

TIJDSCHRIFT VAN DE NATIONALE RAAD

ORDE VAN GENEESHEREN

TRIMESTRIEEL TIJDSCHRIFT
VOL. XVII
SEPTEMBER 2010

NR. 130

INHOUDSTAFEL

WOORD VOORAF

1 *Dr. P. Beke*

ADVIEZEN VAN DE NATIONALE RAAD

2 - Aanwerving van "vrije assistenten" in ziekenhuizen

- Registratie van gesprekken van patiënten met het centraal oproepnummer van de wachtdienst

- Onderzoek door de politie in ziekenhuizen – Beroepsgeheim

- Medisch geheim tegenover de politiediensten in ziekenhuizen

- Huisartsenwachtdienst – Verplichting van de wachtarts om zich te verplaatsen

- Huisartsenwachtdienst – Voorstel tot wijziging van art. 9, §1, van het KB nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de gezondheidszorgberoepen

- Uniforme publieke labeling bij besmettelijke aandoeningen

- De al dan niet verenigbaarheid tussen de functie van hoofdarts en deze van stagemeeester

- Vluchtelingen – Genitale verminking – Beroepsgeheim

- Vraag om bijkomende informatie aan de behandelende arts door de RVA

- Inzage door de patiënt in zijn medisch dossier opgesteld door een expertisearts

- Het off-label voorschrijven van geneesmiddelen

MEDISCHE ETHIEK EN DEONTOLOGIE

18 Het 'Réseau Santé Wallon'

Prof. dr. A. Herchuelz

Zeer geachte collega's

Tijdens de lentevergaderingen van de Nationale Raad zijn er opnieuw een aantal frisse sprankelende adviezen uitgebracht, voortspruitend uit diverse vragen vanuit de praktijk. Deze adviezen betreffen o.a. de al of niet verplichting zich te verplaatsen voor een huisbezoek door de wachtdoende huisarts, het beroepsgeheim en de getuigenis in rechte, het voorschrijven van geneesmiddelen off-label, het inzagerecht van de patiënt in het medische dossier van de expertisearts enz....

Het probleem van de verplichting een huisbezoek te verrichten tijdens de wachtdienst is een regelmatig terugkerende ergerenis bij huisartsen. De Nationale Raad analyseerde hierbij grondig de problematiek van de bereikbaarheid en de verantwoordelijkheid van de arts. Deze worden o.a. beschreven in artikel 422 bis van het SWB. Het is aan de arts zelf om zich exact op de hoogte te stellen van de zorgvraag. Een derde persoon kan wel voor de dispatching van een oproep instaan, de verantwoordelijkheid en de beslissing ligt bij de betrokken wachtarts. Het is onverantwoord de beslissing om het al dan niet in te gaan op een zorgvraag over te laten aan of af te wentelen op een derde, ongeacht zijn kwalificatie. De Nationale Raad heeft in het kader van de wachtdienst reeds eerder gewezen op de kwalitatieve meerwaarde van een consultatie op het kabinet van een arts versus het huisbezoek. Derhalve dient de verplichting van de huisarts van wacht om zich te verplaatsen genuanceerd te worden en kunnen patiënten gedurende de wachtdienst actief uitgenodigd worden om zelf op raadpleging te komen in het kabinet of naar de huisartsenwachtpost, eerder dan gebruik te maken van het huisbezoek. Dit vergt een pragmatische aanpak en een dialoog tussen de zorgvragende patiënt en de huisarts van wacht om in onderling overleg de mogelijkheid van de verplaatsing te bespreken en daaromtrent duidelijk af te spreken zodat de individuele zorgvraag in elk specifiek geval een passend gevolg krijgt.

Een advies van 5 juni wijst op de onverenigbaarheid van de functie van hoofdarts en deze van stagemeeester. De Nationale Raad blijft bij zijn eerder advies dat het onmogelijk is om de wettelijke en deontologische verplichtingen van de stagemeeester om een opleiding te waarborgen te vervullen en terzelfder tijd de wettelijke taak van hoofdarts. Het hoeft geen betoog dat de ASO of HAIIO niet de plaatsvervanger kan zijn van de stagemeeester wanneer deze de taak van hoofdarts waarneemt.

In een advies van 26 juni betreffende het recht op inzage door de patiënt in het medisch dossier opgesteld door een expertisearts stelt de Nationale Raad dat de expertisegeneeskunde onder het toepassingsgebied valt van de wet betreffende de rechten van de patiënt en derhalve de patiënt recht heeft op inzage in dit dossier. Bij een burgerlijke procedure hebben de partijen, aangezien deze op tegenspraak gebeurt, het recht kennis te nemen van elk stuk voorgelegd aan de rechter. Bij een strafrechtelijke procedure kan het inzagerecht in het dossier in botsing komen met het beginsel van het geheim van het onderzoek. Zo is het, naargelang het stadium van de procedure, de taak van de procureur des Konings, van de onderzoeksrechter of van de feitenrechter om te oordelen over het recht op inzage in het medisch dossier van de expertisearts.

In dezelfde sfeer ligt het advies betreffende het medisch geheim tegenover politiediensten in ziekenhuizen. De Nationale Raad vestigt hierin de aandacht op het begrip "getuigenis in rechte" dat een wettelijke uitzondering vormt op het beroepsgeheim restrictief begrepen dient te worden. Het is enkel voor een rechter, een burgerlijke -, straf- of een onderzoeksrechter, en op mondelinge of schriftelijke vraag van deze laatste dat een arts, onder eed, informatie gedekt door het beroepsgeheim mag onthullen. Een verhoor van een persoon in het kader van een vooronderzoek, een onderzoek van de politie onder leiding en het gezag van de procureur des konings, is geen getuigenis in rechte in de zin van artikel 458 van het strafwetboek, en zijn personen die gebonden zijn door het medisch beroepsgeheim dus verplicht te zwijgen voor de politieambtenaren of leden van het openbaar ministerie bij het verzamelen van inlichtingen in het kader van een vooronderzoek.

Ten slotte is er een advies van 26 juni betreffende het off-label voorschrijven van geneesmiddelen. Off-label voorschrijven betekent dat een geneesmiddel wordt voorgeschreven zonder dat het geregistreerd is of dat het wordt voorgeschreven buiten de indicaties waarvoor het is geregistreerd. In de medische praktijk worden ook geneesmiddelen off-label voorgeschreven buiten het gebruik in schrijvende gevallen (compassionate use) en buiten de medische noodprogramma's (medical need programs). Omtrent deze laatste zijn immers wettelijke regelgevingen voorhanden. Het betreft hier vooral voorschriften in de pediatrie, in de gynaecologie bij zwangerschap of in de geriatrie. Het off-label voorschrijven kan verantwoord zijn indien het belang van de patiënt primeert. Het geneesmiddel blijkt op dat ogenblik de beste behandeling, en gebeurt op wetenschappelijk onderbouwde gronden en conform de wet betreffende de rechten van de patiënt. Deze laatste dient over het off-label voorschrijven duidelijk te worden geïnformeerd en zijn akkoord te geven. De arts blijft verantwoordelijk voor het voorschrift.

Veel leesgenot.

*Dr Paul Beke
Hoofdredacteur*

VERGADERINGEN VAN DE NATIONALE RAAD VAN 17 APRIL, 8 MEI, 5 JUNI EN 26 JUNI 2010

- Aanwerving van “vrije assistenten” in ziekenhuizen (17/04/2010)
- Registratie van gesprekken van patiënten met het centraal oproepnummer van de wachtdienst (17/04/2010)
- Onderzoek door de politie in ziekenhuizen – Beroepsgeheim (08/05/2010)
- Medisch geheim tegenover de politiediensten in ziekenhuizen (08/05/2010)
- Huisartsenwachtdienst – Verplichting van de wachtdienst om zich te verplaatsen (08/05/2010)
- Huisartsenwachtdienst – Voorstel tot wijziging van art. 9, §1, van het KB nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de gezondheidszorgberoepen (08/05/2010)
- Uniforme publieke labeling bij besmettelijke aandoeningen (08/05/2010)
- De al dan niet verenigbaarheid tussen de functie van hoofdarts en deze van stagemeeester (05/06/2010)
- Vluchtelingen – Genitale verminking – Beroepsgeheim (05/06/2010)
- Vraag om bijkomende informatie aan de behandelende arts door de RVA (05/06/2010)
- Inzage door de patiënt in zijn medisch dossier opgesteld door een expertisearts (26/06/2010)
- Het off-label voorschrijven van geneesmiddelen (26/06/2010)

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

2

Aanwerving van “vrije assistenten” in ziekenhuizen (17/04/2010)

TREFWOORDEN :
Stage - Ziekenhuizen
DOCUMENTNAAM :
a130006n

Een provinciale raad stuurt een brief door van een ziekenhuisarts die vraagt naar het standpunt van de Nationale Raad wat betreft het in dienst nemen van “vrije assistenten” in een ziekenhuis voor het uitvoeren van taken welke assistenten in opleiding uitvoeren, en dit om het tekort aan assistenten te kunnen opvangen.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 17 april 2010 beëindigde de Nationale Raad de bespreking van uw brief van 27 februari 2008 betreffende de aanwerving van “vrije assistenten” zonder officieel stageplan.

De Nationale Raad wijst erop dat de opleiding voor het verkrijgen van de erkenning als specialist geregeld is door een dwingende wetgeving. Een opleiding tot specialist buiten de wettelijke modaliteiten is niet mogelijk. Het concept “vrije assistent” zou niet meer gebruikt mogen worden omdat het ten onrechte valse verwachtingen kan scheppen bij de betrokken artsen.

Op 12 mei 2007 (TNR nr. 117, p. 3) en 28 juni 2008 onderzocht de Nationale Raad de situatie van de artsen niet-specialisten in de gebruikelijke betekenis van het woord die de functies van zaalarts verrichten. De Raad stelde vast dat een wettelijke definitie van deze functie ontbreekt, dat er moeilijkheden rijzen die verband houden met hun juridische verhouding met de artsen-specialisten van het ziekenhuis en dat er geen Riziv-nomenclatuur betreffende hen bestaat.

De aandacht van de minister van Volksgezondheid werd op deze situatie gevestigd. Tot op heden kreeg de Nationale Raad alleen een ontvangstmelding.

Advies van de Nationale Raad van 28 juni 2008 (TNR nr. 121, a121011)

Aanwerving van een algemeen geneeskundige voor de functie van zaalarts in een ziekenhuis

Brief aan de voorzitters van de provinciale raden van de Orde der geneesheren.

Advies van de Nationale Raad :

Als gevolg van een aantal reacties op zijn advies van 12 mei 2007 (Tijdschrift Nationale Raad nr. 117, p. 3) betreffende de ziekenhuizen die een algemeen geneeskundige aanwerven om de functie van "zaalarts" uit te oefenen, heeft de Nationale Raad in zijn zitting van 28 juni 2008 beslist dit advies op deontologisch vlak aan te passen.

In het eerste gedeelte van zijn advies van 12 mei 2007 stelt de Nationale Raad vast dat er tot op heden geen wettelijke definitie van het begrip "zaalarts" in een ziekenhuis bestaat en dat noch de wetgeving betreffende het statuut van de ziekenhuisgeneesheer (wet van 7 augustus 1987 op ziekenhuizen), noch deze betreffende de erkenning van medische specialisten en van huisartsen (koninklijk besluit van 21 april 1983) voorzien in de functie van een "zaalarts".

De Nationale Raad verstaat hieronder de arts die niet-specialist is in de traditionele zin en die bepaalde functies uitoefent in het ziekenhuis.

Daarom verzoekt de Nationale Raad de minister van Volksgezondheid de nodige initiatieven te nemen om te voorzien in een wettelijke definitie en een statuut voor de functie van "zaalarts" in een ziekenhuis (cf. bijlage).

Rekening houdend met onder meer de vaststelling dat de taakverdeling in de gezondheidszorg onderhevig is aan wijzigingen en dat aan artsen meer en meer nieuwe opdrachten en functies worden toebedeeld, meent de Nationale Raad dat de samenwerking tussen een ziekenhuis en een arts die de functie van "zaalarts" uitoefent, kan worden toegestaan mits rekening gehouden wordt met een aantal deontologische principes.

De "zaalarts" moet beschikken over voldoende competentie om deze functie te verrichten. De ernst en complexiteit van de ziektebeelden in de ziekenhuizen zijn toegenomen en de taakinhoud van de "zaalarts" dient hieraan te worden aangepast.

Het is essentieel dat de supervisie door een arts, erkend in de desbetreffende specialiteit, dient te worden verzekerd.

Onder die voorwaarden aanvaardt de Nationale Raad dat een aantal taken aan de "zaalarts" kunnen worden toevertrouwd, onder meer :

- medebeheer van het dossier;
- opnameprocedure;
- opstellen van een diagnostisch plan samen met een supervisor;
- medeuitvoering van dit plan;
- bijeenbrengen van de resultaten en de adviezen van geraadpleegde specialisten;
- integratie ervan in de diagnostische en therapeutische schema's;
- toezicht op de gevolgen ervan voor de patiënt;
- contactname met de behandelende huisarts die enerzijds vaak over waardevolle informatie beschikt voor het zorgverloop en anderzijds zal instaan voor de opvolging van de patiënt na de opname;
- medewerking aan de continue navorming van het verpleegkundig personeel en de best mogelijk integratie van de nursing in de medische zorg;
- opstellen van een voorlopige ontslagbrief en vervullen van de verschillende administratieve stappen die nodig zijn voor de patiënt.

Dit ontheft de specialist niet van zijn plichten en verantwoordelijkheden.

Om zo goed mogelijk te kunnen voldoen aan deze verschillende opdrachten is de Nationale Raad van mening dat de activiteiten van een «zaalarts» moeilijk verenigbaar zijn met deze van huisarts. In dit verband herinnert hij aan zijn advies van 12 mei 2007 waar uitvoerig gewezen wordt op het controversiële en tegenstrijdige aspect van de combinatie huisartsgeneeskunde en «zaalarts».

Elke samenwerkingsovereenkomst dient voorafgaandelijk ter goedkeuring aan de Provinciale Raad te worden voorgelegd. Deze dient erover te waken dat de «zaalarts» volwaardig deel uitmaakt van het team en bijgevolg ook in functie van zijn activiteiten correct wordt gehonoreerd (cf. art. 84 van de Code van geneeskundige plichtenleer).

Registratie van gesprekken van patiënten met het centraal oproepnummer van de wachtdienst (17/04/2010)

TREFWOORDEN :

Beroepsgeheim - Persoonlijke levenssfeer - Wachtdiensten

DOCUMENTNAAM :

a130007n

Adviesaanvraag betreffende de vrijwaring van het medisch beroepsgeheim en de privacy van patiënten inzake de problematiek om gesprekken, die de patiënten voeren met het centraal oproepnummer van de wachtdienst, op band op te nemen.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn zitting van 17 april 2010 heeft de Nationale Raad de voorgelegde vraag onderzocht.

De organiserende huisartsenkring is verantwoordelijk voor de bekendmaking aan de bevolking van de wachtdienst (K.B. 8 juli 2002 art. 5, 5° - 8°), in het bijzonder ook voor het *communicatiesysteem* via een centraal oproepnummer van de wachtdienst.

De Nationale Raad verwijst naar zijn advies van 1 oktober 2005 (TNR nr. 110, p. 8) dat stelt dat het *niet-medisch personeel* dat tewerkgesteld is voor of betrokken is bij de organisatie van een wachtdienst gebonden is door de *discretieplicht* eigen aan zijn dienstsituatie.

Daarom stelt de Nationale Raad dat elke derde die tijdens de wachtdienst in contact komt met zorgvragen, en dit ongeacht het gebruikte communicatiesysteem, met de huisartsenkring een arbeidsovereenkomst afsluit waarin de discretieplicht expliciet is opgenomen.

De Nationale Raad verwijst naar zijn advies van 15 juli 2006 (TNR nr. 113, p. 6), waarbij geantwoord werd op een analoge vraag gesteld naar *het registreren van alle communicaties op de dienst spoedgevallen van een ziekenhuis*.

De Nationale Raad onderzocht de wetgeving ter zake (o.m. de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens) en vroeg advies bij de Commissie voor bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

De voorzitter van deze Commissie verwees naar art. 125 van de wet van 13 juni 2005 betreffende de elektronische communicatie (hierna "WEC").

De Nationale Raad concludeert dat in afwachting van de door de WEC voorziene uitvoeringsbesluiten – en dit onder voorbehoud dat de huisartsenwachtdiensten en desgevallend ook dispatching- en/of callcenters die tussenkomen bij die wachtdienst gelijkgesteld kunnen worden met de in wet geciteerde "hulp- en nooddiensten" – er vooralsnog geen mogelijkheid bestaat om tot opname van een telefoongesprek over te gaan, en handhaaft hierbij zijn negatief advies.

Onderzoek door de politie in ziekenhuizen – Beroepsgeheim (08/05/2010)

TREFWOORDEN :

Aangifte bij de politie, bij de gerechtelijke overheid – Beroepsgeheim – Persoonlijke levenssfeer – Thuisverzorging - Ziekenhuizen

DOCUMENTNAAM :

a130013n

Wanneer een persoon als vermist wordt opgegeven weigeren de ziekenhuizen elke informatie te verstrekken daar deze gedekt is door het beroepsgeheim.

Met het oog op het vermijden van een nutteloze mobilisatie van de politiediensten vraagt de secretaris van een politiezone het standpunt van de Nationale Raad betreffende de mogelijkheid om aan de politie de aanwezigheid in het ziekenhuis van de gezochte persoon mee te delen.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 8 mei 2010 besprak de Nationale Raad opnieuw de problematiek van de eerbiediging van het medisch geheim in het kader van de onderzoeken die de politie uitvoert in ziekenhuizen naar aanleiding van de verdwijning van een persoon die als onrustwekkend wordt beschouwd.

Zijn aandacht ging uit naar de verschillende elementen die in overweging dienen te worden genomen, in het bijzonder het belang van de patiënt en zijn familie, de wettelijke en deontologische regels betreffende het medisch geheim en het vermijden van overbodige onderzoeken door de politie.

Op grond van deze uitvoerige discussie en rekening houdend met de wettelijke regels terzake, bevestigt de Nationale Raad zijn advies van 24 april 1999 over 'Opname in een psychiatrisch ziekenhuis - Mededeling aan politie of procureur des Konings' (TNR nr. 85, p. 10).

Medisch geheim tegenover de politiediensten in ziekenhuizen (08/05/2010)

TREFWOORDEN :

Aangifte bij de politie, bij de gerechtelijke overheid – Beroepsgeheim – Getuigenis in rechte - Ziekenhuizen

DOCUMENTNAAM :

a130014n

De Federale Politie richtte aan alle ziekenhuizen van een provincie een opsporingsbericht m.b.t. een patiënt die vermoedelijk de dader is geweest van een misdrijf. De ombudsdienst van een algemeen ziekenhuis legde aan de provinciale raad de vraag voor of het medisch geheim niet wordt geschonden door op deze vraag in te gaan.

De betrokken provinciale raad maakt een kopie van het door hem geformuleerde antwoord over aan de Nationale Raad.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 8 mei 2010 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw brief van 12 januari 2010 onderzocht waarin u hem het antwoord mededeelt dat u richtte aan de ombudsdienst van een algemeen ziekenhuis.

U herinnerde in deze brief terecht dat in dit soort omstandigheden het medisch geheim tegenover de politiediensten moet worden geëerbiedigd.

Hij wenst echter uw aandacht te vestigen op het volgende punt.

Het begrip 'getuigenis in rechte', dat een wettelijke uitzondering vormt op het beroepsgeheim bepaald in artikel 458 van het

Strafwetboek, moet restrictief begrepen worden. Het is enkel voor een rechter (burgerlijke, straf- of onderzoeksrechter) en op een mondelinge of schriftelijke vraag van deze laatste dat een arts, onder eed, informatie gedekt door het beroepsgeheim mag onthullen.

Het is in hun hoedanigheid van officier van gerechtelijke politie dat de procureur des Konings en zijn substituten de inbreuken opzoeken en vaststellen.

Het verhoor van een persoon in het kader van het "vooronderzoek" (d.w.z. het onderzoek van de politie onder de leiding en het gezag van de procureur des Konings) is geen getuigenis in rechte in de zin van het artikel 458 van het Strafwetboek.

Behoudens wettelijke uitzonderingen zijn de personen gebonden door het medisch beroepsgeheim dus verplicht te zwijgen voor de politieambtenaren of de leden van het openbaar ministerie die inlichtingen verzamelen in het kader van het vooronderzoek (1).

(1). FRANCHIMONT, M., Manuel de procédure pénale, 2^{de} uitgave, Larcier, p. 291.

BOSLY, H., VANDERMEERSCH, D., Droit de la procédure pénale, 4de uitgave, La Chartre, p.392.

Huisartsenwachtdienst – Verplichting van de wachtarts om zich te verplaatsen (08/05/2010)

TREFWOORDEN :

Huisarts - Wachtdiensten

DOCUMENTNAAM :

a130015n

Betreffende de organisatie van de wachtdiensten in de huisartsgeneeskunde, besprak de Nationale Raad een stellingname van dr. X.. (MG-Action en UMGB - Union des Médecins Généralistes Borains), verwoord in juridische documenten (1) en artikels in de medische pers (Journal du Médecin nr. 2045 – 11/12/2009 en Artsenkrant nr. 2048 – 22/12/2009): "de vervanging van de verplichting van de huisarts van wacht om zich te verplaatsen door een triagesysteem van de oproepen, dat de noodzakelijke garanties geeft voor een goede toediening van de zorgen, onder de verantwoordelijkheid van de Staat via callcenters (TASRE – triage des appels sous la responsabilité de l'Etat)."

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

De Nationale Raad besprak op 8 mei 2010 de problematiek van de wachtdiensten – in het bijzonder de verplichting van de huisarts van wacht om zich te verplaatsen – op basis van juridische documenten en artikels in de medische pers, aangebracht door dr. X die alternatieven voorstelde om de triage van oproepen te laten uitvoeren onder verantwoordelijkheid van de overheid, via callcenters.

Die informatie is bekeken vanuit de huidige stand van zaken wat betreft het strafrecht, het burgerlijk recht, het wettelijk medisch kader en de deontologie.

1. Strafrecht

De aangebrachte juridische denkpiste is dat, als de huisarts niet zelf antwoordt op een telefonische oproep, hij niet op de hoogte is van de toestand van de patiënt zolang de persoon die wel de telefoon beantwoordt hem niet op de hoogte heeft gebracht. Als die persoon dan oordeelt dat de toestand "niet ernstig" is en dat er geen reden is om een huisarts ter plaatse te sturen, zal de huisarts ook niet verwittigd worden en is hij dus niet op de hoogte van een eventueel "ernstig gevaar". Aldus zouden de voorwaarden van art. 422bis SW (hulpverleningsplicht) niet vervuld zijn, in hoofde van de huisarts.

Het uitgangspunt is dus om de wettelijke verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid – volgens art. 422bis SW – van de huisarts van wacht juridisch te omzeilen door het creëren van een soort tussenstation (dispatching- of callcenter waar de zorgaanvraag én -triage door een "derde" wordt behandeld) als een feitelijke barrière tussen de patiënt (of zijn omgeving) en de huisarts van wacht, die dan "niet meer persoonlijk" akte kan nemen van "de toestand die hem is beschreven door degenen die zijn hulp inroepen. (...) en indien hij op grond van de omstandigheden waarin hij werd verzocht te helpen kon geloven dat het verzoek niet ernstig was of dat er gevaar aan verbonden was", dan kan hij niet gestraft worden.

- Een eerste vraag is of een huisarts van wacht zich in de geest van art. 422bis SW zo permanent "onbereikbaar" kan opstellen voor de ontvangst én de beoordeling van de zorgvraag – met de inherente verantwoordelijkheid en beroepsaansprakelijkheid – van "degenen die zijn hulp inroepen" door dit systematisch aan een "derde" over te laten en/of dit op deze af te wentelen bij eventuele problemen.

De toepasbaarheid van art. 422bis SW op artsen (2) is nochtans evident (cf. jurisprudentie). Bovendien wordt de hulpverleningsplicht nog eens verzaamd in het kader van de uitoefening van de wachtdienst versus artsen die niet van wacht zijn (en die juist door het bestaan van een wachtdienst eventueel een verzachtende omstandigheid kunnen aanwenden).

In elk geval mag een arts – zeker hij die van dienst is tijdens een wachtdienst – zich niet in de onmogelijkheid plaatsen om de ernst van een gevaar te (kunnen) inschatten, omdat bij de hulpverlening deskundigheid een belangrijke factor is.

De arts mag zich niet tevreden stellen met een beschrijving van de toestand door diegene die zijn hulp inroept (zelfs niet via een collega); de arts moet integendeel "actief" informatie inwinnen en moet zich zo een nauwkeurig oordeel vormen van de situatie. Er wordt verwacht dat de arts zich exact op de hoogte stelt en dat hij zich bij twijfel (o.a. telefonische oproepen met onduidelijkheid) ter plaatse begeeft.

Bij de werking van de wachtdienst – en in het kader van art. 422bis SW – speelt het onderscheid tussen hulp “verlenen” (venir en aide) en hulp “verschaffen” (procurer une aide) (3) het eerste is de plicht om zelf te handelen, het tweede is deze om hulp in te roepen van een ander en dit dan nog nadat men zelf eerst hulp heeft verleend.

Het zich “onbereikbaar” opstellen kan enkel voor artsen die niet van wacht zijn, juist omdat er een wachtdienst bestaat en zij daarop beroep doen voor de continuïteit van de zorg.

- Een tweede vraag is of een toepassing van dergelijk procédé de uitvoering van art. 422bis SW onmogelijk maakt versus enerzijds de “uitvoerende” huisarts van wacht en de “organiserende” huisartsenkring, en anderzijds wat de verantwoordelijkheid én aansprakelijkheid wordt van die “derde”.

De meeste huisartsenkringen werken met een lokaal centraal oproepnummer, dat ofwel direct opgenomen wordt door de huisarts van wacht zelf, ofwel indirect via een telefonische receptionist die dan – zonder zorgtriage maar met beschrijving van de zorgvraag – elke oproep gestandaardiseerd en onmiddellijk doorgeeft aan de huisarts van wacht. Soms kan de huisarts van wacht dan zelf persoonlijk contact opnemen met de patiënt en aanvullend directe(re) informatie inwinnen.

In beide gevallen blijft de huisarts van wacht dus “bereikbaar” en draagt hij de volledige verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de zorgvraag en voor de hulpverleningsplicht conform art. 422bis SW.

Bij het voorgestelde systeem van een dispatching- of callcenter wordt daarentegen de zorgvraag daar telefonisch ontvangen én ook daar beoordeeld – naar ernst én uitvoering – door een “derde”: die beslist over een eventuele verplaatsing van de huisarts.

De kwalificatie van die “derde” staat ter discussie: is het al dan niet een arts?

Kan het systematisch beoordelen van een medisch probleem – of zelfs het stellen van een diagnose en het daaraan al dan niet verbinden van een (be)handeling – gebracht worden onder de noemer “(onwettige) uitoefening van de geneeskunde”?

Blijft de gekende problematiek van het telefonisch inschatten (4) van een medisch probleem zonder onderzoek (telefonisch consult/advies), zelfs door een arts.

De communicatie van de zorgvraag of van het medisch probleem naar de huisarts van wacht is in het voorgestelde systeem zeker problematisch, waarbij blijkbaar ook een eventuele “weigering” van het sturen van de huisarts van wacht en dus een non-informatie van die huisarts – cf. de geciteerde “wettelijke” verschoningsgrond van art. 422bis SW – tot de mogelijkheden behoort.

Er bestaat een telefonische “triage” van dringende geneeskundige oproepen via de dienst “100”. Dit valt onder de Wet Dringende Geneeskundige Hulpverlening (8 juli 1964). Er wordt echter via de “100” in elk geval een passend gevolg gegeven aan elke oproep én men geeft zelfs een opvorderingsrecht aan de receptionist (art. 4): “Op aanvraag van de aangestelde van het eenvormig oproepstelsel, welke persoonlijk tot een geneesheer wordt gericht, is deze verplicht zich op de aangeduide plaats te begeven en er de eerste noodzakelijke zorgen toe te dienen aan de personen bedoeld in het eerste artikel.”

Het belangrijkste probleem blijft de aansprakelijkheid en verantwoordelijkheid van die “derde” persoon die systematisch ingeschakeld wordt als tussenstation tussen de zorgvragende patiënt en de huisarts van wacht en die ook belast wordt met de triage van de zorgvraag en de beslissing om al dan niet de huisarts uit te sturen om hulp te verlenen.

Aansluitend is dan de vraag wie daarvan de organisatie desgevallend op zich zal nemen: de staat (personne publique) of een privaatspersoon (personne privée).

Uit de voorliggende juridische analyse blijkt echter dat de eerste optie, TASRE (tri des appels sous la responsabilité de l’Etat), als niet voor de hand liggend wordt beoordeeld.

De tweede optie is dan de oprichting van dispatching- of callcenters door private rechtspersonen. De allusie die in de analyse gemaakt wordt is het afwentelen van de verantwoordelijkheid van de “derde” persoon (personeelslid) die instaat voor de telefonische receptie en beoordeling van de zorgvragen naar die “rechtspersonen”: die dan wél verantwoordelijk zouden kunnen gesteld worden voor een slechte organisatie.

In het kader van de oprichting van die geciteerde dispatching- en callcenters en de mogelijkheid tot zorgtriage door een “derde”, verwijzen de voorliggende juridische documenten naar het wettelijk kader van huisartsenkringen: het KB. 8 juli 2002 tot vaststelling van de opdrachten verleend aan huisartsenkringen, art. 5, 8^o (aangevuld KB. 9 december 2004 tot wijziging van het koninklijk besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de opdrachten verleend aan huisartsenkringen) “het eventuele gebruik van een systeem van centraal oproepnummer gebeurt volgens de artikelen 2, 5^o, en 4 van het KB 4 juni 2003 tot vaststelling van de voorwaarden (...) die een financiële tegemoetkoming verleent aan de huisartsenkringen (...).”

Uit de lezing van die KB’s blijkt dat dergelijke conclusies zowel structureel als inhoudelijk verkeerd zijn en dat ze dan ook ten onrechte geëxtrapoleerd worden naar een systeem van dispatching- of callcenter mét een zorgtriage.

De meeste huisartsenkringen hebben zoals reeds gesteld een eigen lokaal centraal oproepnummer. De kring krijgt een basisfinanciering voor haar opdrachten doch niet voor dat oproepnummer, maar kan wél “aanvullend financiering” verkrijgen indien dat oproepnummer operationeel wordt gemaakt (binnen de zorgzone van één of meer erkende kringen) “als een systeem van centraal oproepnummer (...) in wederzijdse samenwerking met andere beroepsdisciplines van de eerste lijn op contractuele basis.”

Het is primo structureel duidelijk dat dit “systeem van centraal oproepnummer” volledig onder het beheer én de verantwoordelijkheid van de organiserende huisartsenkring vzw. valt én blijft, doch hier enkel contractueel (!) opgesteld wordt naar ande-

re beroepsdisciplines op de eerste lijn.

Secundo is er inhoudelijk op geen enkel ogenblik sprake van enige medische zorgtriage, doch in voorkomend geval enkel van een "dispatching" van een oproep – in de betekenis van een gewone "doorverwijzing" – naar de desbetreffende aangesproken beroepsdiscipline(s) op de eerste lijn.

2. Burgerlijk recht

De organisatie van de huisartsenwachtdienst is toegekend aan de huisartsenkringen Het KB 8 juli 2002 – Opdrachten huisartsenkringen – Afdeling II. art.5 bepaalt de normen waaraan voldaan moet worden: in het bijzonder 5, 3° de opstelling van een huishoudelijk reglement van de wachtdienst en 5, 5°, de duidelijke bekendmaking van de wachtdienst aan de bevolking, waarbij dus én het systeem én de modaliteiten van die communicatie met de bevolking moet worden verstaan.

De huisartsenkring vzw is de wettelijke organisator, de lokale huisarts de uitvoerder. Tussen beiden bestaat er een "contractuele band" via het huishoudelijk reglement van de wachtdienst, nagezien en goedgekeurd door de PGC en de PRO.

De burgerlijke aansprakelijkheid situeert zich dus in het exact uitvoeren van de "contractuele" opdracht van de wachtdienst, waarbij de huisartsenkring en huisarts van wacht partij zijn en daarnaast ook alle lokale huisartsen aangezien die een beroep doen op de wachtdienst (zowel in de weekends en feestdagen maar ook tijdens de week voor de normale continuïteit van de zorg), en tot slot de huisartsen en de huisartsenkring gezamenlijk versus de bevolking (wachtdienst) en/of de individuele patiënt (continuïteit van de zorg).

De wachtdienst van huisartsen – op de eerste lijn – staat echter vooral in voor "een regelmatige én normale toediening van de zorgen" en niet in de eerste plaats "dringende geneeskundige zorgen" (DGH waarvan de organisatie een afzonderlijk wettelijk kader heeft en behoort tot de tweede lijn), wat de fundamentele tegenstelling is in de proefprojecten "1733" e.a. (cf. hieronder).

Derhalve dient een voorbehoud gemaakt voor een al te exclusieve benadering van de aansprakelijkheid enkel vanuit het oogpunt van de hulpverleningsplicht (art. 422bis SW.) alhoewel uiteraard toepasselijk in functie van de ernst van de zorgvraag.

3. Wettelijk kader

De basis voor de huisartsenwachtdienst is het KB 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, art. 8, § 1, (continuïteit van de zorgen) en art. 9 (instellen van wachtdiensten): beide artikels hebben met elkaar gemeen dat ze als doel hebben de beschikbaarheid en bereikbaarheid van artsen te waarborgen(5).

In de voorliggende juridische documenten wordt een aanpassing voorgesteld aan het KB. 78, art. 9, waarbij de normen zouden bepaald worden waaraan de werking van de systemen van gecentraliseerde oproep tijdens de wachtdienst zouden moeten voldoen: in het bijzonder de bepaling dat die dispatching- en callcenters autonoom zouden kunnen beslissen over de noodzaak om (g)een geneesheer te sturen.

Dit principe sluit aan bij het project "1733" volgens het KB 28 november 2008 (Charlerloi, Centre et Binche, Mons), een "Project voor een registratie van de activiteit van de huisartsgeneeskunde tijdens de wachtperiodes en de analyse van de haalbaarheid van de organisatie van een dispatching van de huisartsgeneeskunde onder coördinatie van een groepering van huisartsenkringen" en het analoog project "HA-disp" KB 5 februari 2009 (Brugge) en nu ook uitgebreid naar de ganse provincie Luxemburg (KB's 26 januari 2010): deze projecten hebben als gezamenlijk doel "een regulering van de medische oproepen voor de huisartsgeneeskunde en de nodige wijzigingen aan de wetgeving (...)".

Een van de uitgangspunten van de geciteerde projecten "1733" e.a. is (citaat): "dat de verplaatsing van de huisartsen naar de patiënten thuis in een aantal gevallen niet nodig is of kan worden uitgesteld, een verlies van doeltreffendheid en een hoge kost met zich meebrengt, en de missies actief kunnen geschift worden zoals dat gebeurt bij de schifting van middelen door de 100-centrale bij oproepen voor dringende hulpverlening." (einde citaat)

De FOD Volksgezondheid stelt een nieuw "centraal eenvormig oproepnummer" voor dat door hen georganiseerd wordt en dat samenwerkt met de "lokale eenvormige oproepnummers" (van de huisartsenkringen KB 8 juli 2002, art. 5, 8°) volgens protocollen die in het project moeten worden vastgelegd.

Dat FOD-centraal eenvormig oproepnummer sluit nauw aan bij het analoog "eenvormig oproepstelsel (dienst 100) tot inrichting van de dringende geneeskundige hulpverlening" (KB 2 april 1965 houdende vaststelling van de modaliteiten tot inrichting van de dringende geneeskundige hulpverlening en houdende aanwijzing van gemeenten als centra van het eenvormig oproepstelsel, art. 6quinquies) en beoogt in fine een integratie in de dienst 100.

De projecten "1733" e.a. staan in direct verband met de "Algemene Beleidsnota" (Kamer van Volksvertegenwoordigers – 31 oktober 2008) van minister Onkelinx, onder punt 8. "Verbetering van de dringende medische hulpverlening" (pag. 39).

Dergelijke integratie van alle medische oproepen, ook deze bestemd voor huisartsen voor een "normale en regelmatige toediening van de zorgen" zowel in de wachtdienst (KB 78, art. 9) als voor de continuïteit van de dagelijkse zorgen (KB 78, art. 8, §1), in het kader van de organisatie van "de dringende geneeskundige hulp" (DGH, "100") – met een eigen wettelijk kader – is op zijn minst onnatuurlijk en controversieel: niet enkel door een medische zorgtriage die hierbij als standaard voorgesteld wordt en de eventuele inschakeling van de huisarts van wacht in het systeem van de DGH, maar vooral door de reeds voorziene optie om zelfs helemaal géén huisarts uit te sturen.

- De Nationale Raad verwijst naar het advies van de Nationale Raad van 6 december 2008 "Wachtdienst in huisartsgenees-

kunde – Wijziging van advies van 4 oktober 2008” “Wachtdienst voor huisartsgeneeskunde – begeleiden van een patiënt met een ambulance” TNR 123, waarbij – voor de inschakeling van de huisarts van wacht in dringende geneeskundige hulp – aandacht wordt gevraagd voor een aantal cruciale wrijvingspunten.

Indien er echter een analoog centraal eenvormig oproepnummer komt net zoals de dienst “100” of zelfs daarin geïntegreerd, dan volgt daaruit onmiddellijk een analoog opvorderingsrecht van die regulator t.o.v. de huisarts van wacht.

- Het Jaarverslag 2006 van de Federale Ombudsdienst “Rechten van de patiënt” geeft verslag van klachtmeldingen over de dokter van wacht: het niet-tussenkomen van de dokter van wacht na een telefonische oproep is steeds de aanleiding.

(citaat) “De federale ombudsdienst benadrukt het belang van het vertrouwen dat de patiënt moet kunnen stellen in een wachtdienst, die de patiënt een kwaliteitsvolle dienstverstreking aanbiedt, waarop de patiënt recht heeft, in navolging van zijn telefonische oproep voor een volgens de patiënt dringend geval. Een telefonisch advies van een arts beantwoordt op geen enkele wijze aan een kwaliteitsvolle zorgverlening.

- De federale ombudsdienst stelt zich eveneens de vraag wat de patiënt kan verstaan onder de inhoud van een kwaliteitsvolle zorgverstreking door een beroepsbeoefenaar in het kader van de continuïteit van de zorgen of dringende hulpverlening.” (einde citaat)

De correcte uitvoering van de Wet patiëntenrechten (WPR 22 augustus 2002) speelt in deze dus een essentiële rol: de patiënt is de natuurlijke persoon aan wie gezondheidszorg wordt verstrekt al dan niet op eigen verzoek, o.a. op verzoek van zijn vertegenwoordiger (art. 12-15) of in een situatie van spoedhulp (art. 8, §5).

- De Nationale Raad verwijst in zijn advies van 8 mei 2010 binnen dat kader van de WPR naar enkele basisrechten van de patiënt:

WPR art. 5. De patiënt heeft, met eerbiediging van zijn menselijke waardigheid en zijn zelfbeschikking en zonder enig onderscheid op welke grond ook, tegenover de beroepsbeoefenaar recht op kwaliteitsvolle dienstverstreking die beantwoordt aan zijn behoeften.

De arts – ook de huisarts als beroepsbeoefenaar tijdens de wachtdienst – moet zich voor die kwaliteitsvolle dienstverlening gedragen overeenkomstig de zorgvuldigheidsnormen zoals bepaald in het burgerlijk aansprakelijkheidsrecht, en dit volgens de geldende standaarden en de wetenschappelijke normen (6).

Tijdens de wachtdienst behandelt de huisarts meestal patiënten die hij niet kent en hij kan dus noch de medische anteceden-ten noch de sociofamiliale context inschatten. De moeilijkheid bestaat erin om een duidelijk onderscheid te kunnen maken tussen medisch objectieve/objectiveerbare “behoeften” en eerder subjectieve “wensen”.

Het blijft precair als beslissingen enkel genomen worden op basis van communicatie van op afstand (cf. telefonische consul-ten, dispatching- en/of triagesystemen) zonder enig onderzoek door de wachtarts van de betrokken “patiënt” in loco. (Advies van de Nationale Raad van 16 februari 2008 “Telefonisch advies door een arts – Ereloon” TNR 120, p. 5 – Advies van de Nationale Raad van 7 juni 2008 “Telefonisch advies door een arts – Ereloon” TNR 121, p. 6 – Adviezen van de Nationale Raad van 6 december 2008 “Wachtdienst in huisartsgeneeskunde – Wijziging van advies van 4 oktober 2008” en “Wachtdienst voor huisartsgeneeskunde – begeleiden van een patiënt met een ambulance” TNR 123).

WPR art. 6. De patiënt heeft recht op vrije keuze van de beroepsbeoefenaar en recht op wijziging van deze keuze behoudens, in beide gevallen, beperkingen opgelegd krachtens de wet.

Tijdens de wachtdienst is die vrije keuze echter de facto beperkt (als er meer dan één huisarts van wacht is) of is zelfs onbe-stande (slechts één huisarts van wacht).

Dat feit heeft een belangrijke impact op de rechtsverhouding die zo ontstaat tussen de arts en de patiënt, gezien de evidente noodzaak voor elke patiënt in die omstandigheden een beroep te moeten doen op die arts(en) van wacht waardoor een be-handelingsovereenkomst – voor beide partijen – veel minder vrijblijvend wordt, laat staan dat ze al kan geweigerd worden door de huisarts van wacht.

4. Deontologie

De wettelijke opdracht van de Nationale Raad is bepaald in het KB nr. 79 van 10 november 1967 betreffende de Orde der geneesheren. Zij bestaat o.m. uit de opstelling van de beginselen en regelen die de Code van medische plichtenleer vormen, met de volgende verwijzing in art. 15. §1:

“ de code bevat inzonderheid de regelen betreffende de continuïteit van de verzorging waartoe ook het inrichten van de wachtdienst behoort (...).”

De relatie met de deontologie in het genoemde KB nr. 78 zijn ook duidelijk én wettelijk bepaald.

- Zoals reeds vermeld zijn beide volgende artikels complementair en bepalen ze de bereikbaarheid en beschikbaarheid van artsen:

Art. 8, § 1. het verzorgen van de continuïteit van de zorgen door de artsen wordt beoordeeld door de provinciale raden van de Orde.

Art. 9, § 1. de huisartsen die deelnemen aan de wachtdiensten moeten het huishoudelijk reglement van de wachtdienst “onderschrijven” en ze moeten zich houden aan de deontologische regels.

Het is voor de ordinale organen een belangrijke wettelijke opdracht om de werking van de wachtdienst nauwgezet te blijven toetsen aan de deontologie en de Code van geneeskundige plichtenleer:

- Art. 27 (Code). Vrije keuze van de patiënt: is hier onvermijdelijk beperkt door de praktische organisatie van de wachtdienst én met een permanent kwaliteitsvol zorgaanbod.

Beperkt = de patiënt kan niet anders dan beroep te doen op die huisarts die van wacht is, zodat er een quasi obligate behandelingsovereenkomst ontstaat.

Permanent = belangrijk is dat de continuïteit van de zorg in de overgrote meerderheid van de gevallen wordt waargenomen via de inschakeling van de wachtdienst.

Kwaliteitsvolle zorgverlening is een essentieel onderdeel van de wachtdienst, staat in correlatie met de WPR (Wet patiëntenrechten) en moet zeer nauw aansluiten bij de courante huisartsgeneeskundige zorgen in het kader van de continuïteit.

Het is de beroepsgroep die de voorwaarden daartoe opneemt in het huishoudelijk reglement van de wachtdienst.

- Art. 28 (Code). "Behalve in geval van hoogdringendheid of wanneer hij in zijn menslievende plichten tekort zou schieten, staat het de geneesheer steeds vrij om persoonlijke of beroepsredenen de behandeling van een zieke te weigeren. De geneesheer mag eveneens van zijn opdracht afzien op voorwaarde dat hij de patiënt (...) ervan in kennis stelt, de continuïteit van de verzorging verzekert..."

Tijdens de wachtdienst treedt de huisarts van wacht op als 'plaatsvervanger' van de andere huisartsen, die immers – volgens afspraak – beroep doen op die wachtdienst voor de continuïteit van de zorg aan hun patiënten, en dit in de ruime betekenis van de normale medische zorg die gangbaar is binnen de huisartsgeneeskunde.

De "weigering" in het kader van de wachtdienst: de patiënt doet een beroep op de huisarts van wacht juist omdat die de opdracht en de verantwoordelijkheid voor die zorgcontinuïteit op zich heeft genomen, zodat "weigeren" onder die omstandigheden onmogelijk is.

- Art. 34. § 1 (Code). Zowel voor het stellen van een diagnose als voor het instellen en voortzetten van een behandeling, verbindt de geneesheer er zich toe de patiënt zorgvuldig en gewetensvol de zorgen toe te dienen die stroken met de thans geldende wetenschappelijke kennis.

De huisarts van wacht die zich structureel afschermt van elke directe zorgvraag van patiënten en zich op die manier bewust en formeel "onbereikbaar" opstelt (cf. art. 422bis SW) door de dispatching én de beslissing tot zorg aan een "derde" over te laten, kan moeilijk beschouwd worden als zorgvuldig en gewetensvol.

Het is onverantwoord de beslissing om al dan niet in te gaan op een zorgvraag over te laten aan of af te wentelen op een "derde", ongeacht de (medische?) kwalificatie.

- Art. 55. > 57 (Code). Het beroepsgeheim

Het inschakelen van een "derde" bij de dispatching van de zorgvraag van een patiënt schept problemen op het gebied van het beroepsgeheim en de privacy.

Men moet zich ernstige vragen stellen bij de praktische modaliteiten waarbij een "derde" telefonisch in de mogelijkheid is om alle noodzakelijke en relevante "medische informatie" op te vragen in dergelijk contact met een patiënt, teneinde een gegronde beslissing tot bv. een "medische interventie" te kunnen nemen.

In welke mate kan ook van een patiënt (of zijn omgeving) gevraagd/geëist worden om eerst te antwoorden op mogelijks delicate en/of indiscrete vragen van een "derde", alvorens de garantie te krijgen dat dan – én pas dan – een huisarts van wacht die zorgvraag professioneel zal uitvoeren met een consultatie en/of een huisbezoek.

- Art. 113. > 118 (Code). Continuïteit van de verzorging, de wachtdiensten en de dringende medische hulp.

Art. 116. " (...) De werkingsmodaliteiten van deze diensten en de wachtdiensten dienen aan de provinciale raad te worden medegedeeld."

Art. 117. " (...) Het beoordelen van tekortkomingen aan de deontologische verplichtingen met betrekking tot de wachtdiensten behoort tot de bevoegdheid van de provinciale raden."

Art. 118. een geneesheer mag zich "slechts aan een dringende oproep onttrekken na zich ervan overtuigd te hebben dat er geen gevaar bestaat (...)"

Dat houdt in, primo dat de huisarts van wacht zelf een directe beoordeling heeft gemaakt of kan maken van de zorgvraag (i.c. de oproep) én secundo dat hij zelf autonoom de beslissing tot interventie neemt of kan nemen.

Dat kadert volledig in de juridische problematiek van art. 422bis SW.

- Art. 166 (Code). Betreffende overeenkomsten gesloten tussen geneesheren " (...)

De statuten, contracten en huishoudelijke reglementen moeten stroken met de bepalingen van de geneeskundige plichtenleer. Elke bepaling die indruist tegen de plichten die ontstaan uit het stilziggend verzorgingscontract dat de geneesheer met zijn zieke verbindt, is verboden."

De toepassing van een systeem van centrale dispatching door een "derde" zal desgevallend onderworpen moeten worden aan strikte deontologische voorwaarden, indien dergelijke systemen al "contractueel" haalbaar zouden blijken.

In elk geval lijken de voorgestelde modellen niet verenigbaar met de deontologische plichten van de huisarts van wacht en de inherente behandelingsovereenkomst met de patiënt.

- Art. 181 (Code). Bij hun beroepscontacten met hun paramedische medewerkers, zullen geneesheren ieder initiatief vermijden dat deze ertoe zou kunnen aanzetten de geneeskunde op onwettige wijze uit te oefenen."

De kwalificatie én de exacte bevoegdheden van de "derde" binnen een systeem van centrale dispatching zijn op dit ogenblik

onduidelijk.

Gezien de triage van "medische problemen", moet de vraag naar de onwettige uitoefening van de geneeskunde worden gesteld volgens KB.78. art. 2, §1 en §2:

"een handeling" behoort tot de uitoefening van de geneeskunde wanneer zij tot doel heeft, of wordt voorgesteld tot doel te hebben, bij een menselijk wezen, hetzij het onderzoeken van de gezondheidstoestand, hetzij het opsporen van ziekten en gebrekkigheden, hetzij het stellen van de diagnose, het instellen of uitvoeren van een behandeling van een fysische of psychische werkelijke of vermeende pathologische toestand (...)."

Besluit

De Nationale Raad is zich bewust van een aantal praktische problemen rond de organisatie van de huisartsenwachtendienst. De uitwerking van oplossingen vergt echter een zeer grondige analyse van de diverse oorzaken en mogelijke gevolgen, met aandacht voor de geschetste complexe invalshoeken en de aansprakelijkheid én verantwoordelijkheid, zowel op wettelijk als deontologisch vlak.

De deontologie is daarbij een belangrijke hoeksteen omdat wachtdiensten enerzijds steunen op collegialiteit en solidariteit onder artsen en anderzijds omdat de rechten van de patiënt een kwaliteitsvolle gezondheidszorg vereisen, a fortiori ook tijdens de wachtdienst én voor de continuïteit van de zorg bij afwezigheid van de eigen arts.

De Nationale Raad heeft in het kader van de wachtdienst reeds gewezen (Advies NR 21 april 2007 betreffende de wachtdienst voor huisartsgeneeskunde, TNR 116, p. 9) op de kwalitatieve meerwaarde van een consultatie op het kabinet versus het huisbezoek. De verplichting van de huisarts van wacht om zich te verplaatsen moet derhalve genuanceerd worden: net als in de courante dagelijkse praktijk kunnen patiënten gedurende de wachtdienst actief uitgenodigd worden om zelf op raadpleging te komen in het kabinet of naar de huisartsenwachtpost, eerder dan gebruik te maken van het huisbezoek.

Dit vergt een pragmatische aanpak en een dialoog tussen de zorgvragende patiënt en de huisarts van wacht, om in onderling overleg de mogelijkheden/moeilijkheden van de verplaatsing(en) van/met elkaar te bespreken en daaromtrent duidelijk af te spreken, zodat de individuele zorgvraag in elke casuïstiek een passend gevolg krijgt.

- (1) Brief d.d. 7 december 2009 : Marc UYTENDAELE- Marie COOMANS.
- (2) NYS, H., Geneeskunde Recht en medisch handelen, 2005, p. 195, nr. 434 e.v.
- (3) Liber Amicorum Jean du Jardin door Hendrik VUYE, Kluwer, 2001, p. 462 e.v.
- (4) Rechtspraak- en wetgevingsbundel Gezondheidsrecht 2007 (10de editie), p. 200.
- (5) NYS, H., Geneeskunde Recht en medisch handelen, 2005, p. 194, nr. 433.
- (6) NYS, H., Geneeskunde Recht en Medisch handelen, 2005, p. 145, nr. 324 e.v.

Huisartsenwachtendienst – Voorstel tot wijziging van art. 9, §1, van het KB nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de gezondheidszorgberoepen (08/05/2010)

TREFWOORDEN :
Huisarts - Wachtdiensten
DOCUMENTNAAM :
a130016n

Een provinciale raad stuurt een vraag door van mevr. Dominique TILMANS, senator.

1. Het eerste uitgangspunt van mevr. D. Tilmans - als motivatie - is de problematiek rond de verplichting van de huisarts van wacht om zich te verplaatsen tijdens de wachtdienst: volgens artikel 9, §1 is er enkel sprake van toediening van zorgen zowel in het ziekenhuis als "ten huize".

Zo zou bij lezing daarvan kunnen besloten worden dat verzorging in "het kabinet" van de huisarts daarbij niet voorzien werd, en dat daaruit de verplaatsing van de huisarts - "ten huize" - impliciet verplichtend wordt.

2. Het tweede uitgangspunt van mevr. D. Tilmans is om, bij een zorgvraag tijdens de wachtdienst, de beslissing omtrent de keuze tussen een consultatie op het kabinet of een huisbezoek en dus het zich al dan niet verplaatsen, exclusief toe te kennen aan "de appreciatie van de betrokken geneesheer".

Op die manier zou er een modulering ontstaan van de noodzaak van de huisarts om zich te verplaatsen in functie van de medische justifiatie. Om manifeste misbruiken daaromtrent tegen te gaan zou de huisarts van wacht zelfs de mogelijkheid hebben om radicaal te weigeren, zonder daarbij echter de strafrechtelijke verantwoordelijkheid (SW 422bis) rond de hulpverleningsplicht in vraag te stellen.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 8 mei 2010 besprak de Nationale Raad de vraag van mevr. D. Tilmans nopens een wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 betreffende de gezondheidszorgberoepen, art. 9, § 1.

Wat het eerste punt betreft, vindt de Nationale Raad dat, bij de lezing van het koninklijk besluit nr. 78 art. 9, § 1, de bedoeling van het instellen van wachtdiensten erin bestaat aan de bevolking een "normale en regelmatige toediening van de zorgen te waarborgen, zowel in het ziekenhuis als ten huize". Deze laatste tekstuele verwijzing duidt eerder op een onderscheid tussen de intramurale, specialistische tweedelijns geneeskunde en de extramurale, eerstelijns geneeskunde van de huisartsen.

In eerdere adviezen van de Nationale Raad (12 december 1998, TNR 84, p. 12; 16 september 2000, TNR 90, p.12) werd erop gewezen dat om de continuïteit van de verzorging te waarborgen de wachtdoende arts enerzijds bereik- en beschikbaar moet zijn voor zijn patiënten en deze anderzijds moet beschikken over een goed uitgeruste praktijkruimte op het territorium van de wachtdienst.

Bij de concrete invulling van het koninklijk besluit nr. 78., art. 9, § 1 (dat de ten dien einde opgerichte groeperingen de wachtdiensten mogen instellen) bepaalt het koninklijk besluit van 8 juli 2002 "De opdrachten van de huisartsenkringen", en in afdeling II daarvan de modaliteiten van de "organisatie van die huisartsenwachtdienst"; in het bijzonder bepaalt art. 5, 3°, dat de huisartsenkring een huishoudelijk reglement omtrent de wachtdienst moet opstellen dat de praktische organisatorische afspraken en engagementen tussen de verstrekkers regelt en dat de modaliteiten van interne kwaliteitszorg hierin dienen gestipuleerd te worden.

De bevolkingswachtdienst verbindt qua verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid dus zowel de organiserende huisartsenkring als de uitvoerende huisarts(en): alle wettelijke en deontologische regels daaromtrent zijn vastgelegd in een bindend huishoudelijk reglement van de wachtdienst, dat nagezien en goedgekeurd wordt door én de bevoegde provinciale geneeskundige commissie én de provinciale raad van de Orde.

Dat huishoudelijk reglement van de wachtdienst bepaalt onder meer dat binnen de huisartsenzone van de huisartsenkring enkel huisartsen met een uitgerust kabinet kunnen en mogen deelnemen, dit naar analogie met de deontologische vereisten.

Bovendien hebben reeds heel wat huisartsenkringen in stedelijke en grootstedelijke gebieden huisartsenwachtposten ingericht, uiteraard met goed uitgeruste medische kabinetten. Dergelijke projecten zijn wettelijk erkend en financieel gesteund door de overheid, gezien hun bijdrage tot een grotere bereikbaarheid, herkenbaarheid en betere toegankelijkheid voor de bevolking.

Voor zover er enige onduidelijkheid zou (kunnen) bestaan over de interpretatie van het begrip "ten huize" in het koninklijk besluit nr. 78, art. 9, § 1, in de zin van een (ongewilde) eenzijdige wettelijke beperking van de interventies van de bevolkingswachtdienst tot enkel het vervullen van huisbezoeken en het derhalve niet (kunnen) aanbieden/verrichten van consultaties in een kabinet, blijkt dit niet uit de praktische werkingsmodaliteiten van de huisartsenwachtdiensten noch uit de feitelijke realiteit bij de uitvoering daarvan, gedurende meer dan 40 jaar sedert de invoering van dit koninklijk besluit nr. 78 (10 november 1967).

Het ministerieel besluit van 1 maart 2010 stelt de criteria voor de erkenning van huisartsen vast : hoofdstuk II, art.10 bepaalt alle criteria voor het behoud van de erkenning en van de bijzondere beroepstitel van huisarts (excerpt) :

"1° de erkende huisarts verstrekt de zorgen zowel thuis bij de patiënt als in zijn consultatie en behandelt patiënten zonder enige vorm van discriminatie.

4° de erkende huisarts neemt deel aan de wacht van huisartsen georganiseerd door de huisartsenkringen, zoals bepaald in het koninklijk besluit van 8 juli 2002.

5° de erkende huisarts staat in voor de continuïteit van de zorg verleend aan patiënten die hij behandelt overeenkomstig art. 8., § 1: in het kader van de relatie met zijn patiënten neemt de huisarts alle maatregelen om ervoor te zorgen dat hun diagnostische en therapeutische verzorging zonder onderbreking wordt voortgezet.

In de tijdsperiodes waarin geen huisartsenwachtdienst beschikbaar is, neemt de erkende huisarts de noodzakelijke maatregelen om de continuïteit van de zorgverlening voor de patiënten die hij behandelt, te organiseren.

6° de erkende huisarts staat in voor de permanentie van de zorg. De permanentie betekent voor de patiënten de toegang tot de huisartsgeneeskundige zorgverlening gedurende de normale uren van de dienstverlening. Onder normale uren van dienstverlening wordt verstaan de uren die niet in aanmerking worden genomen om beschikbaarheidshonoraria te betalen aan de artsen die deelnemen aan georganiseerde wachtdiensten (...)."

Hieruit blijkt dat de eerstelijns geneeskunde - beoefend door de erkende huisartsen - duidelijk stipuleert dat zorgen zowel op consultatie in het kabinet als ten huize van de patiënt worden verstrekt, én dit zonder discriminatie van patiënten (ministerieel besluit van 1 maart 2010, art. 10, 1°).

In het kader van die continuïteit van de geleverde zorgen door een beoefenaar met dezelfde kwalificatie (koninklijk besluit nr. 78, art. 8, §1), doen erkende huisartsen daarvoor bij voorkeur een beroep op de door huisartsenkringen georganiseerde wachtdiensten - waaraan ze wettelijk verplicht worden (ministerieel besluit van 1 maart 2010, art. 10, 4°) deel te nemen - dit zowel voor weekends en feestdagen alsook tijdens de week "buiten de normale uren van dienstverlening" via weekpermanenties.

Als conditio sine qua non is het evident dat tijdens de wachten de medische zorgen exclusief worden toegediend door andere erkende huisartsen (ministerieel besluit van 1 maart 2010) en HAIO's gezien de wettelijk vereiste kwalificatie. Tijdens alle georganiseerde wachtdiensten van/door erkende huisartsen is het dus evident dat voor "de regelmatige en normale toediening van de gezondheidszorgen", zowel huisbezoeken - hier "ten huize" in de letterlijke betekenis - mogelijk en noodzakelijk kunnen zijn als consultaties in een kabinet, aangezien dit per definitie de kern uitmaakt van de huisartsgeneeskunde.

De Nationale Raad heeft dit reeds eerder bevestigd (advies van 6 december 2008, TNR 123).

Wat **het tweede punt** betreft - de toekenning van een appreciatiebevoegdheid aan de huisarts van wacht om na beoordeling van de zorgvraag en om manifeste misbruiken tegen te gaan, onder zijn verantwoordelijkheid zelf te beslissen over de gegrondheid van zijn verplaatsing - wenst de Nationale Raad te benadrukken dat de problematiek complex is en in een ruimer

kader moet gezien worden omdat er hier meerdere betrokken en belanghebbende partijen zijn: de patiënt, de organiserende huisartsenkring, de lokale huisartsen en de uitvoerende huisarts van wacht

1° De patiënt heeft duidelijke rechten gekregen die vervat zijn in de Wet betreffende de patiëntenrechten (WPR 22 augustus 2002): de patiënt is de natuurlijke persoon aan wie gezondheidszorg wordt verstrekt al dan niet op eigen verzoek, o.a. op verzoek van zijn vertegenwoordiger (art. 12-15) of in een situatie van spoedhulp (art. 8, § 5).

WPR, art. 5. stelt: "De patiënt heeft, met eerbiediging van zijn menselijke waardigheid en zijn zelfbeschikking en zonder enig onderscheid op welke grond ook, tegenover de beroepsbeoefenaar recht op kwaliteitsvolle dienstverlening die beantwoordt aan zijn behoeften."

De arts - ook de huisarts als beroepsbeoefenaar tijdens de wachtdienst - moet zich voor die kwaliteitsvolle dienstverlening gedragen in overeenstemming met de zorgvuldigheidsnormen, zoals bepaald in het burgerlijk aansprakelijkheidsrecht, en dit volgens de geldende standaarden en de wetenschappelijke normen (1)

Elke eigen/persoonlijke appreciatie van de huisarts van wacht moet dus gerelativeerd worden en ze moet integendeel toetsbaar zijn aan wat algemeen aanvaardbaar en gangbaar is in de beroepsgroep als een normale praktijkvoering ("goede" huisarts).

Tijdens de wachtdienst behandelt de huisarts meestal patiënten waarvan hij noch de medische antecedenten noch de socio-familiale context kent. De moeilijkheid bestaat erin om dan een duidelijk onderscheid te kunnen maken tussen medisch objectieve/objectiveerbare "behoeften" en eerder subjectieve "wensen" die geen medische interventie zouden vergen. Het blijft precar als beslissingen finaal enkel genomen zouden worden op basis van communicatie op afstand (cf. telefonische consulten, dispatching- en/of triagesystemen), waarbij men zich indirect baseert op een subjectieve inschatting van soms onduidelijk of eerder vaag geformuleerde klachten van de patiënt of zijn omgeving, zonder enig direct medisch onderzoek van de patiënt in loco door de wachters (adviezen NR 16 februari 2008, TNR 120, p. 5; 7 juni 2008, TNR 121, p. 5; 6 december 2008, TNR 123).

De Nationale Raad heeft er, in het belang van de patiënt, reeds op gewezen dat er een kwalitatieve meerwaarde is van een consultatie op het kabinet versus een huisbezoek o.a. tijdens de wachtdienst (advies NR 21 april 2007, TNR 116, p. 9). Daarom is een dialoog aan te raden tussen de patiënt en de huisarts van wacht, om in onderling overleg de mogelijkheden en/of moeilijkheden van de verplaatsing met elkaar te bespreken en daaromtrent duidelijk afspraken te maken, zodat in elk geval aan de zorgvraag een passend gevolg wordt gegeven.

De laatste jaren is er ook een maatschappelijk besef gegroeid bij de bevolking dat men voor medische zorg - ook bij de huisarts - bij voorkeur op consultatie gaat en het huisbezoek voorbehoudt voor de dringende en/of uitzonderlijke omstandigheden. Statistisch is er dus een daling van huisbezoeken en een stijging van de consultaties.

Een aantal patiënten - bejaarden die o.a. opgenomen zijn in ROB's en RVT's als thuisvervangend milieu - kunnen zich echter gewoon niet verplaatsen, en dit zowel om medische als om sociale redenen.

WPR, art. 6: "De patiënt heeft recht op vrije keuze van de beroepsbeoefenaar en recht op wijziging van deze keuze behoudens, in beide gevallen, beperkingen opgelegd krachtens de wet."

Tijdens de huisartsenwachtdienst is die vrije keuze echter de facto beperkt (als er meer dan één huisarts van wacht is) of zelfs onbestaande (als er slechts één huisarts van wacht is). Dit feit heeft een belangrijke impact op de rechtsverhouding die zo ontstaat tussen de arts en de patiënt, gezien de evidente noodzaak voor elke patiënt in die omstandigheden een beroep te moeten doen op die huisarts(en) van wacht waardoor de behandelingsovereenkomst - voor beide partijen - veel minder vrijblijvend wordt, laat staan dat ze al kan geweigerd worden door de huisarts van wacht.

In het geval dat de huisarts van wacht niet ingaat op een oproep, en om welke reden ook "weigert" een huisbezoek af te leggen, bestaat de mogelijkheid dat de patiënt zijn "vrije keuze" zal gebruiken of zal wijzigen en zich voor zorgverlening rechtstreeks zal wenden naar de tweedelijns en de ziekenhuizen, waarbij enerzijds het vervoer aldaar per ambulance wettelijk is geregeld en anderzijds de toegang tot spoedopname in geen geval beperkt zal zijn gezien de hulpverleningsplicht.

2° De tweede betrokken partij is de organiserende huisartsenkring volgens het koninklijk besluit nr.78, art. 9, § 1, en concreet uitgewerkt via het koninklijk besluit van 8 juli 2002.

De huisartsenkring heeft een vertegenwoordigende opdracht (art. 3) ter promotie van de eerstelijnsgezondheidszorg en van de huisartsenwerking in het bijzonder, en optimaliseert de toegankelijkheid van de huisartsgeneeskunde voor alle patiënten van de huisartsenzone.

Dat geldt in het bijzonder voor de organisatie van de wachtdienst die als tweede opdracht is gedefinieerd. De modaliteiten van de wachtdienst zijn vervat in het huishoudelijk reglement van de wachtdienst (art. 5, 3°) dat "contractueel" bindend is voor de huisarts van wacht aangezien hij het moet "onderschrijven" (koninklijk besluit nr. 78, art. 9, § 1).

Meer specifiek moet de huisartsenkring de wachtdienst op duidelijke wijze bekend maken aan de bevolking (art. 5, 5°) en moet deze patiëntenklachten en klachten omtrent de dienstverlening registreren en rapporteren in een jaarverslag (art. 7).

Huisartsenkringen zijn wettelijk (koninklijk besluit van 8 juli 2002) verantwoordelijk en aansprakelijk voor alle opdrachten die hen werden toegekend en ze hebben als vzw rechtspersoonlijkheid. De huisartsenkring vzw voert daarom rechtstreeks controle uit op alle facetten van de werking van de wachtdienst.

3° De derde betrokken partij zijn de lokale huisartsen.

De huisartsen zijn medebepalend voor de organisatie van de wachtdienst via de algemene vergadering van de huisartsenkring, die in collegiaal overleg de concrete werkingsmodaliteiten van de wachtdienst vastlegt in het huishoudelijk reglement

van de wachtdienst.

In het bijzonder voor de continuïteit van de zorg is er een werkbare symbiose ontstaan tussen enerzijds de individuele huisartspraktijken en anderzijds de huisartsenkring.

De afbakening tussen de praktijkpermanentie - de individuele plicht tot continuïteit van de zorg (koninklijk besluit nr. 78, art. 8, § 1) - en de ingang van de bevolkingswachtdienst (koninklijk besluit nr. 78, art. 9) zijn een essentieel onderdeel van collegiale afspraken die gemaakt worden (koninklijk besluit van 8 juli 2002, art. 5, 3°-6°, en het ministerieel besluit van 1 maart 2010, art. 10, 4°, 5° en 6°) en die "buiten de normale uren van dienstverlening" moeten zorgen voor die noodzakelijke continuïteit van de zorg binnen de huisartsgeneeskunde.

Daaruit blijkt de facto dat de wachtdienst van huisartsen instaat zowel voor "de regelmatige en normale toediening van zorgen" voor de bevolking (koninklijk besluit nr. 78, art. 9, § 1) als voor "de continuïteit van de zorgen" (zelfde koninklijk besluit art. 8, § 1) van de individuele huisartsen.

Dit houdt in dat die wachtdienst zo dicht mogelijk moet aansluiten bij de dagelijkse praktijkvoering zoals die door huisartsen binnen de eerste lijn normaliter wordt verstrekt. Indien daaraan niet meer voldaan zou worden, dan zouden de huisartsen verplicht kunnen worden naar andere oplossingen te zoeken om te voldoen aan hun individuele plicht om de continuïteit van de zorg te kunnen verzekeren, los van de wachtdiensten.

4° De vierde partij is de uitvoerende huisarts van wacht.

De huisarts voert de wachtdienst uit binnen een strikt wettelijk en deontologisch kader dat, zoals reeds aangehaald, in extenso is vastgelegd in het huishoudelijk reglement van de wachtdienst van de organiserende huisartsenkring, dat hij moet "onderschrijven": hij is verplicht zich te houden aan die bepalingen en de praktische werkingsmodaliteiten tijdens de wacht.

Tijdens de wachtdienst treedt die huisarts van wacht op als 'plaatsvervanger' van de andere huisartsen, die immers - volgens afspraak - een beroep doen op die wachtdienst voor de continuïteit van de zorg aan hun patiënten, en dit in de ruime betekenis van de normale medische zorg die gangbaar is binnen de huisartsgeneeskunde.

De huisartsenwachtdienst schept dus een evident verwachtingspatroon, én t.o.v. de patiënt én t.o.v. de lokale huisarts, zowel naar bereikbaarheid als beschikbaarheid.

Ook maatschappelijk is de huisartsenwachtdienst een absolute noodzaak voor de toediening van de normale gezondheidszorg, naast de dringende geneeskundige hulp die mede vanuit de tweede lijn wordt georganiseerd.

De huisarts van wacht heeft als arts alle professionele bevoegdheden zoals die toegekend en bepaald zijn in het genoemde koninklijk besluit nr. 78, o.a. de diagnostische en therapeutische vrijheid, en de uitvoering van die opdracht valt medisch gezien volledig onder zijn beroepsaansprakelijkheid.

Art. 422bis SW (hulpverleningsplicht) heeft een bijzondere betekenis wat de artsen betreft, en zeker als er een beroep wordt gedaan op huisartsen tijdens de wachtdienst.

Binnen dat kader is het begrip "de kennis van het groot gevaar" bij de beoordeling van een telefonische oproep door de huisarts van wacht cruciaal. Daarover bestaat uitgebreide jurisprudentie, die o.a. artsen veroordeelde die verzuimden zich in loco persoonlijk te gaan vergewissen van de ernst van de medische toestand.

Maar zelfs bij oproepen voor normale en niet-dringende zorgverlening geldt binnen de burgerlijke aansprakelijkheid (cf. de "contractuele" verbintenis via het huishoudelijk reglement van de wachtdienst) de algemene zorgvuldigheidsplicht die mag verwacht worden van elke huisarts in de beoefening van de huisartsgeneeskunde, als onderdeel van de "opdracht" van de huisartsenwachtdienst bij het verzorgen van de continuïteit van de zorg.

Vandaar dat elke zorgvraag gericht aan de huisartsenwachtdienst met de grootste zorgvuldigheid moet worden beoordeeld - best door de huisarts van wacht zelf - en aanvullend steeds een "passend gevolg" moet krijgen door die huisarts van wacht.

De Nationale Raad merkt op dat in het voorstel tot wijziging van koninklijk besluit nr. 78., art. 9, § 1, de beoordeling - en aanvullend de beslissing - in de keuze tussen een consultatie op het kabinet of een verplaatsing, hier "exclusief" wordt toegekend aan de huisarts van wacht.

Afgezien van het voorbehoud dat moet gemaakt worden bij die "exclusiviteit" van dit beslissingsrecht gezien de andere belanghebbende en betrokken partijen, is een eerste conclusie dat het keuzeaanbod duaal is en in elk geval een consultatie of een huisbezoek moet uitgevoerd worden, en dat derhalve uit voorliggend ontwerp kan besloten worden dat een weigering van de huisarts van wacht geen derde optie is.

Een tweede conclusie is dat in de door mevr. D. Tilmans geciteerde projecten van "dispatching" van de oproepen van de huisartsenwachtdienst door "derden", waaronder het project "1733", de modaliteiten van die dispatching tegengesteld zijn aan het vooropgestelde exclusieve beoordelings-/beslissingsrecht van de oproep door de huisarts van wacht. Die "derden" kunnen bovendien al dan niet een arts zijn en het is zelfs mogelijk dat zij niet fysiek aanwezig zijn op de locatie van de dispatching, doch enkel "bereikbaar".

Besluit

In de huidige wettelijk constellatie van de huisartsenwachtdienst zijn twee partijen verantwoordelijk en aansprakelijk en dit volgens de modaliteiten bepaald in het huishoudelijk reglement van de wachtdienst: de organiserende huisartsenkring en de uitvoerende huisarts.

In het geval van "dispatching" van de oproepen voor de huisartsenwachtdienst door derden buiten de huisartsenkring - volgens welk model of project ook - verandert het vigerende organisatie-model in belangrijke mate en worden verantwoordelijkhe-

den en aansprakelijkheden anders gespreid zodat de juridische context (nog) veel complexer wordt.

De Nationale Raad is daarom van oordeel dat de geciteerde wetsvoorstellen en/of projecten - die toch ingrijpend de huisartsenwachtendienst willen wijzigen - vanuit de aangehaalde invalshoeken en door interacties van diverse wetgevingen, voorafgaandelijk met de grootste aandacht en zorgvuldigheid op wettelijk en deontologisch vlak moeten worden bestudeerd.

(1) NYS, H., Geneeskunde Recht en Medisch handelen 2005, p. 145, nr. 324 e.v.

Uniforme publieke labeling bij besmettelijke aandoeningen (08/05/2010)

TREFWOORDEN :

Beroepsgeheim – Persoonlijke levenssfeer – Ziekenhuizen – Ziekten (Overdraagbare-)

DOCUMENTNAAM :

a130017n

Een provinciale raad vraagt het advies van de Nationale Raad betreffende een uniform systeem van publieke labeling met een ster- of kleurcode bij besmettelijke ziekten in een ziekenhuis.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 8 mei 2010 besprak de Nationale Raad uw brief van 30 april 2009 waarin u hem om advies verzoekt over een uniforme publieke labeling bij besmettelijke aandoeningen.

De Nationale Raad is van mening dat dit labelingsysteem onaanvaardbaar is omdat het leidt tot schending van het medisch geheim, aantasting van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en stigmatisatie van de patiënt. Het is niet aanvaardbaar dat de bezoekers en de personen die niet deelnemen aan de verzorging toegang hebben tot dergelijke informatie.

Wanneer het risico enkel bestaat voor de personen die betrokken zijn bij de verzorging, dienen deze personen zich hiertegen te beschermen door de universele steriliteits- en hygiëne maatregelen toe te passen, zoals dit moet gebeuren voor iedere patiënt.

Wanneer de patiënten niet alleen een risico vormen voor de personen die betrokken zijn bij de verzorging, maar eveneens voor alle andere personen inclusief de bezoekers, maken zij het voorwerp uit van aangepaste isolatiemaatregelen die de facto wijzen op een risico.

De Nationale Raad ziet dan ook geen rechtvaardigingsgrond voor een bijzondere en algemene labeling, temeer daar de nodige informatie betreffende de patiënt ter beschikking is van de personen die betrokken zijn bij de verzorging.

De al dan niet verenigbaarheid tussen de functie van hoofdarts en deze van stagemeeester (05/06/2010)

TREFWOORDEN :

Hoofdgeneesheer - Stage

DOCUMENTNAAM :

a130020n

Een provinciale raad maakt de opmerking dat in kleinere ziekenhuizen de onverenigbaarheid tussen de functie van hoofdarts en deze van stagemeeester moeilijk houdbaar is, zoals vooropgesteld in het advies van de Nationale Raad d.d. 19 december 2009.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 5 juni 2010 besprak de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw opmerkingen betreffende het advies van 19 december 2009 waarin wordt gesteld dat er een onverenigbaarheid bestaat van de functie van hoofdarts met deze van stagemeeester.

Het is evident dat een arts, en dus evenzeer een hoofdarts, die geen klinische activiteit uitoefent in het ziekenhuis, wettelijk de functie van stagemeeester niet kan waarnemen.

U stelt terecht dat het probleem van cumulatie van de functies van hoofdarts en stagemeeester zich voornamelijk stelt in de kleinere ziekenhuisinstellingen waar de hoofdarts ook partieel een klinische activiteit heeft.

De bedoeling van het uitgebrachte advies is te wijzen op de wettelijke en deontologische verplichtingen van de stagemeeester om een adequate opleiding aan zijn toegewezen arts-specialist in opleiding (ASO) te waarborgen. Deze opleidingsopdracht komt in het gedrang wanneer de stagemeeester ook de omvangrijke, wettelijk bepaalde taak van hoofdarts te vervullen heeft. Het hoeft geen betoog dat de ASO niet de plaatsvervanger kan zijn van zijn stagemeeester wanneer deze de taak van hoofdarts waarneemt.

De Nationale Raad verwijst naar de motivatie van zijn uitgebrachte advies en handhaaft zijn standpunt.

Vluchtelingen – Genitale verminking – Beroepsgeheim (05/06/2010)

TREFWOORDEN :

Beroepsgeheim – Minderjarigen – Verminking – Patiënten van vreemde nationaliteit

DOCUMENTNAAM :

a130021n

Voor de toekenning van het statuut van vluchteling verzoekt men artsen een modelformulier in te vullen waarop gevoelige informatie staat en dat aan de administratie van het Commissariaat-generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen dient te worden bezorgd. Aan de Nationale Raad wordt gevraagd de deontologische plichten betreffende deze en soortgelijke vragen uit te klaren.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 5 juni 2010 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren de procedure onderzocht die het, krachtens de bepalingen van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, mogelijk maakt dat het statuut van vluchteling wordt toegekend aan personen die daden van vervolging van "genderspecifieke aard" ondergaan of het risico lopen deze te ondergaan.

Zoals vermeld in de memorie van toelichting kan hieronder ook de genitale verminking worden bedoeld.

Sinds 2007 wordt, zeker voor bepaalde nationaliteiten, een belangrijk aantal asielaanvragen gemotiveerd door een dreigende genitale verminking in het land van herkomst. De ervaring heeft echter geleerd dat de toekenning van het statuut van vluchteling niet automatisch uitsluit dat het meisje alsnog een genitale verminking zou ondergaan op het Europese grondgebied of nog tijdens een verblijf in het land van herkomst.

Aan het Commissariaat-generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen (CGVS) werd de bevoegdheid toegekend na te gaan of de omstandigheden die geleid hebben tot de toekenning van het statuut van vluchteling pertinent blijven.

Hiervoor heeft het CGVS een controleprocedure uitgewerkt, waarbij de fysieke integriteit wordt opgevolgd van vluchtelingen die asiel bekomen hebben wegens dreigende genitale verminking. Deze asielhoudsters worden jaarlijks uitgenodigd een geneeskundig onderzoek te ondergaan. Een niet-restrictieve lijst van artsen die vertrouwd zijn met deze problematiek wordt aangeboden. De zo geraadpleegde arts vult een voorgedrukt medisch certificaat in waaruit de afwezigheid van of het type genitale verminking blijkt, en ondertekent dit. Dit document dient door de vluchteling aan de administratie van het CGVS te worden overgemaakt. Hier wordt het dossier behandeld door een persoon die vertrouwd is met de betreffende problematiek en die op basis van de overhandigde stukken oordeelt of letsels van verminking afwezig zijn en of het statuut van vluchteling kan worden verlengd. De stukken worden aan het asioldossier van de ouder(s) toegevoegd.

De Nationale Raad meent dat het doorgeven van deze gevoelige gegevens aan een niet-arts van de administratie niet kan en evenmin nodig is. Het medisch dossier, de schetsen of de fotografische documentatie dienen onder de verantwoordelijkheid van de in deze procedure geraadpleegde artsen te worden bewaard. Deze artsen hoeven aan het CGVS niet meer mee te delen dan wat voor het doel van dit medisch onderzoek strikt noodzakelijk is, namelijk de loutere gevolgtrekking dat aan de voorwaarde voor verder asiel al dan niet is voldaan. Nadere informatie kan alleen worden gegeven indien en voor zover dat absoluut noodzakelijk is om de conclusie voor de administratie begrijpelijk en hanteerbaar te maken.

De Nationale Raad wijst er ook op dat het inzage-recht van het medisch dossier in deze context delicaat kan zijn en, rekening houdend met artikel 15, § 1, van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, een specifieke regeling vergt.

De Nationale Raad meent verder dat het nuttig is de criteria te bepalen waarop "artsen vertrouwd met de problematiek van genitale verminking" worden geselecteerd, aan deze artsen een statuut te geven en een lijst op te maken van artsen die voldoende keuze geeft aan de patiënt en zijn familie.

Vraag om bijkomende informatie aan de behandelende arts door de RVA (05/06/2010)

TREFWOORDEN :

Beroepsgeheim – Geneesheer (Behandelend-) - Getuigschrift

DOCUMENTNAAM :

a130022n

Een coördinerend arts van de RVA contacteert de Nationale Raad in verband met het medisch geheim van de behandelend arts van een sociaal verzekerde om, op verzoek van een erkend RVA-arts, bijkomende informatie te verstrekken.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn zitting van 5 juni 2010 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw e-mail van 31 maart 2010 betreffende de erkende artsen van de RVA en het medisch geheim onderzocht.

Wanneer de erkende arts aan de werkzoekende een aanvraag om bijkomende informatie geeft die moet doorgegeven aan en beantwoord worden door de behandelende arts, dan is het gevraagde getuigschrift er één dat dienstig voor de patiënt om

sociale voordelen te bekomen. In dat geval is artikel 67 van de Code van geneeskundige plichtenleer van toepassing.

Dit artikel bepaalt :

De geneesheer heeft het recht maar is niet verplicht aan een patiënt, die hem erom verzoekt, een getuigschrift betreffende zijn gezondheidstoestand te overhandigen. De geneesheer mag een getuigschrift weigeren. Hij alleen beslist over de inhoud en de wenselijkheid om het aan de patiënt te overhandigen.

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

Inzage door de patiënt in zijn medisch dossier opgesteld door een expertisearts (26/06/2010)

TREFWOORDEN :

Dossier (Medisch-) - Expertise

DOCUMENTNAAM :

a130028n

De Nationale Raad wordt geregeld om advies verzocht betreffende het recht op inzage door de patiënt in het hem betreffende dossier dat door een expertisearts werd opgesteld.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

Advies betreffende de inzage door de patiënt in zijn medisch dossier opgesteld door de expertisearts

De Nationale Raad wordt geregeld om advies verzocht betreffende het recht op inzage door de patiënt in het hem betreffende dossier dat door een expertisearts werd opgesteld in het kader van een strafprocedure.

Hij vond het dan ook noodzakelijk het advies te vragen van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, die de vraag voorgelegd heeft aan de federale commissie "rechten van de patiënt".

Ook het advies van de minister van Justitie werd verkregen.

De federale commissie "rechten van de patiënt" verstrekke op 9 oktober 2009 een advies met als titel "Advies betreffende de consultatie van het medische dossier dat wordt bijgehouden door de geneesheer-expert in het kader van een strafzaak".

Dit advies, dat toegankelijk is op de site <https://portal.health.fgov.be>, wordt als bijlage overgenomen.

Met betrekking tot de burgerrechtelijke zaken, brengt de Nationale Raad de volgende beginselen in herinnering.

De wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt is van toepassing op de expertisegeneeskunde (1).

De patiënt is de natuurlijke persoon aan wie gezondheidszorg wordt verstrekt, al dan niet op eigen verzoek (art. 2, 1°).

Gezondheidszorg wordt gedefinieerd als diensten verstrekt door een beroepsbeoefenaar met het oog op het bevorderen, vaststellen, behouden, herstellen of verbeteren van de gezondheidstoestand van een patiënt of om de patiënt bij het sterven te begeleiden (art. 2, 2°).

Tot slot bestaat er een contractuele of buitencontractuele, privaatrechtelijke of publiekrechtelijke rechtsverhouding tussen de patiënt en de expertisearts belast met een hem betreffende expertise (art. 3).

Aangezien de expertisegeneeskunde onder het toepassingsgebied valt van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt heeft deze laatste recht op inzage in het door de expertisearts bijgehouden dossier (art. 9).

In het kader van een burgerrechtelijke procedure gebeurt het deskundigenonderzoek op tegenspraak (art. 973 van het Gerechtelijk Wetboek); dit impliceert met name dat de partijen het recht hebben kennis te nemen van elk stuk voorgelegd aan de rechter.

In het kader van een strafrechtelijke procedure kan het inzagerecht van de patiënt in het dossier van de expertisearts in botsing komen met het beginsel van het geheim van het onderzoek en met de bijzonderheden van het strafrecht.

Precies over dit punt handelt het advies van 9 oktober 2009 van de federale commissie "rechten van de patiënt".

Op basis van een analyse van de rechtspraak onderscheidt de federale commissie "rechten van de patiënt" de regels die van toepassing zijn op de expertise in strafzaken op grond van de fasen van de strafprocedure (vooronderzoek, onderzoek, vonnis) en van de belangen die op het spel staan (strafvordering en burgerlijke belangen).

Uit deze analyse blijkt inzonderheid dat het, naar gelang het stadium van de procedure, de taak is van de procureur des Konings, van de onderzoeksrechter of van de feitenrechter om te oordelen over het recht op inzage in het medisch dossier dat bijgehouden wordt door de expertisearts.

(1) Cfr. : Wetsontwerp van 19 februari 2002 betreffende de rechten van de patiënt, Parlementaire Stukken, Kamer, 2001-02, nr. 50-1642/001, p. 16-17; Parlementaire Stukken, Kamer, 2005-2006, doc.51 2594/001, p. 78; Arbeidshof Brussel, 5 maart 2009, arrest A.R. nr. 50.697.

Het off-label voorschrijven van geneesmiddelen (26/06/2010)

TREFWOORDEN :
Geneesmiddelen - Voorschriften
DOCUMENTNAAM :
a130029n

Een provinciale raad vraagt de Nationale Raad advies omtrent het off-label voorschrijven van geneesmiddelen.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

Betreft : uw schrijven van 12 november 2009 betreffende het off-label voorschrijven van geneesmiddelen.

In zijn vergadering van 26 juni 2010 onderzocht de Nationale Raad van de Orde van geneesheren de door mevrouw ... gestelde vragen in verband met het off-label voorschrijven van geneesmiddelen :

- 1) Zijn artsen in België verplicht aan patiënten mee te delen wanneer zij een geneesmiddel off-label voorschrijven? Zo ja, welke informatie moeten zij daarover geven?
- 2) Wie draagt de juridische verantwoordelijkheid bij het off-label voorschrijven van geneesmiddelen?

Off-label voorschrijven betekent dat een geneesmiddel wordt voorgeschreven zonder dat het geregistreerd is of dat het wordt voorgeschreven buiten de indicaties waarvoor het geregistreerd is.

Vooreerst dient gewezen op de reglementaire en wettelijke bepalingen met betrekking tot de ter beschikkingstelling van geneesmiddelen die geen vergunning voor het in de handel brengen hebben verkregen (1), (2), (3), (4).

Het gaat daarbij om

- gebruik in schrijnende gevallen (compassionate use);
- medische noodprogramma's (medical need programs).

Voor beide situaties wordt de procedure in de wet nauwkeurig omschreven. Het betreft meestal aandoeningen die de gezondheid ernstig ondermijnen en vaak levensbedreigend zijn.

In de medische praktijk worden echter ook geneesmiddelen off-label voorgeschreven buiten het gebruik in schrijnende gevallen en de medische noodprogramma's. Bij bepaalde populaties komt dit vaak voor, in het bijzonder bij het kind, de zwangere vrouw en de oudere patiënt. Bij deze populaties zijn de gepaste doseringen en bijwerkingen in grote mate onbekend. Ook in andere gevallen en bij bepaalde pathologieën worden soms geneesmiddelen off-label voorgeschreven.

De Nationale Raad is van mening dat het off-label voorschrijven van een geneesmiddel verantwoord kan zijn indien het belang van de patiënt primeert, namelijk indien het betrokken geneesmiddel op dat ogenblik de beste behandeling is. Desalniettemin moet dit gebeuren op wetenschappelijk onderbouwde gronden en conform de wet betreffende de rechten van de patiënt.

De patiënt of zijn vertegenwoordiger dient te worden geïnformeerd over het off-label voorschrijven, over de bijwerkingen, alsook over de voor- en nadelen van het geneesmiddel. Wanneer het wetenschappelijk gedocumenteerde gevallen betreft die in de courante klinische praktijk nog niet werden geconfirmeerd, dient de patiënt zijn/haar akkoord te geven.

Betreffende de tweede vraag omtrent de verantwoordelijkheid bij het off-label voorschrijven van geneesmiddelen is de Nationale Raad van mening dat de arts verantwoordelijk is voor het voorschrift.

- (1) Raadgevend Comité voor Bio-ethiek: advies nr 47 van 9 maart 2009 betreffende de ethische implicaties van de wetgeving over programma's voor gebruik van geneesmiddelen in schrijnende gevallen (compassionate use) en over medische noodprogramma's (medical need).
- (2) Europese richtlijnen 2001/82/EG en 2001/83/EG.
- (3) Europese verordening nummer 726/2004.
- (4) Wet houdende herziening van de farmaceutische wetgeving van 1 mei 2006 (Belgisch Staatsblad 16.05.2006).

Het 'Réseau Santé Wallon' (RSW) ('Waals Gezondheidsnetwerk')

Prof. dr. A. Herchuelz

Het 'Réseau Santé Wallon' (RSW) ('Waals Gezondheidsnetwerk') heeft tot doel de geautomatiseerde medische dossiers van de artsen onderling te verbinden voor een vlotter verloop van de continuïteit van de zorg. Artsen en patiënten werken eraan mee op vrijwillige basis. Het systeem bestrijkt geheel Wallonië, strekt zich uit tot het Brusselse Gewest en zou zich moeten openstellen voor Vlaanderen in 2010. Alle beveiligingsmechanismen om de vertrouwelijkheid van de gegevens te waarborgen, zijn aangebracht.

Artsen die over een server beschikken (typisch de ziekenhuisarts) kunnen, met toestemming van de patiënt, sommige van hun documenten (radiologieresultaten, opnameverslag, raadplegingverslag,...) invoeren in de server van het RSW. De documenten blijven in het ziekenhuis.

Artsen die niet over een server beschikken (typisch de huisarts) kunnen, met de toestemming van de patiënt, hun documenten (bijvoorbeeld een samengevat spoeddossier) op de centrale server plaatsen.

De artsen die de patiënt verzorgen gaan in overleg met deze laatste een therapeutische relatie aan die hen beiden verbindt in het systeem (dr. X volgt patiënt Y in raadpleging op van 01/01/2010 tot 30/06/2010). Zodra deze band er is, kan de arts vanuit zijn eigen Geautomatiseerd Medisch Dossier kennis nemen van de documenten die ingediend of aangegeven zullen zijn door de andere artsen. Uiteindelijk, mits akkoord van de patiënt, zal iedere arts die de patiënt verzorgt toegang kunnen krijgen tot een medisch dossier waartoe alle artsen die de patiënt verzorgen, bijdragen. De doelstellingen van het project worden duidelijk uiteengezet in de bijzonderheden (spécifications.pdf – 850 Ko) die op 31/10/2006 gepubliceerd werden. Voor elk ander detail, zie <http://www.reseausantewallon.be>.

In het kader van de ontwikkeling van het RSW werd op 24 september 2009 een onafhankelijk toezichtcomité opgericht, waarvan de volgende personen deel uitmaken :

Commission Fédérale 'Droits du patient' : professor Geneviève SCHAMPS
Ligue des Usagers des Services de Santé ASBL : mevrouw Micky FIERENS
Conseil National de l'Ordre des Médecins : professor André HERCHUELZ
Académie Royale de Médecine : professor Adelin ALBERT
Société Scientifique de Médecine Générale : dokter Thomas ORBAN
Association francophone des Médecins-chefs : dokter Quentin DULIERE
FUNDP – Faculté de Droit : professor Yves POLLET
FUNDP – Faculté d'informatique : professor Jean-Noël COLIN
Secrétariat (FRATEM) : dokter Philippe JONGEN

Het comité heeft als opdracht na te gaan of de werkzaamheden van het Réseau Santé Wallon in overeenstemming zijn met het huishoudelijk reglement ervan en met de eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer.

Eind december 2009 heeft het Bureau van de Nationale Raad van de Orde van geneesheren zijn goedkeuring gehecht aan het RSW-project. Naar aanleiding van deze goedkeuring hebben wij aan de heer André Vandenberghe, projecthoofd van het RSW, gevraagd ons het RSW voor te stellen in enkele lijnen. Hieronder vindt u zijn tekst.

Het 'Réseau Santé Wallon' : een door artsen uitgedacht, ontwikkeld en getest project voor een betere continuïteit van de zorg

Context

De technologie, de organisatie en de kennis inzake gezondheid staan niet stil. Het behoud van een kwaliteitsvolle medische praktijkbeoefening verloopt in het bijzonder door de coördinatie en de beheersing van gezondheidsgegevens die afkomstig zijn van tal van betrokken personen : ziekenhuisartsen, ambulante artsen, laboratoria, paramedici, patiënten,...

De informatica heeft in de ziekenhuizen in de eerste plaats haar intrede gedaan voor het beheer van de administratieve en financiële gegevens. Geleidelijk aan kwamen er nieuwe toepassingen op het niveau van diensten of zorgeenheden, vervolgens van ziekenhuizen en ten slotte van zorgkoepels (tussen ziekenhuizen en/of met de zonehuisartsen) waarmee de artsen die de patiënt behandelen toegang kunnen krijgen tot zijn ziekenhuisdossier. Ook de huisartsen gaan hun patiëntendossiers geleidelijk aan automatiseren en ontvangen documenten en rapporten betreffende hun patiënten langs beveiligde elektronische weg.

Wij worden momenteel geconfronteerd met een overvloed aan webtoepassingen die in het leven geroepen werden door het Riziv, de FOD Volksgezondheid, de ziekenfondsen, ... om gegevens te verzamelen betreffende de zorg, de diagnose en de behandeling door artsen of zorginstellingen.

Het toenemend aantal geautomatiseerde dossiers en toegepaste formats en de versnippering van de gegevens door de veelvuldige codeersystemen komen de doeltreffendheid van de gegevensuitwisseling tussen de beroepsbeoefenaars en de kwaliteit van de behandeling van de patiënten niet ten goede.

Het project en de grondbeginselen ervan

In het verlengde van het project 'Serveur S3', dat gefinancierd en vervolgens in 2005 stopgezet werd door de FOD Volksgezondheid, zag het Réseau Santé Wallon' het licht (1 januari 2006). Al vlug onderscheidde het project zich op verschillende gebieden.

Ten eerste is het niet de bedoeling om de gegevens van eenzelfde patiënt te centraliseren op één server (zoals het DMP-project in Frankrijk bijvoorbeeld). De aangemaakte documenten blijven op de servers van de deelnemende instellingen. Er is dus sprake van een verspreid systeem dat voorziet in beveiligde doorgangen met behoud van de bijzonderheden van de ziekenhuis- en ambulante informatiesystemen.

Vervolgens verschaffen de artsen zich toegang tot het systeem via het programma dat ze gewoonlijk gebruiken voor de medische dossiers en niet via een bijkomende interface. Op termijn bevordert dit het gebruik van het geautomatiseerd medisch dossier van de arts waarbij een toename aan interfaces en coderingen vermeden wordt.

Bovendien krijgt het project vorm op basis van een lastenboek (beschikbaar op de internetsite) dat opgesteld werd door verschillende werkgroepen bestaande uit huisartsen, ziekenhuisartsen, beheerders en informatici. De artsen zijn alomtegenwoordig in het project, gaande van het ontwerp tot de verwezenlijking ervan, binnen test- en toezichtcomités. Het staat de arts en zijn patiënt volledig vrij op eigen initiatief gebruik te maken van het 'Réseau Santé Wallon'.

Het project heeft alleen tot doel de continuïteit van de zorg te ondersteunen en te verbeteren door de geautomatiseerde medische dossiers van de zorginstellingen en medische kabinetten onderling te verbinden zodat medische documenten onder de artsen gedeeld kunnen worden in optimale veiligheids- en vertrouwelijkheidsomstandigheden. Deze toegang tot de voor de behandeling relevante documenten, met de uitdrukkelijke toestemming van de patiënt, bevordert de kwaliteit van de uitwisseling en leidt tot een betere diagnose, behandeling en preventie.

De organisatie

Het project wordt uitgetest door de FRATEM (Fédération Régionale des Associations de Télématique Médicale). Deze verenigingen bevatten een evenwichtig aandeel vertegenwoordigers van ziekenhuizen, huisartsenverenigingen en zelfstandige artsen-specialisten. Deze federatie bestrijkt tegenwoordig het volledige Waalse grondgebied.

Het technisch systeem is ontwikkeld door informatici verbonden aan de deelnemende ziekenhuizen. Verschillende werkgroepen worden naderhand opgericht om te bepalen hoe het systeem precies moet worden toegepast, wat de voor de werking noodzakelijke documenten zijn, enz.

De waarborgen

Bewust van de werkelijke risico's en van de vrees van beroepsbeoefenaars en patiënten in verband met het gebruik van de informatica bij de uitwisseling van medische documenten, heeft de FRATEM het project omringd met een maximum aan waarborgen.

Ze heeft erop toegezien dat rekening gehouden wordt met de aanbevelingen van de Orde van geneesheren en van de Commissie voor de Telematicanormen en met de wettelijke vereisten inzake de eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer en van de rechten van de patiënt.

Ze maakt gebruik van maximale technische beveiligingen en van een systeem voor het toegangsbeheer dat gebaseerd is op het OrBAC-model (dat gebruikt wordt in de ziekenhuizen en andere sectoren). Ze heeft aan een gespecialiseerde externe firma een audit van de veiligheid van het ontwikkelde systeem toevertrouwd en alle toegangen in het systeem zijn traceerbaar.

Ze heeft gezorgd voor een organisatie van het project die de toekomstige gebruikers integreert en die toeziet op het verloop en op de naleving van het reglement 'persoonlijke levenssfeer' dat ze opgesteld heeft (toezichtcomité, ombudsfunctie), waarbij de nodige tijd gelaten wordt om de vrees weg te nemen via mededelingen, demonstraties en rechtstreekse voordelen die ze vernemen van hun gelijken.

Al deze beginselen werden vastgelegd in het reglement 'persoonlijke levenssfeer' dat voorgelegd werd aan en goedgekeurd werd door de Nationale Raad van de Orde van geneesheren. Het project kreeg de toelating van het Sectoraal Comité van het Rijksregister van de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer. Op de internetsite (www.reseausantewallon.be) wordt het project voorgesteld en worden naderhand beschikbare documenten verspreid voor een zo groot mogelijke transparantie.

De werking van het Réseau Santé Wallon

Het RSW is geen gecentraliseerd medisch dossier. Het systeem wordt in werking gezet door een vrijwillig initiatief van zowel arts als patiënt waarbij het bestaan van een documentesignaleerd wordt. Beiden dienen voorafgaandelijk ingeschreven te zijn en het reglement 'persoonlijke levenssfeer' ondertekend te hebben. Vanuit hun Geautomatiseerd Medisch Dossier kunnen de artsen documenten aangeven die relevant zijn voor een uitwisseling, in overleg met de patiënt. Wanneer de patiënt een andere arts raadpleegt, kan hij hem toelating geven toegang te hebben tot zijn documenten (door een therapeutische relatie met hem aan te gaan). De behandelend arts van de patiënt kan hem eveneens voorstellen een « Sumehr » (samengevat spoeddossier) aan te leggen, waarin de relevante gegevens van zijn medisch dossier opgenomen zijn.

De gemachtigde arts zal vervolgens de index kunnen zien van de beschikbare documenten waartoe hij via het Geautomatiseerd Medisch Dossier toegang kan krijgen (sommige documenten kunnen begrensd zijn door de patiënt en zullen bijgevolg niet zichtbaar zijn). Wanneer een document relevant is voor zijn behandeling kan hij door een gewone 'klik' een verzoek starten op de server waarop het document zich bevindt en het visualiseren (en eventueel opnemen in zijn dossier). Bij de overdracht van het document wordt dit omgezet in het Kmehr-format (standaard België) en gecodeerd.

Alle toegangen van een arts tot documenten worden getraceerd. De patiënt kan, via een webinterface, de actieve therapeutische relaties beheren en nagaan wie de hem betreffende documenten geraadpleegd heeft. Hij kan eveneens aan zijn behandelend arts een gedetailleerde historiek van de tracersingen vragen (wie had toegang, tot welk document en wanneer ?) en hem verzoeken bepaalde actieve therapeutische relaties te verwijderen of de toegang tot bepaalde documenten te begrenzen.

In de wetenschap dat niet alle huisartsen over een Geautomatiseerd Medisch Dossier-programma beschikken, zal het project een vereenvoudigde interface voorstellen waarmee iedere arts toegang kan krijgen tot het Réseau Santé Wallon.

Stand van zaken

In een eerste fase van het project hebben talrijke vrijwilligers het mogelijk gemaakt de doelmatigheid van het Réseau Santé Wallon na te gaan en een eerste functioneel prototype met een patiëntentest te ontwikkelen.

In een tweede fase nam het aantal partners van het project zienderogen toe zodat het momenteel het gehele Waalse grondgebied bestrijkt. De laatste hand werd gelegd aan het reglement 'persoonlijke levenssfeer' en het Sectoraal Comité van het Rijksregister heeft toelating gegeven voor het inlezen van het rijksregisternummer om er een gezondheidslogin uit af te leiden. De ziekenhuizen nemen de functies van het Réseau Santé Wallon geleidelijk aan op in hun informatiesysteem. Deze fase neemt heel wat tijd in beslag aangezien de situaties voor de partners zeer heterogeen zijn en sommige belangrijke aanpassingen doorgevoerd moeten worden. Om maar te zwijgen van de talrijke projecten waaraan de informaticadiensten het hoofd dienen te bieden. Er werd een aanvang genomen met enkele aanpassingen op het niveau van de software voor de huisartsgeneeskunde en dit werk zal voortgezet worden in het volgende jaar. De doelstelling is het Réseau Santé Wallon te gaan gebruiken vanaf midden september 2010 en het aantal instellingen en gebruikers-artsen geleidelijk aan te verhogen.



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. Michiels, Dr. J. Noterman,
de Jamblinne de Meuxplein 34-35, 1030 Brussel,

Voor ondertekende artikels is de auteur verantwoordelijk.