneesheer-radioloog van wacht voor dringend advies over de uitgevoerde technische verstrekkingen.

- in ieder geval moeten alle uitgevoerde technische prestaties geprotocoloerd worden binnen de 24 uur.

De intraveneuze injectie van jodiumhoudende contrastmiddelen dient te geschieden onder medisch toezicht. Het komt alleen de geneesheer-radioloog toe te beslissen of het aangevraagde onderzoek al dan niet met contrastinjectie moet gebeuren. Hij alleen oordeelt over de meest efficiënte techniek van onderzoek.

De belangrijkste verwikkelingen betreffen de contrast-extravasatie ter hoogte van de veneuze punctie, maar voornamelijk de allergische problematiek, die in zeldzame gevallen zelfs aanleiding kan geven tot een letale anafylactische shock. Het erkennen van deze verwikkelingen is een medische diagnose en kan bijgevolg niet gedelegeerd worden aan een medewerker niet-medicus. Dit vereist dat de opgeroepen geneesheer ter plaatse is. Wel kan een beroep gedaan worden op het toezicht door een bevoegde collega niet-radioloog. Dit veronderstelt echter een voorafgaandelijke en duidelijke afspraak tussen collega's.

Bijlage :

Artikel 17 en 17bis van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging

---

## ***Basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden*** (20/12/2008)

TREFWOORDEN :

*Gedetineerden – Keuze (Vrije Artsen-)*

DOCUMENTNAAM :  
a123017n

*De basiswet van 12 januari 2005 betreffende*

*het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden vereist een aantal uitvoeringsbesluiten.*

*De, adviseur-generaal bij de Dienst voor Gezondheidszorg Gevangenis, FOD Justitie, legt aan de Nationale Raad twee ontwerpen van koninklijk besluit voor betreffende deze basiswet en de resp. adviezen van de Penitentiaire Gezondheidsraad ter zake.*

### **ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :**

Tijdens zijn vergadering van 20 december 2008 besprak de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw schrijven van 25 augustus 2008.

In dat schrijven verzoekt u de Nationale Raad om advies over twee voorontwerpen van uitvoeringsbesluiten: het ene heeft betrekking tot art. 91, § 3, van de basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van gedetineerden, het andere tot art. 93, § 4, van diezelfde wet.

De Nationale Raad is de volgende mening toegegaan:

#### **1. Het voorontwerp m.b.t. art. 91, § 3, van de basiswet:**

Dit voorontwerp bepaalt de nadere regels voor het bezoek van een door een gedetineerde vrij gekozen arts.

1) In het kader van artikel 91 van de basiswet zijn er twee mogelijkheden:

**Setting a):** een vrij gekozen arts optredend als consultant, waarbij de gevangenisarts de behandelende arts blijft (art. 91, § 1).

**Setting b):** een vrij gekozen arts optredend als behandelende arts in plaats van de gevangenisarts (art. 91, § 2).

Deze laatste mogelijkheid wordt weliswaar geciteerd in art. 4 van het voorontwerp. Niettemin suggereert de Nationale Raad dat er in de penitentiaire inrichtingen nadrukkelijk zou gewezen worden op het fundamenteel verschil tussen de taak en de verantwoordelijkheid van de gevangenisarts en die van de vrij gekozen arts naargelang het gaat om setting a) of setting b).

2) Artikel 7 van dit voorontwerp bepaalt dat de kosten verbonden aan de inschakeling van een vrij gekozen arts in principe ten laste komen van de gedetineerde.

Volgens de Nationale Raad geeft deze financiële regeling aanleiding tot discriminatie in het nadeel van weinig bemiddelde gedetineerden.

Bovendien is, volgens de Nationale Raad, de uitsluiting van alle gedetineerden (ook zij die in voorhechtenis zijn) uit de ziekteverzekering (en uit alle andere vormen van sociale zekerheid), vanaf het ogenblik dat zij de gevangenis binnenstappen, ook al zijn zij in orde met de betaling van de vereiste bijdragen voor die sociale zekerheid, een oorzaak van een nog niet volledig bereikte en nochtans wettelijk opgelegde (art. 88 van de basiswet) gelijkwaardigheid van de gezond-

heidszorg in en buiten de gevangenis.

#### **2. Het voorontwerp m.b.t. art. 93, § 4, van de basiswet:**

De Nationale Raad is het eens met de opmerkingen geformuleerd door de Penitentiaire Gezondheidsraad in zijn advies 2008/1 van 10 april 2008.

---

## ***Onverenigbaarheid tussen de functie van hoofdarts en deze van directeur van het ziekenhuis***

(20/12/2008)

TREFWOORDEN :

*Hoofdgeneesheer – Ziekenhuizen*

DOCUMENTNAAM :

a123018n

*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 er een onverenigbaarheid is tussen de functie van hoofdarts en deze van directeur van het ziekenhuis.*

*Deze vraag werd door de Nationale Raad besproken in zijn zitting van 20 december 2008.*

### **ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :**

De wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008 handelt ondermeer over de beheerder en de directeur (als bijlage).

Artikel 8, 1°, van deze wet bepaalt dat de beheerder het orgaan is dat volgens het juridisch statuut van het ziekenhuis belast is met het beheer van de uitbating van het ziekenhuis.

Volgens artikel 8, 2°, is de directeur de persoon of de personen die door de beheerder belast is of zijn met de algemene leiding van de dagelijkse werking van het ziekenhuis.

De algemene en uiteindelijke verantwoordelijke voor de ziekenhuisactiviteit op het vlak van de organisatie en de werking alsook op het financiële vlak berust bij de beheerder (artikel 16 van de wet op de ziekenhuizen).

In elk ziekenhuis is er een directeur, die rechtstreeks en uitsluitend verantwoordelijk is tegenover de beheerder. De directeur werkt nauw samen met de hoofdarts, met het hoofd van het verpleegkundig departement, van de paramedische, administratief-financiële en technische diensten en met de ziekenhuisapotheker (artikel 17 van de wet

op de ziekenhuizen).

Het koninklijk besluit van 15 december 1987 (B.S. 25 december 1987) houdende uitvoering van de artikels 13 tot en met 17 van de wet op de ziekenhuizen, handelt ondermeer over de functies en opdrachten van de hoofdarts :

**Art. 2, § 1.** Onder hoofdgeneesheer wordt verstaan de beoefenaar van de geneeskunde belast met de verantwoordelijkheid voor de goede gang van zaken in het medisch departement van het ziekenhuis. Hij staat in voor de algemene organisatie en coördinatie van de medische activiteit in het ziekenhuis, in samenwerking met de geneesherendiensthooft en met de medische staf, zoals dit per ziekenhuis nader wordt uitgewerkt in het medisch reglement.

De functie van hoofdarts is wettelijk onverenigbaar met :

- het voorzitterschap van de medische raad (artikel 18 van de wet op de ziekenhuizen);
- de hoedanigheid van lid van het ethisch comité (artikel 1 van het Koninklijk besluit van 12 augustus 1994 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd);
- de functie van ombudsman/-vrouw (artikel 3 van het Koninklijk besluit van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in de ziekenhuizen moet voldoen).

De Nationale Raad stelt enerzijds vast dat er wettelijk geen onverenigbaarheid is tussen de functie van hoofdarts en deze van directeur van het ziekenhuis en anderzijds dat de functies en de opdrachten van de directeur en de hoofdarts verschillend zijn.

De aard van de opdracht van de hoofdarts vergt dat deze een brugfunctie vervult tussen de ziekenhuisartsen en het beheer en de directie van het ziekenhuis.

“Bij het vervullen van zijn of haar opdracht zal de hoofdarts steeds een delicaat evenwicht moeten betrachten: enerzijds het realiseren van de medisch-organisatorische eisen die aan het ziekenhuis gesteld worden en anderzijds het respecteren van de autonomie van de artsen inzake diagnose en behandeling.”<sup>1</sup>

Vanuit deontologisch standpunt is de Nationale Raad dan ook van mening dat wegens mogelijke belangenconflicten het niet aangewezen is dat de functie van hoofdarts gecombineerd wordt met de functie van directeur.

Bijlage :

**10 JULI 2008. - Wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008.**

**Art. 8.** (8) Met het oog op de toepassing van deze gecoördineerde wet :

1° wordt verstaan onder beheerder : het

orgaan dat volgens het juridisch statuut van het ziekenhuis belast is met het beheer van de uitbating van het ziekenhuis; 2° wordt verstaan onder directeur : de persoon of de personen door de beheerder belast met de algemene leiding van de dagelijkse werking van het ziekenhuis;

**Art. 16.** (16) De algemene en uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de ziekenhuisactiviteit op het vlak van de organisatie en de werking alsook op het financiële vlak berust bij de beheerder.

De beheerder bepaalt het algemeen beleid van het ziekenhuis; hij neemt de beheersbepalingen met inachtneming van de specifieke bepalingen en procedures voorzien in Titel IV.

**Art. 17.** (17) In elk ziekenhuis is er een directeur. Hij is rechtstreeks en uitsluitend verantwoordelijk tegenover de beheerder.

De directeur werkt nauw samen met de hoofdgeneesheer, het hoofd van het verpleegkundig departement, van de paramedische, van de administratief-financiële en van de technische diensten en met de ziekenhuis-apotheker.

## ***Uitvoeren van narcoses door een verpleegkundige*** **(20/12/2008)**

**TREFWOORDEN :**

*Anesthesie- Verpleegkundige prestaties – Verpleegkundige gespecialiseerd in de anesthesie*

**DOCUMENTNAAM :**

*a123019n*

*De Federale Politie wenst het standpunt van een provinciale raad te kennen betreffende het uitvoeren van narcoses door al dan niet geneesheren-anesthesisten bij chirurgische ingrepen die worden verricht in een centrum voor esthetische behandelingen.*

*De Nationale Raad wordt verzocht hierover een advies te formuleren.*

### **ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :**

Betreffende het uitvoeren van narcoses door een verpleegkundige, wenst de Nationale Raad het volgende op te merken.

In toepassing van artikel 2, § 1, van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 mag in de regel niemand de geneeskunde bedrijven tenzij hij houder is van het wettelijke diploma van dokter in de geneeskunde, heelkunde en verloskunde.

In zijn artikel 5, § 1, bepaalt datzelfde koninklijk besluit dat de Koning de voorwaarden mag vaststellen waarin bepaalde geneeskundige handelingen aan personen kunnen worden toevertrouwd die houder zijn van een beroepstittel van verpleegkundige.

De lijst van technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van handelingen die door een arts kunnen worden toevertrouwd aan beoefenaars van de verpleegkunde, werden bepaald in het koninklijk besluit

van 18 juni 1990. Dit koninklijk besluit bepaalt ook de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde dienen te voldoen.

Na analyse van deze teksten komt het de Nationale Raad voor dat in het geval waarvan sprake, de verpleegkundige niet voldeed aan de wettelijke vereisten om een narcose uit te voeren of te bewaken en dat, zodoende, artikel 2 van het koninklijk besluit nr. 78 werd overtreden.

Overigens dient iedere verpleegkundige houder van een diploma afgeleverd door een lidstaat, naast de erkenning van zijn beroepsbekwaamheden ook het visum van de provinciale geneeskundige commissie te verkrijgen.

Betreffende de beroepstittel van verpleegkundige gespecialiseerd in de anesthesie waarvan betrokken verpleger in Nederland houder zou zijn, dient te worden opgemerkt dat hoewel deze titel in België wordt erkend door het koninklijk besluit van 27 september 2006, dit besluit evenwel nog niet het voorwerp heeft uitgemaakt van een uitvoeringsbesluit waarin de erkenningcriteria worden vastgesteld.

Met betrekking tot het uitvoeren van narcoses door een arts niet-anesthesist, stelt artikel 35, punt b, van de Code van geneeskundige plichtenleer dat de geneesheer zijn bevoegdheid niet mag overschrijden.

De Belgische beroepsvereniging van specialisten in Anesthesie-Reanimatie wijst er op dat de anesthesie een medisch specialisme is dat uitsluitend voorbehouden is aan anesthesisten.

Bovendien is anesthesiologie een specialisme dat officieel door de FOD Volksgezondheid erkend is.

Wat betreft de voorwaarden waarin een narcose moet worden toegepast, wijst de Nationale Raad er in zijn advies van 14 november 1998 op dat aan alle veiligheidsvoorwaarden dient te worden voldaan, zowel wat betreft de voorbereiding van de patiënt als de beschikbaarheid van de nodige uitrusting en het vereiste hulp personeel. Deze voorwaarden blijken des te meer belangrijk

wanneer deze handelingen buiten het ziekenhuis plaatshebben.

De Belgische Vereniging voor Anesthesie en Reanimatie en de Belgische beroepsvereniging der geneesheren specialisten in Anesthesie-Reanimatie zijn wat dit betreft gestart met het opstellen van de veiligheidsstandaarden voor patiënten die door een anesthesist

worden onderworpen aan een algemene narcose, een diepe regionale narcose of een sedatie, met het oog op therapeutische of

<sup>1</sup>Een nieuwe ziekenhuiswet voor een nieuw ziekenhuisconcept. Bedenkingen bij KB 407 van Jean-Luc DEHAENE, Minister van Sociale zaken in juni 1986, pagina 15 en 16.

diagnostische handelingen. Deze standaarden zijn toegankelijk op de website van de Belgische Vereniging voor Anesthesie en Reanimatie en de Belgische beroepsvereniging der geneesheren specialisten in Anesthesie-Reanimatie : [http://www.bvar.be/nl/activiteiten/bsar/saf\\_first\\_nl.htm](http://www.bvar.be/nl/activiteiten/bsar/saf_first_nl.htm).

---

## **Klinische studies – Voorafgaandelijke goedkeuring van het contract**

(20/12/2008)

TREFWOORDEN :

*Contracten – Commissie voor medische ethiek – Experimenten op mensen*

DOCUMENTNAAM :

a123020n

*M.b.t. artsen-onderzoekers die betrokken zijn bij het uitvoeren van klinische proeven in België vraagt de juridisch adviseur van een farmaceutische firma of de promotor van de proef een contract met de arts-onderzoeker dient te ondertekenen.*

*In het bevestigend geval wenst deze adviseur ook te weten of dit contract voorafgaandelijk dient te worden goedgekeurd door de Orde van geneesheren en of de onderzoeker een vergoeding voor zijn diensten mag ontvangen.*

### **ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :**

In zijn vergadering van 20 december 2008 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw e-mail van 17 juli ll. besproken.

De verplichtingen van de promotor van klinische proeven worden bepaald door de wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon en zijn uitvoeringsbepalingen. U vindt deze wet als bijlage.

Volgens artikel 11, § 4, 10°, van deze wet formuleert de commissie voor ethiek die bevoegd is om een advies uit te brengen, zijn advies rekening houdend met volgende elementen : de eventuele bedragen en regels inzake de betaling, de vergoeding en de schadeloosstelling van de onderzoekers en deelnemers, alsmede de relevante elementen uit elke overeenkomst tussen de opdrachtgever en de locatie.

Bij het indienen van een adviesaanvraag voor een klinische proef bij een ethisch comité moet er dus bij het dossier een kopie van het voorstel van financieel contract gevoegd worden, volgens de regels te tekenen door alle partijen.

De wet vereist niet dat het contract door de Orde van geneesheren vooraf wordt goedgekeurd.

De onderzoeker kan derhalve een vergoeding krijgen voor zijn diensten. .

In zijn advies van 16 februari 2008 ([http://www.ordomedic.be/News\\_TNR nr. 120, p.](http://www.ordomedic.be/News_TNR_nr_120_p_3)

3) is de Nationale Raad van mening dat de eventuele vergoeding voor de proefpersonen noch de onkosten, noch de eventuele inkomstenderving mag overschrijden. Ze mag niet medebepaald worden door het al dan niet welslagen van het onderzoek. Een financieel voordeel mag geen aansporing zijn tot deelname aan klinische proeven. Al deze voorwaarden en de rekruteringswijze, alsook de met de proefpersonen af te sluiten financiële overeenkomst dienen te worden vermeld in het protocol van het biomedisch onderzoek bestemd voor het ethisch comité.

---

## **Prospectieve studies zonder interventies betreffende geneesmiddelen**

(20/12/2008)

TREFWOORDEN :

*Commissie voor medische ethiek– Geneesmiddelen*

DOCUMENTNAAM :

a123021n

*De Nationale Raad wordt om advies verzocht door een persoon die bij Belgische artsen prospectieve niet-interventionele studies betreffende geneesmiddelen wenst uit te voeren en vraagt of (en bij welke instantie) de eventuele vergoeding die de artsen hiervoor ontvangen dient te worden aangegeven.*

### **ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :**

In zijn vergadering van 20 december 2008 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw e-mail van 4 augustus ll. besproken.

De verplichtingen van de promotor van klinische proeven worden bepaald door de wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon en zijn uitvoeringsbepalingen. U vindt deze wet als bijlage.

Deze wet schrijft geen aangifte voor bij de Orde van geneesheren van de prospectieve studies zonder interventies betreffende geneesmiddelen. De tussenkomst van een ethisch comité is echter wel vereist.

De onderzoeker kan een vergoeding krijgen voor zijn diensten. Krachtens artikel 11, § 4, 10°, van de geciteerde wet, is de schadeloosstelling één van de elementen waarover het ethisch comité zijn advies kan uitbrengen. In zijn advies van 17 januari 2004 ([http://www.ordomedic.be/News\\_TNR nr. 120, p.](http://www.ordomedic.be/News_TNR_nr_120_p_3) 3) is de Nationale Raad van mening dat de eventuele vergoeding voor de proefpersonen noch de onkosten, noch de eventuele inkomstenderving mag overschrijden. Ze mag niet medebepaald worden door het al dan niet welslagen van het onderzoek. Een financieel voordeel mag geen aansporing zijn tot deelname aan klinische proeven. Al deze voorwaarden en de rekruteringswijze, alsook de met de proefpersonen af te sluiten financiële overeenkomst dienen te worden vermeld in het protocol van het biomedisch onderzoek bestemd voor het ethisch comité.



## *Vergadering van de CEOM OAS Relatie CEOM/CPME* *Parijs, 28 november 2008*

Prof. dr. G. De Roy

### *Voorwoord*

Op 28 november 2008 had in de voormiddag de vergadering van de CEOM (Conseil Européen des Ordres de Médecins) plaats op de zetel van de Nationale Raad van de Franse Orde van geneesheren (CNOM) te Parijs. Op de vooravond van de vergadering had dr. Montané, verantwoordelijke van de CNOM voor Europese en Internationale aangelegenheden, enkele vertegenwoordigers van de GIPEF landen (Griekenland, Italië, Portugal, Spanje, Frankrijk) uitgenodigd om zijn voorstellen betreffende de toekomst van de CEOM te verduidelijken.

De vergadering van de CEOM werd bijgewoond door afgevaardigden van onder meer de volgende landen: Frankrijk, Italië, Portugal, Spanje, Duitsland, Oostenrijk, Nederland, Roemenië, Tsjechië, Slovenië, Slowakije, Griekenland, Cyprus en België. De Nationale Raad werd vertegenwoordigd door voorzitter D. Holsters, dr. R. Kerzmann en prof. dr. G De Roy. Prof. Roland Lemye woonde de vergadering bij op uitnodiging van de CNOM.

### *De werking van de CEOM*

Het is de intentie van de CNOM, de initiatiefnemer van de CEOM, nieuw leven in te blazen in de CEOM. De laatste jaren had nog maar één vergadering per jaar plaats. Teneinde de CEOM performanter te maken werd voorgesteld om terug twee vergaderingen per jaar te houden; een voorjaarsvergadering zou in een gastland plaatsvinden; de wintervergadering zou, zoals in het verleden, in Parijs plaatsvinden. De CEOM zou voortaan bestuurd worden door een bureau samengesteld uit een voorzitter en 3 ondervoorzitters. De voorzitter wordt aangeduid door het gastland; de 3 ondervoorzitters omvatten twee ondervoorzitters aangeduid onder de lidstaten van de EU van de kern van de 15 lidstaten, die sommigen het "oude Europa" noemen, een derde ondervoorzitter is aangeduid door een nieuw toetredende lidstaat. Het secretariaat zal ook in de toekomst verder verzekerd worden door de CNOM. Het werd niet nodig geacht een penningmeester aan te duiden. Er zullen 4 werkgroepen worden opgericht om de onderwerpen die tot de bevoegdheid van de ordes behoren, te bestuderen. Tevens zal een waakcel de ontwerpen van Europese richtlijn onderzoeken en zo nodig namens de CEOM lobbywerk ondernemen. Er is ook een lichte naamswijziging: eerder dan van "Conférence ..." zal men voortaan over "Conseil ..." spreken. Zoals in het verleden steunt de goede werking van de CEOM op de collegiale en vriendschappelijke samenwerking van zijn leden; statuten of een huishoudelijk reglement worden hierdoor overbodig geacht.

### *Een Franse permanente vertegenwoordiging in Brussel*

Sinds 15 oktober 2008 heeft de CNOM in Brussel een vertegenwoordiging geopend; aan het hoofd ervan staat mevrouw Colgrave-Juge, Marie, juriste van de CNOM; de kantoren zijn tijdelijk ondergebracht in de zetel van de Franstalige Orde van Apothekers te Brussel. De nabijheid met de Europese Commissie moet lobbywerk van de CNOM en eventueel van de CEOM vergemakkelijken. De CNOM volgt in deze het voorbeeld van de BMA (British Medical Association) en de BAEK (Bundesärztekammer) die al in het verleden een zetel in Brussel hebben geopend.

Het voorstel tot hervorming van de CEOM komt op het ogenblik dat minstens drie leden van het CPME ontslagnemend zijn. Besprekingen om het geschil bij te leggen lijken meer dan ooit muurvast te zitten. Gezien deze toestand rees de vraag welke in de toekomst de verhouding tussen beide organisaties zal zijn en meer bepaald of de CEOM de taken van het CPME zou overnemen. Daarom meenden enkele leden niet akkoord te kunnen gaan met een hervorming van de CEOM waardoor deze in een concurrentiële positie met het CPME zou komen te staan. De CNOM stelde in dit verband duidelijk dat de CEOM zich niet in een concurrentiële positie met het CPME wenst te plaatsen. De CEOM blijft als geassocieerde organisatie verder lid van het CPME.

De hierop aansluitende discussie werd een warm pleidooi voor de re-integratie van de ontslagnemende leden opdat het CPME in de toekomst al de artsen van Europa zal verder vertegenwoordigen. Het CPME maakte op de vergadering van oktober 2008 te Londen bekend dat het eveneens overweegt zijn werking te herzien; een studiegroep komt op 20/01/09 bijeen. De ontslagnemende lidstaten zullen aan de werkzaamheden deelnemen zo zij door het CPME hiertoe worden uitgenodigd. Dit zou de mogelijkheid bieden om te onderhandelen over de gekende twistpunten, zijnde de politieke rol van de secretaris-generaal, de gewogen stemming en het gebruik der talen. Uiteindelijk werd, na stemming, de aanpassing van de werking van de CEOM goedgekeurd met elf stemmen tegen twee. Hoewel dit aanvankelijk overwogen werd, werd er niet overgegaan tot de aanstelling van een voorzitter.

### *IMI-systeem*

De heer Nicholas Leapmann, EU-ambtenaar van het directoraat-generaal Binnenlandse Markt lichtte het IMI-(Internal Market Information) systeem toe. Het gaat om een geïnformateerd meertalig netwerk dat de elektronische uitwisseling van informatie tussen de "bevoegde autoriteiten" van de EU-lidstaten vergemakkelijkt. Het systeem werd ontworpen door de Europese Commissie in samenwerking met de lidstaten. Na een proeffase is het de bedoeling van de Europese Commissie het systeem gedeeltelijk operationeel te maken in het raam van de uitwisseling van informatie zoals vereist door de artt. 8, 50 en 56 van de Europese Aanbeveling 2005/36 over de beroepskwalificaties.

Het opstarten van zulk een systeem stuit op belangrijke moeilijkheden; zo is het niet steeds duidelijk welke administratie in de verschillende lidstaten bevoegd is; ook het gebruik der talen is een probleem als men weet dat er binnen de EU 23 talen in omloop zijn. In dit verband ondersteunt het IMI-systeem een onmiddellijke onlinevertaling van de uitgewisselde informatie over de beroepsbeoefenaars van de gezondheidszorg. De doorstromende informatie wordt terstond vertaald in de taal van de ondervraagde bevoegde autoriteit. Het is een gigantisch werk waarbij gebruik wordt gemaakt van lijsten van standaardvragen en -antwoorden, geijkte uitdrukkingen, enz., kortom het wordt een taak waarbij heel wat thesauri en glossaria van pas zullen komen.

De Europese Commissie houdt toezicht op het elektronisch verkeer; zo weet zij of er vragen aan een bevoegde autoriteit werden gesteld en of deze beantwoord werden; zij heeft echter geen toegang tot de inhoud van de boodschappen; zij legt evenmin een eigen databank aan. Het is een geruststelling voor zij die een schending van de privacywetgeving vrezen.

## **Demografie**

De studie van de medische demografie is van oudsher een stokpaardje van de CNOM geweest en hij heeft op dit gebied een grote ervaring opgedaan. Zo heeft de CNOM weet van alle belangrijke informatie betreffende immigrerende artsen zoals specialiteit, geslacht, leeftijd, actief of op rust gesteld, vol- of deeltijds werkzaam, land van oorsprong en vestigingsplaats. Hij kan aldus al zijn artsen per departement, en voor Parijs per arrondissement, in kaart brengen. De bevindingen worden jaarlijks gepubliceerd in zijn "Atlas de la démographie médicale en France".

## **De medische demografie in Frankrijk**

De cijfers bevestigen de gekende trend: artsen verlaten het platteland om zich in grootsteden of in toeristisch aantrekkelijke streken te vestigen. Plattelandsdokter worden schaars. Artsen werken meer deeltijds. Door de toenemende feminisatie van het beroep werken artsen alsmaar meer deeltijds. Sommigen beperken hun activiteiten tot vervangingen. Artsen verkiezen het statuut van loontrekkende boven dit van zelfstandige.

## **Franse artsen in het buitenland**

De Fransen weten spijtig genoeg niet waarheen de in hun land gediplomeerde artsen uitwijken. Zij sporen de aanwezigheid ertoe aan in hun eigen land een even doorgedreven studie uit te voeren. Formulieren werden hiertoe ter zitting uitgedeeld. Overigens, om het arsenaanbod binnen Europa correct te kunnen beheren, zal ieder land wel verplicht zijn deze oefening te doen. De vragenlijsten zijn echter niet erg gebruiksvriendelijk wegens de uitgebreide informatie waarnaar wordt gepeild.

## **Taskshifting**

Onder taskshifting verstaat men een voorstel van de WGO (Wereldgezondheidsorganisatie) om het artsentekort op te vangen: zo stelt de WGO voor taken die traditioneel voorbehouden zijn aan artsen meer en meer door nauwelijks hiertoe opgeleide gezondheidswerkers die geen artsen zijn, te laten uitvoeren. Vooral de eerstelijnszorg komt hierdoor onder vuur te staan. Deze politiek heeft al veel kritiek moeten verduren; men is terecht van oordeel dat de kwaliteit van de zorg hierdoor in het gedrang komt; erger is dat in streken zoals in de gebieden ten zuiden van de Sahara men niet eens meer de moeite zal doen om nog artsen op te leiden.

## **Uittocht van artsen**

Veel artsen verkiezen elders werk te zoeken omdat de werkvoorwaarden er gunstiger zijn dan in eigen land. Als deze uittocht aanhoudt, kan dit de adequate gezondheidszorg van het land van herkomst in het gevaar brengen. Overheidsinstanties kunnen hiertegen weinig doen. Een uitwijkingverbod opleggen gaat in tegen het vrij verkeer binnen de Unie. Wel zouden de plaatselijke verantwoordelijke instanties meer inspanningen moeten leveren om betere werkomstandigheden en hogere verloning voor hun artsen te bekomen; zij zullen aldus minder in de verleiding komen om hun land te verlaten.

## **Besluit**

De CNOM streeft ernaar nieuw leven in de CEOM te blazen. Hiertoe stelt hij voor het aantal vergaderingen per jaar van 1 op 2 te brengen en een beleidsorgaan op te richten bestaande uit een voorzitter bijgestaan door 3 ondervoorzitters. Tegelijk opent de CNOM een permanente vertegenwoordiging in

Brussel om rechtstreeks bij de Europese Commissie te lobbyen om belangen te verdedigen die zowel de CNOM als de CEOM betreffen. Tot deze reorganisatie werd besloten op een ogenblik dat het CPME een ernstige crisis doormaakt; door het ontslag van minstens drie leden die samen ongeveer een derde van de Europese artsen vertegenwoordigen, kan het CPME zich voortaan nog moeilijk bij de Europese Commissie profileren als de overkoepelende organisatie van de artsen in Europa. Toch beweert de CNOM dat in de CEOM geen concurrent van het CPME moet gezien worden. Iedereen hoopt dat onderhandelingen met de ontslagnemende landen een gunstig resultaat zullen opleveren. Het zou spijtig zijn mocht de kennis van zaken die het CPME in de loop der jaren moeizaam heeft weten op te bouwen zou verloren gaan.

De volgende CEOM-vergadering zal in juni 2009 te Parijs plaatsvinden.

---

## **Algemene Vergadering van de WMA Seoel, 15-18 oktober 2008**

Prof. dr. G. De Roy

### **Inleiding**

Voor de World Medical Association (WMA) is de jaarlijkse algemene ledenvergadering een hoogdag; dan verkondigt zij wereldwijd haar standpunt op het gebied van de medische ethiek. De WMA vertegenwoordigt 84 Nationale Medische Associaties (NMA's), goed voor 9 miljoen artsen; zij aanziet zich dan ook als het gezaghebbend orgaan qua medische ethiek en haar verklaringen zijn voor haar leden universeel geldend. Het moreel gezag van de WMA is aanzienlijk en wordt vrij algemeen aanvaard en haar aanbevelingen zullen nagenoeg universeel worden nageleefd. Daarom kijken niet alleen artsen maar ook juristen en gezondheidseconomen met belangstelling naar wat op zulke vergaderingen wordt beslist. In 2008 vond de 59<sup>ste</sup> algemene vergadering plaats van 15 tot 18 oktober 2008 te Seoel (Zuid Korea). De Koreaanse Medische Associatie (KMA), die dat jaar haar honderdjarig bestaan vierde, trad op als gastorganisatie.

Ongeveer 250 vertegenwoordigers van een 40-tal nationale medische associaties hadden zich ingeschreven. Zij werden vervoegd door een dertigtal vertegenwoordigers van verscheidene internationale organisaties waaronder het Comité Permanent des Médecins Européens (CPME), het Internationale Rode Kruis Comité (ICRC) en enkele afgevaardigden van farmaceutische bedrijven. Zoals gewoonlijk hadden talrijke artsen van het gastland zich ingeschreven: zo woonde 142 artsen, KMA-leden, de vergadering bij.

Om de nodige luister aan het evenement te geven was niemand minder dan de president van de Republiek van Zuid-Korea de eregast op de welkomstreceptie en zowel de 1<sup>ste</sup> minister als de minister van Volksgezondheid namen het woord op de wetenschappelijke vergadering. De lokale pers waaronder The Korean Times was zeer enthousiast en had het over "de grootste vergadering van artsen ooit" met, volgens het blad, niet minder dan 400 afgevaardigden van 50 landen; waar of niet, maar er liep veel volk over de vloer van de vergaderzalen.

### ***Wetenschappelijke vergadering***

Traditie wil dat n.a.v. de algemene vergadering ook een wetenschappelijke vergadering rond een onderwerp van algemeen belang wordt gehouden. In 2008 werd het thema "Gezondheid, een mensenrecht" gekozen. De organisatoren hadden een beroep gedaan op uitmuntende gastsprekers zoals Kyung-Hwa Kang, vervangend hoog commissaris voor de Mensenrechten van de Verenigde Naties, dr. Tai Joon Moon, voorzitter emeritus van de KMA, gastheer voor de WMA-gebeurtenis te Seoel, dr. Hernàn Reyes, vertegenwoordiger van het Internationale Rode Kruis Comité, dr. Vivienne Nathanson, verantwoordelijke voor ethiek, wetenschappen en internationale zaken van de British Medical Association (BMA), en Clarisse Delorme, een Franse juriste die voor de WMA optreedt als contactpersoon met verscheidene internationale organisaties waaronder de Verenigde Naties (VN), de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) en diverse niet-gouvernementele organisaties (NGO's).

### ***Gezondheid, een mensenrecht***

Bij de aanvang werden zowel gezondheid als mensenrechten duidelijk gedefinieerd. "Gezondheid" dient in de breedste betekenis van het woord te worden verstaan. Gezondheid betekent meer dan de afwezigheid van ziekte; het is een toestand van volledig fysisch, mentaal en sociaal welbevinden; dit werd zo bepaald in de WGO-UNICEF<sup>1</sup>-Verklaring van Alma-Ata, goedgekeurd op de historische Internationale Conferentie over Basisgezondheidszorg van 1978.

"Mensenrechten" zijn rechten die wereldwijd gelden voor alle mensen, overal en altijd. Ze werden vastgelegd in de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens (UVRM) die in 1948 werd ondertekend. Ze zijn gebaseerd op een verbod op discriminatie, een bescherming van kwetsbare groepen en de veroordeling van elk ongerechtvaardigd geweld van de overheid.

Het recht op gezondheid is een fundamenteel mensenrecht vastgelegd door artikel 25 van de UVRM; het stelt dat ieder mens recht heeft op een levensstandaard die voldoende is om zijn gezondheid, zijn welzijn evenals deze van zijn familie te verzekeren, inzonderheid wat betreft voeding, kleding huisvesting, medische zorg, zomede de noodzakelijke sociale dienst; hij heeft recht op zekerheid in geval van werkloosheid, ziekte, invaliditeit, weduwschap, ouderdom, of in andere gevallen van verlies van zijn bestaansmiddelen ten gevolge van omstandigheden buiten zijn wil. De UVRM beschouwt aldus gezondheid, medische zorg en tal van sociale voorzieningen als een fundamenteel mensenrecht. Naast de UVRM garanderen nog vele andere internationale mensenrechtenverklaringen dit recht op gezondheid; dit is onder meer het geval in artikel 12 van het Internationale Verdrag betreffende Economische, Sociale en Culturele Rechten en artikel 24 van het Internationaal Verdrag betreffende de Rechten van het Kind.

### ***De bedreigde gezondheid van kwetsbare minderheidsgroepen***

De UVRM en de wetten die er op volgden, hebben het mogelijk gemaakt foltering, discriminatie en honger te bestrijden. De belangrijke rol die de arts speelt als beschermer van kwetsbare minderheden zoals asielzoekers en gedetineerden werd toegelicht.

### ***Mensen zonder papieren, asielzoekers***

Migranten hebben, zoals iedere burger, recht op alle nodige medische zorg. In dit verband herbevestigde de WMA haar Verklaring van Ottawa (oktober 1998); deze benadrukt dat

artsen de ethische plicht hebben de nodige medische behandeling toe te dienen aan personen ongeacht of zij al dan niet legaal in een land vertoeven. Illegaal leven soms in de clandestiniteit om niet uitgewezen te worden; zij zoeken geen medische hulp tenzij levensbedreigende omstandigheden en dan kan het reeds te laat zijn. De staat waar zij ondergedoken leven heeft voor hen geen voorzieningen op het gebied van gezondheidszorg; daarenboven zijn medische kosten voor niet-verzekerden onbetaalbaar.

### ***Gedetineerden***

Ook gevangenen hebben recht op gezondheid. Maar terwijl veroordeelden hun straf uitzitten, lopen zij het risico van een bijkomende bestraffing. Zij komen terecht in overbevolkte gevangenissen waar promiscuïteit en slechte hygiënische levensomstandigheden hen vatbaar maken voor verschillende aandoeningen zoals aids en resistente tuberculose. Gevangenen door zulke omstandigheden naar een gewisse dood leiden is een schending van de mensenrechten. Diegenen die toch overleven kunnen, na uitzetting van hun straf, op hun beurt hun naasten besmetten.

Gedetineerden verplicht laten deelnemen aan medisch wetenschappelijk onderzoek of hun organen verwijderen met het oog op een transplantatie, zijn nog steeds voorkomende schendingen van hun mensenrechten.

### ***Deelname aan folteringen***

De UVRM heeft geholpen om foltering, discriminatie en honger te bestrijden. Artikel 3 bepaalt dat niemand mag worden onderworpen aan folteringen noch aan onmenselijke of vernederende handelingen of straffen.

Artsen zijn soms bevoorrechte getuigen van foltering en onmenselijke of vernederende handelingen of bestraffing. Maar van de arts wordt meer verwacht dan louter een getuige te zijn; hij moet durven aan te klagen en de belastende feiten niet door de vingers te zien, anders ontsnappen de daders aan iedere rechtsvervolging. Hij moet opkomen voor de rechten van diegenen die aan zijn toezicht worden toevertrouwd. Hiertoe moet hij weten hoe geldig bewijsmateriaal te vergaren om een latere aanklacht te staven.

De arts heeft de keuze: of zijn broodheer dienen of opkomen voor de mensenrechten van een enkeling die niet eens zijn patiënt is. Niet altijd is een uitweg mogelijk; de arts laat zich het best leiden door de drie zusterverklaringen van de WMA inzake mensenrechten: de Verklaring van Malta over hongerstakers, de Verklaring van Hamburg ter ondersteuning van artsen die weigeren deel te nemen aan folteringen, onmenselijke of vernederende handelingen en de Verklaring van Tokio voor artsen in geval van foltering.

### ***Een rol voor de overheid***

Beleidsmakers dienen de toegankelijkheid tot een goede en betaalbare gezondheidszorg te waarborgen. Deze taak wordt niet overal en onder alle omstandigheden ingevuld. In ontwikkelingslanden kan de infrastructuur voor het verlenen van de essentiële gezondheidszorg ontoereikend zijn; soms hebben de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen daarenboven uit ontevredenheid het land verlaten. Regeringen begaan een grove schending van de mensenrechten indien zij niet de nodige gezondheidszorg aan hun bevolking

<sup>1</sup>United Nations Children's Fund (Kinderfonds van de Verenigde Naties)

kunnen aanbieden; de rampzalige gevolgen van het beleid in Zimbabwe zijn hier een schrijnend voorbeeld van.

Een gepaste toebedeling van de gezondheidszorg betekent ook een goede opleiding van de beroepsbeoefenaars. De overheid staat er ook voor in dat deze gezondheidssystemen worden bemand door voldoende bekwaame gezondheidswerkers; deze moeten onder goede arbeidsvoorwaarden kunnen werken waarbij een combinatie van het beroepsleven met het familiaal leven mogelijk moet zijn. Zo dit niet wordt ingevuld zal een afvloeï van artsen ontstaan. Zoals een voormalig voorzitter van de WMA het wist te bewoorden: artsen zijn als vee: zij grazen daar waar het gras groen is en de overheid moet er maar voor zorgen dat er voldoende groen gras is. De WHO stelt voor om in die omstandigheden artsen te vervangen door minder geschoold personeel en heeft het over "task shifting"; de WMA is hier niet over te spreken daar dit neerkomt op een bestending van het artsentekort in de ontwikkelingslanden.

### **Bescherming van het leefmilieu**

Het leefmilieu ondergaat wereldwijd schade door water- en luchtvervuiling; die nemen in deze tijden van globalisatie almaar sneller toe en brengen het recht op gezondheid van de wereldbevolking in het gedrang. Het ondoordacht gebruik en lozing van chemicaliën speelt hierin een belangrijke rol. Bijzondere aandacht ging naar kwikvervuiling, die talrijke oorzaken kent. Niet alleen de milieuvernietigende praktijken in de goudwinningsgebieden van Indonesië, Latijns- en Noord-Amerika zijn er oorzaak van, ook de medische sector is een belangrijke vervuiler door naar schatting jaarlijks ettelijke tonnen zuiver kwik in de natuur te lozen. Het gebruik van dit neurotoxisch gif kan nochtans vermeden worden; het volstaat de medische apparatuur die kwik bevat, zoals thermometers en bloeddrukmeters, door even betrouwbare elektronische toestellen te vervangen. Na afzienbare tijd moeten alle ziekenhuizen kwikvrij worden.

De ongebreidelde uitstoot van broeikasgassen schendt eveneens het recht op gezondheid van miljoenen mensen. Om de luchtvervuiling, oorzaak van de toename van longaandoeningen, tegen te gaan, bestaan internationale overeenkomsten zoals het Kyoto-protocol; helaas hebben niet alle industrielanden deze ondertekend; hun economische belangen krijgen voorrang op het behoud van het leefmilieu.

### **Opleiding voor artsen**

Het is notoïr dat artsen weinig afweten over mensenrechten en gezondheid. De artsenopleiding beperkt zich hoofdzakelijk tot het bijbrengen van de nodige wetenschappelijke kennis en technische vaardigheid om een ziekte te diagnosticeren en te behandelen. Ethiek wordt stiefmoederlijk als een bijvakje behandeld en het onderricht van mensenrechten is niet eens in het curriculum voorzien. Een arts moet echter ook kunnen optreden als behoeder van de mensenrechten van zijn patiënten; daarvoor moet hij die rechten dan ook wel kennen en bij schending ervan weten hoe doeltreffend op te treden. In de 21<sup>ste</sup> eeuw, meer dan ooit, kan kennis van de mensenrechten noodzakelijk zijn om de gezondheid van de bevolking te beschermen. Ethiek, mensenrechten en gezondheid zijn sterk met elkaar verweven en zouden tijdens de permanente bijscholing van artsen veel meer aan bod moeten komen. Reeds in 1999 heeft de WMA op de 51<sup>ste</sup> algemene vergadering in een resolutie een oproep gedaan om ethiek en mensenrechten als verplichte vakken in het curriculum van alle medische faculteiten op te nemen.

## ***De algemene vergadering van Seoel***

### ***Nieuwe verklaringen***

Op de algemene vergadering worden de resoluties, verklaringen en standpuntinnamen van de WMA ter goedkeuring aan de leden voorgelegd. Het zijn richtlijnen die de ethisch correcte houding bepalen die artsen, leden van de NMA's, moeten aannemen in omstandigheden waarin de ethiek in het gedrang zou kunnen komen. Bij het opstellen van haar beleidsdocumenten maakt de WMA een onderscheid tussen resoluties, verklaringen en standpuntinnamen. Resoluties betreffen recent gerezen, hopelijk tijdelijke, problemen die een dringende aanpak noodzakelijk maken; de resolutie over de weerslag van de economische crisis op de gezondheid is er een voorbeeld van. Verklaringen en standpuntinnamen geven aan artsen algemene richtlijnen; de Verklaring van Genève, door sommigen nog ten onrechte de "eet" van Genève genoemd, is hier een voorbeeld van. Verklaringen hebben een meer universeel en tijdloos karakter dan standpuntinnamen; het is de Raad van de WMA die beslist of een bepaalde richtlijn als een verklaring of een standpuntinname aangezien moet worden.

In Seoel keurde de WMA tal van verklaringen, standpuntinnamen en resoluties goed. Naast de Verklaring van Helsinki, het paradepaardje van de WMA, werden nog aanbevelingen goedgekeurd: onder andere betreffende de economische crisis, de onafhankelijkheid van artsen bij de uitoefening van hun beroep, kwikvervuiling, de toegang van vrouwen tot de gezondheidszorg en tot het beroep van arts, de doodstraf, het gebruik van papavers voor geneeskundige doeleinden. Ze allemaal behandelen is een onmogelijke taak binnen het raam van een overzichtartikel; bovendien is de integrale tekst ervan raadpleegbaar op de website van de WMA.

### ***Resolutie over de economische crisis en de gezondheid***

In tijden van globale economische crisis wordt gevreesd dat de economische recessie een weerslag zal hebben op de gezondheidszorg; de overheid zal gedwongen worden haar budgetten te herzien en besparingen te overwegen, ook in de gezondheidszorg; dit kan een nefaste invloed hebben op de kostenbeteugeling en de kwaliteit van de zorgverstrekingen. De onzekerheid over hun financiële toekomst wekt daarenboven bij vele zieken angstgevoelens op. Deze toestand bracht de WMA ertoe een resolutie goed te keuren om de weerslag van de crisis op de gezondheid te beperken. In deze resolutie worden de NMA's ertoe aangezet om met de overheid samen te werken om personen die lijden onder de crisis, medisch en psychologisch op te vangen en bij te staan; daarnaast wordt gevraagd om de nodige maatregelen te treffen om de financiering van de gezondheidszorg minstens op het huidige niveau te behouden.

### ***De Verklaring van Helsinki***

De langverwachte, herziene versie van de Verklaring van Helsinki werd, na anderhalf jaar voorbereidend werk, uiteindelijk goedgekeurd. Gezien het belang van deze verklaring over de ethische eisen voor allen die betrokken zijn bij medisch-wetenschappelijk onderzoek en die in België kracht van wet heeft, zal de integrale tekst ervan in dit tijdschrift verschijnen.

### ***De Verklaring van Seoel***

Een verklaring over beroepsautonomie en klinische onafhankelijkheid van artsen werd goedgekeurd; deze verklaring kwam er na herziening van de verklaring van Madrid die betrekking heeft op aanverwante problemen. Om het gast-

land eer aan te doen werd deze verklaring omgedoopt; ze zal voortaan bekendstaan als de verklaring van Seoel. Een vertaalde versie van de volledige tekst staat verder in dit tijdschrift.

De verklaring stelt dat de arts, onafhankelijk van iedere overheidstussenkomst, de beste behandeling voor zijn patiënt moet kunnen toedienen. De overheid streeft er al te vaak naar kostenbesparende maatregelen aan de gezondheidszorg op te leggen, wat niet altijd ten goede komt van de individuele patiënt. Deze verklaring klinkt sterk corporatistisch maar het kan niet ontkend worden dat er omstandigheden bestaan waar de arts onder druk wordt gezet om niet steeds de beste behandeling aan zijn patiënt voor te schrijven; dit komt de arts-patiëntrelatie niet ten goede. Maar in deze verklaring wordt de arts er tegelijk op gewezen dat hij rekening dient te houden met de beschikbare gezondheidszorg door de staat georganiseerd en dat ieder arts zuinig moet weten om te springen met deze middelen. De arts wordt aldus op zijn sociale plicht gewezen.

### **Standpuntinname over kwikvervuiling**

Bezorgd om het behoud van het milieu keurde de WMA een standpuntinname goed om kwikvervuiling tegen te gaan. Deze standpuntinname sluit aan bij wat hieromtrent uitvoerig werd uiteengezet tijdens de wetenschappelijke sessie. De WMA pleit ervoor de akkoorden van het UNEP<sup>1</sup>-project van de Verenigde Naties, ter beheersing van de verwerking van chemicaliën<sup>2</sup> na te komen. Verder is het actieplan kort en eenvoudig: binnen de medische sector hoort kwik niet meer thuis: kwikhoudende toestellen moeten door elektronische vervangen worden; in afwachting moet kwikafval veilig worden behandeld volgens de wettelijke voorschriften.

### **Resolutie Papavers voor geneeskunde**

Deze resolutie werd ingediend tijdens de 58<sup>ste</sup> algemene vergadering van de WMA te Kopenhagen maar werd pas nu goedgekeurd. De resolutie vraagt om de papaveroogst in Afghanistan voor medische doeleinden te subsidiëren zoals de productie van morfine en diamorfine; aan deze analgetica bestaat immers een schrijnend tekort. De resolutie wil een oplossing bieden voor de illegale oogst waarvan de opbrengst thans naar de aankoop van wapens gaat. Deze resolutie gaat wel regelrecht in tegen het plan van de VN om de papavervelden door herbiciden te vernielen.

### **Het voorzitterschap van de WMA**

Dr. John Snaedal, een IJslandse geriater, legt met deze vergadering zijn voorzittersambt neer; hij wordt opgevolgd als 59<sup>ste</sup> voorzitter van de WMA door Yorum Blachar van de Israëliëse Medische Associatie. Dr. D. W. Hanson, van de Canadese Medische Associatie, werd tot voorzitter voor de ambtsperiode 2009-2010, verkozen.

World Medical Journal

De WMJ<sup>3</sup> is het officiële tijdschrift van de WMA; het verschijnt viermaal per jaar. Dr. Alan Rowe, hoofdredacteur sinds 2002, heeft de fakkel doorgegeven aan dr. Peteris Apinis, voorzitter van de artsenassociatie van Letland. Deze neemt de hoofdredactie waar met ingang van 2008.

Even werd overwogen de publicaties van de WMJ onder een eigen rubriek te publiceren in een of ander tijdschrift met een grotere faam dan de WMJ; hiertoe werd met "Nature" onderhandeld. Vrezend dat hierdoor de specifieke eigen doelstellingen van de WMA onvoldoende uit de verf zouden komen,

besloot het nieuwe redactiecomité uiteindelijk om een zelfstandige koers te varen.

Het eerste nummer dat onder de nieuwe redactie van de persrolde, is kleurrijk geïllustreerd en geeft vooral sfeerbeelden van de afgelopen vergaderingen. Ook is een reeks gestart waarin de nationale medische associaties zich voorstellen. Het WMJ-nummer van december 2008 verscheen voor het eerst in elektronische vorm; het is op de website van de WMA publiek raadpleegbaar.

Nieuwe leden

De nationale medische associaties van Oekraïne en Cyprus, alsook de Nationale Raden van de Orde van artsen van Albanië, Angola, Ivoorkust, Mali, en Albanië en tevens de Kamer van Poolse artsen en tandartsen werden als nieuwe leden in de schoot van de WMA opgenomen.

### **De lancering van een sprekend boek**

Een sprekend boek werd ontworpen en in beperkte oplage verspreid; het is bedoeld om in ontwikkelingslanden ongeletterde personen die als proefpersoon wensen deel te nemen aan medisch wetenschappelijk onderzoek voor te lichten. Hiermee tracht men tegemoet te komen aan de ethische plicht van de "informed consent". Naast potentiële proefpersonen is het boek ook bestemd voor eenieder betrokken bij klinisch onderzoek, zoals klinici en leden van de ethische commissies. Het is opgevat als een stripverhaal; bij aanwijzing van een icoon gaat een kleine ingebouwde luidspreker commentaar geven op de situatie die uitgebeeld is op de striptekening. Het ontwerp en de realisatie gebeurden in samenwerking met het Steve Biko-centrum voor bio-ethiek van de Witwatersranduniversiteit te Johannesburg, de uitgeverij Books of Hope gespecialiseerd in sprekende boeken, en de ZuMA<sup>4</sup>. De firma Pfizer, de bekende "ethische" sponsor van de WMA, bekostigde het project.

### **Komende vergaderingen**

Van 13 tot 15 mei 2009 vergadert de Raad van de WMA te Tel Aviv. De 60<sup>ste</sup> algemene en wetenschappelijke vergadering heeft plaats van 14 tot 17 oktober 2009 in New-Delhi; de wetenschappelijke vergadering gaat over multiresistente tuberculose. De voorjaarsvergadering van de Raad vindt plaats te Divonne-les-Bains in mei 2010. De 61<sup>ste</sup> algemene en wetenschappelijke vergadering heeft plaats van 13 tot 16 oktober 2010 in Vancouver (Canada); "Milieu en Gezondheid" is het thema van de wetenschappelijke vergadering. De 62<sup>ste</sup> algemene en wetenschappelijke vergadering zal plaatsvinden in oktober 2011 in Uruguay en deze van 2012 in Thailand.

Besluit

In haar publicaties en op haar website laat de WMA geen gelegenheid aan zich voorbijgaan om ons aan haar zending te herinneren: "de WMA is de overkoepelende organisatie van nationale artsenverenigingen die wereldwijd miljoenen artsen vertegenwoordigt. In haar acties ten behoeve van patiënten en artsen streeft zij naar de hoogste normen op het

<sup>1</sup>United Nations Environment Program

<sup>2</sup>Dit project werd gestart op de internationale conferentie van ministers van Volksgezondheid en Leefmilieu in Dubai op 6 februari 2006; het project moet leiden tot een beheerst gebruik van chemicaliën, zodat tegen 2020 chemicaliën verwerkt dienen te worden zonder gevaar voor water- of luchtvervuiling.

<sup>3</sup>World Medical Journal

<sup>4</sup>Zuid-Afrikaanse Medische Associatie

gebied van geneeskundige zorg, ethiek, opleiding en gezondheidsgebonden mensenrechten voor iedereen.” De WMA heeft haar rol ingevuld: op haar 59<sup>ste</sup> algemene vergadering werden niet minder dan 14 beleidsverklaringen goedgekeurd.

De WMA verwacht dat de NMA's in hun publicaties en in hun gedragscodes het WMA-gedachtegoed zullen verspreiden. De leden van de NMA's moeten ertoe aangezet worden consequent te handelen naar de door de WMA voorgehouden ethiek. De uiteindelijke boodschap is dat het goede woord geen dode letter mag blijven.

---

***VERKLARING VAN SEOEL OVER BEROEPSAUTONOMIE EN KLINISCHE ONAFHANKELIJKHEID MET COMMENTAAR***

**Goedgekeurd door de Algemene Vergadering van de WMA, Seoel, Korea, oktober 2008  
(Officieuze vertaling)**

Na studie van het belang van beroepsautonomie en klinische onafhankelijkheid keurt de World Medical Association de volgende beginselen goed :

1. De essentie van beroepsautonomie en klinische onafhankelijkheid is de zekerheid dat iedere arts vrij een beroepsoordeel kan vormen in het kader van de behandeling van zijn patiënten zonder inopportune druk van buitenaf of van derden te ondergaan.

2. Geneeskunde is een zeer complexe kunst en wetenschap. Door een lange opleiding te volgen en door ondervinding worden de artsen geneeskundige deskundigen en behandelars. Hoewel zij het recht hebben in ruime mate te beslissen over de geneeskundige ingrepen die zij zullen ondergaan, verwachten patiënten van hun artsen klinische, relevante aanbevelingen.

3. Artsen weten dat zij rekening moeten houden met de gezondheidsstructuur en de beschikbare middelen. Buitensporige beperkingen inzake klinische onafhankelijkheid, zoals ze worden opgelegd door regeringen en besturen, werken echter niet in het belang van de patiënten. Deze beperkingen kunnen immers het vertrouwen op de helling plaatsen dat een essentieel bestanddeel is van de arts-patiëntrelatie.

4. Het is mogelijk dat ziekenhuisbeheerders en ziekenfondsen menen dat beroepsautonomie van de arts onverenigbaar is met een voorzichtig beheer van de gezondheidskosten. De beperkingen die ziekenhuisbeheerders en ziekenfondsen trachten in te voeren inzake klinische onafhankelijkheid kunnen echter tegen de belangen van de patiënt ingaan. Bovendien kan het beperken van de vrijheid voor artsen om te weigeren verzoeken in te willigen van patiënten of families voor ongeschikt geachte geneeskundige diensten in het nadeel zijn van de patiënten of de gemeenschap.

5. De World Medical Association bevestigt bijgevolg opnieuw het belang van beroepsautonomie en klinische onafhankelijkheid als wezenlijke bestanddelen van kwaliteitsvolle geneeskundige zorg in het voordeel van de patiënt. Beide bestanddelen moeten behouden worden. De World Medical Association herhaalt haar wens beroepsautonomie en klinische onafhankelijkheid te behouden en te verzekeren in het vlak van patiëntenzorg.



## 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](mailto: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.