

# TIJDSCHRIFT VAN DE NATIONALE RAAD

## ORDE VAN GENEESHEREN

TRIMESTRIEEL TIJDSCHRIFT  
VOL. XVII  
DECEMBER 2009

NR. 127

### INHOUDSTAFEL

#### WOORD VOORAF

**1** *Pr. Dr. G. Rorive*

---

#### ADVIEZEN VAN DE NATIONALE RAAD

- 3**
- Urgentiewachtdienst pediatrie
  - Bepalen van het lactaatgehalte door niet-artsen
  - Cumuleren van de functies van huisarts, controlearts en arts-scheidsrechter
  - Therapeutische indicatie toegevoegd op het voorschrift door de arts
  - Influenza-pandemie A/H1N1 – Zorgmeldpunt
  - Website [www.despecialistenwijzer.be](http://www.despecialistenwijzer.be) deontologisch onaanvaardbaar
  - Waarschuwing : beroepengids PHYSICIANS AND THERAPISTS GUIDE
  - Influenza A/H1N1 – Vaccinatie. Perscommuniqué
  - Seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's) – Behandeling van de partner(s)
  - Onderzoek door controlearts – Aanwezigheid van de vertrouwenspersoon
  - Arbeidsgeneeskunde – Controlegeneeskunde – Wet betreffende de rechten van de patiënt
- 

#### ADVIES VAN HET BUREAU VAN DE NATIONALE RAAD

**9** Dienst spoedgevallen – Griep пандеміе – Weigering van opname

---

#### INTERNATIONALE KRONIEK

**10** Verslag van de vergadering van het CPME , oktober 2009 (Winchester)

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

**13** WMA, General Assembly, 14-17 oktober 2009 (New Delhi)

*Dr. J.-L. Desbuquoit*

De adviezen die de Nationale Raad verstrekt heeft in zijn vergaderingen van 5 september en 24 oktober 2009 hebben betrekking op zeer uiteenlopende onderwerpen. Twee punten ervan vergen echter bijzondere aandacht.

Het eerste betreft de definitie van het begrip medische handeling daar het werkingsgebied dat uitsluitend voorbehouden is aan de artsen minder omlijnd dreigt te worden.

Onder uitoefening van de geneeskunde verstaat het koninklijk besluit nr. 78 betreffende de geneeskunde “het gewoonlijk verrichten van elke handeling die tot doel heeft, of wordt voorgesteld tot doel te hebben, bij een menselijk wezen, hetzij het onderzoeken van de gezondheidstoestand, hetzij het opsporen van ziekten en gebrekkigheden, hetzij het stellen van de diagnose, het instellen of uitvoeren van een behandeling van een fysieke of psychische, werkelijke of vermeende pathologische toestand, hetzij de inenting” (KB nr. 78 van 10 november 1967, art. 2, 1<sup>ste</sup> lid).

Door de relatieve schaarste aan artsen en in het bijzonder huisartsen en door de overbelasting van de actieve artsen stelt men vast dat de aldus bepaalde en aan de artsen voorbehouden handelingen geleidelijk aan worden overgeheveld naar hun medewerkers en andere beroepen die niet opgenomen zijn in het koninklijk besluit nr. 78. De laatste maanden heeft de Nationale Raad zich meermaals moeten uitspreken over deze activiteitsherverdeling en over de eventuele gevolgen ervan voor de gezondheid van de bevolking en de uitoefening van het medisch beroep. In dit nummer van het Tijdschrift is het advies betreffende het bepalen van het lactaatgehalte door trainers bij sporters gedurende zware fysieke oefeningen hiervan een voorbeeld. Een advies van 30 mei 2009 over het verrichten van oftalmologische onderzoeken door een medewerker in het kader van arbeidsgeneeskundige onderzoeken en een ander van 9 mei 2009 betreffende de mogelijkheid voor een verpleegkundige in een spoeddienst om op eigen initiatief een radiografie aan te vragen, vallen onder hetzelfde probleem. Ook de recente debatten betreffende de respectieve rol van de artsen, apothekers en overheidsinstanties bij de inentingscampagne tegen Influenza A/H1N1, passen in dit kader. Het artsenkorps dient zich, meer bepaald via de beroepsorganisaties, aan te sluiten bij de opmerkingen van de Nationale Raad over deze evolutie vooraleer de politieke overheden deze in regels zullen moeten vastleggen. Tijdens zijn recente vergadering op 14 oktober te New Delhi heeft de World Medical Association deze problematiek van de takenoverdracht aangesneden en een aantal aanbevelingen en voorwaarden geformuleerd, met de nadruk op de bijzondere situatie van de landen die geconfronteerd worden met een artsentekort.

Het tweede punt vestigt de aandacht op de uiterst ruime wijze waarop de Patiëntenrechtenwet van 22 augustus 2002 toegepast wordt. In deze wet wordt de patiënt gedefinieerd als een natuurlijke persoon aan wie gezondheidszorg wordt verstrekt, al dan niet op eigen verzoek. Gezondheidszorg wordt er in gedefinieerd als diensten verstrekt door een beroepsbeoefenaar met het oog op het bevorderen, vaststellen, behouden, herstellen of verbeteren van de gezondheidstoestand van een patiënt of om de patiënt bij het sterven te begeleiden. Onder beroepsbeoefenaar verstaat de wet de beoefenaar bedoeld in het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen alsmede de beroepsbeoefenaar van een niet-conventionele praktijk bedoeld in de wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artsenijbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen. In een advies van 24 oktober 2009 herinnert de Nationale Raad eraan dat voornoemde wet van toepassing is op alle privaatrechtelijke en publiekrechtelijke rechtsverhoudingen inzake gezondheidszorg verstrekt door een beroepsbeoefenaar aan een patiënt (art. 3, 1<sup>ste</sup> lid, van de wet). Bijgevolg besluit hij dat de relatie tussen een patiënt en een controlearts of een arbeidsgeneesheer onder het toepassingsgebied van de wet van 22 augustus 2002 valt. Deze beoefenaren dienen alle bepalingen ervan na te leven en in het bijzonder deze betreffende de inzage van het dossier, de aanwijzing van een vertrouwenspersoon en de eventuele aanwezigheid van deze laatste bij een medisch onderzoek. In een advies van 16 februari 2002 over het voorontwerp van wet betreffende de rechten van de patiënt had de Nationale Raad reeds uitdrukkelijk gewezen op de gevolgen van deze ruime definities van de begrippen patiënt en gezondheidszorg.

Voorts wensen wij de aandacht van de artsen te vestigen op adviezen van de Nationale Raad en van het Bureau aangaande de toepassing van vroegere adviezen die enkel toegankelijk zijn via het gedeelte van de site voorbehouden aan de artsen en die zeker het raadplegen waard zijn.

*Prof. dr. Georges RORIVE*  
*Hoofdredacteur*

## VERGADERINGEN VAN DE NATIONALE RAAD VAN 5 SEPTEMBER EN 24 OKTOBER 2009

- Urgentiewachtdienst pediatrie (05/09/2009)
- Bepalen van het lactaatgehalte door niet-artsen (05/09/2009)
- Cumuleren van de functies van huisarts, controlearts en arts-scheidsrechter (05/09/2009)
- Therapeutische indicatie toegevoegd op het voorschrift door de arts (05/09/2009)
- Influenza-pandemie A/H1N1 – Zorgmeldpunt (05/09/2009)
- Website [www.despecialistenwijzer.be](http://www.despecialistenwijzer.be) :deontologisch ontoelaatbaar (05/09/2009)
- Waarschuwing : beroepengids PHYSICIANS AND THERAPISTS GUIDE (05/09/2009)
- Influenza A/H1N1 – Vaccinatie. Perscommuniqué (24/10/2009)
- Seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's) – Behandeling van de partner(s) (24/10/2009)
- Onderzoek door controlearts – Aanwezigheid van de vertrouwenspersoon (24/10/2009)
- Arbeidsgeneeskunde – Controlegeneeskunde – Wet betreffende de rechten van de patiënt (24/10/2009)

2

### **Urgentiewachtdienst pediatrie** (05/09/2009)

TREFWOORDEN :

*Pediatrie – Spoedgevallen – Wachtdienst*

DOCUMENTNAAM :

*a127004n*

In zijn vergadering van 5 september 2009 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren de brief besproken van een anesthesist-reanimator, verantwoordelijk voor een eenheid intensieve zorg die zich voornamelijk ontfermt over volwassen patiënten. De instelling is van plan om een eenheid "pediatrie" op te richten en verder te ontwikkelen. In dit kader zou de voormelde eenheid intensieve zorg de eerste schakel vormen in de hulpketen bij noodoproep in geval van een levensbedreigende situatie in neonatologie en pediatrie.

De arts benadrukt dat, ook al heeft de anesthesist-reanimator tijdens zijn opleiding contact met kinderen en in zeldzame gevallen zelfs met pasgeborenen, dit geenszins de waarborg vormt voor een volwaardige opleiding in urgentiegeneeskunde en acute geneeskunde in pediatrie, laat staan in neonatologie.

De arts stelt de vraag naar zijn aansprakelijkheid en de houding welke hij dient aan te nemen ten aanzien van de directie van de instelling.

De Nationale Raad herinnert hier aan en verwijst naar een advies dat hij uitgevaardigd heeft op 18 november 2000 in antwoord op een gelijkaardige vraag die toen werd voorgelegd door een chirurg-orthopedist (TNR 91, p. 7).

De Nationale Raad is de mening toegedaan dat de beroepsbeoefenaar die ermee instemt om een functie uit te oefenen dient te beschikken over een bijgewerkte bekwaamheid met betrekking tot de patiënten en de pathologie waarmee hij zal worden geconfronteerd. Hij is aansprakelijk voor elke handeling die hij verricht.

Indien een arts die verzocht werd om dergelijke functie uit te oefenen van oordeel is dat hij niet voldoet aan de vereisten van optimale bekwaamheid, moet hij de mogelijkheid hebben een afwijking hiervan te vragen aan de hoofdgeneesheer, de betrokken geneesheren-diensthoofd en de medische raad. In geval van geschil, kan de provinciale raad ingrijpen en een bemiddeling voorstellen.

De Nationale Raad oordeelt verder dat, wanneer een instelling een nieuwe functie wil ontwikkelen, het haar toekomt om geneeskundig en paramedisch personeel te rekruteren met de nodige bekwaamheid die vereist is om de pediatrie functie onder de beste kwalitatieve voorwaarden en veiligheidsvereisten te waarborgen en hiervoor de nodige infrastructuur dient te voorzien.

## **Bepalen van het lactaatgehalte door niet-artsen** (05/09/2009)

TREFWOORDEN :  
Geneeskunde (Sport-)  
DOCUMENTNAAM :  
a127005n

*Een beleidsmedewerker van het Departement Cultuur, Jeugd, Sport en Media van de Vlaamse Overheid, team Medisch Verantwoord Sporten, legt de brief voor van een trainer/sportbeoefenaar die vraagt of hij, zonder (para)medische opleiding, lactaattests mag uitvoeren bij de deelnemers aan zijn trainingen. Deze lactaatmetingen gebeuren tijdens een maximale of submaximale inspanningstest met het oog op het verstrekken van een persoonlijk trainingsadvies.*

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

De Nationale Raad van de Orde van geneesheren heeft op 4 juli en 5 september 2009 uw schrijven van 3 maart 2009 en de erbij gevoegde mail van de heer ... van 1 maart 2009 besproken. Ze hebben betrekking op het al dan niet toelaten van monsterafnames voor het bepalen van het lactaatgehalte door niet-artsen tijdens maximale of submaximale inspanningstests met het oog op het verstrekken van persoonlijk trainingsadvies. Ze roepen de volgende opmerkingen op.

Ten eerste stelt de Nationale Raad vast dat de monsterafname voor het bepalen van het lactaatgehalte gebeurt tijdens een inspanningstest die in een zaal (ergometer, loopband, ...) of buiten (atletiekpiste, zwembad, ...) uitgevoerd wordt, waarbij de inspanning maximaal of submaximaal kan zijn. De Nationale Raad meent dat inspanningstesten slechts toegelaten mogen zijn na een medisch geschiktheidsonderzoek en onder medische supervisie aangezien ze een potentieel risico inhouden voor de gezondheid van de sportbeoefenaars, ook al is dit risico klein.

Vervolgens, ofschoon iedereen vrij is een persoonlijke controle te verrichten door het lactaatgehalte te bepalen met een zogenaamd geschikt apparaat, kan de Nationale Raad, op grond van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, niet aanvaarden dat trainers (of verzorgers) op eigen initiatief en verantwoordelijkheid monsterafnames verrichten bij sportbeoefenaars.

Tot slot meent de Nationale Raad dat het, gezien de grote variaties van het lactaatgehalte in de fysiologische en pathologische omstandigheden, niet aangewezen is de interpretatie van het resultaat van de lactaatgehaltebepaling bij een sportbeoefenaar toe te vertrouwen aan niet-artsen om hem/haar persoonlijk trainingsadvies te geven. Dit kan slechts gebeuren in overleg met en onder het toezicht van een arts die er, eventueel rekening houdend met andere parameters, de eindverantwoordelijkheid voor draagt.

## **Cumuleren van de functies van huisarts, controlearts en arts-scheidsrechter** (05/09/2009)

TREFWOORDEN :  
Controle (Medische-) – Huisarts  
DOCUMENTNAAM :  
a127006n

In zijn vergaderingen van 25 juli en 5 september 2009 onderzocht de Nationale Raad van de Orde van geneesheren de brief van dokter ... betreffende het cumuleren van de functies van huisarts, controlearts en arts-scheidsrechter.

Dergelijke cumul is, mits het naleven van bepaalde voorwaarden (zie inzonderheid de wet van 13 juni 1999 betreffende de controlegeneeskunde) wettelijk niet verboden.

Op deontologisch vlak is een dergelijke cumul in de - door de provinciale raad van inschrijving van de betrokken arts naar uitgebreidheid te bepalen - regio waar de huisarts de geneeskunde uitoefent niet wenselijk. Zowel de onafhankelijkheid van zijn ambt als het belang van zijn betrokken patiënt kunnen daarbij in het gedrang komen. De opportuniteit van de cumul van de functies van controlearts en van arts-scheidsrechter in een andere regio zal naar omstandigheden dienen te worden beoordeeld door de provinciale raad. Cumul van controlearts en arts-scheidsrechter in éénzelfde zaak is uiteraard uitgesloten.

Het hoeft hierbij evenmin betoog dat een huisarts noch controlearts noch arts-scheidsrechter mag zijn in een zaak waarin zijn patiënt en derhalve ook hijzelf is betrokken.

In elk geval is, zoals reeds bepaald en bevestigd in vorige adviezen van de Nationale Raad, de besproken cumul alleen mogelijk mits gunstig advies van de provinciale raad van inschrijving van de betrokken arts.

## **Therapeutische indicatie toegevoegd op het voorschrift door de arts en overgenomen door de apotheker op de geneesmiddelenverpakking** (05/09/2009)

TREFWOORDEN :  
Beroepsgeheim – Geneesmiddelen – Thuiszorg – Voorschriften  
DOCUMENTNAAM :  
a127007n

*Aan de Nationale Raad wordt de vraag gesteld of de behandelende arts op het medisch voorschrift een therapeutische indicatie mag toevoegen die vervolgens door de apotheker overgenomen wordt op de doos van het geneesmiddel, teneinde het geneesmiddelenbeheer in de thuiszorg te optimaliseren.*

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

In zijn vergadering van 5 september 2009 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw vraag besproken betreffende de toevoeging door de arts van een therapeutische indicatie op het medisch voorschrift die vervolgens door de apotheker overgenomen wordt op de verpakking van het geneesmiddel. Doel van deze toevoeging is het geneesmiddelenbeheer in de thuiszorg te optimaliseren en de informatie aan de patiënt te verbeteren.

De Nationale Raad herinnert aan artikel 178 van de Code van geneeskundige plichtenleer dat bepaalt dat “*de geneesheren in hun beroepsverhouding met de apothekers de wettelijke bepalingen zullen eerbiedigen in verband met de vorm van de voorschriften.*”

De vorm en de verplichte vermeldingen van het geneesmiddelenvoorschrift in de ambulante zorg zijn vastgelegd in het koninklijk besluit van 8 juni 1994 tot vaststelling van het model van voorschrijfdocument betreffende de verstrekkingen van farmaceutische producten ten behoeve van niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden en in het koninklijk besluit van 10 augustus 2005 houdende vaststelling van de modaliteiten inzake het voorschrift voor menselijk gebruik.

Deze teksten vergen niet dat de therapeutische indicatie of de diagnose op het voorschrift vermeld wordt. Wanneer de arts zogenaamde vergoedbare farmaceutische specialiteiten voorschrijft buiten de vergoedingsvoorwaarden moet hij op het geneesmiddelenvoorschrift niet de diagnose vermelden maar de niet-terugbetaalbaarheid van het geneesmiddel (art. 93, § 2, van het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten).

Wij herinneren eraan dat het geneesmiddelenvoorschrift niet alleen bestemd is voor de apotheker. Het wordt eveneens voorgelegd aan de tarifieringsdienst en gecontroleerd door het Riziv. De apotheker is dus niet de enige persoon die kennis neemt van de inhoud ervan.

De uitwisseling van informatie tussen de arts en de apotheker behelst dat deze uitwisseling noodzakelijk is voor het vervullen van hun respectieve opdrachten.

Overeenkomstig artikel 7, § 2, van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt moet de arts de patiënt mondeling en/of schriftelijk in een duidelijke taal alle noodzakelijke uitleg verschaffen omtrent de therapeutische indicatie die het geneesmiddelenvoorschrift rechtvaardigt.

De kwaliteit van de thuiszorg, en meer bepaald de gepaste toediening van de geneesmiddelen door de thuiszorgverleners, is meer gebaat met een zorgplan en een communicatieboekje waarmee het contact tussen hen en de behandelende arts verzekerd wordt dan met een vermelding op de verpakking van een geneesmiddel. Ook een geneesmiddelen-schema heeft voordelen.

Ten slotte geniet rechtstreeks contact tussen de arts en de zorgverlener altijd de voorkeur.

Tot besluit kunnen wij stellen dat de uitwisseling van informatie tussen de arts en de apotheker altijd gerechtvaardigd moet zijn door het noodzakelijkheids criterium. Het is dan ook ondenkbaar dat de informatie omtrent de indicatie aan de apotheker gegeven wordt, niet om hem te helpen bij het vervullen van zijn opdracht, maar met als enig doel ze over te nemen op een verpakking zodat andere personen er kennis van kunnen nemen.

Bovendien meent de Nationale Raad dat de verwachte voordelen van een systematische vermelding van de therapeutische indicatie niet in verhouding staan tot de risico's van eventueel misbruik van deze informatie door personen die niet gebonden zijn door het beroepsgeheim.

### **Influenza-pandemie A/H1N1 - Zorgmeldpunt (05/09/2009)**

#### **TREFWOORDEN :**

*Huisarts – Plichten van de geneesheer (Algemeen-)*

#### **DOCUMENTNAAM :**

*a127008n*

*In het kader van het nationale plan m.b.t. de influenza A/H1N1-pandemie werd aanvankelijk in elke gemeente een lokaal zorgmeldpunt voorzien. Hier zouden consultaties en huisbezoeken voor de grieppatiënten in onderlinge solidariteit tussen de huisartsen van de regio in afspraak met de lokale huisartsenkringen verdeeld worden.*

*Een federaal gezondheidsinspecteur vraagt of de weigering van sommige huisartsen om deel te nemen aan deze consultatiefunctie deontologisch aanvaardbaar is.*

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

In zijn vergadering van 5 september 2009 besprak de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw e-mail waarin u vraagt naar de houding van de Orde van geneesheren ten aanzien van artsen die tijdens een influenza-pandemie A/H1N1 weigeren om in onderlinge solidariteit deel te nemen aan de consultatiefunctie (zowel consultaties als huisbezoeken) van het

lokale zorgmeldpunt.

De Nationale Raad is van mening dat in deze bijzondere omstandigheden - indien er overeenstemming werd bereikt tussen de huisartsenkringen en de gemeentebesturen over het lokale zorgmeldpunt en het functioneren ervan - de artsen deontologisch de plicht hebben hieraan deel te nemen, tenzij zij een geldige en door de huisartsenkring aanvaarde reden hebben om dit niet te doen.

### **Website [www.despecialistenwijzer.be](http://www.despecialistenwijzer.be) : deontologisch onaanvaardbaar.** (05/09/2009)

TREFWOORDEN :  
*Internet – Publiciteit en reclame*  
DOCUMENTNAAM :  
*a127009n*

In zijn vergadering van 5 september 2009 heeft de Nationale Raad de website [www.despecialistenwijzer.be](http://www.despecialistenwijzer.be) besproken.

Deze website opgericht als zustersite van de website [www.despecialistenwijzer.nl](http://www.despecialistenwijzer.nl) heeft een commercieel oogmerk : de verhuur van webruimte aan artsen-specialisten. Door middel van deze webruimte kunnen artsen-specialisten allerlei mededelingen zoals hun beroepservaring, het aantal uitgevoerde operaties en bijhorende wachttijden richten aan het publiek.

Een zoekfunctie geeft na inbrengen van een postnummer de persoonlijke gegevens weer van de dichtstbijzijnde “aangesloten” arts.

Daarnaast wordt algemene informatie verstrekt over verschillende pathologieën geïllustreerd met schetsen of foto's voor en na de ingreep.

De Nationale Raad is van mening dat deze manier van voorstelling neerkomt op het ronselen van patiënten. De benaming “de specialistenwijzer” is van aard de patiënt ten onrechte te doen geloven dat alle artsen-specialisten erin zijn opgenomen, terwijl dit helemaal niet het geval is. Het principe van de vrije keuze van de arts door de patiënt wordt hierdoor ondermijnd.

Bij het voeren van publiciteit dienen de artsen de deontologische principes uiteengezet in artikels 12 tot 17 van hoofdstuk III van de Code van geneeskundige plichtenleer, gewijd aan publiciteit, te eerbiedigen. De inhoud van de site [www.despecialistenwijzer.be](http://www.despecialistenwijzer.be) is niet in overeenstemming met deze principes.

Door zich in te schrijven op deze website eerbiedigt een arts derhalve zijn deontologische verplichtingen niet.

### **Waarschuwing : beroepengids PHYSICIANS AND THERAPISTS GUIDE** (05/09/2009)

TREFWOORDEN :  
*Internet*  
DOCUMENTNAAM :  
*a127011n*

De Orde van geneesheren waarschuwt voor bedrog met beroepengidsen. Het gaat meer bepaald over de PHYSICIANS AND THERAPISTS GUIDE die online gepubliceerd wordt.

De website prijst zichzelf aan als een internationale databank met medische informatie, maar blijkt uit te gaan van een frauduleus bedrijf. Belgische artsen ontvangen dezer dagen een brief waarin ze gevraagd worden om hun adresgegevens te controleren en indien nodig te verbeteren. De arts kan ook foto's en andere gegevens over de praktijk toevoegen. De informatie is bestemd voor publicatie in de PHYSICIANS AND THERAPISTS GUIDE op [www.med1web.com](http://www.med1web.com).

Het blijkt echter om oplichting te gaan. Als u ingaat op het aanbod en het formulier ondertekend terugstuurt naar een Portugees postbusadres, zou u dat al snel bijna €3.000 kunnen kosten. De organisatie United LDA rekent €957 per jaar aan voor haar dienstverlening. Als u tekent, bent u ook drie jaar gebonden aan het contract. Dat leren de kleine lettertjes. Ook de Federale Overheidsdienst Economie waarschuwt momenteel voor bedrog met beroepengidsen.

### **Influenza A/H1N1 – Vaccinatie** (24/10/2009)

TREFWOORDEN :  
*Beroepsgeheim - Vaccinatie – Ziekten (Overdraagbare-)*  
DOCUMENTNAAM :  
*a127015n*

*Perscommuniqué naar aanleiding van de commentaren in de medische pers in verband met de inenting tegen het influenzavirus A/H1N1. Met betrekking tot het systematisch registreren van de vaccinaties met het anti-A/H1N1-griepvirusvaccin boog de Nationale Raad zich over de vragen of dit realiseerbaar is en of dit geen schending van het beroepsgeheim inhoudt.*

## **PERSCOMMUNIQUÉ :**

De Nationale Raad heeft in zijn zitting van 24 oktober 2009 kennis genomen van de wet van 16 oktober 2009 die machtigingen verleent aan de Koning in geval van een griep epidemie of -pandemie en van een ontwerp van koninklijk besluit houdende oprichting van een federale gegevensbank betreffende de vaccinaties met het anti-A/H1N1-griepvirusvaccin.

De Nationale Raad is van oordeel dat de arts - door het aanleveren van de in het ontwerp van koninklijk besluit gevraagde persoonsgegevens aan de federale gegevensbank voor registratie - het beroepsgeheim niet schendt en dat deze mededeling geen inbreuk maakt op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Naast een raadgevende stem in het beheerscomité van het eHealth-platform wordt verwezen naar de Nationale Raad (artikel 6 van het ontwerp van koninklijk besluit betreffende het ontsluiten van de gecodeerde gegevens) als een bijkomende garantie ter bescherming van het beroepsgeheim

De Nationale Raad is, zoals artsen en artsenverenigingen, van mening dat de voorgestelde oprichting van een federale gegevensbank en de modaliteiten van registratie meerdere inhoudelijke vragen en praktische objecties oproept.

Wat de voorgestelde registratie via het eHealth-platform betreft verwijst de Nationale Raad naar de website van het eHealth-platform zelf ([www.ehealth.fgov.be](http://www.ehealth.fgov.be)) dat "de toetreding tot het eHealth-platform niet verplicht is en gebeurt op vrijwillige basis".

Het verplicht gebruik van het eHealth-platform voor registratie komt ongelegen op het ogenblik dat de incidentie van de nieuwe variant van de A/H1N1 griep exponentiële vormen aanneemt en de bijhorende werkload de arts niet toelaat de functionaliteit van dit platform ideaal aan te wenden, zonder de kwaliteit van de zorgverlening in het gedrang te brengen.

De Nationale Raad is van oordeel dat een registratie in de specifieke omstandigheden van een griep pandemie te rechtvaardigen is.

In de huidige omstandigheden adviseert de Nationale Raad aan alle vaccinerende artsen, ongeacht het gebruik van het eHealth-platform, om in elk geval alle noodzakelijke gegevens te registreren in het eigen medisch dossier, in voorkomend geval het GMD, en dan ook nauwgezet de farmacovigilantie op te volgen via de gangbare kanalen zoals reeds voorzien via het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG – AFMPS).

## **Seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's) – Behandeling van de partner(s)** **(24/10/2009)**

### **TREFWOORDEN :**

*Voorschriften – Ziekten (Overdraagbare-)*

### **DOCUMENTNAAM :**

*a127016n*

*Een provinciale raad legt een brief voor van een arts die vraagt welke in België de procedure is om patiënten met een seksueel overdraagbare aandoening (SOA) op doeltreffende wijze te behandelen, evenals de partner(s) zonder dat er een rechtstreeks contact met deze heeft plaatsgevonden.*

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

In zijn vergadering van 24 oktober 2009 beëindigde de Nationale Raad van de Orde van geneesheren de bespreking van een brief van 23 juni 2008 die hem door een provinciale raad werd overgemaakt.

In deze brief vraagt een arts het advies van de Orde van geneesheren over de praktijk waarbij aan een patiënte die draagster is van een seksueel overdraagbare infectie een geneesmiddelenvoorschrift overhandigd wordt voor haar partner zonder dat er een rechtstreeks contact met deze laatste plaatsgevonden heeft.

De Nationale Raad maakt hieromtrent de volgende opmerkingen.

In zijn advies van 19 augustus 2000 (TNR nr. 90, p. 13) wees de Nationale Raad erop dat het geneesmiddelenvoorschrift deel uitmaakt van de medische consultatie en alleen maar kan slaan op patiënten die op raadpleging zijn of gekomen zijn bij de arts, die er verantwoordelijk voor is.

Het voorschrijven dient met de nodige omzichtigheid te gebeuren en de arts dient rekening te houden met de voorgeschiedenis van de patiënt. Tevens dient hij er zich van te vergewissen dat de patiënt de noodzaak van de behandeling verstaat en dat aan de behandeling de nodige opvolging wordt gegeven.

Een anoniem voorschrift, zonder contact met de bestemming ervan en door bemiddeling van een derde, beantwoordt niet aan de voormelde criteria.

Indien er zich een besmettingsrisico heeft voorgedaan, dient de arts de patiënt erop te wijzen dat het noodzakelijk is dat de partner eveneens een arts raadpleegt om zo nodig de gepaste zorg te verkrijgen.

Tot slot dient te worden gewezen op de verplichting om, overeenkomstig artikel 2 van het koninklijk besluit van 10 augustus 2005 houdende vaststelling van de modaliteiten inzake het voorschrift voor menselijk gebruik, op het voorschrift de naam en

de voornaam te vermelden van de patiënt voor wie het voorschrift bestemd is.

De Nationale Raad is er zich terdege van bewust dat alternatieven voor "face-to-face-geneeskunde" worden bestudeerd en zal deze, wat hun mogelijke deontologische implicaties betreft, op de voet blijven volgen.

## **Onderzoek door controlearts – Aanwezigheid van de vertrouwenspersoon** (24/10/2009)

TREFWOORDEN :

Controle (Medische-) – Patiëntenrechten – Relatie arts-patiënt

DOCUMENTNAAM :

a127018n

*Zich beroepend op het advies van de Nationale Raad van 16 juni 1984 (TNR nr. 33 p. 25), bevestigd door het advies van 20 maart 1993 (TNR nr. 60 p. 34), weigert een controlearts de aanwezigheid van de echtgenoot bij een onderzoek van een patiënte in het kader van een dossier m.b.t. een arbeidsongeval.*

*Deze man vraagt aan de Nationale Raad of de betrokken controlearts het recht heeft systematisch en zonder uitleg zijn aanwezigheid te weigeren.*

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

In zijn vergadering van 24 oktober 2009 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw schrijven van 21 januari 2009 betreffende de aanwezigheid van een vertrouwenspersoon bij een geneeskundig controleonderzoek besproken.

Op vraag van de patiënt dient in de regel de aanwezigheid van een vertrouwenspersoon, al dan niet verwant, toegelaten te worden.

In het geval dat de aanwezigheid van deze persoon storend is voor de relatie controlearts-patiënt staat het de arts vrij op de vraag niet in te gaan.

De patiënt zal worden geïnformeerd omtrent het motief van de weigering. Het is aangewezen dat de weigering en het motief worden vastgelegd in het medisch dossier.

## **Arbeidsgeneeskunde – Controlegeneeskunde – Wet betreffende de rechten van de patiënt** (24/10/2009)

TREFWOORDEN :

Controle (Medische-) – Geneeskunde (Arbeids-) – Patiëntenrechten

DOCUMENTNAAM :

a127019n

*Een arts stelt aan de Nationale Raad de vraag of de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt van toepassing is op de controlegeneeskunde en op de arbeidsgeneeskunde. Hij belicht in zijn brief enkele concrete aspecten van het probleem : het recht op inzage van het medisch dossier, de aanwezigheid van de vertrouwenspersoon bij een medisch onderzoek, de identiteit van de vertrouwenspersoon.*

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

In zijn vergadering van 24 oktober 2009 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw schrijven van 6 juli 2009 besproken waarin u vraagt of controlegeneeskunde en arbeidsgeneeskunde onder het toepassingsgebied van de wet betreffende de rechten van de patiënt valt en de concrete vraagstellingen.

De wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt is van toepassing op alle privaatrechtelijke en publiekrechtelijke rechtsverhoudingen op het gebied van gezondheidszorg die door een beroepsbeoefenaar wordt verstrekt aan een patiënt (artikel 3, § 1). De rechtsverhouding moet de gezondheidszorg betreffen. Het gaat om de diensten die een beroepsbeoefenaar verstrekt met het oog op het bevorderen, vaststellen, behouden, herstellen of verbeteren van de gezondheidstoestand van een patiënt of om de patiënt bij het sterven te begeleiden (artikel 2).

De rechtsverhouding tussen een patiënt en een controlearts of arbeidsarts valt onder het hierboven beschreven toepassingsgebied van de wet. Deze definitie wordt ruim geïnterpreteerd. Het kan gaan om zorg gevraagd door de patiënt, zijn vertegenwoordiger of een derde (bv. in geval van medische controle), of zelfs zonder verzoek in spoedgevallen. De memorie van toelichting (doc 50, 1642/001, p. 15) stelt dat onder "vaststellen van de gezondheidstoestand" ook het onderzoek op verzoek van een derde valt, bv. het medisch onderzoek in het kader van de verzekeringsgeneeskunde of het onderzoek door de controlearts van een ziekenfonds of van een arbeidsarts.

Krachtens artikel 4 van de wet dient de arts de bepalingen ervan na te leven.

1/ Inzagerecht dossier

De patiënt heeft recht op inzage in zijn patiëntendossier (artikel 9, § 2). Op het verzoek van de patiënt kan hij/zij zich laten



bijstaan door of zijn/haar inzage recht uitoefenen via een door hem/haar aangewezen vertrouwenspersoon.

De persoonlijke notities van de beroepsbeoefenaar en de gegevens die betrekking hebben op derden zijn uitgesloten van het recht op inzage (artikel 9, § 2, derde lid). Indien de aangewezen vertrouwenspersoon een beroepsbeoefenaar is, heeft deze ook inzage in de persoonlijke notities (artikel 9, § 2, vierde lid).

## 2/ Aanwezigheid vertrouwenspersoon tijdens medisch onderzoek

Op vraag van de patiënt dient in de regel de aanwezigheid van een vertrouwenspersoon, al dan niet verwant, toegelaten te worden.

In het geval dat de aanwezigheid van deze persoon storend is voor de relatie arts-patiënt staat het de arts vrij op de vraag niet in te gaan.

De patiënt zal worden geïnformeerd omtrent het motief van de weigering. Het is aangewezen dat de weigering en het motief worden vastgelegd in het medisch dossier.

## 3/ Vertrouwenspersoon

De wet betreffende de rechten van de patiënt definieert het begrip 'vertrouwenspersoon' niet.

Een vertrouwenspersoon is iemand die de patiënt bijstaat in het uitoefenen van zijn/haar rechten als patiënt zoals bij het verkrijgen van informatie of bij het inkijken van het dossier.

Een vertrouwenspersoon wordt aangeduid door de patiënt. Tussen de patiënt en de vertrouwenspersoon ontstaat een stilzwijgende overeenkomst. Tussen de beroepsbeoefenaar en de vertrouwenspersoon ontstaat er geen rechtsverhouding.

De identiteit van de vertrouwenspersoon wordt vermeld in het patiëntendossier.

## VERGADERING VAN HET BUREAU VAN DE NATIONALE RAAD VAN 22 SEPTEMBER 2009

### **Dienst spoedgevallen – Griep пандеміе – Weigering van opname (22/09/2009)**

TREFWOORDEN :

Huisarts – Spoedgevallen – Ziekenhuizen – Ziekten (Overdraagbare-) – Zorgmeldpunt

DOCUMENTNAAM :

a127014n

*Het Bureau van de Nationale Raad van de Orde van geneesheren besprak een vraag die werd voorgelegd door een provinciale raad.*

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

[...]

De vraag die toen gesteld werd luidde : *Kan een dienst spoedopname van een ziekenhuis ingeval van een griep пандеміе weigeren een patiënt met mogelijke griep op te nemen zonder verwijfsbrief van een arts ?*

Gezien de vraag zich stelt in het kader van een mogelijk griep пандеміе nodigde het Bureau professor dokter M. VAN RANST, commissaris van het Interministerieel Commissariaat Influenza, uit voor overleg op 10 september 2009.

Op basis van dit overleg is het Bureau van de Nationale Raad van mening dat :

- in normale omstandigheden zonder overbelasting van het personeel en zonder overbezetting van het ziekenhuis dient een patiënt toegelaten te worden tot de dienst "spoedgevallen" en geldt de normale procedure;
- in omstandigheden waar overbezetting van een ziekenhuis heerst of dreigt, zullen de artsen op de spoeddienst een triage uitvoeren op basis van de bevindingen van hun medisch onderzoek.

## **Vergadering van het CPME – Winchester – oktober 2009**

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

Gezien de tumultueuze periode die het CPME sedert bijna twee jaar doormaakt, werd erg uitgekeken naar de herfstvergadering die overigens in het teken stond van de vijftigste verjaardag van de oprichting van het CPME. Ze vond plaats op 23 en 24 oktober in het magnifieke kader van het College van Winchester, op een steenworpafstand van de beroemde kathedraal die weldra zijn 1000-jarige bestaan zal vieren en die schitterend bewaard is aan de rand van een uitgestrekte, met bomen begroeide, groene ruimte zoals alleen de Engelsen ze kunnen uitdenken en vooral onderhouden.

Er waren 24 landen vertegenwoordigd met Kroatië als aangesloten lid en Servië als waarnemer; er waren ook 8 internationale aangesloten verenigingen aanwezig. De Belgische afvaardiging bestond uit professor Guy de Roy, dokter Roland Lemye en dokter Roland Kerzmann.

Alvorens in voltallige vergadering het delicate probleem aan te snijden van de noodzakelijke statutaire en structurele evolutie van deze “mooie vijftigjarige” door het daadwerkelijke ontslag van Frankrijk, Italië en Spanje, was het begin van de 2 werkdagen zoals gewoonlijk gewijd aan de commissievergaderingen. In deze vergaderingen kwamen verschillende thema's aan bod die het CPME behartigt. Om dit verslag niet te zwaar te maken, zullen wij ons echter beperken tot de essentie van de gevoerde discussies.

### **Commissies**

In de commissie Gezondheidszorg, Sociale Zekerheid en Gezondheidseconomie ging de aandacht vooral uit naar de grensoverschrijdende zorg, e-gezondheid en de nakende finalisering van de richtlijn betreffende de arbeidstijd.

Met betrekking tot de rechten van de patiënten inzake grensoverschrijdende gezondheidszorg werd onder het huidige Zweedse voorzitterschap een tekstvoorstel ter bestudering voorgelegd aan de Europese Commissie. Men hoopt de resultaten hiervan te verkrijgen tegen december 2009 zodat in de lente van 2010 een tweede lezing kan plaatsvinden. Zonder in detail te treden, blijkt algemeen aanvaard te zijn dat de wetgevingen die in de verschillende landen van kracht zijn met betrekking tot de sociale zekerheid behouden zullen worden en de terugbetalingsreferentie zullen vormen. De verzorging verstrekt in privé-praktijk en de orgaantransplantaties vallen echter buiten het toepassingsgebied ervan. Er werd beklemtoond dat de vast te leggen bepalingen in het bijzonder de kwaliteit en de veiligheid zullen moeten waarborgen van de patiënten die zich willen laten verzorgen in een buurland; dit houdt natuurlijk ook in dat verzekerd zal moeten worden dat de patiënt voorafgaandelijk naar behoren geïnformeerd dient te worden.

Het thema e-gezondheid werd opnieuw besproken door het CPME, op verzoek van de Europese Gemeenschap, nauwer betrokken werd bij verschillende activiteiten op dit gebied, met name het EPSOS-project (European Patient Smart Open Services) of het Calliope-project. Hiermee wordt tegemoetgekomen aan het streven van hetzelfde Zweedse voorzitterschap, in navolging van zijn voorgangers, om het nut van dit systeem te erkennen als een noodzakelijk instrument dat bijdraagt tot de kwaliteit en de veiligheid van de zorg, doch door de artsen er meer bij te betrekken. Dit lijkt evident gezien het doeleinde ervan, namelijk de gehele werking en doeltreffendheid van de nationale gezondheidssystemen verbeteren door ze toegankelijker te maken en meer aangepast aan de noden van zowel patiënten als gezondheidsberoepsbeoefenaars. Bovendien zou e-gezondheid het mogelijk moeten maken het hoofd te bieden aan de uitdagingen van een vergrijzende bevolking. Deze doelstellingen zullen zeer zeker voor ogen gehouden worden door het CPME bij zijn activiteiten.

De gestarte onderhandelingen over de finalisering van de richtlijn betreffende de arbeidstijd, die de hoeksteen vormt van de bescherming van de werknemers in de EU, zoals ze goedgekeurd werd in juni 2008, hebben nergens toe geleid. Een nieuwe poging staat dan ook op de agenda. Uit de gevoerde discussies dient onthouden te worden dat de eerder verkregen of verwachte stappen in de goede richting opnieuw opgeëist zullen worden. In het bijzonder wordt voor de artsen uitgegaan van een maximale wekelijkse arbeidstijd van 48 uur; waarbij de tijd doorgebracht voor de wachtdienst nog steeds in rekening gebracht wordt met een compensatierust de dag erna. Wat voortaan voor een evolutie zou kunnen zorgen, is de goedkeuring van de opt-out die eerder tal van problemen deed rijzen. Het idee zou evenwel zijn het bereik ervan te beperken tot een maximum van 58 uur per week bijvoorbeeld. Er zouden eventueel concessies gedaan kunnen worden over de referentieperiode of over contracten op zeer korte termijn die momenteel uitgesloten zijn van deze richtlijn. In het kader van deze aan-

passingsoptiek dient zeer zeker rekening gehouden te worden met de behoeften van de opleiding van de artsen in ziekenhuisringen en de goede werking van de ziekenhuizen, de gevolgen van de medische demografische evolutie en bijgevolg van de waarschijnlijk onvermijdelijke uitbreiding van de task shifting. In afwachting blijft wel degelijk de in 2003 herziene richtlijn van 1993 van toepassing.

De commissie Ethiek en Medische Deontologie van haar kant heeft opnieuw de voorstellen overgenomen van de BMA betreffende het gebruik van medische instrumenten geproduceerd in opkomende landen. In dit kader heeft ze erop gewezen dat met name Noorwegen reeds ver staat in de toepassing van haar aanbevelingen en de andere landen ertoe verzocht en aangespoord na te gaan hoe de situatie in hun eigen land is. Wij herinneren eraan dat het fundamentele beginsel dat verdedigd wordt, erin bestaat dat alleen een beroep gedaan mag worden op chirurgische instrumenten of, meer algemeen, medisch materiaal dat geproduceerd werd in omstandigheden en volgens internationale verdragen die de rechten op rechtvaardig werk en de rechten van de op dit gebied vaak uitgebuite kinderen waarborgen en die de veiligheids- en gezondheidsnormen naleven.

Tevens werd de mogelijkheid voor de arts om in bepaalde omstandigheden gewetensbezwaren in te roepen, besproken met de bedoeling tot een geactualiseerd standpunt van het Comité te komen. Bij de zorgverlening aan de patiënt dient de arts immers permanent een evenwicht te zoeken tussen, enerzijds, de behoeften, vragen en waarden van de patiënt en, anderzijds, de geldende deontologische en/of ethische bepalingen en zijn eigen morele of religieuze overtuigingen. Het CPME heeft zich moeiteloos aangesloten bij de bepalingen volgens welke de arts de patiënt in de eerste plaats gewetensvol en kwalitatief dient te verzorgen, hem dient te informeren over de reden van zijn behandeling en moet weigeren dat een persoonlijke overtuiging aan de basis zou liggen van een weigering tot verzorging; het is niet langer aanvaardbaar een moreel oordeel uit te brengen over eventuele verzoeken of een bepaald gedrag van de patiënt. Wel wordt hem het recht toegekend af te zien van deelname aan procedures die strijdig zijn met zijn moreel denken, op verzoek van hiërarchische oversten, ingevolge regeringsmaatregelen, of op verzoek van de patiënt, zelfs in het kader van een levenstestament. In dit laatste geval dient hij aan zijn patiënt de naam mee te delen van een confrater die hem kan helpen. Er werd aan herinnerd dat bij spoedeisende situaties het de absolute plicht van de arts is hulp te verlenen aan de patiënt.

Het gebruik van genetische informatie buiten het kader van en met andere doeleinden dan de gezondheid werd besproken. De voorgestelde aanbevelingen steunen op de drie volgende pijlers : eigendom van de medische gegevens, het recht van de patiënt op vertrouwelijkheid en het risico op discriminatie ten gevolge van het eventuele gebruik van deze informatie. De beginselen waarop ze geïnspireerd zijn, houden zowel verband met de eerbied voor de menselijke waardigheid als met de eerbiediging van de fundamentele rechten van de mens waaronder het recht op persoonlijke integriteit. Bijgevolg verzoekt de commissie Medische Ethiek en Deontologie het CPME de nationale regeringen op te roepen om wetten te maken zodat genetische informatie niet buiten de gezondheidssector gebruikt kan worden. Genetische informatie is zo gevoelig dat ze slechts toegepast mag worden binnen de arts-patiëntrelatie, het gebruik voor verzekeringsdoeleinden valt hier niet onder.

De commissie Medische Vorming, Permanente Beroepsopleiding en Kwaliteitsverbetering boog zich over de problemen die rijzen bij het beoordelen van de gelijkwaardigheid van diploma's uitgereikt aan niet-EU-artsen. De gehanteerde regels blijken sterk te verschillen van de ene tot de andere lidstaat. Het CPME zal een enquête voeren naar de bestaande praktijken in dit verband bij de bevoegde nationale autoriteiten.

Het CPME wil in het raam van de permanente opleiding het toepassen van het elektronische nascholingsdossier promoten. In sommige landen bestaan zulke toepassingen al, met blijkbaar bevredigende resultaten.

De commissie bepleit dat artsen opgeleid zouden worden om beter te kunnen communiceren. Artsen hebben het niet alleen moeilijk om te communiceren met hun patiënten maar tevens met patiëntenfora, de overheid, de media en andere beroepsbeoefenaars. Ook meent de commissie dat cursussen in gezondheidseconomie en management het best zo vlug mogelijk opgestart worden. De bevoegde autoriteiten voeren vaak debatten over de hervorming van de gezondheidszorg met hoge ambtenaren die meestal geen actieve artsen zijn. Deze kennen vaak onvoldoende de toestand in het veld. Artsen dienen opgeleid te worden om deel te kunnen nemen aan zulke discussies. Onderhandelen is nooit hun sterkste punt geweest, gewoonweg omdat het hen nooit aangeleerd werd. Hier moet wat aan gedaan worden.

### ***Vergadering van de Raad en Plenaire vergadering***

Naast de goedkeuring van de verslagen van de commissies ging de belangstelling van de vergadering uit naar de begroting en de hervorming van de werking van het CPME.

Uit de boekhouding blijkt dat het CPME de economische crisis goed doorstaan heeft; het zou zich kunnen redden met een lichte toename van het budget voor 2010 van om en bij de 5 %. De noodzaak tot drastische besparingen komt door het ontslag, met ingang van 1 juli, van de artsenorganisaties van Frankrijk, Spanje en Italië; deze delegaties stonden in voor een derde van de inkomsten. Op de eerste plaats stemde men in met een vermindering van het aantal vergaderingen. Jaarlijks zullen nog maar één algemene vergadering en twee vergaderingen van de Raad plaatsvinden. Commissievergaderingen worden afgeschaft.

Verder werd nog beslist af te zien van juridische adviseurs en van de externe bedrijfsrevisor. Juridische onderwerpen kunnen best besproken worden met de meestal zeer bekwame juristen van de artsenorganisaties. Het toezicht op het geldverkeer kan zeer goed overgenomen worden door de interne auditor, de penningmeester en de boekhouder.

Het aanschaffen van een vastgoed in Brussel om er het CPME in onder te brengen wordt overwogen. Naast de kantoren van het CPME, zouden secretariaten van de EMO's (European Medical Organisations) er hun intrek kunnen nemen om in het Brusselse over een Domus Medica te beschikken. Of de EMO's hiervoor vragende partij zijn, valt te betwijfelen. De EMO's die zich willen organiseren in de vorm van een "alliantie" wensen hiermee een meer onafhankelijke koers van het CPME te volgen.

Om de werking van het CPME efficiënter te maken, was een grondige herstructurering noodzakelijk. Dezelfde onderwerpen werden in verschillende commissies geagendeerd waardoor dubbel werk ontstond. Een van de voorbeelden van dubbel werk is het thema e-health, dat tegelijk geagendeerd staat bij de commissie Organisatie van de Gezondheidszorg en bij de commissie Medische Ethiek en Deontologie. Na raadpleging van de vier oud-voorzitters die de laatste tien jaar het CPME geleid hebben (Markku Äärimaa, Reiner Bretenthaler, Bernard Grewin en Daniel Mart) werd een werkgroep "Toekomst van het CPME" opgericht. Hij beveelt onder meer aan dat de huidige 4 commissies vervangen zouden worden door nieuw op te richten thematische werkgroepen.

Werkgroepen zijn discussiefora die toegankelijk zijn voor ieder die over enige deskundigheid met betrekking tot het gegeven onderwerp beschikt. De samenstelling moet minstens delegaties van vijf landen omvatten met vertegenwoordigers van zowel kleine als grotere lidstaten zodat de werkgroepen representatief zijn voor het CPME.

De werkzaamheden zullen verlopen onder het toezicht van een verslaggever die zelf gesuperviseerd wordt door een van de 4 ondervoorzitters. De rol van deze laatste is het uitvoerend comité op de hoogte te houden van de stand van zaken. De keuze van het onderwerp en de urgentiegraad worden bepaald op grond van de adviezen die gegeven moeten worden aan de Europese Commissie of aan het Europese Parlement. Werkgroepen zijn geen permanente groepen, eens hun opdracht vervuld, worden zij ontbonden.

De oprichting van werkgroepen, hun werking en hun hiërarchische verhouding met het Uitvoerend Comité en de Raad werden in het huishoudelijk reglement vastgelegd. Daarvoor werden de nodige aanpassingen van art. 4 en art. 11 van het huishoudelijk reglement en o.a. art. 6 van de statuten goedgekeurd.

De werkgroep "Toekomst van het CPME" beveelt aan om de efficiëntie van de nieuwe werking van het CPME te evalueren na drie jaar.

### **Besluit**

Door het ontslag van drie leden artsenorganisaties, waaronder twee stichtende leden, verliep de viering van het 50-jarig bestaan van het CPME in mineur. Dit ontslag lijkt definitief nu de toenaderingsonderhandelingen muurvast zitten.

Maar de deur is niet dicht, zegt het CPME hoopvol. De huidige oude leiders zullen ooit vervangen worden door nieuwere die het gesprek wel weer zullen opnemen. Ondertussen is het CPME niet meer de enige woordvoerder van alle EU-artsen, iets waarop het bijzonder trots was.

De toestand is ernstig daar de moeizaam opgebouwde expertise waarvan al de CPME-leden nu nog de vruchten dragen, dreigt teloor te gaan. Hopelijk doorstaat het CPME de tand des tijds.

## **WMA, General Assembly, 14-17 oktober 2009 (New Delhi)**

Dr J.-L. Desbuquoit

De jaarlijkse algemene vergadering, dit jaar 2009 de zestigste, van de World Medical Association (WMA) vond plaats in New Delhi van 14 tot 17 oktober 2009.

Een delegatie van de Nationale Raad van de Orde van geneesheren was aanwezig als waarnemer.

De WMA is een organisatie op wereldniveau, waarvan u de structuur, de doelstellingen, de werking kunt vernemen in een artikel van prof. G. De Roy: "Kennis maken met de Internationale Medische Associaties" in het nummer 113 (september 2006) van het Tijdschrift van de Nationale Raad.

Voor nog meer informatie kunt u terecht op de website: [www.wma.net](http://www.wma.net)

Het algemene stramien van zulke algemene vergadering is: eerst worden in het kader van de Raad ("Council") vanuit de drie commissies (commissie voor medische ethiek, commissie voor medico-sociale aangelegenheden, commissie voor financiën en planning) een aantal voorbereidende documenten (rapporten, verklaringen, resoluties, standpunten) opgesteld, die nadien ter goedkeuring worden voorgelegd aan de algemene vergadering.

De **voornaamste thema's** waren dit jaar de volgende:

### **A. Commissie medische ethiek:**

#### **1. WMA-standpunt over research met embryo-stamcellen:**

In bepaalde omstandigheden zijn weliswaar alleen embryo-stamcellen bruikbaar voor het researchmodel.

Niettemin moet research zonder stamcellen van embryonale origine uitgevoerd worden als het maar enigszins mogelijk is.

Alle research met stamcellen, van welke origine ook, moet uitgevoerd worden conform de aanvaarde ethische principes.

De ethische principes zullen, voor zover mogelijk, berusten op internationale goedkeuring.

Regulering en wetgeving moeten in overeenstemming zijn met die ethische principes.

Gelet op de diverse standpunten over het gebruik van stamcellen, inzonderheid over het gebruik van die van embryonale origine, zal de formulering van die principes de mogelijkheid bieden aan de diverse jurisdicties om het toegestane niveau van onderzoek met stamcellen eventueel te limiteren op een lokaal aangepaste wijze.

Alle research gebruik makend van embryo's kan alleen maar uitgevoerd worden na informed consent van beide donoren van het genetische materiaal dat het embryo verwekte.

#### **2. WMA-standpunt over de relatie tussen artsen en commerciële ondernemingen (sponsoring):**

Een reeks aanbevelingen worden geformuleerd m.b.t. medische congressen, geschenken, research en affiliatie met een commerciële entiteit.

#### **3. WMA-resolutie ter ondersteuning van de rechten van de patiënt en van de artsen in de republiek Iran:**

Refererend aan de vroegere WMA-verklaringen (over de rechten van de patiënt, over foltering en andere vormen van vernederende, wreedaardige, inhumane behandelingen) roept de WMA de regering van Iran op om de Internationale Code van Medische Ethiek te respecteren.

#### **4. WMA-resolutie over de wetgeving in Nicaragua, die abortus in alle omstandigheden uitsluit en strafbaar maakt:**

De WMA verzoekt de regering van Nicaragua om afschaffing van die wetgeving.

#### **5. Gebruik van placebo in de medische research:**

Dit is een belangrijk thema dat echter nog in het stadium is van een werkgroep, die een speciale conferentie over dat onderwerp zal organiseren in Sao Paulo in februari 2010.

### **B. Commissie medico-sociale aangelegenheden:**

#### **1. WMA-resolutie over taakoverdracht ("task shifting"):**

- In de gezondheidszorg wijst de term taakoverdracht op de situatie waarin een taak, die normaal door een arts wordt uitgevoerd, wordt overgedragen en toevertrouwd aan een gezondheidswerker met een andere opleiding, of aan een persoon die speciaal is opgeleid om slechts een beperkte taak uit te voeren en dit zonder een formele medische opleiding te hebben genoten.

- Een ganse reeks aanbevelingen en voorwaarden worden geformuleerd om dergelijke taakoverdracht mogelijk te maken vooral in landen met een kritisch tekort aan artsen en eventueel ook in landen waar zulk tekort er niet is.
- Hoe dan ook mogen de kwaliteit en de continuïteit van zorg nooit in het gedrang komen. De kwaliteitsstandaarden en de behandelingsprotocols moeten gedefinieerd, ontwikkeld en gesuperviseerd worden door artsen.
- Taakoverdrachten mogen nooit tot stand komen louter op basis van besparingsmaatregelen.
- Alle wetgeving ter zake moet die principes respecteren.

### **2. WMA-standpunt over telegeneeskunde (“Telehealth”):**

- Dit is de uitoefening van geneeskunde op afstand, waarbij medische tussenkomsten, aanbevelingen en beslissingen gebaseerd zijn op data getransfereerd via systemen van telecommunicatie.
- Telegeneeskunde kan behulpzaam zijn om afstandsproblemen te elimineren en de toegang tot hulpverlening te faciliteren op plaatsen en in gebieden (zeer afgelegen rurale gebieden, steeds groeiende stedelijke gemeenschappen) waar dienstverlening niet of zeer moeilijk bereikbaar is.
- Een reeks aanbevelingen worden gedaan m.b.t. , in die omstandigheden, zorgverleningsplicht, aansprakelijkheid, kwaliteit van de communicatie en van de zorg, evaluatie van het systeem, confidentialiteit en informed consent.

### **3. WMA-Verklaring van Delhi over de gezondheid en de klimaatveranderingen:**

- Dit document wil de aandacht (inzonderheid van de overheid) vestigen op de invloed van de klimaatveranderingen op de gezondheid.
- Er wordt aangedrongen om de gezondheid op de voorgrond te brengen in het debat over “global warming”, en dit speciaal met het oog op de nakende conferentie over klimaatverandering in Kopenhagen.

### **4. WMA-standpunt over de ongelijkheden in de gezondheidszorg:**

- Deze ongelijkheden betreffen de toegankelijkheid tot en de kwaliteit van de gezondheidszorg.
- Een aantal aanbevelingen worden gedaan, o.m. het afschaffen van financiële barrières.
- Toegankelijkheid en kwaliteit moet gelijk zijn voor allen, wat ook de verschillen zijn (raciaal, cultureel, geografische omstandigheden, gender, leeftijd, socio-economische situatie).

*De teksten van de hierboven vermelde documenten zijn in extenso te lezen op de website van de WMA: [www.wma.net](http://www.wma.net).*

### **Overigens werden volgende beslissingen genomen:**

- Voor het voorzitterschap van de WMA wordt dr. Yoram BLACHAR (Israël) opgevolg door dr. Dana HANSON (Canada).
- De volgende algemene vergadering van de WMA zal gehouden worden van 13 tot 16 oktober 2010 in Vancouver.
- In 2011 zal de algemene vergadering plaatsvinden in Montevideo en in 2012 in Bangkok.

Traditiegetrouw wordt ter gelegenheid van de algemene vergadering één dag besteed aan een wetenschappelijke sessie, met dit jaar als thema: **multiresistente tuberculose**.

Tijdens een plechtige zitting werd de vergadering toegesproken door de president van de republiek India, mevrouw Pratibha Devisingh Patil, en door de minister van Volksgezondheid en Familiewelzijn, de heer Shri Ghulam Nabi Azad.



## COLOFON

---

### ORDE VAN GENEESHEREN

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

### HOOFDREDACTEURS

Dr. P. Beke, Pr. Dr. G. Rorive

### VERANTWOORDELIJKE UITGEVERS

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

Voor ondertekende artikels is de auteur verantwoordelijk.