

TIJDSCHRIFT VAN DE NATIONALE RAAD

ORDE VAN GENEESHEREN

TRIMESTRIEEL TIJDSCHRIFT
VOL. XVII
JUNI 2009

NR. 125

INHOUDSTAFEL

WOORD VOORAF

Pr dr. G. Rorive

ADVIEZEN VAN DE NATIONALE RAAD

- Code van geneeskundige plichtenleer : artikel 27
- Behandlingsplicht
- Gefusioneerd ziekenhuis - Algemeen en medisch reglement - Professionele eenpersoonsvennootschap - Vermelding van naam en specialisme van de arts
- Verwijdering van pacemaker na overlijden
- Personen die onwettig in België verblijven - Beroepsgeheim - OCMW
- Gedwongen opname - Weigering door de psychiatrische dienst wegens plaatsgebrek
- Psychiatrie - Gedwongen opname - Opstellen van een omstandig geneeskundig verslag of van een advies
- Het uitvoeren van vaderschapstests
- Klinische biologie - Afschrift van resultaten
- Controlegeneeskunde - Overmaken van niet-medische gegevens
- Afleveren van een medisch attest voor het bekomen van een vergunning tot het bezit of het dragen van een wapen
- Erkenning van de commissies voor medische ethiek
- Weigering van medische attesten - Asielzoekers
- Metingen betreffende de geschiktheid tot fysieke activiteit
- Behandeling van een patiënt met multiresistente tuberculose
- Niet-samenlevende ouders - Artsenkeuze
- Beroepsgeheim en aids - Mededeling aan de partner

ADVIEZEN VAN HET BUREAU VAN DE NATIONALE RAAD

Protocol "The Belgian Living Donor Exchange"

INTERNATIONALE KRONIEK

- De Verklaring van Helsinki, geactualiseerd te Seoel, oktober 2008
Prof. dr. A. Herchuelz

– Verslag van de vergadering van het CPME, Praag, 13-14 maart 2009
Prof. dr. G. De Roy
Dr. R. Kerzmann

De redactieraad van het Tijdschrift en de leden van de commissie Telematica hopen dat u de nieuwe site van de Nationale Raad op prijs stelt en vooral de praktisch in real time toegang tot de uitgebrachte adviezen. Wij zijn echter enigszins bezorgd wanneer we merken dat slechts 2000 artsen hun toegang tot het deel voorbehouden aan het medisch korps, geactiveerd hebben. Wij wijzen er nogmaals op dat bepaalde adviezen en algemene gegevens alleen in dit deel van de site te vinden zijn, het andere deel is toegankelijk voor het publiek. Wij zijn ook zo vrij een beroep te doen op uw medewerking om de informatie te verspreiden dat het Tijdschrift voortaan enkel nog onder elektronische vorm verschijnt.

Het behoud van een driemaandelijks voorstelling van het Tijdschrift laat onder andere een chronologische opzoeking toe. Velen onder ons herinneren zich inderdaad dat een specifiek advies uitgebracht werd in dat of dat jaar of in die bepaalde geïdentificeerde periode omdat dit overeenstemt met een persoonlijke of beroepsgebeurtenis. Deze manier van werken maakt het bovendien mogelijk de nummering van de adviezen, die sinds lange tijd gebaseerd is op hun uitgiftedatum, te behouden.

Deze editie bevat de adviezen uitgebracht tijdens het eerste trimester van 2009. Er zijn talrijke klachten in verband met de antwoordtermijnen van de Nationale Raad, maar we moeten benadrukken dat tijdens deze vier vergaderingen de Raad 16 algemene adviezen en 5 adviezen die meer specifiek gericht zijn tot de artsen uitbracht, zonder de administratieve beslissingen te tellen zoals het samenstellen van commissies van deskundigen gevraagd door de provinciale geneeskundige commissies om de fysieke en psychische bekwaamheden van artsen te onderzoeken. Het is misschien goed te herinneren dat de Nationale Raad 13 tot 14 maal per jaar op zaterdag, van 9 tot 17 uur, in voltallige zitting vergadert.

Onder de adviezen opgenomen in dit nummer, vestigen we in het bijzonder de aandacht op zeer actuele adviezen aangaande de plicht van de arts patiënten met een hoog besmettingsrisico te verzorgen. De deontologische grondslag van deze plicht wordt gedetailleerd in het advies van 24 januari, uitgebracht in antwoord op een vraag van een arts over het nationaal plan dat ontwikkeld werd met het oog op een pandemie van vogelgriep en dat de laatste weken toegepast werd naar aanleiding van de H1N1 griepedemie, de zogenaamde Mexicaanse griep.

We leggen ook opnieuw de nadruk op een reeks adviezen betreffende de toepassing van het beroepsgeheim : in de getuigenissen gevraagd door het OCMW voor patiënten in illegaal verblijf, de controle geneeskunde en het inlichten van de partner van een HIV-dragende patiënt. Drie situaties waarin de vraag van de maatschappij en het belang van de patiënt soms tegenover elkaar blijken te staan. Eens te meer wijst de Raad er met aandring op dat de wet en de plichtenleer de voorrang geven aan de plichten van de arts ten opzichte van zijn patiënt. De arts kan slechts in uitzonderlijke gevallen waarin het gerechtvaardigd is zich te beroepen op de noodtoestand, afwijken van het beroepsgeheim, zonder daarbij uit het oog te verliezen dat het de rechter is die in laatste instantie zal beslissen over de gegrondheid van het inroepen van de noodtoestand. Deze regel in verband met het beroepsgeheim staat sedert meer dan 150 jaar in artikel 458 van het Strafwetboek en geen enkele wetge-

vende overheid heeft hem ooit in vraag gesteld. De deontologische regel is, zoals herinnerd werd in het Woord vooraf van het Tijdschrift 123, zelfs nog ouder en vormt een essentiële basis van de arts-patiënt relatie.

Ongewoner is de brief gericht aan mevrouw Onkelinx, minister van Sociale Zaken en van Volksgezondheid, betreffende de erkenning van de commissies voor medische ethiek. De Nationale Raad heeft in dit domein een pioniersrol gespeeld met de oprichting in 1986 van de eerste commissies voor ethiek. Tot over enkele weken was hij belast met hun erkenning. De wettelijke bepalingen werden echter gewijzigd. Door het Koninklijk Besluit van 12 augustus 1994 werd de verplichting om te beschikken over een 'ethisch comité van het ziekenhuis' opgenomen in de erkenningsnormen van de ziekenhuizen. Deze verplichting werd toegevoegd aan artikel 70ter van de ziekenhuiswet door de programmawet van 25 januari 1999. Bovendien geeft het samenwerkingsakkoord ter oprichting van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek aan dit comité een opdracht in dit domein. De laatste jaren is het belast met het opstellen van een verslag over de activiteiten van de ziekenhuiscomités. Dit verslag dient als basis voor het vastleggen van hun financiering in het kader van de adviezen betreffende de proeven met geneesmiddelen. Ten slotte heeft de wet inzake experimenten op de menselijke persoon de rol van de commissies voor ethiek aanzienlijk gewijzigd. Van nu af aan is hun advies verplicht vóór elk experiment op de mens. De Nationale Raad vraagt zich al jaren af welke rol hij nog moet spelen in dit concert en of de erkenningen die hij aflevert nog een bestaan-rede hebben. Talrijke stappen ondernomen bij het Raadgevend Comité en bij het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten konden deze situatie niet ophelderen. Daarom vroeg de Nationale Raad in zijn brief aan mevrouw Onkelinx of ze zich hierover wil uitspreken.

Dit zijn enkele punten in de adviezen die uw aandacht verdienen.

Prof. dr. Georges RORIVE
Hoofdredacteur

VERGADERINGEN VAN DE NATIONALE RAAD VAN 24 JANUARI, 7 FEBRUARI, 21 FEBRUARI EN 21 MAART 2009

Code van geneeskundige plichtenleer : artikel 27 (21/03/2009)
Behandelingsplicht (24/01/2009)
Gefusioneerd ziekenhuis - Algemeen en medisch reglement Professionele eenpersoons-
vennootschap - Vermelding van naam en specialisme van de arts (24/01/2009)
Verwijdering van pacemaker na overlijden (24/01/2009)
Personen die onwettig in België verblijven - Beroepsgeheim - OCMW (07/02/2009)
Gedwongen opname - Weigering door de psychiatrische dienst wegens plaatsgebrek
(07/02/2009)
Psychiatrie - Gedwongen opname - Opstellen van een omstandig geneeskundig verslag
of van een advies (07/02/2009)
Het uitvoeren van vaderschapstests (21/02/2009)
Klinische biologie - Afschrift van resultaten (21/02/2009)
Controlegeneeskunde - Overmaken van niet-medische gegevens (21/02/2009)
Afleveren van een medisch attest voor het bekomen van een vergunning tot het bezit of
het dragen van een wapen (21/02/2009)
Erkenning van de commissies voor medische ethiek (21/03/2009)
Weigering van medische attesten - Asielzoekers (21/03/2009)
Metingen betreffende de geschiktheid tot fysieke activiteit (21/03/2009)
Behandeling van een patiënt met multiresistente tuberculose (21/03/2009)
Niet-samenlevende ouders - Artsenkeuze (21/03/2009)
Beroepsgeheim en aids - Mededeling aan de partner (21/03/2009)

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

Code van geneeskundige plichtenleer : artikel 27

In zijn vergadering van 21 maart 2009 heeft de Nationale Raad artikel 27 van de Code van geneeskundige plichtenleer als volgt gewijzigd :

De vrije keuze van een arts is een fundamenteel recht van de patiënt.

Niettemin kan een beperking van die vrije keuze onvermijdelijk zijn in het kader van de praktische organisatie van een permanent kwaliteitsvol zorgaanbod.

Over zulke beperking wordt zo adequaat mogelijk informatie verstrekt.

Behandelingsplicht (24/01/2009)

TREFWOORDEN :
*Plichten van de geneesheer (Algemeen-) –
Ziekten (Overdraagbare-)*
DOCUMENTNAAM :
a125001n

Aan de Nationale Raad werd de vraag voorgelegd of artsen geconfronteerd met nieuwe pandemieën zich moeten blijven inzetten in weerwil van de risico's voor eigen veiligheid en gezondheid.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

Dit ogenschijnlijke dilemma steekt gedurende de laatste decennia regelmatig de kop op bij dreigingen van epidemieën zoals van AIDS, EBOLA, SARS of, recentelijk nog, van vogelgriep.

De Nationale Raad is van oordeel dat de arts een deontologische plicht heeft om te behandelen en te verzorgen. Dit niet alleen omdat hij zich, zoals trouwens elke burger, wettelijk niet bloot kan stellen aan schuldig verzuim, contract- of beloftebreuk, maar vooral wegens de verwachtingsvolle sociale rol die hij opneemt. Zo houdt de bewuste keuze om arts te worden en te zijn, onafscheidbaar de aanvaarding in van een plicht tot behandeling en zorg. Deze plicht is geen vrijblijvende randvoorwaarde, maar behoort tot de kern die toelaat de professie van arts te definiëren. In dit opzicht luidt artikel 7 van de Code van geneeskundige plichtenleer als volgt: " Bij algemene noodsituaties mag een geneesheer zijn zieken niet verlaten tenzij hij daartoe door de bevoegde overheid wordt verplicht".

De moeilijker af te lijnen deontologische plichten die de essentie van een beroep

determineren, kunnen uiteraard het voorwerp uitmaken van een maatschappelijk debat. Het laten eroderen van de behandelingsplicht zou echter onaantvaardbare nadelen meebrengen voor de patiënten, de sociale voorzieningen en ook voor de artsen zelf.

Het door de arts aanvaarden van de behandelingsplicht betekent niet onmiddellijk het volledig moeten wegcijferen van zijn eigen veiligheid, noch van het bestaan van andere conflicterende, veelal familiale plichten. Zo stonden bij de betrokken zorgverstrekkers tijdens de recente SARS-dreiging de vrees hun familieleden te besmetten, praktische problemen bij de dagelijkse opvoeding en zorg voor hun kinderen en existentiële vragen rond de opvang van hun naasten, voor het geval ze door hun werk zouden bezwijken, erg op de voorgrond.

De praktijk mag zich in casu niet alleen beperken tot een oordeel over welke plicht het hoogste appel heeft, maar dient gepaard te gaan met een aanpak die ruimte schept om tegenstrijdige waarden naast elkaar te laten bestaan. Zo brengt de behandelingsplicht van de arts ook dwingende plichten mee voor de maatschappij en de zorginstellingen. Naast sociale ondersteuning onder vorm van aangepaste verzekeringen voor ziekte, invaliditeit, overlijden, kindercare, dienen deze de veiligheid van de diverse zorgverstrekkers in de "frontlijn" te maximaliseren. Behalve opleiding, de uitbouw van een aangepaste infrastructuur en het uitwerken van preventieve strategieën – het uiteindelijk niet goed kunnen verzorgen van slachtoffers was de grootste frustratie van ervaringsdeskundigen – is een transparante professionele en met alle betrokkenen uitgewerkte faire risicospreiding een minimale maatschappelijke en professionele uitdrukking van respect, billijkheid en solidariteit.

De aanhoudende dreiging van nieuwe gevaarlijke epidemieën, maar ook van grote ongevallen, terroristische aanslagen, natuurrampen en nucleaire catastrofes, herconfronteert niet alleen het mensdom met de aanhoudende risico's waaraan het bloot staat, ondanks de ontzettende vlucht van de geneeskunde gedurende de laatste decennia. Tevens wijst ze de arts op zijn belangrijke deontologische plicht van toewijding alsook van beroepsgeheim. Ze brengt ook in de dagelijkse praktijk op een scherpe wijze de fundamentele waarde van voorzorgsmaatregelen met betrekking tot hygiëne, steriliteit en voorkoming van besmetting terug onder de aandacht en valideert het fundamentele en klinische onderzoek, ook in die domeinen die organisatorisch een antwoord helpen bieden op deze nieuwe uitdagingen.

Gefusioneerd ziekenhuis - Algemeen en medisch re-

glement - Professionele eenpersoonsvennootschap – Vermelding van naam en specialisme van de arts (24/01/2009)

TREFWOORDEN :

Orde der geneesheren (Organisatie en werking van de-) – Publiciteit en reclame – Vennootschappen tussen geneesheren en met niet-geneesheren – Ziekenhuizen

DOCUMENTNAAM :

a125002n

De Nationale Raad behandelde een vraag betreffende de eindverantwoordelijkheid bij de beoordeling en de goedkeuring van het algemeen en medisch reglement van een gefusioneerd ziekenhuis indien twee provinciale raden betrokken zijn bij de goedkeuring ervan. Ten tweede werd de vraag gesteld of een vennootschap de naam van de arts, met de melding van zijn specialisme, moet hebben bij de oprichting van een professionele eenpersoonsvennootschap.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

De Nationale Raad is van mening dat indien twee provinciale raden betrokken zijn bij de goedkeuring van een algemeen en medisch reglement van een gefusioneerd ziekenhuis de provinciale raad waar de maatschappelijke zetel van de gefuseerde instelling zich bevindt, de coördinerende rol speelt en de eindverantwoordelijkheid draagt. Dit vereist overleg tussen de beide provinciale raden.

De meest restrictieve regels tussen beide provinciale raden worden toegepast. De coördinerende provinciale raad zal de arts tevens informeren.

Krachtens artikel 163, § 4, van de Code van geneeskundige plichtenleer moet de professionele eenpersoonsvennootschap bij het naar buiten treden de rechtsvorm vermelden alsook de naam van de arts en het uitgeoefende specialisme. De Nationale Raad herinnert eraan dat de benaming zeker niet monopoliserend mag zijn.

Verwijdering van pacemaker na overlijden (24/01/2009)

TREFWOORDEN :

Bevoegdheid van de geneesheer – Pacemaker

DOCUMENTNAAM :

a125003n

De Nationale Raad van de Orde van geneesheren behandelde de problematiek omtrent het invullen van model III C en het attest waarbij de vaststellende arts bevestigt dat de overledene al dan niet een pacemaker bezit.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 24 januari 2009

besprak de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw brief betreffende de "Documenten overlijden – medisch attest en model III C".

In toepassing van artikel 28 van het besluit van de Vlaamse regering van 14 mei 2004 tot organisatie, inrichting en beheer van begraafplaatsen en crematoria, moet, indien de overledene een implantaat draagt dat werkt op een batterij, deze batterij worden verwijderd voor de begraafing of crematie.

Aldus moet een batterij niet dadelijk na de vaststelling van het overlijden verwijderd worden.

Artsen zijn wettelijk niet verplicht een pacemaker bij een overledene te verwijderen.

De wet bepaalt dat pacemakers moeten verwijderd worden voor crematie, maar vermeldt niet door wie dat moet gebeuren.

In zijn advies van 12 mei 2007 (Verwijdering post mortem van batterijen van implantaten, TNR 117, p.6) is de Nationale Raad van mening dat een batterij verwijderd moet worden door een arts die daartoe bekwaam is. Indien de behandelende arts of de arts die het overlijden heeft vastgesteld meent die bekwaamheid niet te hebben, moet die taak worden toegewezen aan een andere daartoe wel bekwame arts. Daarvoor kan eventueel de beëdigde arts die door de ambtenaar van de burgerlijke stand is aangesteld om de doodsoorzaken na te gaan (cf. art. 21, § 1, tweede lid, van het Decreet van de Vlaamse Gemeenschap van 16 januari 2004 betreffende de begraafplaatsen en de lijkbezorging) in aanmerking komen.

De arts die de batterij heeft verwijderd, kan zulks certifiëren met een attest.

Personen die onwettig in België verblijven – Beroepsgeheim – OCMW (07/02/2009)

TREFWOORDEN :

Beroepsgeheim – OCMW

DOCUMENTNAAM :

a125004n

Artsen die eerstelijnszorg toedienen aan personen zonder papieren worden geconfronteerd met vragen gesteld door de medewerkers niet-artsen van het OCMW over de inhoud van de zorg en soms zelfs over de aard van de aanpak. Het OCMW verzekert dat ze wat ze een "gedeeld beroepsgeheim" noemen, eerbiedigen.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 7 februari 2009 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw brief besproken

aangaande de vragen van het OCMW in verband met de dringende medische zorg aan personen die onwettig in België verblijven.

De Nationale Raad gaat akkoord met uw ontwerpantwoord. De bepalingen van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt zijn van toepassing op elke patiënt, wat ook zijn statuut is. Alleen de artsen betrokken bij de zorg aan een patiënt kunnen aanspraak maken op het recht op het "gedeelde medisch geheim". De Code van geneeskundige plichtenleer en de rechtspraak bevestigen het belang van het medisch geheim.

In de context van patiënten zonder wettelijke woonplaats en zeer vaak zonder sociale zekerheid neemt het OCMW echter de medische kosten op zich en speelt in die zin de rol van een ziekenfonds. We kunnen dan ook begrijpen dat in bepaalde situaties een informatieaanvraag gerechtvaardigd is.

Ten aanzien van het OCMW, dat in dit kader optreedt als sociaal zekerheidsorgaan en onder meer de kosten op zich neemt voor de diagnose en de behandeling, worden alleen de inlichtingen die nodig zijn voor de verzorging en het welzijn van de patiënt meegedeeld, zo mogelijk aan een raadgevend arts van het OCMW, zo niet aan de patiënt of aan zijn vertegenwoordiger.

Gedwongen opname – Weigering door de psychiatrische dienst wegens plaatsgebrek

(07/02/2009)

TREFWOORDEN :
Gedwongen opname – Psychiatrie
DOCUMENTNAAM :
a125005n

De vraag betreft de toepassing van de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke. Kan de gedwongen opname van een psychiatrische patiënt op grond van de beschikking van de vrederechter geweigerd worden door een psychiatrische dienst wegens plaatsgebrek? De psychiater van de dienst is van oordeel dat hij in dergelijke omstandigheden de opname moet kunnen weigeren omdat hij de nodige zorg en de veiligheid van de patiënt niet kan garanderen. De directie is van oordeel dat de opname van de patiënt niet kan geweigerd worden en zelfs aanleiding kan geven tot strafrechtelijke vervolging van de directie.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn zitting van 7 februari 2009 besprak de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw schrijven van 9 oktober 2008.

Op de volgende punten is de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke zeer duidelijk. Zowel de vrederechter in de gewone procedure als de procureur des Konings in de spoedprocedure wijzen de psychiatrische dienst aan waar de zieke ter observatie wordt opgenomen. De zieke kan de psychiatrische dienst waarnaar hij wordt verwezen niet vrij kiezen. De vrederechter of de procureur des Konings geven kennis van hun beslissing tot opname ter observatie aan de directeur van de psychiatrische dienst die zij hebben aangewezen. De directeur neemt vervolgens alle maatregelen voor de dwangopname van de zieke. De naleving hiervan is nochtans niet afdwingbaar door strafsancities.(1)

Het hoofd van de dienst psychiatrie is verantwoordelijk voor de zorg en de veiligheid van de opgenomen patiënt onder de vermelde beschermingsmaatregel. Plaatsgebrek is niet voorzien in de wet als reden voor een weigering tot opname. De Nationale Raad kan er wel inkomen dat in zeer uitzonderlijke gevallen plaatsgebrek ingeroepen zou kunnen worden als situatie van overmacht om de verplichting tot dwangopname te weigeren. Dit kan voorkomen worden door op regionaal niveau overleg te plegen over de praktische uitvoeringssmodaliteiten van deze wet met de betrokken partners, psychiatrische diensten van de regio, directies, politie en magistratuur. Volgens de geest en de letter van de wet gaat het om een opnamplicht. Psychiaters hebben bijgevolg de deontologische plicht om de nodige voorzorgsmaatregelen te nemen en afspraken te maken teneinde situaties te voorkomen waarin deze wettelijke eis niet kan worden uitgevoerd.

(1) Herman NYS, Geneeskunde, recht en medisch handelen, E. Story-Scientia, 2005, p. 329.

Psychiatrie – Gedwongen opname – Opstellen van een omstandig geneeskundig verslag of van een advies

(07/02/2009)

TREFWOORDEN :
Gedwongen opname – Omstandig geneeskundig verslag – Psychiatrie
DOCUMENTNAAM :
a125006n

De vraag betreft de toepassing in de kind- en jeugdpsychiatrie van de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke. Kan een kind- en jeugdpsychiater verbonden aan een kind- en jeugdpsychiatrische afdeling nog als behandelaar optreden nadat hij of zij ten behoeve van de Procureur des Konings of

een rechter (vrederechter of jeugdrechter) een advies of omstandig geneeskundig verslag heeft opgesteld? Met betrekking van deze problematiek worden ook de volgende vragen voorgelegd:

1. dient een psychiater die het advies of omstandig geneeskundig verslag ten behoeve van de Procureur des Konings of de rechter opstelde beschouwd te worden als een gerechtelijke deskundige?
2. kan deze psychiater nadien optreden als behandelaar, bij voorbeeld in die situatie waarin een jongere op zijn/haar verzoek of die van de ouders, al dan niet nog onder het statuut van gedwongen opname, om overplaatsing verzoekt naar de dienst van deze psychiater?
3. indien niet, is er dan een redelijke termijn waarna dat wel zou kunnen?
4. Kunnen collega's van de psychiater die het advies/omstandig geneeskundig verslag heeft opgesteld optreden als behandelaar, wetende dat deze laatste collega met hen de continuïteit van zorgen dient in te vullen tijdens de wachtdiensten, vervangingen bij vakanties of andere afwezigheden van de eersten?

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn zitting van 7 februari 2009 besprak de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw schrijven van 22 oktober 2008.

Vraag 1

De gewone procedure die leidt tot een gedwongen opname ter observatie vereist een 'omstandig geneeskundig verslag' opgesteld door een arts na onderzoek van de patiënt. De wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke bepaalt slechts twee onvereenbaareheden: de arts mag geen bloed- of aanverwant van de zieke zijn of op enigerlei wijze verbonden zijn aan de psychiatrische dienst waar de zieke verblijft. De wet stelt geen eis betreffende de deskundigheid of specialisatie van de arts die het verslag opstelt. Hieruit blijkt duidelijk dat de arts die het verslag opstelt helemaal niet optreedt als een gerechtelijk deskundige.

De spoedprocedure is in de medische praktijk veruit de meest voorkomende en deze verloopt via de procureur des Konings. Deze kan optreden hetzij op schriftelijk verzoek van een belanghebbende, vergezeld van een omstandig geneeskundig verslag zoals in de gewone procedure; hetzij ambtshalve, na schriftelijk advies van een door hem aangewezen arts.

Als de procureur des Konings ambtshalve optreedt, kan hij een arts opvorderen voor het verstrekken van een 'advies' (dus geen omstandig geneeskundig verslag meer). In geen van beide gevallen is de arts een 'deskundige' in de juridische betekenis van dit woord. In de praktijk wordt vaak beroep gedaan op

diensten spoedgevallen van ziekenhuizen voor het bekomen van het wettelijk vereiste advies. Alhoewel de wet niet vereist dat het advies door een kinder- en jeugdpsychiater wordt gegeven, deelt de Nationale Raad de mening van de vraagstellers dat in deze materie van vrijheidsbeperkende maatregel ten aanzien van een minderjarige het advies best wordt gegeven door een arts met de nodige deskundigheid.

De Nationale Raad gaat nader in op de vraag of de behandelende arts/psychiater het advies of omstandig geneeskundig verslag zelf mag opstellen. De wet laat dit toe voor zover de behandelende arts niet verbonden is aan de dienst waar de patiënt zich bevindt.

Op deontologisch vlak dient nochtans rekening gehouden te worden met de volgende overwegingen.

In zijn advies van 18 augustus 2001 herinnert de Nationale Raad eraan dat elke arts bij het opstellen van een verklaring objectief dient te zijn, d.w.z. professioneel en intellectueel onafhankelijk zonder emotionele betrokkenheid, vooringenomenheid of partijdigheid". Bovendien kan aan de arts-patiëntrelatie afbreuk gedaan worden wanneer de behandelende arts het verslag zelf opstelt. Behandelende artsen hebben goede redenen om het document niet zelf in te vullen en een beroep te doen op een collega voor een onafhankelijke beoordeling van de situatie en het eventueel opstellen van het omstandig geneeskundig verslag. De praktijk leert bovendien dat sommige vrederechters het verzoek tot dwangopname weigeren op grond van de kwalificaties van de steller van het verslag. Situaties komen voor waarbij de betrokken patiënt weigert onderzoek te worden door een derde arts zodat de behandelende arts de enige is die de nodige medische documenten (advies of een omstandig geneeskundig verslag) kan invullen. Soms is het beroep doen op een derde arts onmogelijk wegens het spoedeisende karakter van de situatie. In die situaties primeert het belang van de patiënt en bij gebrek aan enige andere geschikte behandeling zal de behandelende arts zijn verantwoordelijkheid opnemen. Maar buiten deze bijzondere situaties geldt op deontologisch vlak de regel dat voor de procedure tot dwangopname beroep gedaan wordt op een onafhankelijke arts voor de beoordeling van de situatie en niet op de behandelende arts.

Vraag 2 en 3

De psychiater of arts die het omstandig geneeskundig verslag of advies tot opnemning ter observatie verstrekt heeft, kan niet optreden als behandelende arts zolang de gedwongen observatieperiode loopt (maximale duur van 40 dagen). De behandelende arts die het omstandig geneeskundig verslag of advies zou ingevuld hebben, kan de patiënt op-

nieuw behandelen als deze gedwongen observatieperiode voorbij is.

De eventuele beslissing van de vrederechter voor 'verder verblijf' van de patiënt, wat neerkomt op een verlenging van de dwangopname, verloopt volgens een eigen procedure waar de artsen die betrokken waren bij de dwangopname tot observatie geen rol meer spelen. Er is bijgevolg geen deontologisch bezwaar meer dat die artsen de patiënt in behandeling zouden nemen nadat de gedwongen opnameperiode ter observatie verlopen is. Het deontologisch en wettelijk uitgangspunt is dat de arts die de medische documenten invult voor een dwangopname van een patiënt op generlei wijze de verantwoordelijkheid mag dragen van behandeling van diezelfde patiënt zolang hij onder het statuut verkeert dat door hem geïnitieerd is.

Vraag 4

Artsen verbonden aan de psychiatrische dienst van de psychiater die het advies of omstandig geneeskundig verslag opgesteld heeft, kunnen niet als behandelende artsen optreden voor de patiënt opgenomen tot observatie. Deze regel wordt zeer strikt en zonder noemenswaardige problemen nageleefd in de volwassenenpsychiatrie. Voor de kinder- en jeugdpsychiaters geldt dezelfde regel, maar de situatie wordt bemoeilijkt door hun gering aantal en de schaarsheid van kinder- en jeugdpsychiatrische diensten. De sector is in volle ontwikkeling maar de realiteit te velde is dat in de meeste regio's de patiënten voor behandeling dienen verwezen te worden naar de enige kinder- en jeugdpsychiatrische dienst van de betrokken regio. Daarom is het aangewezen dat de kinder- en jeugdpsychiater in die regio's niet de steller zou zijn van het verslag, maar dat door onderlinge afspraken die taak zou toevertrouwd worden aan een collega, bijvoorbeeld een volwassenenpsychiater. De inschakeling van een kinder- en jeugdpsychiater om het verslag voorzien door de wet op te stellen is lovenswaardig maar in geval van schaarste van de bevoegde specialisten moet er een beroep gedaan worden op collegae. Zo kan de kinder- en jeugdpsychiater snel ingeschakeld worden in de behandeling van de patiënt. De aanvragers van dit advies vermelden trouwens dat deze beschermende maatregel bij jongeren vaak snel kan worden opgeheven. Zodra de maatregel opgeheven is, kan ook de kinder- en jeugdpsychiater die het verslag tot opnemning ter observatie heeft opgesteld de functie van behandelaar waarnemen.

(2) Advies van de Nationale Raad van 18.08.2001 : Omstandig geneeskundig verslag met het oog op de bescherming van de persoon van de geesteszieke, Tijdschrift van de Nationale Raad, nr 94, 2001.

Het uitvoeren van vaderschapstests (21/02/2009)

TREFWOORDEN :
Genetica – Minderjarigen – Persoonlijke levenssfeer – Rechten van de Mens
DOCUMENTNAAM :
a125007n

Vaderschapstesten worden klassiek binnen gerechtelijke procedures aangevraagd, maar het toenemend aantal nieuw-samengestelde gezinnen en het vrij kunnen kopen van deze testen doen de grenzen vervagen. De Nationale Raad wordt om advies gevraagd aangaande het uitvoeren van een vaderschapstest bij niet-eigen patiënten (waaronder een minderjarige) in een vermoedelijk niet-gerechtelijke context.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 21 februari 2009 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren de bespreking van uw brief van 17 april 2008 betreffende het uitvoeren van een vaderschapstest bij niet-eigen patiënten beëindigd.

In het kader van een gerechtelijke procedure van betwisting of erkenning van het vaderschap dient het verzoek alleszins uit te gaan van een beslissing van de bevoegde rechter.

In dit concreet geval heeft de vaderschapstest betrekking op een minderjarig kind, de afstamming wordt buiten een gerechtelijke procedure in vraag gesteld, maar in een privé-aangelegenheid en zonder rechtstreeks of onrechtstreeks voordeel voor het kind.

Het koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen voorziet de voorwaarden voor de medische activiteit : de handelingen moeten met een diagnostisch en/of therapeutisch doel verricht worden door een bekwame persoon, die waakt over de gezondheid van de patiënt en die de patiënt de beste zorg wil verstreken, na een vrijwillige en voorgelichte toestemming te hebben verkregen.

De arts mag binnen zijn gewone beroepsactiviteit geen maatregel nemen die niet nuttig of absoluut noodzakelijk is voor de gezondheid van de patiënt of die niet gericht is op het verwezenlijken van een diagnostisch en therapeutisch doeleinde.

Het afnemen van een vaderschapstest die niet tot doel heeft te waken over de gezondheid en de veiligheid van de patiënt, valt buiten het klassieke wettige en deontologische kader van een medische activiteit.

De ouders, die het ouderlijk gezag uitoefenen, kunnen niet geldig instemmen in naam van een minderjarig kind met niet-therapeutische handelingen, daar deze

instemming ten koste kan gaan van het belang van het kind en strijdig is met de fundamentele rechten van het kind. Het uitvoeren van een vaderschapstest waarbij een kind betrokken is kan vererende ongunstige gevolgen hebben voor het familiaal leven en de maatschappelijke integratie van het kind en kan zelfs gevaren inhouden. Zo kan deze leiden tot aantasting van de rechtszekerheid van de burgerlijke staat, van de fysieke integriteit (artikelen 8 en 14 EVRM) en van de persoonlijke levenssfeer van het kind.

De Nationale Raad herinnert aan zijn advies van 16 juni 2001 ("Toenemend en ongeregeld uitvoeren van vaderschapstests", TNR nr. 93, p. 11).

De Nationale Raad is derhalve van oordeel dat de arts steeds over een rechterlijke beslissing dient te beschikken alvorens hij overgaat tot het uitvoeren van een vaderschapstest bij een minderjarige.

Klinische biologie – Afschrift van resultaten (21/02/2009)

TREFWOORDEN :
Biologie (Klinische-) – Dossier (Medisch-)
DOCUMENTNAAM :
a125008n

De Nationale Raad wordt om advies verzocht aangaande de vraag van een patiënt om rechtstreeks van de klinisch bioloog een afschrift te verkrijgen van het resultaat van zijn biologische onderzoeken.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 21 februari 2009 besprak de Nationale Raad van de Orde van geneesheren het meedelen van de resultaten van onderzoeken op het gebied van klinische biologie door de klinisch bioloog aan de patiënt die erom verzoekt.

De wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt legt het recht voor de patiënt vast op afschrift van het geheel of een gedeelte van het hem betreffend patiëntendossier (artikel 9, § 3). Deze wet vereist eveneens dat hem duidelijke informatie wordt verschaft omtrent zijn gezondheidstoestand (artikel 7, §§ 1 en 2). Bovendien voorziet hij in enkele uitzonderingen op het recht op afschrift van het geheel of een gedeelte van het patiëntendossier, met name de therapeutische exceptie (artikel 9, § 3).

De toepassing van de wet op bovenstaande hypothese brengt volgende commentaar met zich.

De klinisch bioloog werkt op basis van een staalafname ter uitvoering van een onderzoeksvoorschrift van een behandelende arts.

Doorgaans is hij niet of onvoldoende op de hoogte van de klinische context die de onderzoeksaanvraag rechtvaardigt en de informatie waarover hij beschikt is vaak beperkt tot louter administratieve gegevens. De verkregen resultaten moeten worden beschouwd als een deel van het patiëntendossier van de behandelende arts.

De relatie tussen de klinisch bioloog en de patiënt wordt gekenmerkt door het feit dat er over het algemeen tussen hen geen rechtstreeks contact is; ze is ondergeschikt aan de relatie tussen de patiënt en zijn behandelende arts.

Aan de patiënt die dit wenst, dient een afschrift te worden gegeven van zijn resultaten, binnen de termijn en onder de voorwaarden bepaald door de wet betreffende de rechten van de patiënt. De Nationale Raad vindt het echter aangewezen dat de mededeling van de resultaten gebeurt via de behandelende arts die het onderzoek voorschreef. Het afleveren van de resultaten volgt daarvoor dezelfde weg als de aanvraag ervan, via de voorschrijvende arts.

Wanneer een patiënt verzoekt om een afschrift van het analyseresultaat is dit ook met het doel informatie te krijgen over zijn gezondheidstoestand.

De klinisch bioloog gaat over tot een analyse die uitmondt in een resultaat. De interpretatie van dit resultaat kan doorgaans niet alleen steunen op referentiewaarden, maar ook op de medische en de psychisch-sociale context van de patiënt. Net zoals de analyseaanvraag ondergeschikt is aan de klinische context, de anamnese en het klinisch onderzoek dienen de resultaten geïnterpreteerd te worden rekening houdend met deze zelfde context, wil men niet tot verkeerde conclusies komen. Om relevante en nuttige informatie te kunnen verstrekken aan de patiënt is het noodzakelijk dat de behandelende arts hem de resultaten van de verrichte onderzoeken uitlegt.

Het beroep doen op de behandelende arts om de resultaten mee te delen is ook gerechtvaardigd door de moeilijkheid, voor de klinisch bioloog, te beoordelen of rekening gehouden moet worden met een wettelijke uitzondering op het recht van de patiënt om een afschrift van zijn medisch dossier te verkrijgen, bijvoorbeeld de therapeutische exceptie.

Wanneer de behandelende arts die het onderzoek aanvraagt uitdrukkelijk op het aanvraagformulier vermeldt dat de resultaten rechtstreeks aan de patiënt medegedeeld mogen worden dan is het voorbehoud dat hierboven wordt uitgedrukt niet van toepassing. Het is belangrijk dat de klinisch bioloog alvorens de resultaten te overhandigen zich vergewist van de identiteit van de patiënt.

Controlegeneeskunde – Overmaken van niet-medische gegevens (21/02/2009)

TREFWOORDEN :
Beroepsgeheim – Controle (Medische-)
DOCUMENTNAAM :
a125009n

De Nationale Raad wordt om advies verzocht betreffende het overmaken door een arts aan de werkgever van niet-medische gegevens die hij/zij heeft verzameld tijdens de uitoefening van de functie van controlearts.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 21 februari 2009 besprak de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw schrijven van 30 januari 2008 betreffende het overmaken van niet-medische gegevens aan de werkgever, verzameld tijdens de uitoefening van de functie van controlearts.

Artikel 31, § 3, tweede lid, van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten bepaalt dat de controlearts nagaat of de werknemer werkelijk arbeidsongeschikt is en dat hij de waarschijnlijke duur van de arbeidsongeschiktheid en, in voorkomend geval, de andere medische gegevens voor zover die noodzakelijk zijn voor de toepassing van de bepalingen van deze wet verifieert; alle andere vaststellingen blijven gedekt door het beroepsgeheim.

Het onderlijnde woord "blijven" betekent dat een controlearts gebonden is door het beroepsgeheim zoals een arts met een curatieve taak, maar de wet op de controlegeneeskunde heeft hierop enkele uitzonderingen aangebracht.

De taak van de controlearts is wettelijk beperkt tot de medische vaststellingen binnen het kader van de arbeidsovereenkomstenwet (zij vermeldt ondermeer de al dan niet arbeidsongeschiktheid en de duur ervan).

De diagnose mag door de controlearts nooit meegedeeld worden aan de werkgever. De medische redenen van arbeidsongeschiktheid valt onder het beroepsgeheim.

Krachtens artikel 128, § 1, van de Code van geneeskundige plichtenleer mag de arts die door een werkgever, een verzekeringsinstelling of een andere instelling met een controleonderzoek wordt belast, aan zijn niet-medische opdrachtgevers of aan derden de medische redenen die aan de basis liggen van zijn besluiten, niet bekend maken.

Feitelijke gegevens zijn niet-medische gegevens die aldus volgens de wet betreffende de arbeidsovereenkomsten 'andere vaststellingen' zijn en dus onder het beroepsgeheim vallen.

Bijgevolg handhaaft de Nationale Raad het standpunt dat het noch wettelijk noch deontologisch kan dat de controlearts feitelijke, niet-medische gegevens en/of de medische oorzaak van de arbeidsongeschiktheid bekendmaakt aan de werkgever. Dit sluit niet uit dat de controlearts bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid rekening zou houden met door hem vastgestelde feitelijke, niet-medische gegevens en dat hij die gegevens zou kenbaar maken aan de behandelende arts met wie hij overleg moet plegen alvorens zijn beslissing te nemen.

Afleveren van een medisch attest voor het bekomen van een vergunning tot het bezit of het dragen van een wapen

(21/02/2009)

TREFWOORDEN :

Geneesheer (Behandelend-) – Getuig-schrift

DOCUMENTNAAM :

a125010n

Naar aanleiding van de afkondiging van het ministerieel besluit van 16 oktober 2008 houdende de erkenning van de artsen die bevoegd zijn voor het afgeven van een attest bedoeld in artikel 14 van de wapenwet heeft de Nationale Raad het advies van 3 maart 2007 in verband met het afleveren van medische attesten voor het bekomen van een vergunning tot het bezit of het dragen van een wapen aangepast.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 21 februari 2009 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren de problematiek van het afleveren van een medisch attest voor het bekomen van een vergunning tot het bezit of het dragen van een wapen onderzocht.

De wet van 8 juni 2006 houdende regeling van economische en individuele activiteiten met wapens (B.S. 9 juni 2006) maakt een onderscheid tussen het bezitten en het dragen van een wapen.

Het bezit van een wapen

Het bezit van een wapen vergt een vergunning. Deze vergunning wordt slechts verleend aan personen die voldoen aan specifieke voorwaarden. Krachtens artikel 11, § 3, 6°, van de wet dient hiervoor een medisch attest te worden voorgelegd "dat bevestigt dat de aanvrager in staat is een wapen te manipuleren zonder gevaar voor zichzelf of voor anderen".

De Nationale Raad betreurt de gekozen formulering van dit artikel. De kwalificatie "arts" brengt niet de bevoegdheid met zich het "in staat zijn een wapen te manipuleren" te attesteren. Enkel zou een arts eventueel kunnen attesteren dat de aanvrager geen fysieke of mentale tegenindicaties vertoont voor het voorhanden hebben van een wapen zonder gevaar voor zichzelf of voor anderen. De Nationale Raad nodigt de artsen dan ook uit om het hierbijgevoegde model van attest te gebruiken.

De Nationale Raad is bovendien van mening dat enkel de behandelende arts, die eventueel de beheerder is van het globaal medisch dossier, indien de patiënt over een dergelijk medisch dossier beschikt, de medische geschiktheid voor het bezit van een wapen zonder gevaar voor zichzelf of voor anderen kan attesteren.

Het medisch attest waarvan sprake in artikel 11 heeft immers als doel de afwezigheid van medische tegenindicaties die het bezit van een wapen duidelijk zouden beletten (bv. alcoholisme, depressie of epilepsie) te attesteren.

Het dragen van een vuurwapen

Voor het dragen van een vuurwapen stelt artikel 14 dat een medisch attest vereist is.

Dit attest moet worden afgeleverd door een daartoe door de minister van Justitie erkende arts. Het ministerieel besluit van 16 oktober 2008 houdende de erkenning van de artsen die bevoegd zijn voor het afgeven van een attest bedoeld in artikel 14 van de wapenwet concretiseert het begrip 'arts'. In eerste instantie moet het de huisarts zijn die het globaal medisch dossier van de aanvrager beheert of de arts die verklaart hem al minstens een jaar op te volgen, bij gebrek daaraan een psychiater of een neuropsychiater.

Is de patiënt een werknemer van een bewakingsonderneming, dan mag hij ook aan de arbeidsgeneesheer een attest vragen voor zover die het advies inwint van bovenvermelde arts.

Uit het attest moet blijken dat de aanvrager geen fysieke of mentale tegenindicaties vertoont voor het dragen van een wapen.

De Nationale Raad beveelt aan dat de artsen-specialisten contact opnemen met de behandelende arts alvorens dergelijke attesten op te stellen.

Dit advies vervangt de adviezen van de Nationale Raad van 19 februari 2002, van 19 oktober 2002 en van 3 maart 2007 over dezelfde problematiek. cc. de heer Stefaan De Clerck, minister van Justitie

Bijlage : model van medisch attest 'wapenbezit'.

MEDISCH ATTEST

afgeleverd in toepassing van art. 11, § 3, 6°, van de wet van 8 juni 2006 houdende regeling van economische en individuele activiteiten met wapens (B.S., 9 juni 2006).

Ondergetekende,

.....,
arts, verklaart hierbij dat :

de heer / mevrouw (1) :

.....

geboren te

op :

adres:

.....

.....

.....

op:

geen fysieke noch mentale tegenindicatie vertoont voor het voorhanden hebben van een wapen in de zin van de aangehaalde wet.

Geldig van tot

DATUM :

Handtekening en stempel arts

(1) Het onnodige schrappen

Erkenning van de commissies voor medische ethiek

(21/03/2009)

TREFWOORDEN :

Commissie voor medische ethiek

DOCUMENTNAAM :

a125011n

Wegens de oprichting van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek en de nieuwe modaliteiten betreffende de ethische ziekenhuiscomités die vastgelegd zijn in de wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon, heeft de Nationale Raad de minister van Volksgezondheid geïnterpelleerd over zijn rol bij de erkenning van de commissies voor ethiek.

BRIEF VAN DE NATIONALE RAAD AAN MEVROUW L. ONKELINX, VICE-EERSTE MINISTER EN MINISTER VAN SOCIALE ZAKEN :

De Nationale Raad van de Orde der geneesheren besprak in zijn vergadering van 21 maart 2009 uw brief van 3 november 2008 in antwoord op zijn brief van 25 september 2008 aangaande de plaatselijke ethische comités.

De Nationale Raad neemt nota van uw verzoek om alle erkenningaanvragen voor de ethische comités van de ziekenhuizen die worden gericht aan de Nationale Raad door te sturen naar de instanties van de deelstaten, terwijl de erkenningaanvragen voor de ethische comités die advies dienen te verstrekken over

een protocol voor een experiment op mensen onder de bevoegdheid vallen van de federale minister.

Hij heeft er eveneens akte van genomen dat voor de niet-ziekenhuiscomités die niet zijn erkend door de minister met het oog op de beoordeling van experimentenprotocollen, geen enkele aanvraag dient te worden ingediend, of het nu zij bij de communautaire of federale overheid dan wel bij de Nationale Raad.

Tot besluit kunnen wij stellen dat de Nationale Raad van de Orde der geneesheren geen enkele verantwoordelijkheid meer heeft inzake de erkenningaanvragen voor ethische comités. Bij deze willen wij u dan ook bevestigen dat de Nationale Raad zich er verder niet meer mee zal inlaten en dat elke erkenningaanvraag daadwerkelijk zal worden doorgestuurd.

Weigering van medische attesten - Asielzoekers (21/03/2009)

TREFWOORDEN :
Getuigschrift – Asielzoekers
DOCUMENTNAAM :
a125012n

*De Nationale Raad werd om advies gevraagd in volgende zaak :
De asielzoekers vragen aan hun (behandelende) arts een omstandig medisch attest om een verblijfstatus op basis van artikel 10 ter van de Vreemdelingenwet aan te vragen op basis van hun gezondheidstoestand, daar het onmogelijk is om (evenwaardige) zorg te krijgen in zijn/haar thuisland. Het starten van deze procedure zal mits een medisch attest en een identiteitsdocument aanleiding geven tot een voorlopige verblijfsvergunning, telkens verlengbaar met drie maanden tot de beslissing ten gronde.*

*In sommige gevallen zal deze procedure nooit tot een definitieve regularisatie leiden. Het uitschrijven van deze medische attesten is niet altijd gerechtvaardigd, daar sommige aanvragers nauwelijks of geen gezondheidsproblemen hebben.
Mogen (behandelende) artsen weigeren medische attesten te schrijven wanneer deze ongegrond zijn?*

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn zitting van 21 maart 2009 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw mail van 1 december 2008 betreffende uw vraag bestudeerd om medische attesten te weigeren wanneer deze niet gerechtvaardigd zijn.

De Nationale Raad herinnert aan zijn advies van 28 juli 2007 betreffende medische attesten, dixit-attesten en geantedateerde attesten (TNR nr.117, p. 13).

Dit advies bepaalt dat “een medisch

attest een getuigschrift is dat een feit van medische aard vaststelt en bevestigt op grond van eigen ondervraging en onderzoek. Het wordt afgeleverd door de arts die het feit zelf heeft vastgesteld. Het medisch attest dient vanzelfsprekend volledig waarheidsgetrouw te zijn en houdt alleen medische vaststellingen over de patiënt zelf in. Elk medisch getuigschrift, dat immers door de eer en de verantwoordelijkheid van de arts die het ondertekent wordt gewaarborgd, moet waarheidsgetrouw en gewetensvol worden opgemaakt. Het getuigschrift moet worden gedagtekend op de dag dat het wordt opgemaakt, van een handtekening worden voorzien en met een stempel worden gewaarmerkt.

Onder die voorwaarden geniet het medisch attest onbetwistbaar het vermoeden van geloofwaardigheid.

Artikel 67 van de Code van geneeskundige plichtenleer stelt dat de arts het recht heeft, maar niet verplicht is aan een patiënt, die hem erom verzoekt, een getuigschrift betreffende zijn gezondheidstoestand te overhandigen. De arts mag een getuigschrift weigeren.

Wanneer een patiënt om een getuigschrift verzoekt met het oog op sociale voordelen, mag de arts hem dit getuigschrift afleveren maar moet hij het voorzichtig en discreet opstellen; hij mag dit getuigschrift, met de goedkeuring van zijn patiënt of diens naastbestaanden, zo nodig ook rechtstreeks, overhandigen aan de arts van de instelling waarvan de toekenning van bedoelde sociale voordelen afhangt.”

De Nationale Raad is van mening dat de behandelende arts, die niet ingaat op het verzoek van de patiënt om een attest over zijn gezondheidstoestand, hiervoor een gegronde reden dient te hebben en deze ook kenbaar dient te maken aan de patiënt.

De Nationale Raad meent dat in dit specifiek geval de arts moeilijk een medisch attest kan weigeren. In de procedure dient de definitieve beslissing genomen te worden door een daartoe aangestelde arts.

Metingen betreffende de geschiktheid tot fysieke activiteit (21/03/2009)

TREFWOORDEN :
Bevoegdheid van de geneesheer
DOCUMENTNAAM :
a125013n

De Orde van apothekers werd op de hoogte gebracht van het initiatief “MobilOforme” van een ziekenfonds waarvoor de samenwerking van enkele apothekers gevraagd werd. Deze actie betreft een rondtrekkende cara-

van waarmee testen en conditieraadgevingen worden voorgesteld aan personen ouder dan 18 jaar.

Aan de Nationale Raad wordt gevraagd of sommige van de uitgevoerde handelingen voorbehouden zijn aan artsen.

ANTWOORD VAN DE NATIONALE RAAD OP EEN BRIEF VAN DE ORDE VAN APOTHEKERS :

De Nationale Raad van de Orde van geneesheren heeft in zijn vergadering van 21 februari en van 21 maart 2009 uw brief van 12 januari 2009 besproken.

U wenst te weten of de Orde van geneesheren vindt dat sommige handelingen (metingen en geen “zelfmetingen” om de fysieke conditie van de personen vast te stellen) dienen te worden voorbehouden aan artsen. Bij uw schrijven hebt u een brief van een ziekenfonds gevoegd waarin dit laatste de “MobilOforme” beschrijft die aan iedereen die geïnteresseerd is een “stand van zaken” van zijn fysieke conditie voorstelt : op basis van een vragenlijst betreffende de geschiktheid tot fysieke activiteit, van antropometrische metingen en van dynamische testen wordt er een bewegingsschema uitgewerkt aangepast aan ieders conditie.

De Nationale Raad is van mening op de eerste plaats dat een goed uitgevoerde anamnese door een arts een vereiste is om de capaciteit van een persoon om een test uit te voeren zonder groot gevaar voor zijn gezondheid te evalueren. Een vragenlijst betreffende de geschiktheid tot fysieke activiteit kan dit niet helemaal vervangen.

Aangezien fysieke testen een potentieel risico kunnen inhouden voor de gezondheid van de personen die ze moeten ondergaan, zelfs al is dit risico klein, is de Nationale Raad van mening dat deze testen slechts mogen worden uitgevoerd in aanwezigheid van een arts, onder zijn toezicht en zijn verantwoordelijkheid, des te meer daar de “MobilOforme” een breder publiek wil sensibiliseren.

Behandeling van een patiënt met multiresistente tuberculose (21/03/2009)

TREFWOORDEN :
Arts met zelfstandig statuut – Ziekten (Overdraagbare-)
DOCUMENTNAAM :
a125014n

Naar aanleiding van een door een provinciale raad voorgelegde vraag verleent de Nationale Raad advies betreffende de vraag of een anesthesist zorg kan weigeren aan een patiënt met multiresistente tuberculose, omdat hij als zelfstandige in geval van pro-

blemen geen beroep kan doen op het Fonds voor de beroepsziekten.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 21 maart 2009 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren de vraag onderzocht of een anesthesist het plaatsen van een centrale veneuze toegangsweg kan weigeren bij een patiënt met multiresistente tuberculose, omdat hij als zelfstandige, en dit in tegenstelling tot gesalarieerde collega's, in geval van problemen geen beroep kan doen op het Fonds voor de beroepsziekten.

De Nationale Raad verwijst vooreerst naar zijn advies van 24 januari 2009 betreffende de behandelingsplicht. Hierin stelt hij dat een arts de deontologische plicht heeft te behandelen en te verzorgen en dat deze plicht geen vrijblijvende randvoorwaarde is, maar tot de kern van zijn professie behoort. Het aanvaarden van deze behandelingsplicht staat evenwel niet gelijk aan het wegcijferen van zijn eigen veiligheid of aan roekeloosheid.

Zo brengt de behandelingsplicht niet alleen plichten mee voor de betrokken arts doch ook voor de instelling en de maatschappij om door aangepaste hygiënische en sociale voorzorgsmaatregelen de veiligheid en toekomst van de arts, evenals die van zijn naasten, maximaal te vrijwaren.

In het concrete geval van behandeling van multiresistente tuberculose meent de Nationale Raad dat door het toepassen van correcte hygiënische voorzorgsmaatregelen het risico van overdracht naar de gezondheidswerker zeer klein is en dan uitsluitend nog afhangt van het correct opzetten van een aangepast masker. Hij meent dan ook niet dat in dit geval hier het sociale statuut discriminerend kan werken en opteert voor een faire intercollegiale risicospreiding.

Dit sluit niet uit dat er daarnaast bijkomend maar secundair, geijverd wordt voor een zo goed mogelijk verzekeringssstelsel.

Niet-samenlevende ouders - Artsenkeuze (21/03/2009)

TREFWOORDEN :
Keuze (Vrije artsten-) – Minderjarigen
DOCUMENTNAAM :
a125015n

Een (voorlopig nog gehuwde) vader vraagt of hij een huisarts mag verbieden om zijn kinderen te behandelen.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 21 maart 2009

heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw e-mail van 25 januari 2009 besproken.

Volgens de patiëntenrechtenwet kunnen de minderjarigen "die in staat worden geacht tot een redelijke beoordeling van hun belangen" alle rechten die hen in het kader van deze wet worden toegekend zelfstandig uitoefenen. Dit wil zeggen dat zij hun arts vrij kunnen kiezen (artikel 6).

Minderjarigen die niet in staat zijn tot een redelijke beoordeling van hun belangen oefenen hun rechten niet zelfstandig uit. Deze rechten worden door de ouders uitgeoefend.

Krachtens artikel 373 van het Burgerlijk Wetboek oefenen de ouders die samenleven het gezag over de persoon van het kind gezamenlijk uit. Bij gebreke van instemming tussen de samenlevende ouders kan één van beiden de zaak bij de jeugdrechtbank aanhangig maken. Het betreft zowel een verhaal *a priori* als een verhaal *a posteriori*.

Wanneer de ouders niet samenleven, blijven zij in principe het ouderlijk gezag gezamenlijk uitoefenen. Bij gebreke van overeenstemming over de organisatie van de huisvesting van het kind, over de belangrijke beslissingen betreffende zijn gezondheid, zijn opvoeding, zijn opleiding en zijn ontspanning en over de godsdienstige of levensbeschouwelijke keuzes of wanneer deze overeenstemming strijdig lijkt met het belang van het kind, kan de bevoegde rechter de uitoefening van het ouderlijk gezag uitsluitend opdragen aan één van beide ouders.

Beroepsgeheim en aids – Mededeling aan de partner (21/03/2009)

TREFWOORDEN :
Aids – Beroepsgeheim – Consent (Fully
Informed-) – Diagnose – Persoonlijke
levenssfeer – Relatie arts-patiënt
DOCUMENTNAAM :
a125016n

De Nationale Raad verduidelijkt zijn advies van 3 februari 2007 (Tijdschrift Nationale Raad nr. 116 p. 3) betreffende beroepsgeheim en aids m.b.t. de volgende vragen :
1. Welke houding moet een arts aannemen ten opzichte van een hiv-seropositieve patiënt die verklaart dat hij weigert de nodige maatregelen te treffen om te vermijden de partner te besmetten (beschermd seksueel contact of onthouding) ?
2. Kan deze arts, door de noodtoestand in te roepen, de partner inlichten over de seropositiviteit van de patiënt ?

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

Het medisch beroepsgeheim geldt voor iedere patiënt en de hiv-seropositiviteit

vormt geen uitzonderingscriterium.

De huidige strategie van de strijd tegen aids bestaat uit het opsporen van de hiv-seropositieve patiënten, hun vroegtijdige behandeling en het toepassen van preventiemaatregelen.

Het opsporen van de seropositiviteit is de hoeksteen van deze strategie. In België gebeurt het opsporen op vrijwillige basis, waarbij aan de patiënt medische geheimhouding gewaarborgd wordt.

Het beroepsgeheim van de arts inzake de seropositiviteit baat zowel de gezondheid van de patiënt (via de behandeling van de opgespoorde seropositieve patiënt) als de volksgezondheid (dankzij de preventiemaatregelen die de opsporing mogelijk maakt).

De strijd tegen aids wettigt dat de arts de seropositieve patiënt op de hoogte brengt van de maatregelen die noodzakelijk zijn om een besmetting van de occasionele of gebruikelijke sekspartner te vermijden.

Indien de patiënt verklaart dat hij weigert deze maatregelen toe te passen, dient de arts hem erop te wijzen dat hij zijn partner op de hoogte moet brengen van zijn seropositiviteit op straffe van zijn burgerlijke en strafrechtelijke aansprakelijkheid

Het is de behoorlijk voorgelichte patiënt die zelf zijn seropositiviteit dient mee te delen aan zijn sekspartner. De arts moet hem alle hulp voor het concretiseren van deze mededeling voorstellen, waaronder de mededeling in zijn aanwezigheid.

In deze omstandigheden is het zinvol dat de arts het advies of de hulp vraagt van een collega die specifiek ervaring heeft met de behandeling van hiv-seropositieve patiënten.

De Nationale Raad wordt om advies verzocht over het uitzonderlijke geval waarin de patiënt weigert de nodige maatregelen te nemen of zijn partner op de hoogte te brengen van zijn seropositiviteit en de mogelijkheid voor de arts om de noodtoestand in te roepen ten aanzien van deze situatie.

De noodtoestand wordt gedefinieerd als een uitzonderlijke situatie waarin de schending van strafbepalingen (in casu artikel 458 van het Strafwetboek) en van strafrechtelijk beschermde juridische waarden en belangen het enige middel is om andere hogere juridische waarden en belangen te behoeden.

Er is een alternatief ten aanzien van de noodtoestand : ofwel leeft men de strafwet strikt na en duldt men dat iemands juridische waarden en belangen geschonden worden, ofwel offert men een lager geachte juridische waarde op om een hoger geachte juridische waarde of belang te behoeden.

Het begrip noodtoestand kan toegepast worden met betrekking tot het medisch beroepsgeheim daar aangenomen wordt dat dit laatste niet van absolute aard is en uitzonderlijk in conflict kan treden met andere waarden.

Het is essentieel dat de door een arts ingeroepen noodtoestand met een aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid aanvaard zal worden door de tucht- of strafrechter en de gemeenschap.

Het is even essentieel dat collega's van de behandelend arts op basis van hun ervaring en hun specifieke kennis van het probleem in kwestie eveneens van oordeel zijn dat de ingeroepen noodtoestand wettigt af te wijken van de regels van het beroepsgeheim. Een advies van deze collega's na onderzoek van de patiënt zal ongetwijfeld meer doorwegen dan een advies op grond van de medische dossierstukken.

Voorts is het belangrijk zich af te vragen of het doorbreken van het beroepsgeheim niet nadelig zal zijn voor de verdere behandeling van de patiënt en voor de behandelingsmogelijkheden van patiënten die aan dezelfde of een gelijkwaardige aandoening lijden. De mededeling aan derden kan immers het vertrouwen in de geneeskunde aan het wankelen brengen.

De arts dient in het medisch dossier van de patiënt zowel de herhaalde pogingen te vermelden als diens volgehouden weigering om de nodige voorzorgen voor de bescherming van de partner te nemen.

Tot slot kunnen wij stellen dat de hogere waarden die, in het kader van de noodtoestand, de bekendmaking van het medisch geheim wettigen beperkend geïnterpreteerd dienen te worden en dat de arts er nooit toe verplicht wordt te spreken. Alleen de betrokken arts kan gewetensvol en geval per geval beoordelen of er sprake is van een noodtoestand die de schending van het medisch geheim wettigt. Zelfs met de steun van ervaren collega's is de arts zowel moreel als juridisch persoonlijk aansprakelijk wanneer hij zelf de partner van zijn patiënt op de hoogte brengt.

**VERGADERING VAN HET BUREAU
VAN DE NATIONALE RAAD VAN 26 MAART 2009**

**Protocol “The Belgian Living
Donor Exchange”**

(26/03/2009)

TREFWOORDEN :

Orgaandonatie – Transplantatie

DOCUMENTNAAM :

a125017n

Het protocol “The Belgian Living Donor Exchange” werd ter goedkeuring voorgelegd aan de Nationale Raad van de Orde der geneesheren

Het advies van het Bureau van de Nationale Raad van de Orde der geneesheren luidt als volgt :

“Het Bureau van de Nationale Raad van de Orde der geneesheren heeft uw adviesaanvraag betreffende “The Belgian Living Donor Exchange Protocol” bestudeerd. Het Bureau heeft geen deontologisch bezwaar met betrekking tot het protocol. Wel raadt het Bureau u aan er de “donors advocate” in op te nemen; dit is een arts die de levende donor onderzoekt en hem alle informatie verstrekt los van het transplantatieteam zodat men de zekerheid heeft dat de donor niet is beïnvloed.”

De Verklaring van Helsinki, geactualiseerd te Seoel, oktober 2008

Prof. dr. A. Herchuelz

De Verklaring van Helsinki is de meest gekende en ongetwijfeld de meest gevolgde van de verklaringen van de World Medical Association (WMA).

Voor de eerste keer goedgekeurd in 1964, legt de Verklaring de regels vast die dienen te worden nageleefd bij experimenten op mensen met de bedoeling de patiënten en de vrijwilligers die eraan willen meewerken zo goed mogelijk te beschermen. Aangezien de WMA samengesteld is uit artsverenigingen uit meer dan 80 verschillende landen, is zij gezaghebbend over de hele wereld. In België wordt de Verklaring van Helsinki vermeld in de wet inzake experimenten op de menselijke persoon (7 mei 2004) en er wordt zelfs in gepreciseerd dat de laatste versie van toepassing is.

Sinds de goedkeuring ervan in 1964 werd de Verklaring 6 keer herzien, de laatste keer in oktober 2008 in Seoel. De goedkeuring ervan in 2008 was de afronding van een periode van 18 maanden waarin alle betrokken partijen werden geraadpleegd (nationale artsverenigingen, wetenschappelijke en ethische artsverenigingen, bevoegde instanties, farmaceutische industrie, uitgevers van belangrijke medisch-wetenschappelijke tijdschriften,...).

Diende de Verklaring van Helsinki écht te worden herzien ?

Eerst en vooral streeft de WMA in haar algemeen beleid naar een regelmatige herziening van haar verklaringen.

Daar de laatste versie van de Verklaring van Helsinki dateerde van 2000, bleek een herziening ervan opportuun.

Bovendien was na de publicatie van de versie van 2000 vlug gebleken dat 2 artikelen, met name artikel 29 betreffende het placebo en artikel 30 betreffende de toegang tot de voordelen van het onderzoek na het beëindigen van de studie, werden betwist, in het bijzonder door de bevoegde Amerikaanse instanties (Food and Drug Administration, FDA). In 2004 werden 2 toelichtende nota's betreffende de 2 betwiste artikelen toegevoegd, blijkbaar zonder het probleem op te lossen. Een herziening zou het mogelijk maken de verschillende standpunten in overeenstemming te brengen én de toelichtende nota op te nemen in de tekst. De nieuwe versie heeft blijkbaar niet het gewenste effect gehad daar de FDA op 27 oktober 2008, dus enkele dagen na de publicatie van de Verklaring, te kennen gaf niet langer haar vertrouwen te stellen in de Verklaring van Helsinki en ze verving door de Richtlijn inzake goede klinische praktijk (Guideline for Good Clinical Practice of GCP) die werd aangenomen door de International Conference on Harmonisation of ICH, wat op zich voor problemen zorgde.

Een andere reden was tegemoet te komen aan de gewijzigde medische omgeving, in het bijzonder naar aanleiding van verschillende schandalen met betrekking tot het onderzoek naar, de registratie en het op de markt brengen van geneesmiddelen, door een grotere doorzichtigheid in het vlak van het medisch onderzoek en een betere bescherming van de patiënten die meewerken aan de studies.

Een bijkomende reden voor een herziening bestond erin na te gaan of de verklaring niet diende te worden aangevuld op sommige nog niet-behandelde gebieden zoals de ethiek inzake onderzoek op medische gegevens en het menselijk lichaamsmateriaal. Tot slot diende de tekst te worden herzien op het gebied van terminologie en dienden de versies in de 3 officiële

talen (Engels, Frans en Spaans) in overeenstemming te worden gebracht.

Wat is er veranderd ?

Vooraf werd beslist de algemene presentatie van de tekst niet te veel te wijzigen en bijvoorbeeld geen lange inleiding toe te voegen zoals sommigen wensten.

Bovendien was men van oordeel, dat de verklaring een verklaring van ethische beginselen was en dat het niet wenselijk was alle gevallen die zich zouden kunnen voordoen, te behandelen, aangezien ze geen referentiewerk is over de wijze waarop de beginselen dienen te worden toegepast. Het is op grond hiervan dat verschillende voorstellen van de Belgische afvaardiging werden weerlegd.

De eerste paragraaf werd anders geformuleerd om het doel, de reikwijdte en de bestemmelingen van de verklaring duidelijker te maken. Er werd een zin toegevoegd aan de paragraaf die preciseerd dat "The Declaration is intended to be read as a whole and each of its constituent paragraphs should not be applied without consideration of all other relevant paragraphs", om elke eenzijdige interpretatie van een paragraaf, los van de rest van het document, te vermijden.

Paragraaf 2 preciseerd vervolgens : "Although the Declaration is addressed primarily to physicians, the WMA encourages other participants in medical research involving human subjects to adopt these principles." In de loop van de discussies werd de mogelijkheid van een gemeenschappelijke verklaring voor heel het gezondheidspersoneel overwogen, maar de WMA heeft de voorkeur gegeven aan een formulering die het andere gezondheidspersoneel ertoe aanzet de Verklaring aan te nemen.

Aan paragraaf 3 werd toegevoegd dat de plicht van de arts eveneens geldt voor personen betrokken bij medisch onderzoek.

De nieuwe versie van de Verklaring bekrachtigt het grondbeginsel ervan betreffende de bescherming van de patiënt/ persoon die meewerkt aan het onderzoek; deze bescherming moet primeren op om het even welk ander belang. Verre van het onderzoek te ontmoedigen, moedigt dit beginsel daarentegen aan dat bevolkingsgroepen die zijn ondervetegenwoordigd in het onderzoek er toegang toe zouden hebben (nieuwe paragraaf 5).

Paragraaf 10 sluit de inleiding van het document af met een bekrachtiging van het belang van de Verklaring met de volgende woorden : "No national or international ethical, legal or regulatory requirement should reduce or eliminate any of the protections for research subjects set forth in this Declaration..".

De nieuwe paragrafen 14 en 15 maken een duidelijk onderscheid tussen de gegevens die moeten voorkomen in het onderzoeksprotocol en de gegevens die ter advies moeten worden voorgelegd aan een commissie voor ethiek.

Aan paragraaf 14 werd toegevoegd dat "The protocol should indicate how the principles in this Declaration have been ad-

dressed”, teneinde de onderzoekers ertoe aan te zetten de ethische aspecten van het onderzoek zorgvuldig te bestuderen.

In paragraaf 17 werd een zin van de vroegere paragraaf 19 overgenomen betreffende minderbedeelde en kwetsbare bevolkingsgroepen, waarin wordt gesteld dat “Medical research involving a disadvantaged or vulnerable population or community is only justified if the research is responsive to the health needs and priorities of this population or community and if there is a reasonable likelihood that this population or community stands to benefit from the results of the research.”.

Er werd een nieuwe paragraaf 19 toegevoegd volgens welke “Every clinical trial must be registered in a publicly accessible database before recruitment of the first subject.” De idee hierachter is te vermijden dat studies die negatieve resultaten hebben zouden worden verborgen en dat bij een geneesmiddelen dossier alleen de positieve studies in het voordeel van het geneesmiddel zouden worden voorgelegd tot registratie en toestemming voor commercialisatie.

De nieuwe paragraaf 22 is zo geformuleerd dat hij niet-vrijwillige deelname bij onderzoek op onbekwame personen zoals behandeld in de paragrafen 27-29, toelaat.

De nieuwe paragraaf 25 snijdt het moeilijke probleem aan van de noodzaak om de toestemming van de proefpersoon te verkrijgen voor het wegnemen, analyseren, stockeren en/of hergebruiken van weefsels of gegevens van menselijke oorsprong. Tijdens de latere verwerking van gegevens of weefsels van menselijke oorsprong is het immers niet altijd mogelijk de toestemming van de proefpersoon te verkrijgen, bijv. omdat de patiënt overleden is of vertrokken is zonder een adres achter te laten. Mag men in dit geval studies uitvoeren op restgegevens of -weefsels? De Verklaring bepaalt dat de arts **normaal** de toestemming van de proefpersoon moet vragen. Normaal betekent dat in de gevallen waarin de toestemming onmogelijk kan worden verkregen, het onderzoek niettemin mag worden uitgevoerd. De beslissing wordt evenwel niet overgelaten aan de onderzoeker. Het is de commissie voor ethiek die moet beslissen of een vrijstelling van toestemming aanvaardbaar is op basis van de door de onderzoeker aangevoerde rechtvaardigingsgronden.

Paragraaf 27 werd aangevuld met bijkomende beschermingsmaatregelen voor proefpersonen die fysiek of mentaal onbekwaam zijn om hun toestemming te geven en waarbij onderzoeken met grote risico's toch worden toegelaten wanneer ze gunstig kunnen zijn voor de proefpersonen.

Zoals hierboven reeds vermeld waren de 2 belangrijkste struikelblokken van de vorige versie van de verklaring het punt betreffende het placebo en het punt betreffende de toegang tot de voordelen van het onderzoek na het beëindigen van de studie. Na heel wat discussie luidt de tekst die goedgekeurd werd met betrekking tot het placebo als volgt (paragraaf 32):

“The benefits, risks, burdens and effectiveness of a new intervention must be tested against those of the best current proven intervention, except in the following circumstances: The use of placebo, or no treatment, is acceptable in studies where no current proven intervention exists; or Where for compelling and scientifically sound methodological reasons the use of placebo is necessary to determine the efficacy or

safety of an intervention and the patients who receive placebo or no treatment will not be subject to any risk of serious or irreversible harm. **Extreme care must be taken to avoid abuse of this option.**”.

De tekst betreffende de toegang tot de voordelen van het onderzoek na het beëindigen van de studie luidt als volgt: “At the conclusion of the study, patients entered into the study are entitled to be informed about the outcome of the study and to share any benefits that result from it, for example, access to interventions identified as beneficial in the study or to other appropriate care or benefits.”.

In vergelijking met de andere werden deze twee laatste punten minder unaniem onthaald door de verschillende afvaardigingen.

Besluit

De Verklaring van Helsinki dient te worden gezien als een “levend document” en is dus vatbaar voor latere verbeteringen.

Aangezien de betrokken partijen zeer uitvoerig werden geraadpleegd, is de Verklaring niet alleen een interne polis maar een **universele verklaring betreffende de ethiek van het medisch onderzoek**.

Daar het betere de vijand van het goede is, werd er uiteindelijk de voorkeur aan gegeven de verklaring gedeeltelijk te verbeteren in plaats van de absolute perfectie terzake te willen nastreven. De Verklaring van Helsinki had nóg beter kunnen zijn, maar de algemene vergadering van de WMA was van oordeel dat ze momenteel goed genoeg was en dat ze een verbetering was ten opzichte van de vorige versie. Na goedkeuring van de Engelse versie werd de Franse versie herbekeken door een vertegenwoordiger van de Zwitserse afvaardiging (Dominique Sprumont, Université de Neuchâtel) en van de Belgische afvaardiging (André Herchuelz, Université Libre de Bruxelles) om ze dichter bij de Engelse tekst te doen aanleunen. De WMA heeft hun versie goedgekeurd in plaats van de versie van de officiële vertalers van de WMA die de steun had van de Franse afvaardiging.

(1) <http://www.wma.net/f/index.htm>

(2) Koninklijk besluit van 30 juni 2004 tot bepaling van uitvoeringsmaatregelen van de wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon voor wat betreft klinische proeven met geneesmiddelen voor menselijk gebruik. (Art. 10 : <Ingevoegd bij KB 2006-05-18/31, art. 1; Inwerkingtreding : 05-06-2006> De beschikbare niet-klinische en klinische informatie over het geneesmiddel voor onderzoek dient voldoende te zijn om de voorgestelde klinische proef te ondersteunen. De klinische proeven worden uitgevoerd overeenkomstig de **Verklaring van Helsinki** betreffende de ethische beginselen voor medisch onderzoek met mensen, die is vastgesteld door de algemene vergadering van de World Medical Association, **in zijn laatst beschikbare uitgave**.

(3) Zie ‘Helsinki en de Verklaring van Helsinki, Guy De Roy, Tijdschrift van de Nationale Raad, nr. 102, p. 9-11, 2003

(4) Deze problematiek zal worden behandeld in een later artikel.

Verslag van de vergadering van het CPME, Praag, 13-14 maart 2009

Prof. dr. G. De Roy
Dr. R. Kerzmann

Inleiding

De vergaderingen van de commissies en van de Raad en de Algemene Vergadering van het CPME vonden plaats in Praag op 13 en 14 maart 2009. Een honderdtal deelnemers die artsverenigingen uit 26 landen van de Europese Unie vertegenwoordigen, waren ingeschreven. Dr. R. Lemye was hoofd van de Belgische afvaardiging; de Nationale Raad was vertegenwoordigd door dokters J.L.Desbuquoit, R.Kerzmann en G.De Roy.

Commentaar over de commissie Ethiek en Deontologie

Zie bijlage 1

Commentaar over de commissie Volksgezondheid

Zie bijlage 2

Vergadering van de Raad en de algemene vergadering

Zie bijlage 3

Besluit

De talrijke en zeer uiteenlopende activiteiten van het CPME illustreren eens te meer dat het CPME meer en meer als enige gesprekspartner door de Europese Commissie en andere belangengroepen op allerlei gebieden wordt geraadpleegd. Het is duidelijk dat deze verworvenheid slechts gehandhaafd kan worden als de eenheid binnen het CPME behouden blijft. In het raam hiervan zijn de besprekingen met de afvaardigingen van Frankrijk, Italië en Spanje om hen ertoe te bewegen hun ontslag in te trekken, van cruciaal belang

Na verzoeningsonderhandelingen tussen het CPME en de ontslagnemende landen, waarbij de CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins Français) een leidende rol speelt, is het CPME er nu wel toe bereid bevonden de gewogen stemming in de statuten te verwerken. Het uitvoerend comité kreeg volmacht om deze opdracht uit te voeren. De goedkeuring van de herziene statuten is geagendeerd op de Algemene Vergadering van oktober 2009 te Winchester. Deze toegeving vanwege het CPME zou voldoende zijn voor de intrekking van het ontslag van de CNOM. Spanje heeft zijn standpunt niet laten weten; Italië zal zijn standpunt bekendmaken na zijn ordinale verkiezingen van juni 2009. Portugal en Slovenië handhaven hun bewaard ontslag. Verondersteld wordt dat indien de CNOM zijn ontslag intrekt, de nationale artsverenigingen van de andere landen dit voorbeeld zullen volgen. Er is dus nog geen eindoplossing maar de onderhandelingen blijven doorlopen, wat op zich lichtjes hoopgevend is. Jammer dat Frankrijk, Italië en Spanje niet deelnamen aan de vergaderingen van de Raad noch aan de Algemene vergadering hoewel zij hiertoe gerechtigd waren.

Een belangrijk initiatief is de organisatie van een gezamenlijke vergadering in juni 2009 van het CPME met de EMO's. EMO's staat voor European Medical Organisations; zij groeperen de geassocieerde leden van het CPME; het gaat ondermeer om de UEMS (Union Européenne des Médecins Spéc-

alistes), de UEMO (Union Européenne des Médecins Omnipraticiens), de EANA (Union Européenne des Médecins en

pratique libérale), de CEOM (Conseil Européen des Ordres des Médecins), de FEMS (Fédération Européenne des Médecins Salariés) en de AEMH (Association Européenne des Médecins Hospitaliers). Zij houden eigen vergaderingen waar tal van onderwerpen geagendeerd staan die eveneens binnen het CPME worden besproken; dit leidt tot nutteloze herbesprekingen. Door samen te vergaderen beoogt men een nauwere coördinatie van de werkzaamheden door het in gemeenschap brengen van de expertisen eigen aan elk van de EMO's. Het zou ertoe bijdragen de werking van het CPME performanter te maken.

De uitbreiding van het personeel van het secretariaat van het CPME met Sophie Peresson (adviserend juriste) en Irène Klepinine (secrètaresse) wordt gunstig onthaald. Binnen het secretariaat van het CPME heerst een goede samenhang; alle leden voelen zich er goed bij te kunnen werken onder de deskundige leiding van de veel geprezen secretaris-generaal.

De oktobervergadering van het CPME te Winchester zal de laatste zijn onder het voorzitterschap van dr. Michael Wilks; traditiegetrouw wordt het een gelegenheid om de balans op te maken. Met ingang van 2009 neemt dr. Konstantin Radziwill de functie van voorzitter waar. Als enige kandidaat was hij er zich goed van bewust dat het voorzitterschap in de huidige woelige tijden die het CPME doormaakt weliswaar een eer maar vooral een vergiftigd geschenk is.

Bijlage 1 : Commentaar over de vergadering Ethiek en Deontologie (13/03/2009)

Punt 3. Groenboek over de gezondheidsberoepsbeoefenaren Dr. JANBU

Voorgeschiedenis : Op 10 december 2008 heeft de Europese Commissie een groenboek over de gezondheidsberoepsbeoefenaren goedgekeurd en de raadplegingprocedure ingezet. De uiterste datum voor ontvangst van de opmerkingen betreffende het groenboek werd vastgelegd op 31 maart 2009.

Aangezien het groenboek heel wat onderwerpen behandelt die aan bod komen in de 4 commissies zal het document ter raadpleging worden voorgelegd in alle commissies. Een gezamenlijke werkgroep, onder leiding van de commissie Gezondheidszorg, werd aangewezen om het antwoord van het CPME op de raadplegingprocedure uit te werken. Deze werkgroep is samengesteld uit dr. Mart (voorzitter), dr. Wilks, mevrouw Wucsits, dr. Balzan, dr. Fjeldsted, dr. Guimaraes (PWG), dr. Janbu, dr. John, dr. Mailliet (UEMS), dr. Montgomery, dr. Nilsson Bagenholm, dr. Palve, dr. Radziwill, dr. Stehlikova, dr. Wetzel (FEMS), mevrouw Roesel-Schmidt, dr. Van Bolderen, dr. Lemye en dr. Van der Vliet. Op de vergadering van de commissievoorzitters die plaatsvond in januari werd beslist dat ieder van de 4 commissievoorzitters zijn deel aan het antwoord van het CPME op het groenboek zou bijdragen. De voorzitters zullen informatie inwinnen bij de werkgroep en samen een beslissingsdocument voorbereiden.

Doelstelling : het beleid van de Europese Unie beïnvloeden

Voorstel : tot een akkoord komen over een antwoord van het CPME op de raadpleging betreffende het groenboek over de gezondheidsberoepsbeoefenaren.

Dit document dient besproken te worden in overleg met de commissie Volksgezondheid (cfr. nota commentaar dienaangaande).

Punt 4 : Onderricht van de geneeskundige plichtenleer

Professor Gillon brengt verslag uit over het document dat in het kort op de agenda staat.

Punt 5 : Orgaandonatie : wat met de toestemming ?

De discussie die hierover gevoerd wordt heeft tot doel het standpunt van de CPME dienaangaande te formuleren. Enkele landen hebben geantwoord (waaronder België) en het werk dient voortgezet te worden; een nieuwe verslaggever dient benoemd te worden (niet gevonden) en de evolutie van dit dossier wordt verschoven naar juni. Zie hieromtrent de documenten [CPME Info 2008-242](#) en [CPME 2009-47](#).

Punt 6 : De rol van de beroepsbeoefenaren

Het standpuntontwerp is opgenomen in het document [CPME 2007/003 REV EN/FR](#).

Het voorstel handelt over de beroepsautonomie en de onafhankelijkheid in ziekenhuisverband van het artsencorps in Europa. Het houdt het midden tussen de noodzakelijke diagnostische en/of therapeutische vrijheid en de dwingende grenzen van de uitgaven voor de gezondheidszorgdiensten maar eveneens van de rechten van de patiënten.

Punt 7 : Europese gedragscodes

Dokter Van Leeuwen stelt de resultaten voor van de werkgroep die het belang diende na te gaan van een Europese gedragscode voor de gezondheidsberoepsbeoefenaren zoals die bestaat voor de meeste organisaties. Hij buigt voor de niet-betrokkenheid van het CPME in deze zin. Het geleverde werk zal bijgevolg op de Algemene Vergadering slechts ter informatie worden voorgesteld.

Punt 8 : Onderbreking of stopzetting van de levensverlengende behandeling bij patiënten die ernstig ziek en/of terminaal zijn

De resultaten worden voorgesteld, ze zijn opgenomen in het document CPME 2009-46. Zoals verwacht kon worden blijken er opvallende verschillen te bestaan tussen de landen die geantwoord hebben (18/26). In de volgende vergadering van juni zal een discussiedocument voorbereid worden met de belangrijkste punten van overeenstemming. Zie in dit verband eveneens het reflectiedocument CPME 2009-59.

Punt 9 : Genetische informatie voor verzekeringsdoeleinden

Dit probleem zou wel eens alsmaar zorgwekkender kunnen worden in de toekomst (en blijkt het al te zijn in sommige landen), waarbij de reflectie veeleer gevoerd kan worden op zuiver ethisch vlak dan op wettelijke basis. De verzekeringsmaatschappijen hebben er belang bij zoveel mogelijk informatie in te winnen om hun dekkingspremie aan te passen. De patiënt loop het gevaar zijn premie fameus de hoogte te zien in gaan indien hij weigert de genetische gegevens waarover

hij beschikt, mee te delen. Dit onderwerp zal herwerkt worden en vervolgens opnieuw bekeken worden in juni.

Punt 10 : Solidariteit inzake gezondheid en ongelijkheid inzake zorg

Op dit gebied dient (samen met de commissie Volksgezondheid) een voorstel van antwoord op de raadpleging [CPME Info 2009-024](#) opgesteld te worden.

Punt 11 : Gezondheid on line

Het doel van de reflectie over dit onderwerp dat in « evolutief » onderzoek geplaatst is, bestaat er dit keer in te antwoorden op de Mededeling die de Europese Commissie op 4 november laatstleden deed om de toegang van de Europese burgers en de gezondheidsberoepsbeoefenaren tot de telegeneeskunde te steunen en te verbeteren, en een beslissing te nemen over het document 'standpuntontwerp'.

Punt 12 : Billijke handel en ethiek van de geneeskundeproducten

Doel van dit punt is deze nieuwe vraag op te nemen in de agenda van de commissie van maart. Het heeft betrekking op de noodzaak van een ethisch label voor geneeskundeproducten dat de waarborg biedt dat de producten gefabriceerd zijn in landen met correcte arbeidsomstandigheden en billijke lonen. Dokter Janbu heeft een document voorbereid met het standpunt van het CPME over deze vraag.

Voor meer informatie : www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/fairandethicaltradegroup

Bijlage 2 : Commentaar over de vergadering van de commissie Volksgezondheid (13/03/2009)

Punt 3. Europese ziekteverzekeringkaart

Mevrouw VERTONGEN

Mevrouw Vertongen is hoofd van de eenheid 'sociale zekerheidsprogramma's en vrij verkeer van de werknemers' binnen het directoraat-generaal Werkgelegenheid. Zij zal aan de commissie de promotiecampagne voor de Europese ziekteverzekeringkaart voorstellen (CEAM).

De SC zal de mogelijkheden om het probleem te benaderen, becommentariëren.

Doelstelling : informatie verspreiden over de Europese ziekteverzekeringkaart.

Voorstel : de mogelijkheden om het probleem te benaderen, becommentariëren.

Commentaar na de gedane voorstelling :

4 punten dienen in aanmerking genomen te worden :

- Deze kaart vormt het bewijs van de "verzekeraarheid" van de patiënt in zijn eigen land en bijgevolg in de Europese Ruimte.

- Ze mag alleen de "noodzakelijke" zorg bestrijken (hoofdzakelijk spoedgevallen en onvoorziene operaties).

- Ze moet rekening houden met het verschillend terugbetaalingsbeleid van de verschillende landen van de Europese Ruimte en streven naar terugbetaling volgens een gemeenschappelijke "sokkel" van tegemoetkomingen door de ziekteverzekeringkassen.

- De termijn om het doel te bereiken zou wel eens lang kunnen zijn (in elk geval langer dan de 2 jaar aangekondigd

door mevrouw Vertongen) en er is een zeker belang bij om te lobbyen bij de verschillende landen om ten minste het bestaan van deze kaart bekend te maken.

Punt 4 : Groenboek over de gezondheidsbeoefenaren

De voorstellen kunnen als dusdanig in hun geheel worden overgenomen maar er zullen enkele amendementen besproken en opgesteld worden afhankelijk van de interventies in de vergadering van de Raad.

Punt 5 : Rechten van de patiënt inzake ziekenhuiszorg

Zelfde opmerking als voor punt 4

Punt 6 : Gezondheid on line

Het synthesesdocument van dokter Pruckner wordt becommentarieerd en voorgesteld (zie document 2009/37).

Punt 7 : Europese richtlijn over de werktijd

De verzoeningsonderhandelingen worden voortgezet maar niet noodzakelijk in de tot op heden gehoopte zin; verschillende opties worden overwogen, de meeste met behoud van de opt-out. Toch geeft dokter Wetzel de hoop op een gunstige evolutie niet op, meer bepaald na de volgende verkiezingen. Persoonlijk zou hij liever zien dat de twistpunten (inactieve werktijd, opt-out,...) afzonderlijk bekeken zouden worden en niet verbonden met elkaar, aangezien dit laatste de onderhandelingen aanzienlijk bemoeilijkt. Wait and see, in afwachting van de resultaten van de lopende onderhandelingen, die uiterlijk 1 april eerstkomend afgerond dienen te zijn.

Punt 8 : Veiligheid van de patiënten

Dit punt kan samengevat worden in de aanbevelingen zoals vermeld in het document CPME Info 2008-250.

Punt 9 : solidariteit inzake gezondheid en ongelijkheid inzake zorg

Het document dat voorgesteld wordt als antwoord op de raadpleging is CPME Info 2009-024 (te raadplegen); de uiterlijke datum voor een antwoord over dit onderwerp dat ook behandeld wordt door de commissie ethiek en code van plichtenleer ligt zeer dichtbij, namelijk 1 april eerstkomend.

Punt 10 : Orgaandonatie

De problematiek van de richtlijn wordt uiteengezet in de agenda aangezien dokter Montgomery niet aanwezig is om het antwoordvoorstel naar voren te brengen.

Punt 11 : Farmaceutische sector

Punt 12 : Studie van de Permanente Werkgroep over het geneeskundig personeel

Er wordt mondeling verslag uitgebracht over de voortgang van de werkzaamheden waaraan alle betrokken organisaties meewerken.

Punt 13 : Raad van bestuur van de EMEA

Uitsluitend ter info.

Bijlage 3 : Vergadering van de Raad en de algemene vergadering (14/03/2009)

1. Aanwezige leden : 26 vertegenwoordigde afvaardigingen

2. Goedkeuring van de agenda

3. Goedkeuring van de notulen van de vergadering van Londen : unanimitéit

4. Verslag van de voorzitter : samengevat in het document CPME 2009-051

Naast het overzicht van zijn werkzaamheden gedurende de laatste maanden, legt voorzitter Wilks de nadruk op de talrijke evoluties inzake on line gezondheid (die overigens behandeld wordt door twee subcommissies) en dankt hij het strategisch comité voor zijn betrokkenheid bij het zoeken naar een oplossing voor het probleem van de ontslagnemende landen.

5. Goedkeuring (punt 7 van de agenda) van de notulen van de vergadering van het uitvoerend comité van oktober 2008 (cfr. document CPME 2009-054).

6. Interne aangelegenheden (punt 10 van de agenda) : Ter inleiding wijst de voorzitter op de noodzaak van een wijziging in de werking en het "klimaat" van het CPME, dat het overkoepelend orgaan moet blijven dat door de EU gecontacteerd wordt om haar duidelijkheid te verstrekken en raad te geven over problemen inzake gezondheid.

Dokter Radziwill schetst vervolgens een korte historiek van het ontslag van de betrokken landen (Frankrijk, Italië, Spanje) en van de aanvankelijk geformuleerde eisen (gewogen stemming, ...), waarbij hij wijst op de moeilijkheden die in de toekomst zouden kunnen rijzen bij hun bevestigde afwezigheid. Vervolgens gaat hij in op de momenteel onderhandelde voorstellen tot wijziging van de statuten (document CPME 2009-015); in het kort en voor de verkiezingen : 1 land = 1 stem en gewone meerderheid,; voor de andere aangelegenheden : gewogen stemming met oprichting van 5 groepen op grond van het aantal in rekening gebrachte artsen/land en 3/4^{de} meerderheid veel meer dan "dubbele meerderheid" (besproken alternatief). Als basis voor het bepalen van de stemmen zou men de regel goedkeuren van 5 stemmen voor de landen met meer dan 200.000 ingeschreven artsen en 1 stem voor de landen met < 10.000 artsen (de verdeelsleutel is opgenomen in het onderstaande document). Voorts zou de algemeen secretaris bij voorkeur een verkozen arts zijn ... met een mandaat voor bepaalde duur en hernieuwbaar, waarbij zijn mandaat wel degelijk dat van uitvoerend verantwoordelijke van het CPME blijft. In de uitvoerige discussie die volgt, is het wantrouwen ten overstaan van de mogelijke houding van de huidige ontslagnemende landen na een stemming die gunstig voor hen zou uitvallen voelbaar, evenals de toekomstige vertegenwoordiging van "kleine" naties. Er wordt ook opgemerkt dat de Franse afvaardiging van haar kant niets heeft bijgedragen tot het compromis... Het document CPME 2009-77 neemt de aanbevelingen over van het uitvoerend comité; na een laatste discussie spreekt de vergadering zich gunstig uit (17 stemmen voor) om een beslissing te nemen. Vervolgens wordt het document voorgesteld ter stemming : **18 stemmen voor – 5 stemmen tegen – 3 onthoudingen**. Bijgevolg kan het uitvoerend comité het definitieve document opstellen.

7. Goedkeuring van de notulen van de vergaderingen van het comité van de voorzitters

Ze slaan op de vergaderingen van oktober 2008 en maart 2009 (document CPME 2008-243). De behandelde onderwerpen gaan van de gezondheid ten overstaan van de financiële crisis tot de onderhandelingsprocedures voor de EWT...

8. Financiële aangelegenheden : dokter Lemye stelt eerst de rekeningen voor 2008 voor, vervolgens schetst hij de ontwerpbegroting voor 2009 : weinig vragen of opmerkingen.

9. Verslag van de subcomités

Subcomité Volksgezondheid, Preventie en Leefmilieu (Document CPME 2009-068)

Het subcomité heeft meer bepaald beslist de huidige activiteiten inzake "geestelijke gezondheid" kracht bij te zetten. Door de afwezigheid van verschillende verslaggevers konden de overeenstemmende onderwerpen niet behandeld worden; ze werden verschoven naar de vergadering van juni 2009 (punten 4, 6 1° en 3°). Voor het overige werd gewoon de discussie voortgezet over verschillende onderwerpen zoals polyfarmacie, de volksgezondheidsenquêtes (EU-voedingsplatform over diëten, fysieke activiteit en gezondheid), tabakreclame en preventie van tabakverslaving (Document [CPME 2009-016](#) waarvan de laatste § veranderd wordt in "Smokers and users of other manufactured tobacco should not be incriminated"), het strijdbeleid inzake waterkort (goedkeuring van het document [CPME 2009-026](#)).

Subcomité Organisatie van de gezondheidszorg, Sociale Zekerheid en Gezondheidseconomie

Implementatie via de aantekeningen vermeld in de ad hoc samenvatting (hoofdzakelijk punten 3, 5, 6, 7). Er worden amendementen voorgesteld met betrekking tot het groenboek over de gezondheidsberoepsbeoefenaren waarvan de uiterste datum voor reactie vastgesteld is op 31/03/2009 (het [geamendeerde document CPME 2009-034](#) zal gedownload moeten worden zodra het beschikbaar is op de CMPE-site). Na een uitvoerige gedachtewisseling hieromtrent worden de amendementen goedgekeurd met een zeer ruime meerderheid van stemmen. Wij herinneren eraan dat het uiteindelijke doel

van ons antwoord erin bestaat te wegen op het beleid van de Europese Unie op dit gebied. Voor het onderwerp 'gezondheid on line' worden eveneens amendementen voorgesteld in het document [CPME 2009/037](#), die aangenomen worden.

Subcomité Ethiek en Codes van plichtenleer

Basis is het document CPME 2009-069 dat geïmplementeerd dient te worden met de aantekeningen genomen tijdens de vergadering.

Subcomité geneeskundige opleiding, permanente beroepsontwikkeling en verbetering van de kwaliteit

Wij verwijzen naar het document CPME 2009-071.

10. Voorstelling van de verschillende kandidaten voor de verkiezingen

- **Konstanty Radziwill** voor het voorzitterschap : hij overloopt zijn cv dat in het kort geraadpleegd kan worden in het document [CPME 2009-063](#). Zijn voorstelling is vrij klassiek : de voorzitter zijn van alle onderdelen van het CPME door zich proactief op te stellen ten aanzien van de Europese instellingen en formeel om te gaan met de statuten; voorts wenst hij aandacht te schenken aan de problemen die zijn collega's ondervinden zowel binnen als buiten de EU en wenst hij zich zeer reactief op te stellen ten aanzien van deze

laatste. Hij denkt dit te kunnen bereiken door zijn energie te concentreren op de problemen van het geneeskundig beroep in het belang van de artsen en door een rechtstreekse communicatie tot stand te brengen tussen het CPME en de nationale artsenverenigingen. Zijn doel : de erkenning van het CPME als partner van de Europese instellingen consolideren en zowel de coöperatie als de coördinatie tussen de medische organisaties die het CPME vormen, kracht bijzetten.

- **Milan Kubek** voor het ondervoorzitterschap
- **Roland Lemye** voor het ondervoorzitterschap
- **Franck-Ulrich Montgomery** voor het ondervoorzitterschap
- **Podmaniczky Erzsebet** voor het ondervoorzitterschap
- **Jörg Pruckner** voor het ondervoorzitterschap
- **Katrin Fjeldsted** voor de functie van penningmeester

Algemene vergadering bijeengekomen in de namiddag

Het resultaat van de verkiezingen :

Voorzitter : K.Radziwill, verkozen met applaus

Ondervoorzitters : verkozen bij geheime stemming : (2 stemmen/land) → dokters Montgomery, Kubek, Lemye et Pruckner

Intern auditeur : verkozen bij geheime stemming : → dr. Krusman

Penningmeester : K.Fjeldsted



COLOFON

ORDE VAN GENEESHEREN

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

HOOFDREDACTEURS

Dr P. Beke, Pr Dr G. Rorive

VERANTWOORDELIJKE UITGEVERS

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

Voor ondertekende artikels is de auteur verantwoordelijk.