

TIJDSCHRIFT VAN DE NATIONALE RAAD

ORDE VAN GENEESHEREN

TRIMESTRIEEL TIJDSCHRIFT
VOL. XVII
JUNI 2010

NR. 129

INHOUDSTAFEL

WOORD VOORAF

1 *Pr. Dr. G. Rorive*

ADVIEZEN VAN DE NATIONALE RAAD

- 3 - Voorstellen tot wijziging van de wet van 26 juni 1990 op de bescherming van de persoon van de geesteszieke
- Professionele vennootschap tussen een tandarts en een stomatoloog
 - Medische beeldvorming - Afschrift van resultaten
 - Klinische biologie - Afschrift van resultaten
 - Geestelijke gezondheidszorg - Decreet van 3 april 2009
 - Vermoeden van kindermoord - Beroepsgeheim
 - Cumuleren van de functie van geneesheer-specialist in de acute geneeskunde met deze van huisarts
 - Relatie hoofdarts/ombudsfunctie
 - Medische zorg verstrekt aan minderjarigen - Instemming van beide ouders
 - Testen voor leeftijdsbepaling bij niet-begeleide minderjarige vreemdelingen
 - Insputten van DHBP bij niet-psychotische vreemdelingen in gesloten centra
 - Keuze van de vertrouwenspersoon
 - Reanimatie bij extreem vroeg geboren kinderen
 - Samenwerking tussen de medische dienst van een opvangcentrum beheerd door Fedasil met de reguliere bevolkingswachtdienst
 - Uitvoering van epileebehandeling met laser of flitslamp
 - Rol van de pluridisciplinaire antibiotherapiebeleidsgroep
 - Vermelding van het specialisme op de website van de Nationale Raad van de Orde der geneesheren
 - Families in illegaal verblijf - Convenant tussen het ministerie van Binnenlandse Zaken en artsen
 - Huisarts in opleiding (HAIO) - Huishoudelijk Reglement van de VZW SUI
 - Goedkeuring van contract tussen stagemeeester en HAIO - Bevoegdheid van de provinciale raad
 - Uitnodiging van patiënten voor een preventieve check-up door huisarts
 - Deontologische aspecten van de zorgtrajecten

MEDISCHE ETHIEK EN DEONTOLOGIE

21 Valt het concept eHealth te rijmen met het beroepsgeheim ?

Prof. dr. M. Deneyer

INTERNATIONALE KRONIEK

22 Deskundigenconferentie over het gebruik van placebo's in klinische studies

(São Paulo, Brazilië, 1-3 februari 2010)

Prof. dr. A. Herchuelz

Tijdens de vergaderingen van de eerste drie maanden van het jaar heeft de Nationale Raad meer dan twintig adviezen uitgebracht over verschillende onderwerpen. Toen ik ze herlas om dit 'Woord vooraf' voor te bereiden wekten bepaalde ervan enkele bedenkingen op waarover ik het graag met u zou hebben. Deze opmerkingen, die alleen mijzelf verbinden, hebben een tweevoudig doel voor ogen : de lezer tot nadenken te zetten en erop te wijzen dat de adviezen van de Nationale Raad vaak niet beperkt zijn tot het verstrekken van een antwoord op de concrete vraag, maar algemene beginselen naar voren schuiven om de houding van de arts te leiden.

Mijn eerste verbazing werd veroorzaakt door de vaststelling dat een groot aantal vragen een oplossing vindt in wetteksten. Meer en meer wordt de uitoefening van het medische beroep, en van de gezondheidszorg in het algemeen, ondersteund door wettelijke bepalingen : de wet op de vrijwillige zwangerschapsafbreking, de wet op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, de wet betreffende de patiëntenrechten, deze aangaande het depenaliseren van euthanasie of nog de wet betreffende de palliatieve zorg, om alleen maar de bekendste te noemen. In een advies opgenomen in dit Tijdschrift, analyseert de Raad het voorstel tot wijziging van de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke. Deze wetteksten regelen niet alleen de administratieve aspecten van het beroep zoals de keuze van de vertrouwenspersoon, maar ook kwesties die enkele jaren geleden nog bijna uitsluitend ressorteerden onder de Code van geneeskundige plichtenleer, zoals de toegang van de patiënt tot de gegevens van het medische dossier.

De arts die, vrees ik, geen trouwe lezer is van het Belgisch Staatsblad, kan deze evolutie niet miskennen. We raden hem aan deze adviezen aandachtig te lezen. Naar aanleiding van een precieze vraag in verband met situaties waarmee de arts herhaaldelijk geconfronteerd wordt, bespreken ze de praktische toepassing van deze wettelijke bepalingen. Onder de adviezen gepubliceerd in dit nummer vestigen we de aandacht op de vraag aangaande de toestemming van de twee ouders voor het verstrekken van zorg, in het bijzonder onomkeerbare en niet-dringende zorg aan minderjarigen. Het feit dat, sinds de publicatie van de wet van 13 april 1995 betreffende de gezamenlijke uitoefening van het ouderlijk gezag, deze kwestie aan de oorsprong lag van verschillende adviezen toont aan dat de toepassing ervan problemen meebrengt. Dit geldt in het bijzonder wanneer er tussen de twee ouders een conflictrelatie bestaat waarbij het kind gebruikt wordt of het slachtoffer is en de arts die het kind wenst te beschermen op zijn beurt als instrument gebruikt wordt door de partijen in het geschil.

Een tweede aspect dat blijkbaar problemen inhoudt voor de artsen, is de samenwerking met het gerecht. Het advies dat op 8 februari werd verstrekt naar aanleiding van de vraag van een onderzoeksrechter (advies a29008) herhaalt de belangrijkste argumenten waarop de arts zijn houding kan baseren. Ondanks deze grote hoeveelheid teksten is het evenwel de arts die in eer en geweten moet oordelen welk gevolg hij zal geven aan het verzoek van de rechter : getuigen of de plicht tot geheimhouding invoeren. Zonder daarom een ernstig vergrijp, kindermoord in het specifieke voorbeeld, met stilzwijgen te dekken, dient de arts allereerst rekening te houden met het belang van de patiënt, in de zin van de kwaliteit van de zorgrelatie. Hij kan evenwel niet helemaal voorbijgaan aan de verwachtingen van de maatschappij. De praktiserende arts komt slechts uitzonderlijk in dergelijke situaties terecht. Daarbij blijkt het zinvol te zijn het advies en de ervaring van de voorzitter van de provinciale raad te raadplegen alvorens een beslissing te nemen.

Het laatste punt waarop ik de aandacht van de lezer meen te moeten vestigen is het onderwerp van het advies a29033. De vraag - mag een huisarts naar een patiënt schrijven om hem te herinneren dat hij een periodiek controleonderzoek moet ondergaan - is op het eerste gezicht eenvoudig. Ze snijdt evenwel een fundamenteel punt aan, met name : in welke mate kan een arts zich beschouwen als de behandelende arts van een patiënt en hoe kan hij het bewijs leveren van deze relatie ? Herhaalde studies hebben inderdaad de trouw van de grote meerderheid van de patiënten aan hun huisarts aangetoond. De relatie met de arts specialist werd minder geanalyseerd. Toch is en blijft het principe van vrije keuze van arts door de patiënt een fundamenteel beginsel in ons gezondheidszorgsysteem. Dit principe is opgenomen in de wet betreffende de rechten van de patiënt (artikel 6, wet van 22 augustus 2002, B.S. 26.09.2002) en in de artikels 27 tot 31 van de Code van geneeskundige plichtenleer. Niets verhindert evenwel een patiënt van arts te veranderen zonder te verwittigen of zich te rechtvaardigen. De Code van geneeskundige plichtenleer stelt in artikel 19 :

“De geneesheer die geroepen wordt bij een zieke die in behandeling is bij een collega, moet de volgende regels in acht nemen:

a) indien de zieke de zorgen van de eerste dokter verzaakt, moet de bijgeroepen geneesheer zich ervan vergewissen of zulks de uitdrukkelijke wil van de zieke is en ervoor waken dat zijn collega wordt verwittigd;“

Idealiter is het aan de patiënt dit te doen en dit kan moeilijk blijken indien de vertrouwensbreuk optreedt in een conflictsfeer.

De ervaring van de provinciale raden is dat de informatie heel vaak niet circuleert, wat aanleiding geeft tot relationele moeilijkheden tussen artsen.

Het bestaan van een zorgrelatie tussen een arts en een patiënt is van groot praktisch belang. Het vormt de basis van de toegang tot en het delen van de gegevens van het papieren of elektronisch medisch dossier. Wie, onder de verschillende artsen die deelnemen aan de zorg voor een zelfde patiënt, heeft toegang tot het medische dossier, in welke mate en hoelang ?

Het is ook deze zorgrelatie die de uitwisseling van medische gegevens gedekt door het beroepsgeheim via het e-Healthplatform rechtvaardigt. In een advies van 18 september 2009 in verband met “de nota betreffende de therapeutische relatie” opgesteld door de werkgroep G19 van het e-Healthplatform beklemtoont de federale commissie rechten van de patiënt hoe moeilijk het is deze notie van therapeutische relatie met zekerheid vast te stellen. Ik citeer hier twee passages die me belangrijk lijken.

“Het is niet omdat een patiënt een arts van het ziekenhuis raadpleegt of zich in dit ziekenhuis laat inschrijven, op welke manier dan ook, dat hij ambtshalve, van bij de inschrijving, een therapeutische relatie heeft met de andere artsen van het ziekenhuis die hem zouden kunnen behandelen. De therapeutische relatie is trouwens in principe persoonlijk (contract intuitu personae) en het is noodzakelijk dat er een akkoord is tussen beide partijen om dit contract te kunnen sluiten.”

“De federale commissie rechten van de patiënt herinnert eraan dat een arts enkel toegang mag hebben tot de gezondheidsgegevens van een patiënt indien hij effectief een therapeutische relatie heeft met die patiënt en indien deze toegang enkel betrekking heeft op de elementen die absoluut noodzakelijk zijn voor de tussenkomst van de arts.”

Net zoals de Nationale Raad is de federale commissie rechten van de patiënt van oordeel dat, wat de huisarts betreft, het globaal medisch dossier (GMD) een AANWIJZING kan zijn voor een therapeutische relatie . Het is op basis van dit argument dat de Nationale Raad meent dat de GMD-houder de patiënt kan verzoeken zich te laten inenten tegen griep, hem kan sensibiliseren of motiveren voor een preventieve opsporing van borstkanker of, in het recente advies, hem de preventieve check up kan herinneren. Deze door het GMD geleverde aanwijzing van een stabiele zorgrelatie wordt nog versterkt door de recente zorgtrajecten betreffende patiënten met diabetes type II of met chronische nierinsufficiëntie in stadium III. In deze procedure bestaat er namelijk een geschreven samenwerkingsovereenkomst tussen de patiënt, de huisarts en de specialist. Dit is een nieuw aspect van de zorgrelatie.

*Prof. dr. Georges RORIVE
Hoofdredacteur*

VERGADERINGEN VAN DE NATIONALE RAAD VAN 16 JANUARI, 20 FEBRUARI, 6 MAART EN 27 MAART 2010

- Voorstellen tot wijziging van de wet van 26 juni 1990 op de bescherming van de persoon van de geesteszieke (16/01/2010)
- Professionele vennootschap tussen een tandarts en een stomatoloog (16/01/2010)
- Medische beeldvorming – Afschrift van resultaten (16/01/2010)
- Klinische biologie – Afschrift van resultaten (16/01/2010)
- Geestelijke gezondheidszorg - Decreet van 3 april 2009 (16/01/2010)
- Vermoeden van kindermoord – Beroepsgeheim (06/02/2010)
- Cumuleren van de functie van geneesheer-specialist in de acute geneeskunde met deze van huisarts (06/02/2010)
- Relatie hoofdarts/ombudsfunctie (06/02/2010)
- Medische zorg verstrekt aan minderjarigen – Instemming van beide ouders (06/02/2010)
- Testen voor leeftijdsbepaling bij niet-begeleide minderjarige vreemdelingen (20/02/2010)
- Inspuiten van DHBP bij niet-psychotische vreemdelingen in gesloten centra (20/02/2010)
- Keuze van de vertrouwenspersoon (20/02/2010)
- Reanimatie bij extreem vroeg geboren kinderen (20/02/2010)
- Samenwerking tussen de medische dienst van een opvangcentrum beheerd door Fedasil met de reguliere bevolkingswachtdienst (06/03/2010)
- Uitvoering van epileerbehandeling met laser of flitslamp (06/03/2010)
- Rol van de pluridisciplinaire antibiotherapiebeleidsgroep (06/03/2010)
- Vermelding van het specialisme op de website van de Nationale Raad van de Orde der geneesheren (06/03/2010)
- Families in illegaal verblijf - Convenant tussen het ministerie van Binnenlandse Zaken en artsen (27/03/2010)
- Huisarts in opleiding (HAIO) – Huishoudelijk Reglement van de VZW SUI (27/03/2010)
- Goedkeuring van contract tussen stagemeeester en HAIO – Bevoegdheid van de provinciale raad (27/03/2010)
- Uitnodiging van patiënten voor een preventieve check-up door huisarts (27/03/2010)
- Deontologische aspecten van de zorgtrajecten (27/03/2010)

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

Voorstellen tot wijziging van de wet van 26 juni 1990 op de bescherming van de persoon van de geesteszieke

(16/01/2010)

TREFWOORDEN :

Psychiatrie

DOCUMENTNAAM :

a129001n

Een provinciale raad vraagt het advies van de Nationale Raad over het reflectiedocument afkomstig van het Overlegplatform Geestelijke Gezondheid Gebied Brussel-Hoofdstad betreffende de wet van 26 juni 1990 op de bescherming van de persoon van de geesteszieke.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 16 januari 2010, besprak de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw brief van 28 mei 2009.

Een werkgroep van het Overlegplatform Geestelijke Gezondheid Gebied Brussel-Hoofdstad VZW heeft voorstellen uitgewerkt

tot wijziging van de wet van 26 juni 1990 op de bescherming van de persoon van de geesteszieke (wet op de dwangopname die de collocatiewet vervangen heeft). De werkgroep vergaderde 24 maal tussen 2004 en 2006 onder het voorzitterschap van de heer Oscar Vandemeulebrouke, advocaat-generaal emeritus van het Hof van Beroep van Brussel, die hierover een omstandig artikel geschreven heeft in het Tijdschrift van de vrederechters (1).

U hebt hem de voorstellen van de werkgroep voor advies voorgelegd.

Het advies van de Nationale Raad beperkt zich tot de deontologische implicaties en krachtlijnen van de voorstellen tot wijziging van de wet van 26 juni 1990.

De Nationale Raad onderschrijft het uitgangspunt van de werkgroep dat de basisprincipes van deze wet goed zijn en niet in vraag gesteld worden. De voorgestelde wijzigingen zijn ingegeven door de 20 jaar opgedane ervaring met de toepassing van de wet in Brussel en de evolutie van de geestelijke gezondheidszorg.

1/ Krachtens artikel 2 mogen enkel beschermingsmaatregelen worden genomen ten aanzien van de geesteszieke indien hij zijn gezondheid en zijn veiligheid ernstig in gevaar brengt of indien hij een ernstige bedreiging vormt voor andermans leven of integriteit. De werkgroep stelt voor om het gevaarlijkheids criterium uit te breiden naar een bedreiging van de goederen en dit niet langer te beperken tot de bescherming van de fysieke integriteit van personen (zieke of derden). De Nationale Raad stelt zich de vraag of deze nieuwe mogelijkheid voor een ruimere toepassing van de dwangopname wel in verhouding staat met het vrijheidsberovende karakter van de dwangopname. Ernstige aantastingen van de goederen, brand bij voorbeeld, brengen doorgaans het leven van mensen in gevaar en kunnen nu al op grond van het bestaande artikel 2 weerhouden worden. De Nationale Raad vreest dat deze ruimere toepassing van de wet naar de goederen toe meer problemen oproept dan er oplost.

2/ De werkgroep adviseert een meer nauwkeurige omschrijving van de inhoud van het 'omstandig geneeskundig verslag' voorzien door de wet. Hierbij dient rekening gehouden te worden met de urgentie en omstandigheden van het medisch onderzoek. De Nationale Raad kan niet instemmen met de verplichte toevoeging van familiale gegevens. De afwezigheid ervan mag in geen geval een reden zijn voor de nietigverklaring van de procedure.

3/ Artikel 5, § 2, wordt grondig gewijzigd door voortaan aan te nemen dat het omstandig geneeskundig verslag wel opgesteld mag worden door een arts verbonden aan de psychiatrische dienst waar de patiënt zich bevindt. De Nationale Raad meent dit voorstel negatief te moeten adviseren. De arts die de medische documenten invult om de procedure voor dwangopname op te starten mag niet de behandelende arts van de patiënt worden eens hij gedwongen opgenomen is, noch verbonden zijn aan de dienst die diezelfde patiënt zal behandelen. In zijn advies van 18 augustus 2001 (2) stelt de Nationale Raad vast dat vrederechters er uiteenlopende interpretaties op nahouden wat betreft de draagwijdte van 'op enigerlei wijze verbonden zijn aan de dienst waar de zieke zich bevindt'. Een wetswijziging zou dit punt moeten verduidelijken.

4/ Het voorstel om de patiënt te laten bijstaan door een arts die niet noodzakelijk een psychiater dient te zijn (artikelen 7 & 3), kan aangenomen worden aangezien de medische documenten om de procedure op te starten evenmin de tussenkomst van een psychiater vereisen.

5/ Bij dringendheid (artikel 9) kan de procureur een patiënt laten opnemen in een psychiatrische dienst na het schriftelijk 'advies' (dus geen 'omstandig geneeskundig verslag') van een door hem aangewezen arts. De werkgroep stelt voor om het omstandig geneeskundig verslag verplicht te maken in alle gevallen van spoedprocedure en om dit mogelijk te maken kan de procureur des Konings eisen dat de zieke opgenomen wordt in een spoedgevallendienst die hij aanwijst voor geneeskundige observatie gedurende maximaal 24 uren. Mede op basis van het opgesteld omstandig geneeskundig verslag tijdens die opnameperiode kan de procureur des Konings een beter gemotiveerde beslissing nemen ter observatie. Hij kan zijn beslissing 24 uren uitstellen om de patiënt grondig te laten onderzoeken vooraleer te besluiten tot een gedwongen opname. De begeleider de brief van de voorzitter van het Brusselse platform zegt dat nagenoeg 50% van de aanvragen voor dwangopname negatief geadviseerd worden. Het voorstel kan bijdragen tot een betere toepassing van de wet en moet getoetst worden aan de plaatselijke omstandigheden.

6/ De werkgroep stelt terecht voor om de titel van hoofdstuk III van de wet, namelijk 'verpleging in een gezin', te vervangen door 'verpleging in een aangepast leefmilieu'. Alleen het gezin in acht nemen als verplegingsmogelijkheid is te beperkend en het is wenselijk dat andere mogelijkheden in aanmerking kunnen worden genomen zoals homes, rusthuizen of andere verblijfsmogelijkheden in de maatschappij.

7/ De werkgroep stelt belangrijke wijzigingen voor van het artikel 23 dat de mogelijkheid voorziet van een gedwongen plaatsing in een aangepast milieu in plaats van een opname ter observatie in een psychiatrische dienst. De behandeling in de maatschappij van psychiatrische patiënten krijgt een toenemende voorkeur boven een residentiële behandeling in psychiatrische ziekenhuizen. Het is wenselijk om de mogelijkheden van een gedwongen verblijf buiten een ziekenhuisdienst wettelijk te regelen op een aangepaste wijze. Het huidige voorstel is een aanzet daartoe.

Overige commentaren over deze wetswijzigingsvoorstellen:

Na 20 jaar toepassing van de wet is duidelijk gebleken dat de spoedprocedure de regel is en dat de gewone procedure de uitzondering is. Bij de herziening van de wet zou het accent naar deze spoedprocedure moeten verschoven worden.

Er zou ook een registratie moeten voorzien worden van de toepassing van de wet op het terrein om een latere evaluatie en bijsturing ervan mogelijk te maken.

Dit voorstel werd uitgewerkt vanuit de ervaring in Brussel. Er moet nagegaan worden of dit overeenstemt met de ervaring die elders werd opgedaan.

(1) O. Vandemeulebrouke, « La loi du 26 juin 1990 relative à la protection des malades mentaux », *Tijdschrift van de vrederechters*, Die Keure, 2008, pp. 379-392.

(2) Omstandig geneeskundig verslag met het oog op de bescherming van de persoon van de geesteszieke, 18 augustus 2001, *TNR*, 94, p. 4.

Voor het overige onderschrijft de Nationale Raad de opmerkingen van de brief van de voorzitter van het Overlegplatform Geestelijke Gezondheid Gebied Brussel-Hoofdstad betreffende de ontoereikende financiële regeling van medische activiteiten verbonden aan deze procedure.

Professionele vennootschap tussen een tandarts en een stomatoloog

(16/01/2010)

TREFWOORDEN :

Tandheelkunde – Vennootschappen (Professionele-)

DOCUMENTNAAM :

a129002n

Een jurist van het Vlaams Artsensyndicaat vraagt of de oprichting van een groepspraktijk bestaande uit tandartsen en een stomatoloog toegelaten is door de Orde van geneesheren.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 16 januari 2010 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw schrijven van 14 augustus 2009 onderzocht in verband met een verzoek om advies van mevrouw I. Dreezen, juriste van het Vlaams Artsensyndicaat, inzake het opstarten van een groepspraktijk bestaande uit tandartsen en een stomatoloog.

De Nationale Raad is van oordeel dat zijn adviezen van 12 december 1987 en 18 juni 1994, waarin hij stelde dat een professionele associatie onder de vorm van een professionele vennootschap tussen een tandarts en een stomatoloog niet aanvaardbaar is, van toepassing blijven.

Bijlagen : Adviezen van 12 december 1987 en van 18 juni 1994

Medische beeldvorming – Afschrift van resultaten

(16/01/2010)

TREFWOORDEN :

Dossier (Medisch-) – Radiografie

DOCUMENTNAAM :

a129003n

Op 21 februari 2009 verleende de Nationale Raad een advies aangaande de vraag van een patiënt aan de klinisch bioloog om een afschrift te verkrijgen van het resultaat van zijn biologische onderzoeken (Tijdschrift van de Nationale Raad, nr. 125, a125008). Een provinciale raad vraagt of dit advies ook toepasbaar is op de medische beeldvorming.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn zitting van 16 januari 2010 besprak de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw schrijven van 25 maart 2009 betreffende de vraag of het advies van de Nationale Raad "Klinische biologie – Afschrift van resultaten" van 21 februari 2009 ook toepasselijk is op de medische beeldvorming.

De Nationale Raad is van mening dat dit advies inderdaad van toepassing is op de medische beeldvorming.

De Nationale Raad meent immers dat in beide gevallen op deontologisch vlak dezelfde redenering dient te worden gevolgd en hetzelfde standpunt dient te worden ingenomen.

Klinische biologie – Afschrift van resultaten

(16/01/2010)

TREFWOORDEN :

Biologie (Klinische-) – Dossier (Medische-)

DOCUMENTNAAM :

a129004n

Naar aanleiding van verschillende reacties van artsen-klinische biologen preciseert de Nationale Raad zijn advies van 21 februari 2009 betreffende het rechtstreeks overhandigen van een afschrift van de resultaten van klinische biologie aan de patiënt die erom verzoekt.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 16 januari 2010 besprak de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw brief van 18 mei 2009.

In zijn advies 'Klinische biologie – Afschrift van resultaten' van 21 februari 2009 vindt de Nationale Raad het, om de er in uiteengezette redenen, aangewezen dat het afschrift van het resultaat van de biologische onderzoeken aan de patiënt overhandigd wordt via de behandelende arts die het onderzoek voorschreef.

Daarbij trekt de Nationale Raad geenszins het recht van de patiënt op een afschrift van zijn resultaten in twijfel of velt hij in geen geval een oordeel ten aanzien van de arts-klinisch bioloog.

Indien de arts-klinisch bioloog van mening is dat de bezwaren die de Nationale Raad in zijn advies maakt niet van toepassing zijn op de voorliggende omstandigheden, komt het hem toe zelf gevolg te geven aan het verzoek om een afschrift.

Geestelijke gezondheidszorg - Decreet van 3 april 2009

(16/01/2010)

TREFWOORDEN :

Geestelijke gezondheidszorg - Psychiatrie

DOCUMENTNAAM :

a129005n

De Nationale Raad maakt aan de minister van Gezondheid, Sociale Actie en Gelijke Kansen van de Waalse Regering zijn opmerkingen over met betrekking tot het decreet van het Waalse Gewest van 3 april 2009 houdende erkenning van de diensten voor geestelijke gezondheidszorg en van de referentiecentra inzake geestelijke gezondheidszorg met het oog op de toekenning van subsidies.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 16 januari 2010 besprak de Nationale Raad het decreet van 3 april 2009 betreffende de erkenning van de diensten voor geestelijke gezondheidszorg en de erkenning van de referentiecentra voor geestelijke gezondheidszorg met het oog op de toekenning van subsidies (Belgisch Staatsblad van 30 april 2009, p. 34551).

Hij maakt de volgende opmerkingen.

1- De Nationale Raad vraagt zich af wat de reikwijdte zal zijn van de controle door de regering op de therapeutische aanpak, zoals die voortvloeit uit artikel 4 van het decreet. Hij wenst te vernemen of en in welke mate de therapeutische keuzes van de arts erdoor zullen worden beïnvloed.

2- Het decreet had dienen te preciseren dat de therapeutische directie en het team zich kunnen verzetten tegen de inhoud van het therapeutisch plan om ethische en deontologische redenen, opdat de in artikel 22 herinnerde therapeutische vrijheid echt zou kunnen worden gerespecteerd.

3- Artikel 23, § 3, keert de verantwoordelijkheden van de therapeutisch en de administratief directeur om in die zin dat het bepaalt : *"In samenwerking met de therapeutische directie waakt de administratief directeur over de continuïteit en de kwaliteit van de zorg."*

De therapeutisch directeur dient te worden gesterkt in zijn medische verantwoordelijkheden. Hij moet de verantwoordelijkheid toegewezen krijgen voor de goede organisatie en de invoering van het geestelijke gezondheidsplan en voor de continuïteit en de kwaliteit van de zorg; bij deze opdrachten dient hij te worden bijgestaan door de administratief directeur die moet waken over de administratieve en technische coördinatie en over de toepassing van het arbeidsreglement.

4- Artikel 32 legt de termijn voor de bewaring van de individuele dossiers vast op minstens tien jaar na afsluiting ervan, onverminderd andere wetsbepalingen. Het medisch ziekenhuisdossier moet dertig jaar worden bewaard (art. 1, § 3, van het koninklijk besluit van 3 mei 1999 houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het medisch dossier, bedoeld in artikel 15 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, moet voldoen). Artikel 46 van de Code van geneeskundige plichtenleer bepaalt dezelfde termijn van dertig jaar voor de bewaring van het medisch dossier.

De Nationale Raad meent dat de bewaringstermijn van tien jaar voor het dossier van de geestelijke gezondheidsdienst ongepast is, tenminste wat het medische gedeelte ervan betreft.

Bovendien dient duidelijk te worden voorzien dat, hoewel de verantwoordelijkheid voor de bewaring van het dossier bij de administratief directeur ligt - zoals wordt bepaald in dit artikel -, deze geen toegang heeft tot de medische inhoud van het dossier.

5- De deelname van rechtswege van de therapeutisch directeur aan de adviesraad had dienen te worden vastgelegd, net zoals wordt bepaald (artikel 40) dat de administratief directeur, indien hij niet is aangewezen als vertegenwoordiger van de organiserende instantie, wordt uitgenodigd op de vergaderingen van de adviesraad.

6- De tekst bepaalt niets met betrekking tot de eerbiediging van het medisch geheim in het kader van de controle a posteriori (art. 75). Er zouden waarborgen in dit verband dienen te worden geboden.

7- Het decreet bepaalt niet welke de door de regering aangewezen diensten zijn om de kwalitatieve beoordeling uit te voeren (art. 75) noch wat de samenstelling is van de referentiecentra. Aangezien het decreet (art. 24) de therapeutische directie van de dienst voor geestelijke gezondheidszorg uitsluitend toewijst aan een arts van de dienst voor geestelijke gezondheidszorg, meent de Nationale Raad dat de kwalitatieve beoordeling van de werkzaamheden ervan eveneens de taak van een arts dient te zijn.

8- Tot slot acht de Nationale Raad het zinvol dat zou worden voorzien in de oprichting van een medische raad binnen de diensten voor geestelijke gezondheidszorg.

De Nationale Raad is van oordeel dat wezenlijke verbeteringen zouden kunnen worden aangebracht in het decreet. Bovendien zou hij het op prijs stellen dat bij het opstellen van de uitvoeringsbesluiten rekening zou worden gehouden met de bovenstaande opmerkingen. Hij staat tot uw dienst voor elke gedachtewisseling die u hieromtrent zinvol acht.

Vermoeden van kindermoord - Beroepsgeheim

(06/02/2010)

TREFWOORDEN :

Beroepsgeheim – Getuigenis in rechte

DOCUMENTNAAM :

a129008n

In het kader van een door een onderzoeksrechter ingesteld onderzoek naar aanleiding van het aantreffen van het levenloos lichaam van een tot op heden niet-geïdentificeerd pasgeboren kind neemt de onderzoeksrechter zich voor aan een aantal geneesheren een brief te richten om hem alle voor het onderzoek nuttige gegevens, waaronder de identiteit van de moeder, te doen kennen. Hij raadpleegt in dit verband de Nationale Raad van de Orde der geneesheren.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 6 februari 2010 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw brief besproken van 23 november 2009 betreffende een onderzoek binnen het artsenkorps.

De Nationale Raad verwijst naar artikel 458 van het Strafwetboek en naar de artikelen 55 en 58 van de Code van geneeskundige plichtenleer, waarvan een kopie als bijlage, alsook naar het artikel 63 van deze Code volgens hetwelk *de voor de gerechtelijke overheid gedagvaarde geneesheer mag weigeren getuigenis af te leggen over door het beroepsgeheim gedekte feiten, door zich te beroepen op dit beroepsgeheim.*

In een arrest van 12 april 1976 (Pas. 1976, I, p. 900) heeft het Hof van Cassatie geoordeeld dat de persoon die **door een onderzoeksrechter** wordt gevraagd hem een mondelinge **of schriftelijke** verklaring af te leggen, in de betekenis van artikel 458 van het Strafwetboek wordt opgeroepen om een getuigenis in rechte af te leggen.

Wij sturen u bijgaand een nota die door prof. dr. jur. Nys werd opgesteld toen hij deel uitmaakte van de juridische dienst van de Nationale Raad, over **Getuigenis in rechte en medisch beroepsgeheim** (TNR nr. 36, p.53).

De Nationale Raad heeft niet de taak zich te mengen in de onderzoeksverrichtingen die u zinvol acht voor het onderzoek in kwestie.

Rekening houdend met de wettelijke en deontologische voorschriften, de rechtspraak en de rechtsleer, dient de opgeroepen arts in eer en geweten te oordelen welk gevolg hij geeft aan de oproeping : getuigenis afleggen of zich beroepen op zijn zwijgplicht.

De Nationale Raad verzoekt u aan de aan geneesheren met het gezegde oogmerk toegestuurde brieven een kopie van huidig schrijven te willen toevoegen.

Cumuleren van de functie van geneesheer-specialist in de acute geneeskunde met deze van huisarts

(06/02/2010)

TREFWOORDEN :

Huisarts – Spoedgevallen

DOCUMENTNAAM :

a129011n

Een provinciale raad vraagt aan de Nationale Raad of een arts zijn/haar erkenning van huisarts verliest op het ogenblik dat hij/zij een erkenning als geneesheer-specialist in de acute geneeskunde bekomt.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn zitting van 6 februari 2010 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw schrijven van 4 mei 2009 onderzocht betreffende artikel 7, § 2, van het ministerieel besluit van 14 februari 2005 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten houders van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde, van geneesheren-specialisten in de urgentiegeneskunde en van de geneesheren-specialisten in de acute geneeskunde, alsook van de stagemeeesters en stagediensten in deze disciplines.

Krachtens artikel 4, § 1, van het ministerieel besluit van 30 april 1999 betreffende de vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeeesters en stagediensten kan de erkende geneesheer-specialist uitsluitend zijn specialisme uitoefenen.

De Nationale Raad is van oordeel dat een geneesheer-specialist in de acute geneeskunde deze functie niet mag cumuleren met deze van huisarts.

Relatie hoofdarts/ombudsfunctie

(06/02/2010)

TREFWOORDEN :

Hoofdarts – Ombudsfunctie – Ziekenhuizen

DOCUMENTNAAM :

a129012n

De Nationale Raad heeft de analyse van de deontologische aspecten van de functie van hoofdarts voortgezet.

De wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, en het koninklijk besluit van 15 december 1987 houdende uitvoering van de artikels 13 tot en met 17 van de wet op de ziekenhuizen, zoals gecoördineerd door het koninklijk besluit van 7 augustus 1987 (1), bepalen de rol en de taken van de hoofdarts.

De wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt en het koninklijk besluit van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in de ziekenhuizen moet voldoen bepalen die van de ombudspersoon.

De hoofdarts is gelast met de organisatorische leiding van het medisch departement.

De ombudspersoon is onder meer gelast klachten te voorkomen of in geval van klacht te bemiddelen (zie artikel 11, §§ 1 en 2).

De wet (2) heeft, in geval van klacht van een patiënt, geen bemiddelingsopdracht toegekend aan de hoofdarts. Integendeel, hij stelt dat de twee functies onvereenigbaar zijn en benadrukt dat de rol en de taken van beide actoren duidelijk gescheiden zijn.

De wet (3) vereist neutraliteit, onpartijdigheid en onafhankelijkheid van de ombudspersoon in de uitoefening van zijn functie.

Hoewel de hoofdarts een brugfunctie vervult tussen het bestuur van het ziekenhuis en de medische staf, blijft hij wegens het mandaat dat hem door het bestuur werd toegekend, "partij" ten overstaan van de patiënt.

Zowel de hoofdarts als de ombudspersoon dienen het beroepsgeheim te respecteren.

Hiermee rekening houdende is de Nationale Raad van mening dat de hoofdarts niet kan eisen en evenmin kan aanvaarden dat de ombudspersoon hem systematisch zou inlichten over klachten.

De onvereenigbaarheid van de twee functies betekent niet dat de hoofdarts en de ombudspersoon geen overleg zouden kunnen plegen.

Zo kan de ombudspersoon de hoofdarts raadplegen teneinde de informatie te bekomen die hij nodig heeft om een klacht te behandelen of algemene informatie over de gang van zaken in het medisch departement.

In geval van herhaalde tekortkomingen door een ziekenhuisarts of van structurele nalatigheden, die de zorgverlening en de organisatie ervan ernstig in het gedrang brengen of kunnen brengen kan de ombudspersoon, in overeenstemming met artikel 11, § 2, 5°, van de wet (4), de hoofdarts inlichten.

De ombudspersoon maakt zijn jaarverslag, waarin hij de nodige aanbevelingen doet, over aan de hoofdarts (5).

Bovendien kan de ombudspersoon, geconfronteerd met zwaarwichtige feiten die de patiënten of de goede werking van de instelling in gevaar kunnen brengen, zich beroepen op de noodtoestand om de hoofdarts in te lichten.

Het is niet uitgesloten dat de patiënt zelf zich met zijn klacht zou richten tot de hoofdarts. De patiënt kan immers rechtstreeks contact opnemen met de hoofdarts, ofwel kan de ombudspersoon, tot wie de patiënt zich eerst richtte en daarbij om tussenkomst van de hoofdarts verzocht, de patiënt meedelen dat de patiënt zelf de hoofdarts dient te contacteren.

De Nationale Raad is van mening dat in die omstandigheden de hoofdarts kan overwegen:
ofwel, gelet op de zwaarwichtigheid van de klacht en gelet op zijn organisatorische verantwoordelijkheden, zelf de zaak te behandelen,
ofwel de patiënt terug te verwijzen naar de ombudspersoon.

Wanneer een bemiddeling geen oplossing biedt, informeert de ombudspersoon de klager nopens andere beschikbare verhaal-mogelijkheden (6).

Medische zorg verstrekt aan minderjarigen – Instemming van beide ouders

(06/02/2010)

TREFWOORDEN :

Consent (Fully Informed-) – Minderjarigen – Patiëntenrechten

DOCUMENTNAAM :

a129013n

Ten overstaan van een toenemend aantal klachten van gescheiden ouders zonder wier medeweten onomkeerbare en niet-dringende zorg aan hun kind werd verstrekt, vraagt een provinciale raad of de artsen niet aangeraden zouden dienen te worden met de grootste omzichtigheid te werk te gaan in dit soort situaties.

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

(2) Artikel 3 van het koninklijk besluit van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in de ziekenhuizen moet voldoen.

(3) Artikel 3 van het koninklijk besluit van 8 juli 2003.

(4) Artikel 11, § 2, 5°, van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

(5) Artikel 9 van het koninklijk besluit van 8 juli 2003.

(6) Artikel 11, § 2, 3°, van de wet van 22 augustus 2002 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in de ziekenhuizen moet voldoen.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 6 februari 2010 heeft de Nationale Raad uw brief van 7 juli 2009 onderzocht betreffende het probleem van de instemming van beide ouders van een minderjarig kind met het verstrekken van onomkeerbare en niet-dringende zorg aan hun kind.

1. De uitoefening van het ouderlijk gezag bij de zorgverstrekking aan een kind maakte reeds het voorwerp uit van meerdere adviezen van de Nationale Raad, waarvan u als bijlage een kopie zal vinden.

- Advies van 21 maart 2009, Niet samenlevende ouders – artskeuze (TNR nr. 125, p. 10);
- Advies van 19 januari 2008, Recht op informatie over de gezondheidstoestand van een kind voor een ouder die het ouderlijk gezag niet uitoefent. (TNR nr. 119 p. 7);
- Advies van 18 oktober 1997, De arts en de kinderen van niet-samenlevende ouders (TNR nr. 119, p. 25);
- Advies van 16 november 1996, De arts en de kinderen van niet-samenlevende ouders en de gewijzigde wetgeving terzake (TNR nr. 76, p. 20).

2. Beide ouders - al dan niet samenlevend – oefenen gezamenlijk het ouderlijk gezag uit over hun kind tenzij een gerechtelijke beslissing de uitoefening ervan geheel of gedeeltelijk aan één van hen heeft toevertrouwd (artikelen 373 en 374 van het Burgerlijk Wetboek).

Ten opzichte van derden die te goeder trouw zijn, wordt elke ouder geacht met het akkoord van de andere ouder te handelen wanneer hij, alleen, een handeling stelt die met dit (ouderlijk) gezag verband houdt, behoudens de bij de wet bepaalde uitzonderingen (artikel 373, alinea 2, van het Burgerlijk Wetboek).

Aanvullend bij de hoger genoemde adviezen beveelt de Nationale Raad, in geval van onomkeerbare en niet-dringende zorg verstrekt aan een kind, aan dat de arts die wordt geraadpleegd door één van de ouders, zelfs al kan hij zich beroepen op het vermoeden zoals voorzien in artikel 373, al. 2, van het Burgerlijk Wetboek, voorzichtigheid aan de dag zou leggen en pogen de instemming van beide ouders te verkrijgen.

Ingeval aan de arts ter kennis wordt gebracht dat er onenigheid is tussen de ouders, verwijst de Nationale Raad naar zijn advies van 16 november 1996, punt 2, a van desbetreffend advies.

Indien de minderjarige niet in staat wordt geacht tot een redelijke beoordeling van zijn belangen, zal de arts alles in het werk stellen om de instemming van beide ouders te verkrijgen, eventueel door terug te grijpen naar het advies van een confrater of door middel van multidisciplinair overleg.

Indien de onenigheid aanhoudt, kan elk van de ouders het geschil aan het oordeel van de jeugdrechter onderwerpen.

Alle elementen omtrent de genomen beslissing dienen te worden opgenomen in het medisch dossier.

3. In geval van urgentie primeert het belang van het kind op de onenigheid tussen de ouders.

Overeenkomstig artikel 15, § 2, van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, mag de arts in het kader van een multidisciplinair overleg van de door de ouders genomen beslissing afwijken in het belang van de patiënt en teneinde een bedreiging van diens leven of een ernstige aantasting van diens gezondheid af te wenden.

4. Indien de minderjarige in staat wordt geacht tot een redelijke beoordeling van zijn belangen (overeenkomstig zijn leeftijd en maturiteit), mag hij zelf beslissen de voorgestelde zorg al dan niet te aanvaarden (artikel 12 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.)

Testen voor leeftijdsbepaling bij niet-begeleide minderjarige vreemdelingen

(20/02/2010)

TREFWOORDEN :

Consent (Fully Informed-) – Expertise – Minderjarigen – Radiografie

DOCUMENTNAAM :

a129015n

Een provinciale raad legt aan de Nationale Raad een vraag voor met betrekking tot de medische test van de Dienst Voogdij, toegevoegd aan de Federale Overheidsdienst Justitie, met het oog op het bepalen van de leeftijd van niet-begeleide minderjarige vreemdelingen.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

Betreft : uw brief van 19 december 2008 betreffende de testen voor leeftijdsbepaling bij niet-begeleide minderjarige vreemdelingen

In zijn vergadering van 20 februari 2010 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren de vragen geanalyseerd van professor X betreffende de leeftijdsbepalingstest die uitgevoerd wordt bij niet-begeleide minderjarige vreemdelingen.

Een leeftijdsbepalingstest kan uitgevoerd worden in verschillende omstandigheden en voor verschillende doeleinden. In het voorliggende geval is de context waarin de vraag van professor X past de volgende.

België heeft een bijzondere regeling ingevoerd voor de wettelijke vertegenwoordiging en bijstand van niet-begeleide minderjarige vreemdelingen (NBMV), de Voogdij (programmawet van 24 december 2002 (I) (art. 479) - Titel XIII – Hoofdstuk VI : Voogdij over niet-begeleide minderjarige vreemdelingen).

De voogd begeleidt en vertegenwoordigt de minderjarige tijdens zijn verblijf in België, bij de administratieve stappen die hij onderneemt (zijn verblijfsstatuut, zijn asielpprocedure), bij zijn opvang, zijn huisvesting, zijn scholing, zijn recht op maatschappelijke hulp van een OCMW, zijn recht op kinderbeslag, ... Zijn opdracht bestaat erin de minderjarige te helpen bij alle stappen die hij onderneemt en bij het formuleren van een toekomstproject. De minderjarige is niet langer alleen en kan zo, met de hulp van een vertrouwenspersoon, het hoofd bieden aan de verschillende administratieve hindernissen (die vaak lastig en onaangepast zijn aan zijn leeftijd en aan wat hij meegemaakt heeft) en aan de hindernissen van het dagelijkse leven waarmee hij geconfronteerd zal worden.

Deze wet past in het kader van de Resolutie van de Raad van de Europese Unie van 26 juni 1997 inzake niet-begeleide minderjarige onderdanen van derde landen, van het Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden en van het Verdrag van de Verenigde Naties inzake de Rechten van het Kind, inzonderheid de artikelen 2 en 3 met betrekking tot de non-discriminatie en het hoogste belang van het kind.

Met betrekking tot het verblijf, bovenop de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, organiseert de ministeriële omzendbrief van 15 september 2005 betreffende de toegang tot het grondgebied van niet-begeleide minderjarige vreemdelingen een bijzondere procedure voor de NBMV waarbij gestreefd wordt naar een duurzame oplossing voor de NBMV die zich op het grondgebied bevindt en waarbij erop toegezien wordt dat deze oplossing in overeenstemming is met het belang van het kind en met de eerbiediging van zijn fundamentele rechten

De NBMV is iedere persoon die jonger dan 18 jaar lijkt te zijn of verklaart dat hij jonger is dan 18 jaar, en die :
niet begeleid is door een persoon die het ouderlijk gezag of de voogdij over hem uitoefent krachtens de wet die van toepassing is overeenkomstig artikel 35 van de wet van 16 juli 2004 houdende het Wetboek van internationaal privaatrecht;
onderdaan is van een land dat geen lid is van de Europese Economische Ruimte (E.E.R.);
en die zich in een van de volgende situaties bevindt :
hetzij de erkenning van de hoedanigheid van vluchteling vraagt;
hetzij niet voldoet aan de voorwaarden tot toegang en verblijf op het grondgebied vastgelegd bij wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (artt. 1 en 5 van de Programmawet van 24 december 2002).

Het statuut van NBMV hangt af van het vervullen van deze voorwaarden, waaronder de voorwaarde van minderjarigheid. De minderjarigheid kan langs elke weg aangetoond worden, maar in geval van twijfel bepaalt de wet dat een beroep gedaan dient te worden op een medische test teneinde een objectief bewijs te verkrijgen.

De medische test die de dienst Voogdij gekozen heeft en die overigens dezelfde is als die welke in andere omstandigheden uitgevoerd wordt door het Parket, wordt doorgaans de drievoudige test genoemd. Hij bestaat in het maken van drie radiografieën : orthopantomogram (foto van het gehele gebit), radiografie van de pols en radiografie van het sleutelbeen.

De verwezenlijking van de drie onderzoeken doet de ethische vraag rijzen van het gebruik van X-stralen voor niet-medische doeleinden en in het bijzonder voor gerechtelijk-geneeskundige doeleinden. Voorts doet ze de vraag rijzen van het gebruik van wetenschappelijke parameters voor juridische doeleinden.

De Nationale Raad maakt de volgende bemerkingsen in dit verband.

X-stralen zijn ioniserende stralen die een gevaar voor de gezondheid kunnen inhouden. In het voorliggende geval is het gevaar miniem indien de regels van goede praktijkvoering nageleefd worden.

Bestraling mag slechts toegepast worden met de nodige omzichtigheid, vooral bij een jonge persoon. Ze dient zo laag en kort mogelijk gehouden te worden en dient in overeenstemming te zijn met de richtlijnen van radioprotectie. Ze mag niet nutteloos herhaald worden.

De interpretatie van een röntgenfoto is geen onfeilbare methode om de leeftijd van een persoon te bepalen.

Voor deze interpretatie is een bijzondere expertise vereist.

De techniek van de botleeftijdsoepaling laat enkel toe de leeftijd van het skelet vast te stellen; het overeenstemmen met de burgerlijke leeftijd van de persoon is een diagnostische beoordeling.

Verschillende factoren (etnische, genetische, endocrinische, sociaal-economische, nutritionele, medische, ...) kunnen de groei van een individu beïnvloeden.

De tabellen voor de botleeftijdsoepaling die als referentie dienen, zijn opgemaakt op grond van een bepaalde bevolking; de meest gebruikte zijn gebaseerd op de westerse blanke bevolking. Opdat de verwijzing relevant zou zijn, dient de persoon op wie ze toegepast worden tot dezelfde bevolking te behoren.

De dentale criteria hangen in het bijzonder af van de etnische oorsprong en van het sociaal-economisch en nutritioneel niveau van het individu.

Voorts schuilt een moeilijkheid in de reproduceerbaarheid van de interpretatie van de onderzoeken tussen de verschillende deskundigen.

Schatting houdt altijd een onnauwkeurigheidfactor in en kan bijgevolg slechts leiden tot een betrouwbaarheidsinterval. Twijfel moet altijd uitvallen in het voordeel van de persoon die verklaart minderjarig te zijn.

Blootstelling aan ioniserende stralen is ethisch gezien slechts gerechtvaardigd wanneer ze meer voordelen biedt dan nadelen.

De dienst Voogdij moet het belang van de leeftijdsbepaling bij benadering afwegen tegen het, zij het minieme, gevaar dat de

verwezenlijking ervan schade toebrengt aan de gezondheid van het individu.

De Nationale Raad meent om de hierboven uiteengezette redenen dat de andere indicatoren die leeftijdsbepaling van het individu mogelijk maken niet verwaarloosd mogen worden.

In elk geval mag de test niet uitgevoerd worden zonder de toestemming van de persoon, die de nodige informatie verkregen dient te hebben over het doeleinde, de contra-indicaties en de inherente risico's van de test.

Deze informatie dient te worden verstrekt in een duidelijke en begrijpelijke taal, eventueel door bemiddeling van een tolk.

De toestemming dient uitdrukkelijk gegeven te worden.

Bijstand van een voogd of van een referentpersoon is belangrijk voor de betrokken persoon in dit stadium van de procedure, ofschoon de programmawet van 24 december 2002 bepaalt dat een voogd aangewezen wordt wanneer het statuut van NBMV bewezen is, behalve in uiterst dringende noodzakelijkheid.

De onderzoeker dient te beschikken over de nodige tijd en gunstige omstandigheden om een kwalitatieve test uit te voeren.

Het onderzoek dient uitgevoerd te worden met eerbied voor het individu.

Tot slot heeft de Nationale Raad er geen bezwaar tegen dat het resultaat van de test, zijnde de geschatte leeftijd van het individu, rechtstreeks meegedeeld wordt aan de overheid, maar elk ander gegeven dat aan het licht gekomen is tijdens de test valt onder het beroepsgeheim.

cc. PR Brabant (F)

Inspuiten van DHBP bij niet-psychotische vreemdelingen in gesloten centra

(20/02/2010)

TREFWOORDEN :

Consent (Fully Informed-) – Gedetineerden – Psychiatrie – Vreemdelingen

DOCUMENTNAAM :

a129016n

De directeur van een NGO die zich ontfermt over vluchtelingen en gedwongen migranten stelt vragen aan de Nationale Raad over het gebruik bij vreemdelingen die in gesloten centra verblijven, zonder hun toestemming, dehydrobenzopéridol of DHBP in te spuiten met het doel ze in toom te houden wanneer ze agressief zijn.

Hij wenst de voorwaarden te kennen waaraan deze handelwijze moet voldoen om in overeenstemming te zijn met de geneeskundige plichtenleer.

In de praktijk maakt hij zich zorgen over het al dan niet aanwezig zijn van de arts bij de inspuiting. Hij vraagt zich af of het volgens de wet betreffende de rechten van de patiënt wel kan inspuitingen toe te dienen bij patiënten die geen psychiatrische zieken zijn.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 20 februari 2010 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw brief besproken over het, zonder hun toestemming, inspuiten van DHBP bij niet-psychotische vreemdelingen die in gesloten centra verblijven met het doel ze in toom te houden wanneer ze agressief zijn.

Het koninklijk besluit van 2 augustus 2002 stelt het regime en de werkingsmaatregelen vast, toepasbaar op de plaatsen gelegen op het Belgisch grondgebied, beheerd door de Dienst Vreemdelingenzaken, waar een vreemdeling wordt opgesloten, ter beschikking gesteld van de regering of vastgehouden, overeenkomstig de bepalingen vermeld in artikel 74/8, § 1, van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen.

1. Hoofdstuk II onder Titel III van dit koninklijk besluit definieert het tuchtregime waaraan de bewoner van een gesloten centrum onderworpen is.

De dwangmaatregelen worden nauwgezet en beperkend opgesomd door artikel 104 van het koninklijk besluit dat stelt :

Dwang kan enkel gebruikt worden indien het gedrag van de bewoner een risico vormt voor hemzelf, voor de andere bewoners, voor de personeelsleden of voor de veiligheid, de orde of de goederen van het centrum of van derden. Het gebruik van dwang moet redelijk zijn en in verhouding tot het nagestreefde doel.

Dwangmiddelen zijn geen ordemaatregelen, maar middelen om de bewoner onder controle te krijgen.

De toegelaten dwangmiddelen zijn :

1° de fysieke aansporing;

2° de houdgreep;

3° de hand- en/of voetboeien.

Elk dwangmiddel mag slechts worden gebruikt als het vorige dwangmiddel heeft gefaald.

Het gebruik van dwangmedicatie is een aantasting van de fysieke integriteit van het individu die door de wettekst niet toegelaten is als dwangmiddel.

Artikel 105 bepaalt bovendien dat indien een bewoner door zijn gedrag zijn veiligheid, die van andere bewoners, van de per-

soneelsleden of van het centrum in het gedrang brengt of wanneer hij de goede werking van het centrum in gevaar brengt, kan de centrumdirecteur beslissen dat de bewoner naar een ander centrum of een andere instelling moet worden overgebracht.

2. Artikel 53 van het koninklijk besluit van 2 augustus 2002 vermeldt dat de arts verbonden aan het centrum zijn beroepsautonomie ten opzichte van de centrumdirecteur behoudt. Zijn evaluaties en beslissingen met betrekking tot de gezondheid van de bewoners worden enkel gefundeerd op medische criteria.

Indien de medische dienst meent dat er, om redenen van gezondheid van de gedetineerde, moet overgegaan worden tot een insluiting van DHBP, kan dit slechts gebeuren met de toestemming van de patiënt, in overeenstemming met de wet betreffende de rechten van de patiënt.

Noch in een penitentiaire inrichting noch erbuiten is een dwangbehandeling toegelaten wanneer de patiënt over voldoende psychische vermogens beschikt om de informatie te ontvangen en in te stemmen met de voorgestelde behandeling.

Het is slechts in de uitzonderlijke veronderstelling dat de patiënt niet in staat is zijn rechten zelf uit te oefenen dat het systeem van vertegenwoordiging van de patiënt vastgesteld in artikel 14 van de wet betreffende de rechten van de patiënt toegepast wordt. Indien de patiënt geen vertegenwoordiger aangewezen heeft en indien de persoon aangeduid door de wet niet wenst tussen te komen of ontbreekt, behartigt de betrokken beroepsbeoefenaar, in voorkomend geval in multidisciplinair overleg, de belangen van de patiënt.

Zelfs in deze hypothese wordt de patiënt zoveel mogelijk en in verhouding tot zijn begripsvermogen betrokken bij de uitoefening van zijn rechten.

Wanneer er in een spoedgeval geen duidelijkheid is omtrent de al dan niet aanwezigheid van een voorafgaande wilsuitdrukking van de patiënt of zijn vertegenwoordiger, gebeurt iedere noodzakelijke tussenkomst van de beroepsbeoefenaar onmiddellijk in het belang van de gezondheid van de patiënt (art. 8, § 5, van de wet betreffende de rechten van de patiënt).

De noodzaak en de adequatie van de behandeling met medicijnen toegepast op de patiënt moeten in alle omstandigheden kunnen worden aangetoond.

Het voorschrijven moet voorzichtig gebeuren. Er moet des te meer rekening gehouden worden met de aan de geneesmiddelen verbonden risico's daar in voorkomend geval de antecedenten van de patiënt vaak niet gekend zullen zijn.

De patiënt moet nauwgezet medisch toezicht krijgen.

Tot slot bepaalt artikel 61 van het koninklijk besluit van 2 augustus 2002 dat, indien de arts verbonden aan het centrum van oordeel is dat de geestelijke of lichamelijke gezondheid van de bewoner ernstig geschaad wordt door het voortzetten van de opsluiting of door enige daarmee verband houdende omstandigheid, de centrumdirecteur dit advies voorlegt aan de Directeur-generaal, die de uitvoering van de verwijderingsmaatregel of de maatregel van vrijheidsberoving kan schorsen.

3. Wat betreft het geval van de psychotische gedetineerde, verwijst de Nationale Raad naar de principes die hij uiteenzette in zijn adviezen van 12 mei 2007 (TNR nr. 117, p.5) en van 19 juli 2008 (TNR nr. 122, p. 2), als bijlage.

Bijlagen : adviezen van 12 mei 2007 en 19 juli 2008.

Keuze van de vertrouwenspersoon

(20/02/2010)

TREFWOORDEN :

Patiëntenrechten – Vertrouwenspersoon

DOCUMENTNAAM :

a129017n

Aan de Nationale Raad wordt advies gevraagd betreffende de criteria aan dewelke een door een patiënt aangeduide vertrouwenspersoon dient te beantwoorden overeenkomstig de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 20 februari 2010 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw adviesvraag betreffende de vertrouwenspersoon bestudeerd.

De wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt bevat geen criteria waaraan de vertrouwenspersoon moet beantwoorden op het ogenblik van zijn aanwijzing.

Het enige wettelijke criterium is het bestaan van een vertrouwensrelatie tussen deze persoon en de patiënt, die rechtvaardigt dat deze laatste met zijn hulp of door zijn bemiddeling al zijn rechten of een deel ervan uitoefent.

Uit de voorbereidende werkzaamheden van de wet blijkt dat de persoon die de rol van vertrouwenspersoon vervult stilzwijgend aanvaardt de verkregen informatie enkel te gebruiken in het belang van de patiënt.

De memorie van toelichting benadrukt het belang van de patiënt dat door de vertrouwenspersoon in zijn tussenkomsten moet nagestreefd worden.

De wet stelt echter geen enkele voorwaarde om te vermijden dat een persoon aangewezen wordt waarvan de beroepskwalificatie of het statuut objectief zou kunnen aantonen dat de toegang tot de gegevens een ander belang zou kunnen dienen dan dat van de patiënt.

Het is in die zin dat de Nationale Raad in zijn advies van 26 juli 2003 (TNR nr. 101, p. 6) stelt dat *hij van mening is dat alleen natuurlijke personen die in eigen naam handelen als vertrouwenspersoon kunnen aangewezen worden.*

Feit blijft dat de wetgever de keuzevrijheid van de patiënt als uitgangspunt heeft gekozen: de wet betreffende de rechten van de patiënt is gebaseerd op de eerbiediging van de autonomie en de wil van de patiënt.

Behoudens de hypothese aangehaald in artikel 9, §3, van de wet, kan de beroepsbeoefenaar zich dus niet verzetten tegen de keuze van de patiënt.

De arts die betwijfelt dat de vertrouwenspersoon van zijn patiënt uitsluitend de belangen van deze laatste verdedigt, moet echter zijn wantrouwen aan de patiënt te kennen geven.

Daarbij moet hij zelf uitsluitend de verdediging van de belangen van zijn patiënt voor ogen houden.

Indien de arts, om redenen die losstaan van de relatie die de patiënt bindt aan de vertrouwenspersoon van zijn keuze, vindt dat deze persoon zijn vertrouwensrelatie met zijn patiënt schaadt of een belemmering vormt bij de raadpleging, moet hij dit met zijn patiënt bespreken. Wanneer ze er niet in slagen een oplossing te vinden voor deze situatie, kan dit voor de arts een reden zijn om een einde te maken aan zijn vertrouwensrelatie met de patiënt, en dit met eerbiediging van de deontologische bepalingen inzake continuïteit van de zorg.

Deze situatie mag in geen geval de uitoefening van de rechten van de patiënt, zoals gereguleerd door de wet in de artikels 7, 8 en 9, in de weg staan.

Er wordt aanbevolen in het medisch dossier een nota op te nemen waarin de in de hierboven aangehaalde situaties genomen beslissing wordt uiteengezet.

Reanimatie bij extreem vroeg geboren kinderen

(20/02/2010)

TREFWOORDEN :

Euthanasie – Minderjarigen – Palliatieve zorg – Prematuren – Reanimatie

DOCUMENTNAAM :

a129018n

Voor te vroeg geboren baby's leggen veel artsen de grens van levensvatbaarheid op 25 weken. In sommige ziekenhuizen worden echter toch kinderen gereanimeerd van 23 of 24 weken oud.

Een arts gespecialiseerd in de neonatologie vraagt of de arts die in dit geval beslist niet te reanimeren kan worden aangeklaagd wegens het niet bijstaan van iemand in levensgevaar of zelfs wegens een daad van euthanasie.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 20 februari 2010 besprak de Nationale Raad van de Orde van geneesheren de vraag of afzien van reanimatie bij extreem vroeg geboren kinderen de arts blootstelt aan een mogelijke vervolging .

Ondanks een toename in medische kennis en een uitbreiding van de technologische mogelijkheden om beter om te gaan met de gevolgen van een premature geboorte, blijft men stuiten op steeds lager wordende leeftijdsgrenzen, waar beslissingen omtrent het al dan niet starten of stoppen van een behandeling bij individuele patiënten zeer moeilijk blijft.. Zo wordt men bij extreme prematuriteit blijvend geconfronteerd met uitzichtloze situaties waarbij een levensverlengende behandeling enkel de dood uitstelt of een onaanvaardbaar risico op zeer ernstige fysieke en psychische schade meebrengt.

In principe zal een medische handeling altijd gericht zijn op het betrachten van een therapeutisch voordeel, op het behoud of de verbetering van de medische toestand van de patiënt. Medische handelingen die redelijkerwijze niet tot een therapeutisch voordeel leiden verliezen hun rechtvaardigingsgrond en in specifieke situaties aanvaardt men het niet starten of stoppen van levensverlengende therapieën. Hierbij dienen uiteraard strikte zorgvuldigheidscriteria in acht te worden genomen. Zo moet de diagnose wijzen op een uitzichtloze prognose en dienen onafhankelijke artsen bij het beslissingsproces te worden betrokken. De ouders hebben recht op een professioneel begeleide en aan de situatie aangepaste informatie.. Het hulpverlenende team zal hierbij zorgen dat het comfort van de ernstig zieke pasgeborene maximaal wordt gegarandeerd door het verlenen van effectieve palliatieve zorgen en zal samen met de ouders instaan voor een menselijke stervensbegeleiding.

Momenteel bestaat er in geen enkel land een wettelijke regeling die actieve levensbeëindiging bij pasgeborenen toelaat, ook al is er in Nederland een zeker gedoogbeleid via het Groningenprotocol (N ENG J MED, 2005; 352: 959-962).

Samenwerking tussen de medische dienst van een opvangcentrum beheerd door Fedasil met de reguliere bevolkingswachtdienst

(06/03/2010)

TREFWOORDEN :

Continuïteit van de zorg – Keuze (Vrije Artsen-) – Wachtdiensten

DOCUMENTNAAM :

a129022n

Om advies verzocht door een huisartsenkring vraagt een provinciale raad of het advies van 4 oktober 2008 betreffende de tussenkomst van een wachthebbende arts in een centrum 127 bis ook van toepassing is op de centra van FEDASIL – federaal agentschap voor de opvang van asielzoekers.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 6 maart 2010 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw brief van 26 januari 2009 besproken, waarin werd gevraagd of zijn advies van 4 oktober 2008 betreffende de werking van de medische dienst in een repatriëringcentrum van toepassing is op de Fedasil-centra.

De principes die aan de basis liggen van de adviezen van de Nationale Raad van 21 november 2009 betreffende de wachtdienst in de gevangenissen (TNR nr. 128) en 4 oktober 2008 betreffende de werking van de medische dienst in een repatriëringcentrum - continuïteit van de zorg (TNR nr. 122) zijn van toepassing op de door Fedasil beheerde opvangcentra.

De wet van 12 januari 2007 betreffende de opvang van asielzoekers en van bepaalde andere categorieën van vreemdelingen bepaalt dat materiële hulp wordt verleend aan de asielzoeker tijdens de ganse duur van zijn asielprocedure. Deze materiële hulp omvat de medische begeleiding, bepaald in de artikelen 23 en 29, die de begunstigde van de opvang nodig heeft om een menswaardig leven te leiden.

Fedasil is bevoegd om deze medische begeleiding te verzekeren. In artikel 25 wordt aangegeven dat elke opvangstructuur aan de begunstigde van de opvang de effectieve toegang tot een medische begeleiding waarborgt.

Deze begeleiding moet op dergelijke wijze zijn georganiseerd dat de continuïteit van de zorg is verzekerd.

Daartoe mag Fedasil overeenkomsten afsluiten, onder andere met de plaatselijke huisartsenkringen mits goedkeuring volgens de procedureregels van hun huishoudelijk reglement van de wachtdienst. In zulke overeenkomsten dienen de modaliteiten van de dienstverlening nauwkeurig omschreven te worden en dient alleszins gewaarborgd te worden dat de dienstverlening voor de reguliere bevolkingwachtdienst niet in het gedrang kan komen.

Het ontwerp van zulke overeenkomsten dient ter goedkeuring voorgelegd te worden aan de bevoegde provinciale raad.

De bewoner van een opvangcentrum behoudt de vrije keuze van arts en kan dus autonoom een externe huisarts vragen, en bij ontstentenis daarvan, een huisarts via de bevolkingwachtdienst.

Uitvoering van epileebehandeling met laser of flitslamp

(06/03/2010)

TREFWOORDEN :

Medewerkers van de geneesheer (Verpleegkundige, paramedische, technische en sociale-) – Technieken (Medische-)

DOCUMENTNAAM :

a129023n

Een dermatoloog vraagt aan zijn provinciale raad of hij de uitvoering van een epileebehandeling met laser of flitslamp mag toevertrouwen aan een medewerker wiens bekwaamheden niet opgenomen zijn in het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de gezondheidszorgberoepen, in casu een schoonheidsspecialiste. De provinciale raad legt de vraag voor aan de Nationale Raad.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 6 maart 2010 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw brief van 17 juni 2009 onderzocht.

De Nationale Raad van de Orde van geneesheren vestigt de aandacht erop dat de Academies voor Geneeskunde van België herhaalde malen (adviezen van 27 maart 1999, 28 februari 2001 en 29 april 2006), gewezen hebben op de impact van de energie op de huid en op de ernst van de potentiële bijwerkingen voortvloeiend uit de behandelingen met laser of flitslamp (IPL - intense pulse light). Zij menen dat een behandeling door middel van deze technieken een medische handeling is die voorbehouden dient te worden aan de artsen.

In zijn advies van 18 oktober 2006 sluit de Hoge Gezondheidsraad zich aan bij deze adviezen van de Academies door te verklaren dat behandelingen met laser of flitslamp beschouwd moeten worden als een medische handeling.

Anderzijds merkt hij op dat epilatie als dusdanig geen medische handeling is.

Hij besluit dat epilatie met een louter esthetisch doel, zonder onderliggende pathologie, door middel van bepaalde lasers of een toestel zoals een flitslamp onder strikte en medisch ondersteunde voorwaarden eventueel uitgevoerd kan worden door paramedici of specialisten in de esthetische zorg die hiervoor specifiek opgeleid zijn.

Hij legt de nadruk op een noodzakelijke regelgeving betreffende de toepassing van deze technieken gezien de mogelijke gevolgen en problemen ervan. De wetgever moet aandacht hebben voor de opleiding die vereist is om deze technieken toe te passen, voor de normen waaraan de plaats waar de handeling verricht wordt, dient te voldoen, voor het onderzoek van de patiënt, voor de informatieverstrekking aan de patiënt over de potentiële risico's en de alternatieve oplossingen en voor het bijhouden van een dossier.

Verschiedende wetsvoorstellen werden hiertoe ingediend. Onder de voorwaarden voor het toepassen van deze technieken voor epilatie doeleinden komt altijd de vereiste terug van een medisch onderzoek, in verschillende vormen.

Op grond van deze gegevens verstrekt de Nationale Raad het volgende advies.

Behandelingen met laser en flitslamp hebben een grote ontwikkeling gekend en worden gebruikt bij verschillende huidaandoe-

ningen zoals vasculaire afwijkingen, pigmentstoornissen, pathologische littekens, hirsutisme, enz. Bij deze indicaties moet de behandeling met laser of flitslamp beschouwd worden als een medische handeling waarvan de uitvoering voorbehouden moet worden aan een arts met de nodige deskundigheid.

In verband met de epilatie met laser of flitslamp nadat een arts vastgesteld heeft dat er geen onderliggende pathologie is, meent de Nationale Raad dat, in het belang van de patiënt, de toepassing van deze technieken met dit doel zo spoedig en strikt mogelijk gereguleerd dient te worden. Hierbij dienen de vereiste bekwaamheden en de voorwaarden inzake hygiëne, veiligheid en voorlichting van de patiënt vastgelegd te worden.

In afwachting van dergelijke wetgeving en gezien de gevolgen voor de gezondheid van een behandeling met laser of flitslamp en bij gebrek aan een officieel erkende beroepsopleiding voor de toepassing van deze technieken, meent de Nationale Raad dat de uitvoering ervan, zelfs voor epilatie doeleinden zonder onderliggende pathologie, de taak van de arts is die hiervoor over de nodige deskundigheid beschikt.

De huidige wetgeving laat de arts niet toe de uitvoering van een handeling toe te vertrouwen aan een schoonheidsspecialist(e) (art. 5, § 1, koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen.)

De arts dient ervoor te zorgen dat hij een beroepsaansprakelijkheidsverzekering heeft afgesloten voor dit soort handeling.

Deze handeling met louter esthetisch doel mag niet worden aangerekend aan het Riziv.

Rol van de pluridisciplinaire antibiotherapiebeleidsgroep

(06/03/2010)

TREFWOORDEN :

Dossier (Medisch) – Voorschriften

DOCUMENTNAAM :

a129024n

De Nationale Raad wordt om advies gevraagd m.b.t. de rol van de pluridisciplinaire antibiotherapiebeleidsgroep, de toegang tot het medische ziekenhuisdossier door de leden van de groep en de weigering van een ziekenhuisarts zich te houden aan de aanbevelingen van deze groep.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 6 maart 2010 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren de rol van de pluridisciplinaire antibiotherapiebeleidsgroep zoals gedefinieerd door het koninklijk besluit van 12 februari 2008 tot wijziging van het koninklijk besluit van 4 maart 1991 houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisapotheek moet voldoen om te worden erkend (B.S. 28 maart 2008, p. 17240), bestudeerd.

De pluridisciplinaire antibiotherapiebeleidsgroep wordt opgericht in de schoot van het medisch-farmaceutisch comité aangehaald in de artikelen 24 en volgende van het koninklijk besluit van 4 maart 1991 houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisapotheek moet voldoen om te worden erkend (B.S. 23 maart 1991, p.5965). Hij is er belast met de taken op het vlak van anti-infectieuze geneesmiddelen.

Zijn samenstelling wordt wettelijk vastgelegd; hij bestaat uit artsen en apothekers, onder het voorzitterschap van een arts. De antibiotherapiebeleidsgroep ontwikkelt dat gedeelte van het therapeutische formularium dat betrekking heeft op de anti-infectieuze geneesmiddelen van het ziekenhuis.

Hij definieert en verspreidt onder de voorschrijvende artsen van de instelling schriftelijke aanbevelingen en in het bijzonder de nationale aanbevelingen goedgekeurd door de commissie voor de coördinatie van het antibioticabeleid, inzake empirische, etiologische en profylactische anti-infectieuze behandelingen.

Hij meet regelmatig de implementatiegraad van het formulier en van de aanbevelingen.

De Nationale Raad wordt ondervraagd over de toegang tot het medische ziekenhuisdossier door de leden van de groep om deze taken te kunnen vervullen en over de houding die de groep moet aannemen wanneer hij geconfronteerd wordt met een arts-voorschrijver die weigert zich te houden aan zijn aanbevelingen.

1. De antibiotherapiebeleidsgroep is belast met de taken van het medisch-farmaceutisch comité op het vlak van anti-infectieuze geneesmiddelen. De wettekst bepaalt uitdrukkelijk dat het medisch-farmaceutisch comité het geneesmiddelenverbruik in het ziekenhuis analyseert, en dit per geneesmiddelenklasse, per dienst en per voorschrijvende arts. Deze analyse is gebaseerd op consumptiemodellen in vergelijkbare pathologieën.

Om deze opdrachten uit te voeren moet het lid van de antibiotherapiebeleidsgroep toegang hebben tot de medische dossiers teneinde te beschikken over elementen die hem in staat stellen de conformiteit van het voorschrift met het therapeutische formularium en met de aanbevelingen na te gaan.

De huidige informaticaprogramma's maken een automatische opvolging van de geneesmiddelenvoorschriften en een kruising van deze informatie met de microbiologische gegevens mogelijk, zodat de toegang beperkt kan worden tot de problematische gevallen.

Het lid van de groep dat handelt in het kader van de hierboven gedefinieerde functies, of hij nu arts is of apotheker, is gehouden het geheim te eerbiedigen in overeenstemming met artikel 458 van het Strafwetboek.

2. Het voorschrijven van een antibiotherapie binnen een ziekenhuisinstelling gaat de individuele verantwoordelijkheid te boven en heeft eveneens gevolgen op institutioneel gebied en voor de volksgezondheid.

De leden van de antibiotherapiebeleidsgroep, en meer bepaald de afgevaardigde bij het antibioticabeheer van het ziekenhuis, hebben een expertiseopdracht bij het opstellen van goede praktijkregels en het valideren van protocollen.

Wanneer blijkt dat een arts-voorschrijver het formulier en de therapeutische aanbevelingen niet eerbiedigt, ondanks het rechtstreeks optreden van de afgevaardigde bij het antibioticabeheer, is de Nationale Raad van mening dat het aan de hoofddarts van de instelling en aan de medische raad is zich ervan te verzekeren dat dit gedrag de kwaliteit van de zorg en de volksgezondheid niet schaadt.

Vermelding van het specialisme op de website van de Nationale Raad van de Orde der geneesheren

(06/03/2010)

TREFWOORDEN :

Briefhoofden – Internet – Naamborden

DOCUMENTNAAM :

a129025n

Dit advies vervangt het advies dat de Nationale Raad onder dezelfde titel verstrekte op 19 december 2009 (Tijdschrift Nationale Raad nr. 128).

In zijn vergadering van 6 maart 2010 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren zijn advies van 19 december 2009 aangepast.

De terminologie die gehanteerd wordt op de website "ordomedic.be" is gebaseerd op de classificatie van de zorgverlener door het Riziv, zoals die beschreven is voor alle geneesheren en via het identificatienummer herkenbaar is in de laatste drie digits van de Riziv-bevoegdheidscodes.

Wat de vraag betreft om op de website die terminologie "algemeen geneeskundige" te wijzigen in "huisarts", verwijst de Nationale Raad naar het Riziv, Dienst geneeskundige verzorging, en die bevoegdheidscodes - in het bijzonder de codes 001-008 - die allemaal vallen onder de rubriek van de "algemene geneeskunde".

De specifieke term 'huisarts' verwijst trouwens binnen dit Riziv-kader op dit ogenblik enkel naar « huisarts in beroepsopleiding » (HAIO - 005-006), terwijl de 'erkende huisartsen' (003-004) volgens het ministerieel besluit van 1 maart 2010 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen, expliciet aangeduid worden als 'algemeen geneeskundige'.

De Nationale Raad is zich bewust van het feit dat aan de term 'huisarts' dus een verschillende inhoud kan worden gegeven, volgens de gehanteerde terminologie in diverse andere wetgevingen.

Zo somt het artikel 1 van het koninklijk besluit van 25 november 1991 houdende de lijst van de bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, de erkende specialismen op. Het artikel 2 preciseert de bijkomende bevoegdheden van de geneesheren-specialisten en vermeldt daarnaast specifiek de benaming 'huisarts'.

Aansluitend bepaalt het ministerieel besluit van 1 maart 2010 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisarts de kwalificatiecriteria voor de erkenning en de criteria voor het behoud van de bijzondere beroepstitel van 'huisarts' (B.S. 4 maart 2010).

Wat betreft de arbeidsgeneeskunde, ook die terminologie valt binnen het kader van het koninklijk besluit van 25 november 1991, als "geneesheer-specialist in de arbeidsgeneeskunde".

Families in illegaal verblijf - Convenant tussen het ministerie van Binnenlandse Zaken en artsen

(27/03/2010)

TREFWOORDEN :

Beroepsgeheim – Patiëntenrechten

DOCUMENTNAAM :

a129029n

Gezinnen met minderjarige kinderen die ons land moeten verlaten, worden sinds oktober 2008 niet langer ondergebracht in gesloten centra maar in open woonunits onder intensieve begeleiding van een terugkeeroach.

De Federale Overheidsdienst Binnenlandse Zaken, Algemene Directie Vreemdelingenzaken, Directie Controle Binnenland - Sectie Verwijdering Identificatiecel - FITT (Familie Identificatie- en Terugkeerteam) heeft een convenant van afspraken met artsen opgesteld.

De Nationale Raad heeft een aantal bemerkingen betreffende dit convenant.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 27 maart 2010 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren de bespreking van uw brief van 23 februari 2009 betreffende het convenant tussen het ministerie van Binnenlandse Zaken en artsen aangaande de woonunits voor families in illegaal verblijf beëindigd.

De Nationale Raad heeft hieromtrent de volgende bemerkingen:

De familie dient binnen drie (volgens het convenant) en twee (volgens het KB) werkdagen na aankomst een medische controle te ondergaan in de praktijk van een arts.

Deze arts wordt aangeduid door de Dienst Vreemdelingenzaken of door de arts van de familie (artikel 15 van het KB van 14 mei 2009 houdende vaststelling van het regime en de werkingsmaatregelen, toepasbaar op de woonunits, als bedoeld in artikel 74/8, § 1, van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen).

De functie van arts belast met een deskundig onderzoek naar de lichamelijke of geestelijke bekwaamheid of geschiktheid van één of meer personen of met om het even welk klinisch onderzoek, met de controle van een diagnose of met het toezicht op een behandeling, of nog met een onderzoek naar de medische prestaties voor rekening van een verzekeringsinstelling is onverenigbaar met die van behandelende arts van die personen (artikelen 119 en 121, § 2, van de Code van geneeskundige plichtenleer).

- De familie wordt voor de medische controle begeleid door een terugkeercoach. Deze begeleiding houdt in dat de terugkeercoach de familie bijstand verleent, maar hij is niet fysiek aanwezig bij het onderzoek.

- Wanneer de arts een bepaalde pathologie vaststelt die de terugkeer tijdelijk of langdurig onmogelijk maakt, bericht hij dit aan de terugkeercoach, zonder de pathologie zelf bekend te maken.

- De arts moet het medisch geheim, waar zowel het medisch dossier als de diagnose onder valt, respecteren.

- De arts beoordeelt ten vroegste 48 uur voor het voorziene vertrek of de familie in haar geheel "fit to fly" is. Hij zal daarvoor het formulier 'Geschikt om te vliegen' invullen.

Op dit formulier moet de arts vermelden welke medicamenten moeten of mogen ingenomen worden door de betrokkene. Door middel van cijfer 1 tot en met 4 duidt de arts aan of de persoon die vervoerd wordt een gevaar kan betekenen voor de gezondheid van anderen. Het cijfer geeft de ernst van de toestand aan en bepaalt de te nemen maatregelen. De maatregel gaat van de basisregels van de algemene hygiëne tot isolatie van de persoon wegens een vermoeden van besmettelijke ziekte van epidemische aard waarvoor geen behandeling bekend is.

Deze informatie houdt verband met de gezondheidstoestand van de betrokkene en zal door de arts die de medische controle verricht aan de arts van de Federale Politie bezorgd worden.

Huisarts in opleiding (HAIO) – Huishoudelijk Reglement van de VZW SUI (27/03/2010)

TREFWOORDEN :
Huisarts – Stage
DOCUMENTNAAM :
a129031n

In zijn vergadering van 27 maart 2010 beëindigde de Nationale Raad van de Orde der geneesheren zijn bespreking van de nieuwe overeenkomsten die werden voorgelegd betreffende het Nieuwe Statuut Sui Generis waarin de HAIO, de praktijkopleiders en de VZW SUI voortaan zullen samenwerken, na een rondvraag omtrent eventuele bemerkingen bij de diverse provinciale raden van de Orde.

De Nationale Raad heeft hierop volgende aanmerkingen :

Betreffende het "**Huishoudelijk Reglement van de VZW SUI**" worden volgende opmerkingen geformuleerd:

in I. Algemeen 1., 2°alinea bijvoegen na VZW SUI: "**en de Orde der geneesheren**".

In I. Algemeen 3. toevoegen aan de lijst:

Code van geneeskundige plichtenleer

KB 78 en 79 van 10 november 1967.

In IX., 5. Praktijkvestiging:

de eerste zin vervangen door:

"na de beëindiging van de stageperiode als huisarts in opleiding mag de HAIO zich niet vestigen als huisarts in omstandigheden die aanleiding zouden kunnen geven tot het onttrekken van patiënten aan de vorige praktijkopleider, behoudens schriftelijk akkoord van deze laatste. De provinciale raden kunnen hieromtrent eigen regels hanteren omtrent periode en afstand, die kunnen verschillen van provincie tot provincie en waarbij rekening wordt gehouden met de eigen regionale verschillen.

In de 2° paragraaf : laatste zin schrappen vanaf: "De provinciale raden hanteren ...tot.... rechtbank."

Betreffende de "**Overeenkomst VZW SUI en Praktijkopleider.**"

Art. 6. toevoegen: "Voor alles wat de privacy en het medische beroepsgeheim aanbelangt dient deze gemandateerde beroep te doen op een geneesheer".

Betreffende de "**Overeenkomst Praktijkopleider en HAIO.**"

Art. 3. : toevoegen : "De voltijdse werkzaamheid mag geen aanleiding geven tot misbruik, noch van de HAIO, noch van de praktijkopleider."

Art. 5. : toevoegen : "behoudens overmacht".

Art. 6. : toevoegen

- "Problemen van deontologische aard behoren tot de exclusieve bevoegdheid van de provinciale raad van de Orde der geneesheren"

En in de tweede alinea:

- bij "beslissing" : best hierbij een termijn bepalen
- bij "Schorsing of veroordeling" : best de sanctie vermelden.

Art. 8. : de woorden : "aangewezen " vervangen door "verplicht" en "kan terugvallen" vervangen door "terugvalt"
 In de cursief gedrukte slotzinnen : toevoegen bij laatste zin : "een exemplaar, samen met het werk en opleidingsplan...".

Tot slot :

De Nationale Raad is van oordeel dat de standaardovereenkomsten niet in globo kunnen worden goedgekeurd gelet op de mogelijkheid dat de praktijkopleider en de HAIO bijkomende clausules kunnen inlassen waarvan de provinciale raad aldus geen kennis neemt.

Bijgevolg blijft de Nationale Raad bij zijn standpunt dat elke individuele overeenkomst voorafgaandelijk dient voorgelegd te worden aan de bevoegde provinciale raad.

Goedkeuring van contract tussen stagemeester en HAIO – Bevoegdheid van de provinciale raad

(27/03/2010)

TREFWOORDEN :

Contracten – Huisarts – Lijst van de Orde – Stage

DOCUMENTNAAM :

a129032n

Een provinciale raad vraagt of hij een samenwerkingsovereenkomst kan goedkeuren tussen een stagemeester huisartsgeneeskunde die ingeschreven is in een Franstalige raad en een assistent in opleiding die ingeschreven is in de vzw van een Vlaamse universiteit waar hij zijn studies deed en doet.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 27 maart 2010 besprak de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw brieven van 27 augustus en 4 september 2009.

Het betreft twee artsen die ingeschreven zijn op de Lijst van de Orde van de Provinciale Raad van Henegouwen, een stagemeester en een HAIO. De HAIO deed en doet zijn studies en is ingeschreven aan een Vlaamse Universiteit en wenst zijn HAIO-opleiding nu te vervullen in Henegouwen.

De vraag is meervoudig :

- Kan de Provinciale Raad van Henegouwen zijn goedkeuring geven aan een in het Nederlands opgesteld contract waarbij de twee collega's ingeschreven zijn bij deze provinciale raad, doch waarbij de HAIO een overeenkomst heeft met de VZW SUI van het ICHO in Vlaanderen, vermits hij studeert en ingeschreven is aan een Vlaamse universiteit en zijn opleidingsstage als HAIO wil doen in de provincie Henegouwen?

- Beide artsen zijn ingeschreven op de Lijst van de Orde van dezelfde Provinciale Raad van Henegouwen en is het de bevoegdheid van de raad van de Orde waar de artsen zijn ingeschreven om het contract of de overeenkomst te viseren.

- De vraag of dit niet ten nadele is van de Vlaamse VZW en de Franstalige VZW hieruit geen voordeel zal halen, dient negatief te worden beantwoord vermits de student HAIO een overeenkomst heeft met de Vlaamse VZW SUI en ingeschreven blijft aan een Vlaamse universiteit, en dus een vergoeding zal krijgen vanuit deze Vlaamse VZW SUI die dan ook de subsidies hiervoor zal ontvangen.

- De Provinciale Raad van Henegouwen kan deze overeenkomst ter goedkeuring nazien.

Uitnodiging van patiënten voor een preventieve check-up door huisarts

(27/03/2010)

TREFWOORDEN :

Geneeskunde (Preventieve-) – Huisarts

DOCUMENTNAAM :

A129033n

Mag een huisarts zijn patiënten aanschrijven om hen eraan te herinneren dat zij moeten langskomen voor een check-up ?

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 27 maart 2010 besprak de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw schrijven van 7 oktober 2009 waarin u de vraag stelt of een huisarts, net als een tandarts, zijn patiënten kan aanschrijven om hen eraan te herinneren dat zij moeten langskomen voor een check-up.

De Nationale Raad heeft reeds verschillende adviezen uitgebracht betreffende het preventief aanschrijven van patiënten door huisartsen. Meer bepaald werd een dergelijk aanschrijven reeds positief geadviseerd voor uitnodigingen voor de jaarlijkse vaccinatie tegen influenza bij patiënten met verhoogd risico (advies 19 augustus 2000, TNR 90, p. 12), en dit bij die patiënten van wie de huisarts de beheerder is van het Globaal Medisch Dossier (GMD). Evenzo voor een aanschrijven door huisartsen om hun patiënten te sensibiliseren en te motiveren tot screening in het kader van borstkankerpreventie (advies 16 juni 2001, TNR 93, p. 10).

Een huisarts mag die patiënten voor wie hij beheerder is van het Globaal Medisch Dossier individueel aansporen tot deelname aangezien dit kadert in en deel uitmaakt van een goed beheer van dit medisch dossier. Een huisarts dient niet alleen zijn risicopatiënten goed te registreren en op te volgen, het is zijn taak preventief initiatieven te nemen om vroegtijdig bepaalde ziekten te detecteren alsmede preventief gezondheidsadvies te verstrekken aan al zijn patiënten.

Ingeval er een vaste arts-patiëntrelatie bestaat, desgevallend gestaafd met een GMD, kan de patiënt aangeschreven worden voor een preventieve check-up. Dit dient te passen in een algemeen preventief plan met de nodige informatie aan de patiënt. De patiënt blijft te allen tijde vrij al dan niet op een dergelijke uitnodiging in te gaan.

Deontologische aspecten van de zorgtrajecten

(27/03/2010)

TREFWOORDEN :

Keuze (Vrije artsen-)

DOCUMENTNAAM :

a129034n

De Nationale Raad van de Orde van geneesheren heeft de deontologische aspecten van de zorgtrajecten zoals gedefinieerd in het koninklijk besluit van 21 januari 2009 (B.S. 6 februari 2009, p. 8258), evenals het desbetreffende contract onderzocht.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 27 maart 2010 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren de deontologische aspecten van de zorgtrajecten zoals gedefinieerd in het koninklijk besluit van 21 januari 2009 tot uitvoering van artikel 36 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de zorgtrajecten (B.S. 6 februari 2009, p. 8258) bestudeerd.

Het zorgtraject is het op zich nemen van de medische zorg voor een patiënt met een chronische aandoening op basis van een contract tussen de huisarts, de arts-specialist en de patiënt voor een periode van vier jaar.

Momenteel zijn de zorgtrajecten beperkt tot patiënten die aan diabetes mellitus type 2 of aan nierinsufficiëntie lijden.

Om in aanmerking te komen voor het zorgtraject moet de patiënt voldoen aan bepaalde medische en andere voorwaarden betreffende het globaal medisch dossier (in de betekenis van het koninklijk besluit van 18 februari 2004, B.S. 24 februari 2004, p. 10639), het raadplegingspercentage van de huisarts en van de specialist en het afsluiten van een "zorgtrajectcontract" met de huisarts en met de specialist.

Krachtens het koninklijk besluit bepaalt het contract de modaliteiten van de samenwerking tussen de partijen.

Er bestaan financiële aansporingen voor de partijen.

Gedurende het zorgtraject krijgt de patiënt het remgeld voor de raadplegingen bij de huisarts en bij de specialist die medecontractant zijn, evenals de kostprijs van bepaald paramedisch materieel en diensten, terugbetaald.

De huisarts en de specialist, medecontractanten, ontvangen van de verzekeringsinstelling elk een jaarlijks forfaitair ereloon van 80 €.

De voordelen die verwacht worden van deze zorgtrajecten betreffen de organisatie van de zorg, de samenwerking tussen de gezondheidswerkers, het begrip dat de patiënt heeft van zijn aandoening en van de opvolging en de optimalisering van de zorgkwaliteit.

De Nationale Raad stelt de geleverde inspanningen om deze doelstellingen te bereiken op prijs.

Hij meldt de volgende overwegingen betreffende de zorgtrajecten en het contract.

1. Vanuit het standpunt van de patiënt.

De vrije keuze van de arts is een fundamenteel principe van de medische relatie.

Het systeem van het zorgtraject laat aan de patiënt de keuze van de huisarts en van de specialist in interne geneeskunde (op voorwaarde dat hij voldoet aan de kwalificatiecriteria bepaald door artikel 8, § 2) maar het beperkt deze vrije keuze door op te leggen dat de contractuele relatie moet aangegaan worden voor een initiële periode van vier jaar.

Op de website www.zorgtraject.be preciseerd het Riziv dat de patiënt de mogelijkheid heeft van arts te veranderen tijdens het zorgtraject zonder de voordelen die eraan verbonden zijn te verliezen ; hij moet uitdrukkelijk op deze mogelijkheid gewezen worden.

Er is niets voorzien indien de patiënt een tweede advies wenst.

De keuze van de patiënt is afhankelijk van het feit dat de huisarts en de specialist de administratieve verplichtingen die hen worden opgelegd door het zorgtrajectstelsel aanvaarden.

De Nationale Raad stelt vast dat het zorgtrajectstelsel niet in overeenstemming is met de evolutie van de aandoening en met het belang van de patiënt.

Bij het lezen van de informatie waarover hij beschikt stelt de Nationale Raad vast dat de huisbezoeken niet inbegrepen zijn in de notie van "raadpleging" en dus niet gratis zijn. Het is niet ethisch dat het mobiliteitsverlies van een patiënt hem dit voordeel van de zorgtrajecten ontnemt.

Om een optimale verzorging na te streven zou de terugbetaling van het remgeld ook van toepassing moeten zijn op de raadpleging van specialisten, andere dan deze bedoeld in artikel 8, § 2, betrokken bij de behandeling en preventie van secundaire complicaties van de twee betrokken aandoeningen (oogartsen, radioloog, cardioloog, neuroloog, enz.).

Het zorgtrajectensysteem beperkt zich tot het optimaliseren van de therapie. Het houdt geen maatregelen in die de opsporing en de diagnose van de betrokken aandoeningen probeert te verbeteren terwijl ze beiden weinig symptomen vertonen en de preventie van de complicaties die ze meebrengen afhankelijk is van het moment waarop de behandeling gestart wordt.

De voor- en nadelen van de zorgtrajecten moeten in de tijd geanalyseerd worden. In dat opzicht erkent de Nationale Raad dat het belangrijk is de impact van de zorgtrajecten op de zorgkwaliteit te evalueren.

Hij meent echter dat de toestemming van de patiënt voor de verwerking van zijn persoonsgegevens i.v.m. het zorgtraject niet volledig vrij is aangezien deze toestemming een voorwaarde is voor de toegang tot het zorgtraject (art. 5, § 1 en 12).

De Nationale Raad vraagt zich af wat de gevolgen op de toegang tot het zorgtraject zijn indien een patiënt weigert dat bepaalde van zijn gegevens verwerkt worden (art. 5, § 1).

De vrije keuze van de patiënt wordt ook aangetast door de verplichting over een globaal medisch dossier te beschikken om aanspraak te kunnen maken op een zorgtraject.

De Nationale Raad heeft voorbehoud over het feit dat de toegang tot het zorgtraject afhankelijk wordt gemaakt van het bestaan van een globaal medisch dossier.

2. Vanuit het standpunt van de huisarts en van de specialist.

De geneeskundige plichtenleer verbiedt de arts een overeenkomst te sluiten die zijn therapeutische vrijheid zou kunnen beperken.

Het feit dat de zorgtrajecten momenteel beperkt zijn, in het geval van diabetes mellitus type 2, tot de patiënten die een insuliner therapie volgen met 1 of 2 insuline-inspuitingen per dag (de behandeling met tabletten is onvoldoende) zou een invloed kunnen hebben op de keuze van de therapeutische modaliteiten die toegang geven tot de zorgtrajecten, eerder dan die van andere therapeutische modaliteiten die beter aangepast zijn aan de behoeftes van de patiënt.

Het is fundamenteel dat de opvolging door de huisarts en de specialist niet gehinderd wordt door administratieve taken ; in dat opzicht zou het logischer geweest zijn te bepalen dat de patiënt zelf het zorgtrajectcontract dient door te geven aan zijn verzekeringsinstelling.

Het is niet gebruikelijk dat de contractuele relatie tussen een arts en zijn patiënt geformaliseerd wordt in een geschrift dat de verplichtingen van elke partij vastlegt. Het afsluiten van een contract tussen drie partijen (patiënt, huisarts en specialist) is nog zeldzamer.

De Nationale Raad vraagt zich af hoe ver de aansprakelijkheid van de artsen die deelnemen aan een zorgtraject gaat en wat de gevolgen zijn wanneer één van de partijen zijn verbintenissen niet nakomt, meer bepaald ten opzichte van het Riziv. De wettekst bevat hierover geen enkele informatie.

De verbintenissen ten laste van de arts resulterend uit het zorgtrajectcontract zouden, voor sommige, beschouwd kunnen worden als resultaatsverbintenis.

Terwijl de medische behandeling, behalve in buitengewone omstandigheden, een inspanningsverbintenis is, is de aard van verbintenissen zoals het openen van een GMD, het verkrijgen van het akkoord van de patiënt voor het doorgeven van de gegevens en de uitvoering ervan betwistbaarder.

De arts die een zorgtrajectcontract afsluit, moet zich bewust zijn van de verbintenissen die hij aangaat ; het is voorzichtig dat hij een, indien mogelijk, schriftelijk bewijs bijhoudt van de nakoming ervan.

Een contract vereist de wilsovereenstemming van de partijen over de rechten en verplichtingen. De Nationale Raad stelt zich vragen over de vrije wil van de arts een dergelijk contract af te sluiten en de verbintenissen die eruit voortvloeien te aanvaarden als hij weet dat de weigering ervan, voor zijn patiënt, synoniem zal zijn van het verlies van financiële voordelen.

De Nationale Raad neemt akte van de principiële doelstellingen en de praktische modaliteiten van zorgtrajecten zoals die op heden binnen het Riziv zijn uitgewerkt en reeds wettelijk gedefinieerd.

Hoewel de Nationale Raad de inspanningen die worden geleverd om de medische zorg aan patiënten met een chronische aandoening te verbeteren op prijs stelt, wenst hij een voorbehoud uit te spreken.

De Nationale Raad vraagt u daarom zijn voorgaande beschouwingen betreffende voorliggende zorgtrajecten en het zorgcontract aan alle betrokken partijen binnen het Riziv over te maken, opdat het Riziv daaraan een passend gevolg kan geven, zowel in het kader van de huidige als van toekomstige zorgtrajecten.

De Nationale Raad staat open voor verdere dialoog of overleg met het Riziv en met de representatieve beroepsverenigingen van de artsen.

Valt het concept eHealth te rijmen met het beroepsgeheim?

Prof. dr. M. Deneyer

Definitie: eHealth is de overkoepelende naam voor de hulpmiddelen op basis van informatie- en communicatietechnologie ter ondersteuning en verbetering van preventie, diagnose, behandeling, controle en beheer van gezondheid en leefgewoonten.

De veranderende organisatie van de gezondheidszorg (groepspraktijken, praktijkpermanenties, medische huizen, urgentiediensten, multidisciplinair overleg, samenwerkingsverbanden op verschillende sites) en de toenemende mobiliteit van de patiënt onderstrepen de noodzaak van een directe beschikbaarheid van medische gegevens. Medische informatie van de patiënt zou hem steeds moeten vergezellen. De conversie naar een elektronisch medisch dossier is noodzakelijk, maar niet voldoende om het portabiliteitsprobleem op te lossen. Medische dossiers zijn eenvoudige eilanden van data waar medische informatie van een patiënt niet overvloeit van de ene klinische setting naar de andere. Daarom zijn netwerken noodzakelijk, die de nodige garanties moeten bieden op het gebied van confidentialiteit en beveiliging.

Krijtlijnen bij het doorgeven van medische gegevens

Het beroepsgeheim, zoals bepaald in artikel 458 van het strafwetboek en daterend uit de negentiende eeuw was oorspronkelijk enkel bedoeld voor de individuele arts-patiëntrelatie, waarbij het verstrekken van medische gegevens aan derden slechts bij uitzondering toegelaten werd.

De oorspronkelijke formulering in artikel 458 Sw schiet tekort als men spreekt van verschillende niveaus van omgaan met gezondheidsgegevens: administratief, kwaliteitstoetsing, beleidsdoeleinden, etc. Bovendien verliezen zowel patiënt als arts hun controle door de snelheid van verwerking in deze geïnformatiseerde wereld.

De wet op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens (WPL, B.S 18-3-1993) vermeldt in artikel 7 §1 “de verwerking van gegevens die de gezondheid betreffen is verboden.” De toestemming van de patiënt is in de regel nodig om diens gezondheidsgegevens te verwerken. Dit wijst op het recht op participatie en de gevoeligheid van de medische informatie. De WPL voorziet nog andere controlemechanismen om “gevoelige medische informatie” niet zomaar te grabbel te gooien: finaliteits- en proportionaliteitsbeginsel, verwerking onder toezicht van een beroepsbeoefenaar, discretieplicht voor administratieve medewerkers, aangifte bij de commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, verplichte beveiliging van de transmissiemiddelen, Om de medische informatie up-to-date te houden is er mogelijkheid tot inzage met eventueel correctie van de gegevens.

Sleutelwoorden voor het slagen van het concept eHealth: vertrouwen, transparantie, participatie van arts en patiënt

De evenwichtsoefening om gezondheidsgegevens te laten circuleren zonder het vertrouwen van arts en patiënt te schaden is één van de grootste uitdagingen van eHealth. Om scherp te blijven en de gevoeligheid van gezondheidsgegevens te blijven onderkennen moet men op alle geleidingen van de transmissie herinnerd worden aan het feit dat de gegevens eigenlijk stammen uit de unieke vertrouwensrelatie tussen patiënt en arts, gedekt door het beroepsgeheim. Het is daarom evident dat de toegang van ieder van de spelers gecontroleerd dient te worden en dat iedere speler slechts toegang heeft tot de gegevens waarop hij uit hoofde van zijn functie recht heeft en slechts gedurende een redelijk tijdsbestek. De rechtsfiguren “gedeeld” en “gezamenlijk” *beroepsgeheim*, afhankelijk van de samenwerkingsvorm tussen de verschillende beroepsbeoefenaars, vormen het basisprincipe voor wat het delen van medische gegevens betreft.

Deskundigenconferentie over het gebruik van placebo's in klinische studies (São Paulo, Brazilië, 1-3 februari 2010)

Prof. dr. A. Herchuelz

In het Tijdschrift nr. 125 van juni 2009 werden u de wijzigingen voorgesteld die aangebracht werden in de recentste versie van de Verklaring van Helsinki (Declaration of Helsinki - DoH) van de World Medical Association die dateerde van oktober 2008.

Er werd u gemeld dat enkele dagen na de publicatie ervan de Food and Drug Administration (FDA) verklaarde niet langer haar vertrouwen te stellen in de DoH en in de plaats ervan zou steunen op de Richtlijn voor goede klinische praktijken (Guideline for Good Clinical Practice of GCP) die goedgekeurd werd door de Internationale Conferentie voor Harmonisatie (International Conference on Harmonisation of ICH), wat op zich een probleem vormt.

De verklaring van de FDA vormt namelijk een probleem omdat tal van klinische studies over nieuwe geneesmiddelen uitgevoerd worden in de USA en de DoH dus niet nageleefd wordt in deze studies...

Het punt dat aan de basis lag van de breuk was natuurlijk het gebruik van placebo's. De recentste versie van de DoH stelde immers het volgende met betrekking tot placebo's :

« 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. »*

22

Het was vooral de laatste paragraaf die een probleem vormde voor de FDA en aan de basis lag van de breuk.

Er moest dus gehandeld worden om het probleem op te lossen ! En dat is wat de WMA deed door een deskundigenconferentie over het gebruik van placebo's bij experimenten op mensen te organiseren. Deze conferentie vond plaats te São Paulo in Brazilië van 1 tot 3 februari 2010. Ze bracht nagenoeg alle deskundigen terzake bijeen : artsen, filosofen, juristen, methodologen in klinische studies en biostatistici afkomstig uit universitaire kringen of betrokken internationale organisaties, met name de Raad van Europa, de Europese Commissie, de 'Council for International Organisations of Medical Sciences, de Wereld Gezondheidsorganisatie, het Europees Geneesmiddelenagentschap, de 'Good Clinical Practice Alliance' en natuurlijk de FDA.

Het was niet denkbaar het probleem op te lossen in één enkele vergadering, maar wel een grondige analyse uit te voeren van de twistpunten om de oorzaken ervan te achterhalen en op termijn (in de komende jaren) te komen tot een nieuwe formulering van de DoH waarover unanimité bestaat.

Op het einde van de conferentie werd geen enkel besluit getrokken, maar er werden enkele denkpostes gelanceerd op het gebied van methodologie, risico's en nadelen, informed consent bij placebo-gecontroleerde studies en de voorwaarden voor de verwezenlijking ervan in de ontwikkelingslanden.

De methodologische piste was de belangrijkste te onderzoeken piste. Waarom eiste de FDA immers placebo-gecontroleerde studies om de werkzaamheid van een nieuw geneesmiddel bij een precieze indicatie aan te tonen terwijl een non-inferioriteitsstudie ten overstaan van een actief vergelijkingsmiddel, dus een bestaand en reeds in de betrokken aandoening gebruikt geneesmiddel, uitgevoerd zou kunnen worden ?

In de groep methodologie suggereerde de afgevaardigde van de FDA dat tot een consensus gekomen zou moeten worden om te erkennen dat er omstandigheden zijn waarin een actief-gecontroleerde studie mogelijk de werkzaamheid van het nieuwe product of van de nieuwe behandeling niet kan aantonen. Bijvoorbeeld wanneer voorafgaande studies met een actief vergelijkingsmiddel tegenover een placebo geen regulier verschil ten opzichte van dit laatste hebben aangetoond. Indien het niet zeker is dat een actief vergelijkingsmiddel "actief" is, wat paradoxaal kan lijken, zou een non-inferioriteitsstudie in vergelijking ermee effectief tot geen enkele geldige conclusie kunnen leiden .

Volgens de afgevaardigde van de FDA zijn er tal van behandelingen waarin geen regulier bewijs van superioriteit tegenover het placebo wordt geleverd, bijvoorbeeld bij de behandeling van depressie, pijn, functionele darmstoornissen, angor pectoris, slapeloosheid en hartdecompensatie.

Hoe is het mogelijk dat er in de therapie producten beschikbaar zijn waarvoor placebo-gecontroleerde studies geen regulier verschil ten opzichte van dit laatste hebben aangetoond ? Dit komt omdat blijkbaar in het verleden negatieve studies noch gepubliceerd of gerepertorieerd werden, noch onderworpen waren aan registratie. Momenteel dienen alle studies aangegeven te worden bij de bevoegde instanties alvorens ze op te starten, zowel in de Verenigde Staten als in Europa (in Europa gaat het over het EudraCT-systeem : zie <https://eudract.emea.europa.eu/>). De verplichting om de ondernomen studies aan te geven is overigens opgenomen in de recentste versie van de DoH (zie § 19). In de toekomst zal het dus niet langer mogelijk zijn negatieve studies te verhullen bij de registratie van een nieuw geneesmiddel.

De afgevaardigde van de FDA vervolgt dat een andere situatie waarin een actief-gecontroleerde studie de werkzaamheid van het nieuwe product mogelijk niet kan aantonen die is waarbij de werkzaamheid van het “actief vergelijkingsmiddel” aangetoond werd in een periode waarin de behandeling van de betrokken aandoening sterk verschilde met die van vandaag. Bijvoorbeeld bij hartdecompensatie : de werkzaamheid van enzyme-inhibitoren werd 30 jaar geleden aangetoond. Sedertdien is de behandeling van hartdecompensatie sterk gewijzigd : momenteel worden bètablokkers, spironolacton en in meer of mindere mate digitaline toegediend. Zou de conversie-enzyme inhibitor dezelfde werkzaamheid vertonen in de huidige therapeutische omstandigheden ?

Hoe dan ook, nemen wij bijvoorbeeld een promotor die een placebo-gecontroleerde studie wenst uit te voeren in een situatie waarin een actief-gecontroleerde studie meer gepast lijkt volgens een commissie voor ethiek. De promotor zou dan aan de commissie voor ethiek dienen aan te tonen dat een actief-gecontroleerde studie tot geen enkel geldig besluit zou leiden, met als gevolg dat een dergelijke studie onethisch zou zijn (patiënten worden zonder enig nut blootgesteld aan een nieuw actief bestanddeel met de zekerheid dat de studie negatief zal zijn). Dit zou de mogelijkheid bieden de commissie voor ethiek ervan te overtuigen dat een placebo-gecontroleerde studie onontbeerlijk of onvermijdelijk is.

Bij het aanvaarden van een studie die gebruik maakt van een placebo of een “ controle arm” waarin een product wordt toegediend of een behandeling wordt toegepast die niet de “doorgaans best gebleken interventie” vormt, zullen natuurlijk nog bijkomende voorwaarden vervuld moeten worden zoals de aanvaardbaarheid van het risico, de gepastheid van de ‘informed consent’ en nog andere overwegingen wanneer de studie uitgevoerd wordt in landen met beperkte middelen inzake gezondheidszorg (ontwikkelingslanden).

Bij wijze van conclusie werd beslist dat een dringende herziening van de DoH niet noodzakelijk was, maar dat de discussie voortgezet diende te worden om te komen tot een nieuwe formulering van § 32 die dan opgenomen zou worden in een toekomstige herziening van de Verklaring.

Er werd eveneens voorgesteld een volgende deskundigenconferentie over het onderwerp te organiseren in 2011.



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, Prof. Dr. G. Rorive

VERANTWOORDELIJKE UITGEVERS

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

Voor ondertekende artikels is de auteur verantwoordelijk.